

12^{ÈMES} ASSISES DE SEXOLOGIE & SANTÉ SEXUELLE



#sexe,
les codes
changent

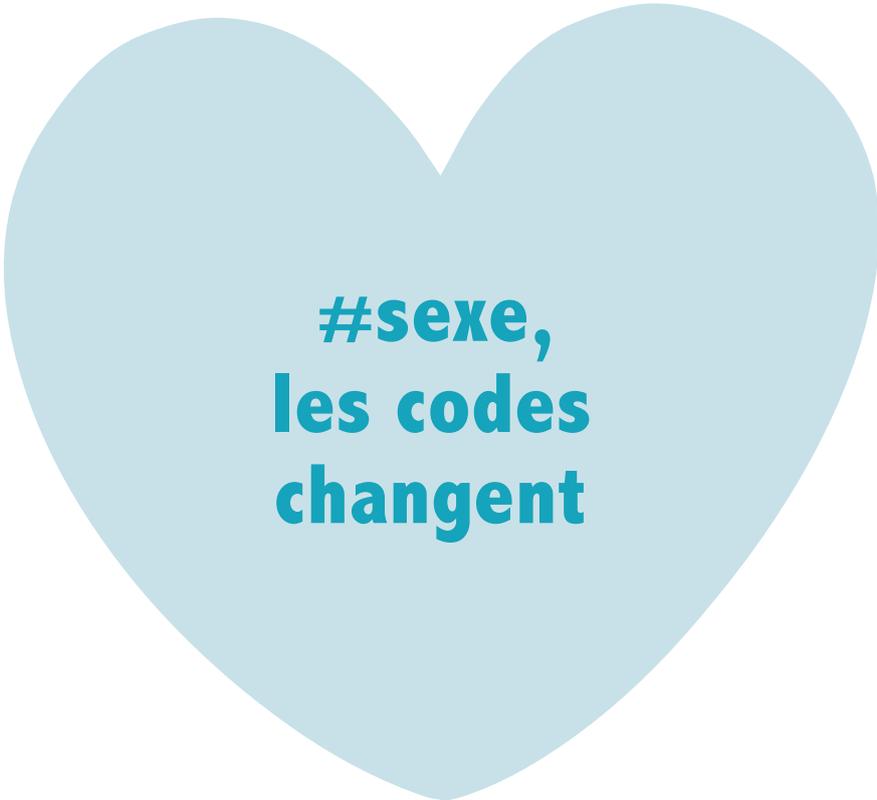
28 AU 31 MARS 2019

ABSTRACTS BOOK
www.assises-sexologie.fr

Montpellier

Sous l'égide de la Fédération Française de Sexologie et de Santé Sexuelle et des Associations fondatrices : l'AIUS et la SFSC





**#sexe,
les codes
changent**

BIENVENUE



Au nom de la Fédération Française de Sexologie et de Santé Sexuelle (FF3S), nous sommes très heureux de vous accueillir au cœur de cette vieille ville de Montpellier pour participer à ce congrès de sexologie et de santé sexuelle, le seul au plan national à évoquer de façon **transdisciplinaire** les problématiques liées à la sexualité humaine.

Cette année est singulière tant elle est riche en matière de réflexion, notre discipline étant portée de plein fouet à la fois par les mouvements sociaux liés à la libération de la parole par les victimes d'agressions sexuelles, aux problématiques identitaires genrées et par la mise en place de la stratégie nationale de santé sexuelle par le ministère des solidarités et de la santé. C'est d'ailleurs sous le haut patronage de cette dernière, que nous allons relever le défi, pendant ces 4 jours, de mettre en commun nos compétences, d'interagir et de faire consensus sur des prises en charge relevant de nos pratiques quotidiennes.

Ainsi, depuis ces dernières années, se trouvent assis face à nous, des patients revendiquant leur droit à une **sexualité épanouie** dont les modalités sont largement dictées par une société prônant le culte de la performance et de la réalisation de soi au détriment probablement de la relation à l'autre. Dans ce contexte alors, qu'en est-il de nos attitudes face à la prévention des IST ? De même, que devient le couple du 21^{ème} siècle ? Est-il toujours constitué de 2 personnes voire bien plus ? Encore plus loin dans la réflexion, sera-t-il question d'êtres humains ou d'humanoïdes répondant à toutes nos exigences affectives et sexuelles ? Serons-nous délivrés, alors, de nos frustrations et de nos déviances ? L'avenir, un monde meilleur pour tous sur le plan affectif et sexuel ?

Voilà toute la matière de réflexion de ces 12^{èmes} Assises, mais nous n'en resterons pas là puisque les scandales sanitaires centrés sur les contraceptifs ont porté les praticiens dans un profond désarroi face aux prises en charges des femmes désireuses, certes d'une sexualité sans contrainte, mais sans procréation. Alors quel mode contraceptif reste-t-il dans nos tiroirs ? Est que les hommes de notre millénaire s'impliqueront plus dans cette démarche ? Nous aurons les réponses au cours de ce congrès.

Enfin, deux autres grandes problématiques dans l'exercice de notre clinique prennent une ampleur bien inquiétante :

- Celle du diktat sociétal selon lequel il nous faut toujours plus, plus de sexe, plus d'expériences en tout genre, plus de partenaires et pour cela la chimie est là... Chemsex ? Produits dopants ? Et nous, notre place ? Notre éthique ?

- Celle de la notion du temps :

o Optimisation maximale des actions journalières en tout genre mais quelle place alors pour l'amour et la sexualité ?

o Le temps qui passe et comment accepter le vieillissement ? Chirurgie esthétique, pharmacologie, développement personnel, sites de rencontre pour seniors... C'est le temps du New Sex pour seniors 2.0

Voilà un programme bien calé à nos pratiques, voilà le temps venu de nous rencontrer et de répondre aux exigences de notre discipline si riche et essentielle pour maintenir une qualité de vie et une bonne santé physique et mentale à nos concitoyens.

Partageons tout cela ensemble et maintenant...

Bienvenue, chez les Sexologues, fiers de l'être !!!

Dr Rosa Carballeda

Présidente de la Fédération Française de Sexologie et de Santé Sexuelle (FF3S)

COMITÉS

COMITÉ D'ORGANISATION

Présidente :

Rosa CARBALLEDA, Grenoble

Mireille BONIERBALE, Marseille

Éric HUYGHE, Toulouse

Éric TANNEAU, Paris

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Catherine BASSEREAU, Saint-Grégoire

Philippe BRENOT, Paris

Béatrice CUZIN, Lyon

Nathalie DESSAUX, Rennes

Pierre DESVAUX, Paris

Antoine FAIX, Montpellier

Nadia FLICOURT, Astaffort

Gilles FORMET, Avignon

Alain GIAMI, Villejuif

Mathieu LACAMBRE, Montpellier

Patrice LOPES, Nantes

Israël NISAND, Strasbourg

Jean-Marc POLESEL, Marseille

Michèle PUJOS-GAUTRAUD, Saint-Émilion

Betty ROSSIN-AMAR, Marseille

Thierry TROUSSIER, Paris

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE SEXOLOGIE & SANTÉ SEXUELLE (FF3S)

1 Avenue du 8 mai 1945,

38130 Echirolles

ORGANISATION LOGISTIQUE ET INSCRIPTIONS

OVERCOME

13-15 rue des Sablons

75116 PARIS

Tél. : +33 (0)1 40 88 97 97

assises-sexologie@overcome.fr

Fax : +33 (0)1 43 59 76 07

Sous le haut patronage



BIENVENUE

Changement de code inattendu : de la préhistoire à la modernité ou le passage du symptôme sexuel à la santé publique.

En préambule, je remercie les comités d'organisation et scientifique d'être le président d'honneur des 12^e Assises de sexologie & santé sexuelle. Cela me permet de rendre hommage à mes Maîtres dans ce domaine : les Prs Albert Leriche, Henri Navratil, Francis Pontonnier et Jean-Pierre Sarramon. Quoique jeune interne et chef de clinique, ils n'ont cessé de m'encourager de façon bienveillante et amicale. Ces pionniers de l'andrologie et de la médecine sexuelle m'ont appris l'enthousiasme, la rigueur, le doute scientifiques ainsi que les valeurs de l'humanisme.

Le hasard m'a fait arriver dans la médecine sexuelle ou plutôt, l'andrologie comme on disait à l'époque puisqu'elle faisait partie de mon poste de chef de clinique au CHU de Lille. A cette époque, traiter l'insuffisance érectile était simple : prescription de yohimbine, ou d'androgène, chirurgie vasculaire ou prothétique ou envoi au psychiatre.

En 1983, la découverte de l'injection intracaverneuse de drogues vasoactives a été la 1^{ère} révolution avec comme premier contact... un priapisme post-papavérine ! Une enquête nationale a rapidement mis en évidence son efficacité mais aussi son danger (*Bondil 1984*) ! L'irruption de ce nouveau traitement pharmacologique et les résultats très aléatoires de la chirurgie vasculaire m'ont conduit, comme d'autres chercheurs, à revisiter les fondamentaux, d'où le rapport sur « l'anatomie et la physiologie de l'érection » révélant le passage de la "baignoire" du XVIII^e siècle à l'"éponge active" du XX^e (*Bondil 1992*) ! Le moteur de l'érection se situait dans la myocontractilité des corps érectiles et non, comme on le supposait, dans des mécanismes de valves.

La 2^e révolution, a été l'arrivée fin 1990 de traitements oraux avec l'apomorphine, vite supplantée après la découverte du NO, par le sildénafil, un inhibiteur de la PDE5 (iPDE5). L'industrie pharmaceutique a dès lors marqué le tempo de la recherche en s'intéressant avant tout aux troubles sexuels masculins et aux mécanismes cellulaires. La recherche macroanatomique a été longtemps délaissée au profit de nouveaux iPDE5, de la prostaglandine locale (intracaverneuse puis intra-urétrale), de gels de testostérone et de la dapoxétine qui ont enrichi l'arsenal thérapeutique des dysfonctions sexuelles de l'homme. Malgré de nombreuses similitudes anatomiques soulignées dès les années 1990, les troubles sexuels de la femme restent encore paradoxalement, le parent pauvre au niveau pharmacologique.



Pendant 20 ans, ce ciblage sur les mécanismes moléculaires intracellulaires puis la commercialisation des génériques d'iPDE5 ont relégué au second plan, plusieurs avancées majeures. Malgré leur importance clinique (compte tenu de la pandémie contemporaine de maladies chroniques encore mal anticipée), de nouveaux concepts tels l'insuffisance érectile prématurée (angor de verge préférable au symptôme sentinelle) (*Bondil 2005*), marqueur d'une fragilité de l'état de santé (biologique, psychique et sociale) et le cœur périnéal sexuel (mettant en exergue le rôle prépondérant de la fibrose tissulaire et des troubles du sommeil), restent encore largement méconnus (hors du monde de la médecine sexuelle et de la sexologie).

La santé sexuelle et les droits sexuels (OMS, WAS) sont tout autant ignorés y compris de spécialités pourtant très directement concernées (type cardiologue, endocrinologue). Changement de paradigme et 3^{ème} révolution inconnus du monde de la santé, se préoccuper de la santé sexuelle et de ses troubles améliore à la fois, la qualité de vie et le bien-être mais aussi la quantité de vie de millions d'individus (et de couples) souffrant d'une maladie chronique (*Bondil 2016*). 4^{ème} révolution, évaluer la santé sexuelle pour dépister l'insuffisance érectile prématurée (IEP) de l'homme (et probablement le défaut d'excitation vaginale chez la femme non ménopausée) et la baisse de désir de la femme et de l'homme n'est désormais plus une utopie (*Bondil 2007*) mais un devoir déontologique et citoyen en termes de pertinence des soins et de santé publique (*Bondil 2016*). L'IEP et la baisse du désir sont des marqueurs pertinents d'une "mauvaise" : santé sexuelle mais aussi somatique et mentale, hygiène de vie, qualité de vie et adhésion thérapeutique (une des priorités des maladies chroniques) mais aussi de facteurs de résilience et de sens.

De façon inattendue, ces progrès successifs ont une vraie valeur ajoutée en s'inscrivant désormais dans une approche plus globale de santé publique (notamment éducation thérapeutique, promotion et prévention de la santé). Malgré des années de luttes picrocholines anachroniques, la sexologie française a été depuis une vingtaine d'années pionnière et même visionnaire. Elle peut servir de modèle pour nombre de spécialités médicales du fait de :

- L'originalité de sa structure inter et transdisciplinaire qui impliquent des compétences collectives coopérantes.
- Ses compétences humaines et psychosociales pour une relation soigné-soignant de type holistique.
- Son éthique de protection de la vulnérabilité associée à son éthique du respect de l'autonomie et de la dignité de la personne.
- La richesse de son approche transversale.

Tous ces savoirs et compétences intègrent la Médecine et les Sciences Humaines et Sociales, forte demande sociétale actuelle. Dès l'arrivée du Viagra R, son message récurrent a été la nécessité d'une approche globale et non uniquement centrée sur le symptôme et le médicament à la différence des anglo-saxons qui brocardaient cette approche francophone.

Comme tout soin de support, la sexologie s'inscrit dans une authentique modernité des soins avec la publication de recommandations pour les médecins généralistes pour l'insuffisance érectile régulièrement actualisées (*Colson 2018*). Dans le cadre du plan de Stratégie Nationale de Santé Sexuelle, la sexologie doit poursuivre ses actions au bénéfice des malades et de la population. Son intelligence collective vise à mieux identifier ses ressources dans les territoires de santé et sa place adaptée au *kairos*



(moment opportun, ni trop tôt ni trop tard) tout au long des parcours de soins des maladies chroniques (y compris cancéreuses).

Parallèlement, outre leur rôle thérapeutique, les sexologues doivent s'impliquer dans une stratégie d'information "positive" (grand public et associations de malades) et de sensibilisation/formation des professionnels de santé qui interviennent dans les parcours de soins et l'éducation sexuelle.

En relevant ces défis, le monde de la sexologie contribuera par son dynamisme et sa jeunesse, à réduire les inégalités d'accès et de qualité des soins, une des priorités nationales, particulièrement fortes dans le domaine de la santé sexuelle.

MOTS-CLÉS : sexologie, santé sexuelle, santé publique, dépistage, prévention.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Bondil P, Rigot JM : Complications du traitement de l'impuissance par injection intracaverneuse de drogues vasoactives. Contraception. Fertilité. Sexualité : 1984 ;14 :349-52.

Bondil P & Wespès E : Anatomie et physiologie de l'érection : rapport du 86^e congrès de l'Association Française d'Urologie. Prog. Urol. 1992 ;2 :719-857.

Bondil P, Delmas V. L'« angor de verge » ou la révolution actuelle de la dysfonction érectile. Prog. Urol. 2005 ; 15 :1030-4

Bondil P : Dépister la dysfonction érectile (DE) : utopie ou ... devoir ? Editorial. Sexologies. 2007 ;16 : 75 –9.

Bondil P : Le passage de l'impuissance à l'insuffisance érectile prématurée : une révolution méconnue. Louvain Med 2016 ;135 : 514-9.

Colson MH, Cuzin B, Faix A, Grellet L, Huyghes E : Nouvelles recommandations pour la prise en charge de la dysfonction érectile à l'usage du praticien. Sexologies, 2018 :27 :1-78.

Pierre Bondil
Urologue-oncologue-sexologue
Service d'urologie-andrologie, Centre hospitalier Métropole Savoie,
Chambéry 73011
pierre.bondil@ch-metropole-savoie.fr

REMERCIEMENTS

Le Comité d'Organisation des 12^{èmes} Assises de Sexologie et de Santé Sexuelle remercie vivement pour leur soutien les sociétés :



Ethicare



www.librairiehirondelle.com



Droit au Corps



SYNOPTIQUE DU JEUDI 28 MARS 2019

	AMPHI PASTEUR NIVEAU 1	JOFFRE 5 NIVEAU 1	SULLY 1 NIVEAU 1	SULLY 2 NIVEAU 1	SULLY 3 NIVEAU 1
08H00	ACCUEIL				
09H00 10H30	ATELIERS Méthodologie des mémoires		DPC AIUS 1 - Troubles du désir sexuel féminin : entendre dépister et prendre en compte en pratique clinique	DPC AIUS 2 - Sexe et alcool : repérer et intervenir avant qu'il ne soit trop tard	DPC AIUS 3 - Mineurs victimes de violences sexuelles : dépister, orienter, prendre en charge
11H00 12H30	ATELIERS Douleur sexuelles féminines: conduite à tenir	ATELIERS Place des valeurs humanistes dans l'éducation à la sexualité			
12H30 - 14H00 OUVERTURE DE					
14H00 16H30	SESSION PLÉNIÈRE Les différents «visages» de l'union non consommée				
16H30 - 17H00 PAUSE					
17H00 18H15	Prix du meilleur mémoire				
18H15 19H00	Cérémonie d'ouverture				
19H00 19H30	Remise des diplômes	Cocktail de			

- JOURNÉE D'ENSEIGNEMENT PRÉ-CONGRÈS

BARCELONE
NIVEAU 0

LOUISVILLE
NIVEAU 0

SULLY 3 BIS
NIVEAU 1

TIBÉRIADE
NIVEAU 0

PRÉ-CONGRÈS

DPC SFSC 4 - Troubles sexuels liés à l'incontinence urinaire chez la femme	DPC SFSC 5 - Tenir compte de la sexualité des patient(e)s dans la consultation	DPC SFSC 6 - Harcèlement sexuel au travail : définition & conduite à tenir		09H00 13H00
---	---	---	--	------------------------

L'EXPOSITION ET PAUSE DÉJEUNER

**14H00
16H30**

CAFÉ - VISITE DE L'EXPOSITION

**AG
SFSC**

**17H30
18H15**

**18H15
19H00**

bienvenue

**19H00
19H30**

SYNOPTIQUE

	AMPHI PASTEUR NIVEAU 1	SULLY 1 NIVEAU 1	SULLY 2 NIVEAU 1
09H00 10H00	TABLE RONDE Nouvelles données dans la prévention des IST		
10H00 10H30	CONFÉRENCE Profession sexologue		
10H30 - 11H00 PAUSE CAFÉ -			
11H00 11H30	CONFÉRENCE Politique de santé et prévention. Stratégie nationale de santé sexuelle		
11H30 12H30	FORUM INTERACTIF INFIRMIER Les codes changent, les infirmières s'adaptent	FORUM INTERACTIF SAGES-FEMMES Quand la parole se libère sur des sujets qui fâchent	FORUM INTERACTIF Atelier de jeu de rôle sur le premier entretien sexoclinique en Sexocorporel
12H30 - 14H30 PAUSE DÉJEUNER - VISITE DE L'EXPOSITION			
14H30 15H30	SESSIONS PARALLÈLES Place de l'éducation sexuelle de la maternelle à l'école primaire	SESSIONS PARALLÈLES Place du sexologue dans le monde du VIH	SESSIONS PARALLÈLES VIH & sexualité
15H30 16H30	SYMPOSIUM Les conséquences des infections à HPV sur la sexualité		
16H30 - 17H00 PAUSE CAFÉ -			
17H00 18H30	TABLE RONDE Nouvelles fidélités : l'infidélité change-t-elle ?		
18H30 20H30	AG de l'AIUS		



VENDREDI 29 MARS 2019

SULLY 3 NIVEAU 1	JOFFRE 5 NIVEAU 1	SULLY 3 bis NIVEAU 1
----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

09H00 10H00
10H00 10H30

VISITE DE L'EXPOSITION

11H00 11H30

FORUM INTERACTIF Jeux de rôles sur les Thérapies de couple
--

FORUM INTERACTIF Genre, rencontre avec soi et l'environnement

11H30 12H30

13H00-14H00 ATELIER Injections d'acide hyaluronique et nouvelles techniques de restauration génitale : quelle place en sexologie ?

AG FF3S

12H30 14H30

14H30 15H30

15H30 16H30

VISITE DE L'EXPOSITION

17H00 18H30

18H30 20H30

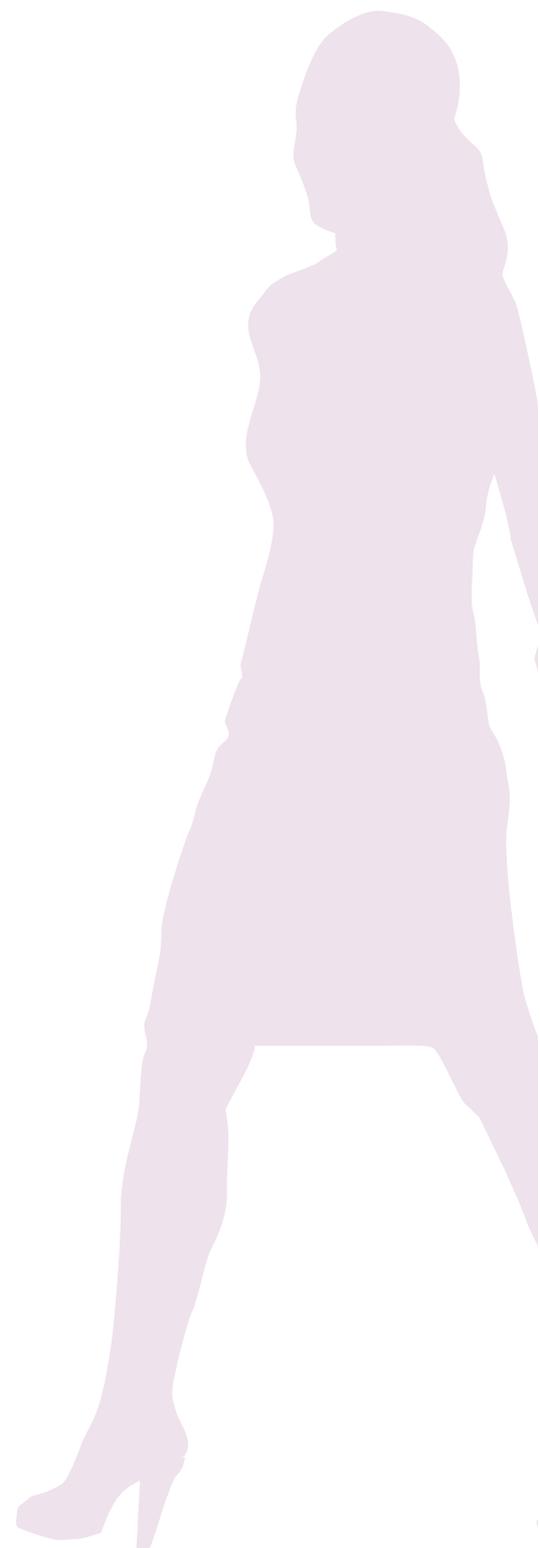
SYNOPTIQUE SAMEDI 30 MARS 2019

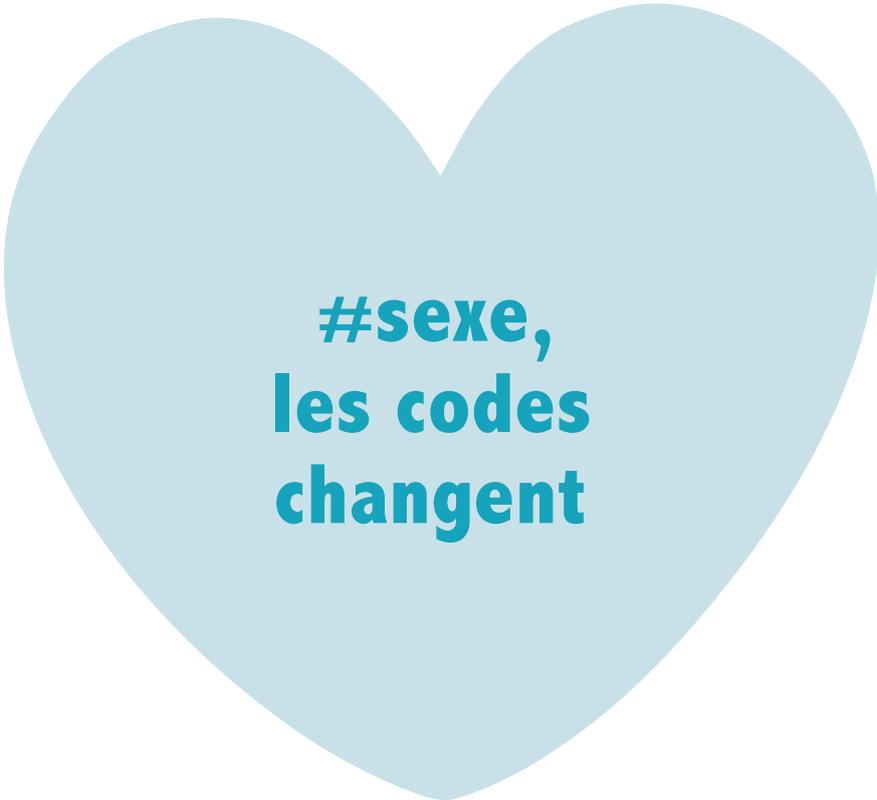
	AMPHI PASTEUR NIVEAU 1	SULLY 1 NIVEAU 1	SULLY 2 NIVEAU 1
09H00 10H30	TABLE RONDE Nouveaux regards sur les violences sexuelles		
10H30 - 11H00 PAUSE CAFÉ - VISITE DE L'EXPOSITION			
11H00 11H30	CONFÉRENCE Du sexologue de 1968 au professionnel de santé sexuelle de 2019 : l'évolution de la relation soignant-soigné		
11H30 12H00	CONFÉRENCE Magie, rituels et troubles sexuels		
12H00 12H30	CONFÉRENCE La douleur des corps		
12H30 - 14H00 PAUSE DÉJEUNER - VISITE DE L'EXPOSITION			
14H00 15H00	CONFÉRENCE Sexe, toujours plus		
15H00 16H30	CONFÉRENCE Nouvelles donnes sur la contraception		
16H30 - 17H00 PAUSE CAFÉ - VISITE DE L'EXPOSITION			
17H00 18H30	COMMUNICATIONS LIBRES	COMMUNICATIONS LIBRES	COMMUNICATIONS LIBRES

SYNOPTIQUE DIMANCHE 31 MARS 2019

AMPHI PASTEUR NIVEAU 1

09H00 10H00	TABLE RONDE Temps et sexualité
10H00 11H00	CONFÉRENCE Les codes changent, quelle évolution des pratiques ?
11H00 12H30	CONFÉRENCE Nouvelles technologies et sexualité
12H30 12H45	Allocution de fin de Congrès





**#sexe,
les codes
changent**



SOMMAIRE

Programme	16
Résumé des Sessions Assises.....	31
Prix du Meilleur Mémoire.....	128
Résumé des Ateliers Assises	134
Résumé des Forums Interactifs	141
Résumé des Communications Libres	164
Liste des Participants	227
Liste des Exposants	241
Plan des Hôtels	245
Plan de l'Exposition	247

SESSIONS PRÉ-CONGRÈS DU JEUDI 28 MARS 2019

Demi-Journée d'enseignement Pré-congrès

De 9h30 à 12h30 Ateliers pour les étudiants des DIUS et DIUSH

De 9h00 à 13h00 Actions DPC ouvertes sur inscription (Horaires stricts)

09h00
13h00

1 - TROUBLES DU DÉsir SEXUEL FÉMININ : ENTENDRE DÉPISTER ET PRENDRE EN COMPTE EN PRATIQUE CLINIQUE*

Experts :

SULLY 1

Dr Marie-Hélène Colson, médecin sexologue - Marseille
Dr Robert Porto, psychiatre sexologue - Marseille

DPC AIUS

09h00
13h00

2 - SEXE ET ALCOOL : REPÉRER ET INTERVENIR AVANT QU'IL NE SOIT TROP TARD*

Experts :

SULLY 2

Dr Laure Grellet, médecin sexologue - Montpellier
Pr Pascal Perney, addictologue - Nîmes

DPC AIUS

09h00
13h00

3 - MINEURS VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES : DÉPISTER, ORIENTER, PRENDRE EN CHARGE*

Experts :

SULLY 3

Dr Marie-Laure Gamet, médecin sexologue - Lille
Mme Aurélie Maquigneau, psychologue clinicienne - Marseille

DPC AIUS

09h00
13h00

4 - TROUBLES SEXUELS LIÉS À L'INCONTINENCE URINAIRE CHEZ LA FEMME*

Experts :

BARCELONE

Mme Corinne Audinet, sage-femme sexologue - Verrières-Le-Buisson
Dr Pierre Bedhet, médecin sexologue - Troyes

DPC SFSC

09h00
13h00

5 - TENIR COMPTE DE LA SEXUALITÉ DES PATIENT(E)S DANS LA CONSULTATION*

Experts :

LOUISVILLE

Dr Arnaud Sevene, médecin sexologue - Paris
Dr Michèle Pujos-Gautraud, médecin sexologue - Saint-Émilion

DPC SFSC

*Téléchargez la fiche détaillée de chaque DPC sur le site du Congrès

09h00
13h00

6 - HARCÈLEMENT SEXUEL AU TRAVAIL : DÉFINITION & CONDUITE À TENIR*

DPC SFSC

SULLY 3BIS

Experts :

Dr Éric Tanneau, psychiatre sexologue - Paris
Dr Gilles Formet, psychiatre sexologue - Avignon

09h00
10h30

MÉTHODOLOGIE DES MÉMOIRES

P. 136

ATELIER

AMPHI.
PASTEUR

Pr Éric Huyghe, urologue sexologue - Toulouse
M. Cyril Tarquinio, psychologue sexologue - Metz

11h00
12h30

DOULEURS SEXUELLES FÉMININES : CONDUITE À TENIR

P. 140

ATELIER

AMPHI.
PASTEUR

Dr Michèle Bonal, gynécologue sexologue - Montrabe
Pr Patrice Lopes, gynécologue sexologue - Saint-Herblain

11h00
12h30

PLACE DES VALEURS HUMANISTES DANS L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ

P. 138

ATELIER

JOFFRE 5

Pr Thierry Troussier, médecin de santé publique sexologue - Paris
Mme Joëlle Mignot, psychologue sexologue - Paris

12H30 - 14H00 OUVERTURE DE L'EXPOSITION ET PAUSE DÉJEUNER

Demi-Journée d'enseignement Pré-congrès
Ouverte à tous sur inscription

14h00
16h30

LES DIFFÉRENTS «VISAGES» DE L'UNION NON CONSOMMÉE

SESSION PLÉNIÈRE

• **Introduction** P. 33
M. Alain Giami, directeur de recherche à l'INSERM - Villejuif

• **Discussion** P. 35
Dr Marie Chevret-Méasson, psychiatre sexologue - Lyon
Mme Nathalie Dessaux, psychologue sexologue - Rennes
Pr Eric Huyghe, urologue sexologue - Toulouse
Dr Carine Martin, gynécologue sexologue - Lille
Mme Michaëlle Michelin, psychologue sexologue - Saint-Etienne-de-Tulmont

• **Synthèse** P. 35
Dr Pierre Martin-Vauzour, médecin sexologue - Bordeaux

17H00 - 17H30 PAUSE CAFÉ - VISITE DE L'EXPOSITION

17h00
18h15

PRIX DU MEILLEUR MÉMOIRE

Pr Éric Huyghe, urologue sexologue - Toulouse
Dr Pierre Desvaux, médecin sexologue - Paris

- **Vers une promotion de la santé sexuelle en CEGIDD**

Mme Isabelle N'Diaye Iwanski - Lille-Amiens

P. 130

- **Les comportements sexuels problématiques d'enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance : L'enrichissement des pratiques par la théorie de l'attachement**

Mme Estelle Lemaire - Lille-Amiens

P. 131

- **Phalloplastie esthétique d'élargissement et d'allongement : Étude du profil sexologique et sexuel des hommes y ayant recours**

Dr Delphine Draï - Aix-Marseille

P. 132

- **Intimité, santé sexuelle et cancer... entre rêve et réalité ? Évaluation de la qualité de vie sexuelle et des besoins en soins onco-sexologiques des patients traités en radiothérapie-curiethérapie.**

M. Sébastien Teillout - Toulouse III

P. 133

PRIX

18h15
19h00

CÉRÉMONIE D'OUVERTURE

Président d'Honneur

Dr Pierre Bondil, urologue sexologue - Chambéry

CÉRÉMONIE

19h00
19h30

REMISE DES DIPLÔMES

DIPLÔMES

AMPHI.
PASTEUR

19h00
19h30

COCKTAIL DE BIENVENUE

19h30

FIN DE LA JOURNÉE

PROGRAMME DU VENDREDI 29 MARS 2019

09h00
10h00

NOUVELLES DONNES DANS LA PRÉVENTION DES IST

Discutante :

Dr Rosa Carballeda, médecin sexologue - Grenoble

- **Les comportements à risques : Le préservatif, toujours d'actualité ?**

Dr Gilbert Bou Jaoude, médecin sexologue - Lille

P. 38

AMPHI.
PASTEUR

- **Nouvelles donnes dans la prévention des IST : Entre prescription et éducation**

M. Gwenaël Domenech-Dorca, psychologue sexologue - Paris

P. 39

- **La place du sexologue dans la prévention des IST**

Dr Wilfrid Pavageau, médecin sexologue - Paris

P. 41

TABLE RONDE AVEC LE SOUTIEN DE MAJORELLE

10h00
10h30

PROFESSION SEXOLOGUE LES ÉVOLUTIONS DE LA PROFESSION DE SEXOLOGUE : RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES DE L'ENQUÊTE INSERM / FF3S 2019

Discutante :

Dr Rosa Carballeda, médecin sexologue - Grenoble

M. Alain Giami, directeur de recherche à l'INSERM - Villejuif

P. 41

AMPHI.
PASTEUR

CONFÉRENCE

10H30 - 11H00 PAUSE-CAFÉ - VISITE DE L'EXPOSITION

11h00
11h30

POLITIQUE DE SANTÉ ET PRÉVENTION : STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ SEXUELLE

Discutante :

Dr Rosa Carballeda, médecin sexologue - Grenoble

M. Jean Christophe Comboroure - Direction générale de la Santé - Paris

P. 47

AMPHI.
PASTEUR

CONFÉRENCE

11h30
12h30

LES CODES CHANGENT, LES INFIRMIÈRES S'ADAPTENT

Discutante :

Mme Nadia Flicourt, infirmière sexologue - Astaffort

- **Savoir, apprendre et faire avec**

Mme Dominique Appy infirmière sexologue - Marseille

P. 143

Mme Christelle Rumpler, responsable qualité - Aubagne

AMPHI.
PASTEUR

- **Penser la sexualité dans le soin**

Mme Sylvie Grenouilleau, infirmière clinicienne - Nice

P. 145

M. Jean Robert Rizzuto, Infirmier clinicien - Cagnes sur Mer

P. 147

- **Posture et accompagnement des conduites à risques sexuelles des adolescent(e)s**

Mme Claude Giordanella, infirmière sexologue - Paris

P. 149

FORUM INTERACTIF INFIRMIER

11h30
12h30

QUAND LA PAROLE SE LIBÈRE SUR DES SUJETS QUI FÂCHENT

Discutante :

Mme Catherine Bassereau, sage-femme sexologue - Saint-Grégoire

- **Sexualité et religion : une lutte musclée entre tradition et émancipation**

Mme Nadia El Bouga, sage-femme sexologue - Garges-lès-Gonesse

P. 153

SULLY 1

- **Maltraitements gynécologiques et obstétricaux : les conséquences dans la vie sexuelle des femmes**

Mme Véronique Simonnot, sage-femme sexologue - Montfermeil

P. 154

Mme Mélanie Déchalotte, journaliste, auteur du « livre noir de la gynécologie »

FORUM INTERACTIF SAGES-FEMMES

11h30
12h30

**ATELIER DE JEU DE RÔLE SUR LE PREMIER ENTRETIEN
SEXOCLINIQUE EN SEXOCORPOREL**

P. 157

SULLY 2

*Mme Mélanie TREMBLAY, sexologue psychothérapeute - Montréal
Mme Christine THOUROUDE, infirmière sexologue - Pézenas*

FORUM INTERACTIF

11h30
12h30

JEUX DE RÔLES SUR LES THÉRAPIES DE COUPLE

P. 160

SULLY 3

Dr Mireille Dubois-Chevallier, médecin sexologue - Paris

FORUM INTERACTIF

11h30
12h30

GENRE, RENCONTRE AVEC SOI ET L'ENVIRONNEMENT

P. 161

JOFFRE 5

*Mme Martine Masson, sexothérapeute, Gestalt-thérapeute - Paris
M. Laurent Biscarrat, sexothérapeute, Gestalt-thérapeute - Paris*

FORUM INTERACTIF

12H30 - 14H30 PAUSE DÉJEUNER VISITE DE L'EXPOSITION

13h00
14h00

ATELIER

- **Injections d'acide hyaluronique et nouvelles techniques de restauration génitale : quelle place en sexologie ? avec le soutien des laboratoires Vivacy**

SULLY 3

*Pr Pierre Mares Gynécologue médical et obstétrique - Nîmes
Dr Marie-Hélène Colson, médecin sexologue - Marseille*

ATELIER AVEC LE SOUTIEN
DE VIVACY

14h30
15h30

**PLACE DE L'ÉDUCATION SEXUELLE DE LA MATERNELLE
À L'ÉCOLE PRIMAIRE**

P. 120

AMPHI.
PASTEUR

*Mme Claude Giordanella, infirmière sexologue - Paris
Mme Sonia Lebreuilly, socio-sexologue - Angervilliers*

SESSION PARALLÈLE

14h30
15h30

PLACE DU SEXOLOGUE DANS LE MONDE DU VIH

Discutant :

M. Jean-Marc Polesel, coordinateur COREVIH PACA-OUEST - Marseille

LA PRATIQUE DE LA SEXOLOGIE EN CEGIDD

P. 122

Mme Emilie Moreau, psychologue sexologue - Paris

Dr Axelle Romby, médecin sexologue - Paris

SULLY 1

SATISFACTION ET QUALITÉ DE VIE SEXUELLE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

- **La place du TASP (Treatment As Prevention) dans la prévention**

Dr Christina Psomas, infectiologue - Montpellier

P. 124

- **Témoignages de patients séropositifs (vidéo)**

SESSION PARALLÈLE

14h30
15h30

VIH & SEXUALITÉ

UN MONDE SANS VIH, EST-IL POSSIBLE EN 2030 ?

P. 126

- **Deux professionnels débattent avec la salle :
« De la santé sexuelle publique à la vie sexuelle privée »**

Pr Thierry Troussier, médecin de santé publique sexologue - Paris

Dr Patrick Papazian, médecin sexologue - Paris

SULLY 2

SESSION PARALLÈLE

15h30
16h30

LES CONSÉQUENCES DES INFECTIONS À HPV SUR LA SEXUALITÉ

Président :

Pr Patrice Lopes, gynécologue sexologue - Nantes

- **Les conséquences de l'infection à HPV chez la femme et chez l'homme**

Pr Philippe Descamps, gynécologue sexologue - Angers P. 51

- **Les conséquences sur la sexualité**

Dr Marie Veluire, gynécologue sexologue - Paris P. 52

- **La prévention par la vaccination : la vaccination pour tous ?**

Pr Patrice Lopes, gynécologue sexologue - Nantes P. 54

SYMPOSIUM HPV - AVEC LE SOUTIEN DE MSD VACCINS

AMPHI.
PASTEUR

16H30 - 17H00 PAUSE CAFÉ - VISITE DE L'EXPOSITION

17h00
18h30

NOUVELLES FIDÉLITÉS : L'INFIDÉLITÉ CHANGE-T-ELLE ?

Discutante :

Aurélie Maquigneau, psychologue sexologue, Marseille

- **Les nouveaux contrats de couple**

Dr Marie-Hélène Colson, médecin sexologue - Marseille P. 57

- **New sex pour seniors 2.0**

Dr Gérard Ribes, psychiatre sexologue - Lyon P. 59

- **En quoi l'homosexualité a impulsé la fidélité à la carte ?**

Dr Patrick Leuillet, gynécologue sexologue - Amiens P. 61

- **Monogamie, polygamie et polyamour : place du sexologue**

Dr Philippe Brenot, psychiatre sexologue - Paris P. 63

TABLE RONDE

AMPHI.
PASTEUR

18h30

FIN DE LA JOURNÉE

PROGRAMME DU SAMEDI 30 MARS 2019

09h00
10h30

NOUVEAUX REGARDS SUR LES VIOLENCES SEXUELLES

Discutant :

Dr Arnaud Sevene, médecin sexologue - Paris

Priorité aux échanges avec la salle, avec les intervenants suivants :

AMPHI.
PASTEUR

Mme Catherine Troadec, psychologue sexologue - Montpellier P. 67

Dr Paul Bensussan, psychiatre, expert auprès des Tribunaux Versailles P. 70

M. David Simard, enseignant de philosophie - Paris P. 73

TABLE RONDE INTERACTIVE

10H30 - 11H00 PAUSE CAFÉ - VISITE DE L'EXPOSITION

11h00
11h30

DU SEXOLOGUE DE 1968 AU PROFESSIONNEL DE SANTÉ SEXUELLE DE 2019 : L'ÉVOLUTION DE LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ

Discutant :

Dr Arnaud Sevene, médecin sexologue - Paris

Dr Patrick Blachère, psychiatre sexologue - Aix-les-Bains P. 76

AMPHI.
PASTEUR

CONFÉRENCE

11h30
12h00

MAGIE, RITUELS ET TROUBLES SEXUELS

Discutant :

Dr Arnaud Sevene, médecin sexologue - Paris

Dr Chakib Guessous, médecin, anthropo-sociologue - Casablanca, Maroc P. 80

AMPHI.
PASTEUR

CONFÉRENCE

12h00
12h30

LA DOULEUR DES CORPS

Discutant :

Dr Arnaud Sevene, médecin sexologue - Paris

M. Christian Loubet, historien des arts - Nice P. 83

AMPHI.
PASTEUR

CONFÉRENCE

12H30 - 14H00 PAUSE DÉJEUNER - VISITE DE L'EXPOSITION

14h00
15h00

« SEXE, TOUJOURS PLUS »

Discutant :

Dr Robert Porto, psychiatre sexologue - Marseille

- **Sex No Limit**

Dr Philippe Brenot, psychiatre sexologue - Paris

P. 86

- **Le dopage sexuel**

Dr Rosa Carballeda, médecin sexologue - Grenoble

P. 89

CONFÉRENCE

AMPHI.
PASTEUR

15h00
16h30

NOUVELLES DONNES SUR LA CONTRACEPTION

Discutant :

Dr Antoine Faix, urologue sexologue - Montpellier

- **Contraception féminine : espoir, déboire, liberté de la femme menacée**

Dr Betty Rossin-Amar, gynécologue sexologue - Marseille

P. 93

- **Contraception masculine : entre passé et présent**

Dr Kamel Ben-Naoum, urologue sexologue - Nîmes

P. 95

- **La contraception, une affaire de couple ?**

Dr Luc Chevallier, gynécologue sexologue - La Réunion

P. 96

CONFÉRENCE

AMPHI.
PASTEUR

16H30 - 17H00 PAUSE CAFÉ - VISITE DE L'EXPOSITION



17h00
18h30

COMMUNICATIONS LIBRES

Session 1 :

Dr Pierre Desvaux, médecin sexologue - Paris

Pr Éric Huyghe, urologue sexologue - Toulouse

- **Comment traiter une Vestibulodynie : Proposition d'une technique manuelle**

Camille Tallet, Sage-femme - Lyon

P. 166

- **Oser aborder :**

Enquête de besoins croisés en connaissances dans le champ de la santé sexuelle, des patients atteints de Rhumatismes Inflammatoires Chroniques et des professionnels de santé pratiquant l'Education Thérapeutique du Patient en rhumatologie

Carine Savel, Infirmière titulaire d'un DU Douleur / DU Education thérapeutique du patient / DIU Etude de la sexualité Humaine - Clermont Ferrand

P. 168

SULLY 1

- **Trouble du désir sexuel en cancérologie**

Sébastien Landry, Psycho-sexologue, Sexothérapeute - Le Mans

P. 171

- **Efficacité d'un protocole de 4 séances de massages tantriques pour traiter l'éjaculation précoce**

Nathalie Cardinal, Sexothérapeute et masseuse tantrique - Montpellier

P. 174

- **Intérêt du lipofilling dans le traitement des épisiotomies douloureuses**

Juan Berrocal - Rouen

P. 179

- **Facteurs influençant le choix du mode contraceptif dans le secteur sanitaire**

Y. Tayebi, Professeur en gynécologie-obstétrique - Alger, Algérie
I. Kouri, Assistante en gynécologie-obstétrique - Alger, Algérie

P. 182

Session 2 :

Dr Gilles Formet, psychiatre sexologue - Avignon

M. Alain Giami, directeur de recherche à l'INSERM - Villejuif

- **Du petit écran à l'ère numérique :
Que deviennent les rapports de genre ?**
Alice Chenu, Psychologue Sexologue - Paris/Limoges P. 186
- **Victimes de Violences sexuelles :
Histoire d'une injustice
Rétrospective historique du moyen âge
au début du XXI^{ème} siècle**
Corinne Guyonnet, Psychologue sexologue - Vesoul P. 189
- **Sadomasochisme et Droit**
Jacques Delga, Professeur honoraire à l'ESSEC - Paris P. 192
- **Au fil du jeu de l'oie systémique...
Dynamiques familiales et stratégies identitaires
adoptées par les personnes homosexuel(le)s
lors du coming out à La Réunion**
*Madeleine Begue, Candidate au Doctorat en Sexologie - Saint-Denis
La Réunion* P. 195
- **Projet PrEP Goutte d'Or :
Initier la PrEP en médecine de ville et envisager
la santé sexuelle des personnes**
Dr Marie Ahouanto-Chaspoul - Neuilly P. 198
- **L'impact de la PrEP sur la sexualité des Hommes
ayant des relations sexuelles avec des Hommes**
Sladjana Decock - Tourcoing P. 201

SULLY 2

COMMUNICATIONS LIBRES

Session 3 :

Mme Nadia Flicourt, infirmière sexologue - Astaffort

Mme Lenaig Serazin-Orsini, Sage-femme libérale - Aubagne

- **La thérapie de couple axée sur les émotions :**

- **Une thérapie qui crée de l'intimité**

- Anne Belgram-Perkins, Psychologue clinicienne - Le Vésinet P. 205*

- **Intégration de la sexualité dans son cycle de vie**

- Dominique Lefèvre, Psychologue clinicienne sexologue sexothérapeute*

- Docteure en droit - Nogent-sur-Marne P. 208*

- **Le couple à l'épreuve de la durée**

- Marie-Aude Binet, Conseillère conjugale et sexologue - Pechbonnieu P. 210*

- **Adultes à haut potentiel intellectuel et rapport au corps :
Quel impact sur la sexualité ?**

- Guillemette Stevens, Conseillère conjugale-Conseillère en Santé*

- Sexuelle - Halluin P. 213*

- **L'amélioration de compétences émotionnelles au sein
d'un groupe de paralysés cérébraux en résidence
améliore-t-elle les capacités de séduction ?**

- Pascal Coquiart, Psychologue sexologue*

- Bienne-lez-Happart, Belgique P. 216*

- **Vie relationnelle, affective et sexuelle en institution
de personnes porteuses de handicap mental, un travail
en partenariat**

- Bénédicte Sempé Némoz, Conseillère conjugale et familiale,*

- Thérapeute de couple, Sexologue - Chambéry P. 220*

- **Implantation d'un programme universitaire en sexualité :
Outils de réponse à un besoin d'intervenants multidisciplinaires**

- Dominique Trudel - Montréal, Canada*

- Jenny Ingrid Lebounga Vouma - Montréal, Canada P. 223*

AMPHI.
PASTEUR

COMMUNICATIONS LIBRES

18h30

FIN DE JOURNÉE

PROGRAMME DU DIMANCHE 31 MARS 2019

09h00
10h00

TEMPS ET SEXUALITÉ

Discutante :

Dr Rosa Carballeda, médecin sexologue - Grenoble

- **Le temps de l'amour : Les préliminaires pourquoi faire ?**

Mme Capucine Moreau, sexologue - Toulouse

P. 100

- **Le temps du couple : Et en plus, vous voulez faire l'amour ?**

Dr André Corman, médecin sexologue - Toulouse

P. 102

AMPHI.
PASTEUR

TABLE RONDE

10h00
11h00

LES CODES CHANGENT, QUELLE ÉVOLUTION DES PRATIQUES ?

Discutante :

Mme Joëlle Mignot, psychologue sexologue, Paris

- **De la révolution sexuelle à aujourd'hui, où en est-on ?**

Dr Mireille Bonierbale, psychiatre sexologue - Marseille

P. 105

- **Anciens codes et nouveaux codes, comment concilier ?**

Mme Nathalie Dessaux, psychologue sexologue - Rennes

P. 108

AMPHI.
PASTEUR

CONFÉRENCE

11h00
12h30

NOUVELLES TECHNOLOGIES ET SEXUALITÉ

Discutants :

Dr Carol Burté, médecin sexologue - Draguignan

Dr André Corman, médecin sexologue - Toulouse

- **Le robot sexuel en question**

Dr Carol Burté, médecin sexologue - Draguignan

P. 111

- **Cyborgs sexuels : entre humanisation de la machine et mécanisation de l'humain, que restera-t-il de nos amours ?**

Dr Olivier Nérot, Consultant en innovation, Docteur en sciences cognitives - Lyon

P. 113

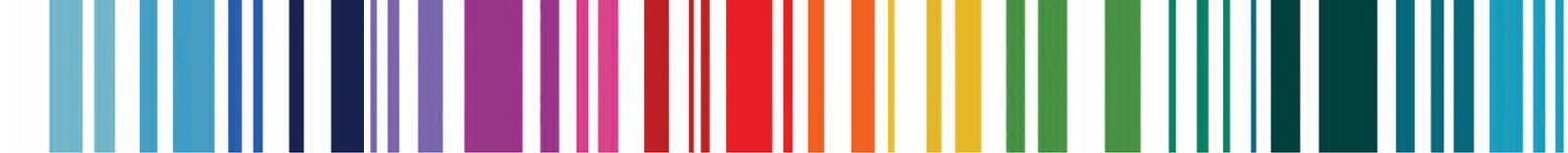
- **Disruptions en santé sexuelle : clinique, Évidence Base Médecine ou Intelligence Artificielle**

Dr Pierre Bondil, urologue sexologue - Chambéry

P. 116

AMPHI.
PASTEUR

CONFÉRENCE



12h30
12h45

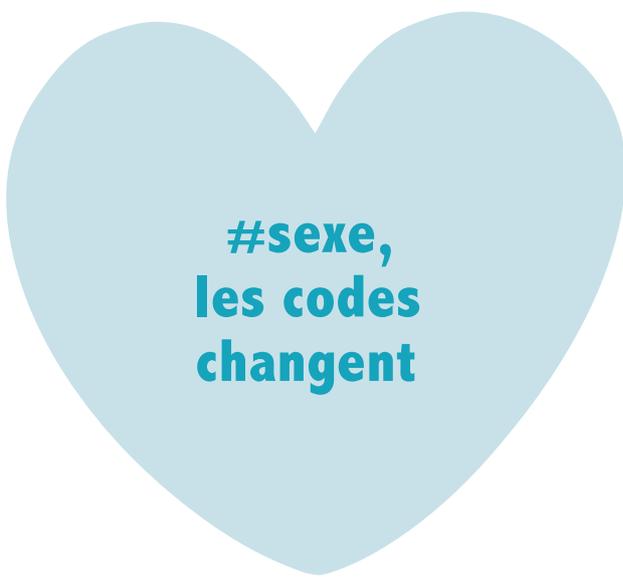
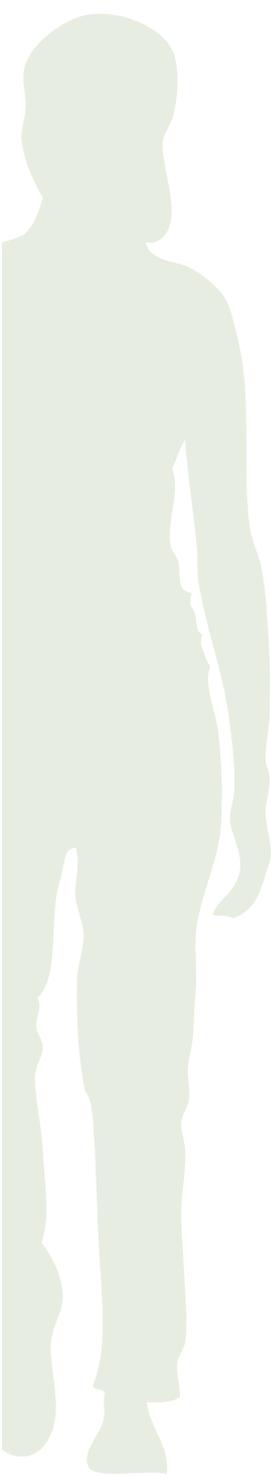
ALLOCUTION DE FIN DE CONGRÈS

AMPHI.
PASTEUR

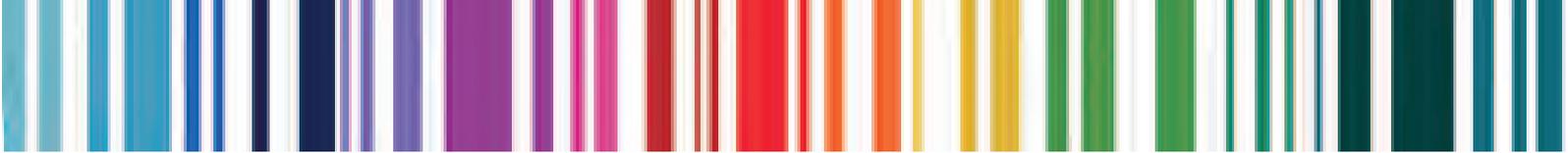
Dr Rosa Carballeda, Présidente de la FF3S
Dr Mireille Bionierbale, Présidente de l'AIUS
Dr Pierre Bondil, Président d'Honneur
Dr Eric Tanneau, Président de la SFSC

CÉRÉMONIE

FIN DES 12^{ÈMES} ASSISES DE SEXOLOGIE ET SANTÉ SEXUELLE



**#sexe,
les codes
changent**



Résumé des
SESSIONS ASSISES



Session Plénière

Les différents « visages » de l'union non consommée

- **Introduction : Du péché à la médicalisation : délit ou maladie ?**
A. Giami
- **Discussion**
M. Chevert-Méasson / N. Dessaux / C. Martin / M. Michelin / E. Huyghe
- **Synthèse**
P. Martin-Vauzour



Du péché à la médicalisation : délit ou maladie ?

Alain Giami
Directeur de recherche émérite
INSERM – CESP : Equipe Genre, sexualité, santé
Villejuif
alain.giami@inserm.fr

La question des *unions non-consommées* est analysée ici à l'aide de la théorie des scripts et scénarios sexuels (Gagnon, 2008). *L'union non-consommée* ou l'absence de relations sexuelles dans une relation établie sur une durée plus ou moins longue, qu'elle soit instituée ou non, fondée sur une cohabitation, entre des personnes de sexe différent ou de même sexe, représente une forme de relations sexuelles fondée sur l'absence de relations sexuelles. Le fait de parler d'*union non-consommée* et de considérer que cela constitue un problème repose sur l'idée selon laquelle l'activité sexuelle – avec pénétration vaginale en particulier – est tout à fait légitime et même prescrite dans ce type de relations. Ce qui est souvent le cas dans les religions monothéistes où le mariage entre personnes de sexe différent constitue la seule situation où les relations hétérosexuelles sont autorisées, régulées et voire même obligatoires, à certains moments du cycle de la femme (Biale 1997). La transgression de cette prescription constitue alors une forme de déviance qui a été considérée de façons différentes au cours de l'histoire comme un péché, un délit (Iacub, 2009) ou plus récemment comme une pathologie. L'union non-consommée se négocie dans l'histoire et la trajectoire d'une relation entre les partenaires. On ne peut non plus exclure le plaisir pris à une absence de relations sexuelles (Pasini, 2003) absence qui peut être associée depuis quelques années à l'apparition de l'identité et de la communauté des *asexuels*.

L'enquête CSF (Contexte de la Sexualité en France) réalisée par l'INSERM en France en 2006 n'a trouvé que 2 % de femmes et d'hommes en couple ou en relation stable déclarant ne pas avoir eu de relations sexuelles au cours de la dernière année (Bajos, Bozon, 2008). Le faible niveau de déclaration dans une enquête nationale représentative contraste avec l'importance perçue dans les consultations. Dans l'enquête sexologues de 1999, seulement 10% des sexologues déclaraient *Souvent / Très souvent* les unions non consommées comme un motif de consultation.

L'absence de relations sexuelles au sein d'un couple apparaît comme un phénomène beaucoup plus complexe qu'il n'en a l'air. Il est à interpréter dans le contexte d'une culture qui valorise positivement la sexualité, la santé sexuelle, le bien-être sexuel et le droit au plaisir. L'omniprésence de la culture positive de la sexualité semblerait rejoindre les injonctions culturelles et religieuses traditionnelles qui faisaient de la sexualité dans le couple un acte sacré qui condense tout un ensemble de valeurs symboliques depuis la virilité, la transmission du nom et du patrimoine et secondairement le plaisir sexuel. S'interroger aussi sur tous ceux qui abandonnent l'activité sexuelle et ne s'en trouvent pas plus mal....



MOTS-CLÉS : Activité Sexuelle, Couple, Union Non-Consommée, Médicalisation

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Bajos, N., & Bozon, M. (Eds.). (2008). *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Paris : La Découverte.

Biale, D. (1997). *Eros juif*. Arles, Actes Sud. (Traduction française).

Gagnon, J. (2008). *Les scripts de la sexualité. Essais sur les origines culturelles du désir*. Paris, Payot (Traduction française).

Iacub, M. (2009). Le mariage des impuissants. In : *Le crime était presque sexuel*. Paris, Flammarion (Champs essais).



Les différents « visages » de l'union non consommée

Marie Chevret-Measson

Psychiatre et sexologue à Lyon, Responsable pédagogique des DIU de sexologie et sexualité humaine de Lyon I

mariemc@orange.fr

Nathalie Dessaux

Psychologue sexologue à Rennes, Responsable pédagogique des DIU de sexologie et sexualité humaine de Nantes

nathalie.dessaux@mac.com

Eric Huyghe

Urologue andrologue au CHU de Toulouse, PUPH en Urologie, président du Collège de Sexologie et Santé Sexuelle

eric.huyghe@yahoo.fr

Pierre Martin-Vauzour

Médecin sexologue à Bordeaux, Responsable pédagogique des DIU de sexologie et sexualité humaine de Bordeaux

docteur.martin@orange.fr

Carine Martin

Gynécologue et sexologue, CHU de Lille, Responsable pédagogique des DIU de sexologie et Sexualité humaine de Lille

drcarinemartin@yahoo.fr

Mickaëlle Michelin

Psychologue sexologue attachée au CHU de Toulouse, Responsable pédagogique des DIU de sexologie et sexualité humaine de Toulouse III

m.michelin.psy@orange.fr

En fonction des époques et des sociétés, différentes définitions ont été proposées pour ce qui a longtemps été désigné sous le terme de mariage non consommé, et que nous désignerons dans l'atelier sous le terme d'« union non consommée » (UNC), prenant en compte le fait que l'évolution des sociétés a créé de nouveaux contextes et types de relations hors mariage.

Il n'existe pas de définition consensuelle de l'UNC, mais les principales définitions [Ghanem, 2008 ; Ozdemir, 2008 ; Farnam, 2014] convergent sur le fait qu'il existe un échec au coït dans un couple, malgré plusieurs tentatives, sur une période (généralement) de plusieurs mois. De plus, certaines définitions incluent la bonne dynamique du couple, le désir d'avoir des rapports, et l'impact négatif pour les partenaires. [Farnam, 2014].

L'épidémiologie dépend de la définition et pâtit du fait que l'absence de relations sexuelles est un sujet tabou que l'on ne déclare pas dans les enquêtes menées en population générale.

Il y a donc un contraste entre l'importance de ce thème comme motif de consultation et la faible prévalence déclarée [Michetti, 2013].



Quelle que soit la définition considérée, l'UNC est un motif fréquent de consultation en sexologie, conséquence soit d'une démarche volontaire du couple, soit d'un adressage par un confrère (médecin d'AMP, urologue, gynécologue...) [Badran, 2006].

Une difficulté du clinicien face à une UNC vient du fait qu'il s'agisse d'une conséquence pouvant renvoyer à de nombreuses causes (pouvant impliquer des dysfonctions sexuelles masculines et/ou féminines, des déterminants socio-culturels et spirituels, éducationnels, liés au couple...). La pertinence de la prise en charge sera donc directement liée à la qualité de l'évaluation initiale et tout au long de la prise en charge.

L'objectif de l'atelier sera de construire ensemble des grilles d'évaluation et de prise en charge rendant compte de cette multi factorialité.

Après des rappels épidémiologiques et socio-historiques, nous illustrerons les différents visages de l'UNC au travers de cas cliniques démonstratifs abordés sous la forme de jeux de rôles interactifs.

MOTS-CLÉS : vaginisme, éducation, mariage, dysfonction érectile, coït

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Badran W, Moamen N, Fahmy I, El-Karakasy A, Abdel-Nasser TM, et al. (2006) Etiological factors of unconsummated marriage. *Int J Impot Res* 18(5): 458-463.

Farnam F, Janghorbani M, Raisi F, and Merghati-Khoie E (2014) Compare the effectiveness of PLISSIT and Sexual Health Models on women's sexual problems in Tehran, Iran: A randomized controlled trial. *J Sex Med* 11(11): 2679-2689.

Ghanem H, El-Dakhly M, Shamloul R (2008) Alternate-day tadalafil in the management of honeymoon impotence. *J Sex Med* 5(6): 1451-1454.

Michetti PM, Silvaggi, M, Fabrizi A, Tartaglia, N, Rossi, R, Simonelli, C (2013) Unconsummated marriage: can it still be considered a consequence of vaginismus? *International Journal of Impotence Research*, 1-3

Ozdemir O, Simsek F, Ozkardes S, Incesu C, Karakoc B (2008) The Uncosummated marriage: its frequency and clinical characteristics in a sexual dysfunction clinic. *J Sex Marital Ther* 34(3): 268-279.

Usta MF, Erdoğru T, Tefekli A, Köksal T, Yücel B, et al. (2001) Honeymoon impotence: psychogenic or organic in origin? *Urology* 57(4) : 758-762.



Table Ronde - Avec le soutien de Majorelle

Nouvelles données dans la prévention des IST

Discutante : R. Carballeda

- **Les comportements à risques : Le préservatif, toujours d'actualité ?**
G. Bou Jaoude
- **Nouvelles données dans la prévention des IST : Entre prescription et éducation**
G. Domenech-Dorca
- **La place du sexologue dans la prévention des IST**
W. Pavageau



Les comportements à risques : Le préservatif, toujours d'actualité ?

Gilbert Bou Jaoude
Lille
boujaoude@orange.fr

Texte Non Envoyé



Nouvelles donnes dans la prévention des IST : Entre prescription et éducation

Gwenaël Domenech-Dorca
PhD. Psychologue-Sexologue,
Réseau de Santé Sexuelle Publique (RSSP), CeGIDD CHU-Bichat, Paris.
gwenael.domenech-dorca@inserm.fr

Symbole d'une sexualité à risques, le préservatif accompagne intimement la sexualité des dernières décennies. Les années 80, marquées par l'épidémie du VIH, présentent un discours unique de prévention des risques de contamination basé sur l'utilisation systématique du préservatif : le *safer sex*. Dès lors, toutes formes alternatives de prévention afin « [d'] éviter d'avoir des rapports non protégés avec des personnes contaminées » sont méthodiquement dénoncées comme des hérésies à la raison (Calvez, 1996). Dans ce contexte, les conduites sexuelles "boudant le *safer sex*" (*Libération*, 1993) sont considérées, par certains acteurs de la prévention, comme des « désir[s] inconscient[s] de contamination » (Lisandre, 1997).

L'arrivée des nouvelles thérapies antirétrovirales en 1996 ne permettent pourtant plus au *safer sex* d'être une valeur culturelle unificatrice (Rowe & Dowsett, 2008) et de nouvelles sous-cultures, comme le *Barebacking* (Berg, Tikkanen, & Ross, 2012), revendiquant explicitement l'abandon du préservatif au profit d'une libération de la sexualité des injonctions de santé publique, plaident pour une responsabilisation de chacun.

Dès lors, la prévention de l'infection, fondée sur une modification comportementale des pratiques sexuelles basées sur l'usage absolu du préservatif, est reformulée au profit d'approches combinées, incluant différentes stratégies de réduction des risques (Rdr) (Lert & Pialoux, 2010). Le choix du mode de protection est alors soumis à l'appréciation de chacun selon le contexte et le partenaire (Eaton, Kalichman, O'Connell, & Karchner, 2009). Certaines pratiques y trouvent de nouvelles appellations, ou pour le moins une nouvelle explication. Ainsi, le *Serosorting* (Velter *et al.*, 2009) permet de sélectionner ses partenaires en fonction de ce que l'on sait, ou de ce que l'on imagine de leurs statuts sérologiques, et d'y adapter ses attitudes et ses comportements sans recourir obligatoirement à l'utilisation de préservatif mais sans cautionner pour autant sa non utilisation (Wilson *et al.*, 2010). Le phénomène *Bareback*, et son absence volontaire et systématique de préservatif se présente alors comme un mouvement de démedicalisation de la sexualité et spéculer sur l'expression des plaisirs et érige la responsabilité individuelle en valeur suprême (Le Talec, 2007). C'est dans ce contexte qu'apparaît le concept de "bio-médicalisation" de la prévention (Giami & Perrey, 2012) qui, sans chercher le changement comportemental dans le domaine de la sexualité donnerait à chacun le pouvoir d'agir sur son propre destin biologique et médical en lui donnant le choix de sa prévention.

La prévention se base alors sur la dispensation de connaissances afin de permettre à chacun et chacune de faire ses choix. L'ensemble de ces stratégies misent sur la rationalité comportementale naturelle de chaque individu à mettre en place des comportements en accords avec la poursuite de la meilleure santé (Lisandre & Wernoth, 2000).

Aujourd'hui, on renforce la responsabilité des séropositifs avec le traitement comme prévention (TasP) sur la base de la connaissance de leur statut sérologique et donc de la stricte observance de leurs traitements antirétroviraux. En complément les séronégatifs, en pleine connaissance de leur statut sérologique et des risques, restent sous l'injonction du port du préservatif et à défaut se voient dirigés vers une prophylaxie préexposition (PrEP) approuvées et remboursées par la sécurité sociale depuis janvier 2016. L'ensemble de ce système légitimant le fort intérêt pour le déploiement et le financement des tests rapides



d'orientation diagnostique du VIH (TROD) pratiqués par un nombre grandissant d'associations et renforcés par la commercialisation d'autotests pour pallier au manque de connaissance des statuts sérologiques d'une partie des populations les plus touchées. Toutes ces évolutions sont finalement reprises pour nous emmener vers un monde orienter « sans SIDA ».

Avec la prise en charge du préservatif par la sécurité sociale, 2019 signera un retour remarqué de l'enveloppe de latex rose dans la réaffirmation et l'autonomie du choix de prévention le plus adapté afin de faire face aux IST au sens large. Pour ce faire, les professionnels de santé vont-être amenés à jouer un rôle majeur, non pas dans la diffusion d'un message unique de prévention, mais dans l'accompagnement de chacun et chacune dans la santé entourant la sexualité. Les plaçant ainsi en véritables conseillers en santé sexuelle (Giami, Moreau, & Domenech-Dorca, 2014).

Cette intervention s'intéressera donc à la mobilisation des professionnels de première ligne dans la santé sexuelle de la population et développera les avantages d'une offre de prévention diversifiée qui place les préservatifs à portée de toutes les mains.

MOTS-CLÉS : Préservatifs, prévention, IST, professionnels de santé

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Berg, R. C., Tikkanen, R., & Ross, M. W. (2012). Predictors of reporting bareback sex among a diverse sample of MSM recruited through a Swedish website. *AIDS Care*, 23(12), 1644-1651

Calvez, M. (1996). La rationalité des conduites de prévention et l'expérience sociale. In M. Calvez, M.-A. Schiltz & Y. Souteyrand (Eds.), *Les homosexuels face au sida: Rationnalité et gestion des risques*. Paris: ANRS.

Eaton, L. A., Kalichman, S. C., O'Connell, D. A., & Karchner, W. D. (2009). A strategy for selecting sexual partners believed to pose little/no risks for HIV: serosorting and its implications for HIV transmission. *AIDS Care*, 21(10), 1279-1288.

Giami, Moreau, E., & Domenech-Dorca, G. (2014). Le conseil en santé sexuelle. In Dunod (Ed.), *Psychologie de la santé, Applications et interventions*. France.

Giami, A., & Perrey, C. (Writers). (2012). Transformations in the medicalization of sex: HIV prevention between discipline and biopolitics, *Journal of Sex Research*. United Kingdom: Taylor & Francis.

Lisandre, H. (1997). Les facteurs inconscients de la contamination par voie sexuelle. *L'évolution Psychiatrique*, 62(1), 81-95.



La place du sexologue dans la prévention des I.S.T

Pavageau Wilfrid
Médecin Sexologue libéral
oilchips@club.fr
Paris 9^e

Quand 33% des 15-24 ans pensent que la « pilule » protège des I.S.T ; lorsque 24000 personnes sont VIH+ sans le savoir, en France ; si les Gonococcies et Chlamydioses sont multipliées par 3 depuis 2012, dépassant les taux des années 80 et enfin si 52% des jeunes femmes n'utilisent pas systématiquement le préservatif, il est peut-être important de se poser pour se dire que la Prévention en France est loin d'être optimale.

Une fois ce constat établi, il est légitime de penser que les professionnels de santé ont encore une place importante pour améliorer cette Prévention. Chacun à sa place, chacun à son niveau.

La France est la championne d'Europe pour ses 5 millions de tests VIH annuels. Cela ne suffit pas ou plus.

Chaque médecin, qu'il soit généraliste, gynécologue, urologue ou sexologue et tout autre professionnel de santé peut, ou doit (?) apporter sa pierre à l'édifice d'une nouvelle prévention plus efficace. Quels sont les moyens déjà existants ou ceux à développer pour nous aider, nous, toutes & tous à nous engager dans cette direction

MOTS-CLÉS : prévention – IST – VIH

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Bulletin des réseaux de surveillance des IST – Données au 31/12/2016 – Santé Publique France

Les jeunes, les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et le préservatif remboursable Etude Majorelle sondage Elabe 23.11.2018

Le VIH/sida en France en 2018 vih.org 01.12.2018

Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Santé Publique France, 2017 8p



Conférence

Profession sexologue : Les évolutions de la profession de sexologue

A. Giami



Les évolutions de la profession de sexologue : résultats préliminaires de l'enquête INSERM / FF3S 2019

Alain Giami

Directeur de recherche émérite

INSERM – CESP : Equipe Genre, sexualité, santé

alain.giami@inserm.fr

Villejuif

Préambule

Les pratiques de la sexologie sont en pleine évolution. Depuis 2008, les deux principales associations françaises de sexologie, la SFSC et l'AIUS ont organisé les « Assises françaises de sexologie et de santé sexuelle ». La sexologie en France s'est longtemps concentrée sur les problèmes et difficultés sexuelles des personnes hétérosexuelles. Peu de sexologues ont investi les questions liées aux situations homosexuelles et aux situations transsexuelles. De même, l'accompagnement des personnes en situation de handicap ou des personnes atteintes de maladies chroniques, des IST et de l'infection à VIH commencent à susciter l'intérêt des sexologues. De nouvelles missions sont attribuées aux « sexologues » et aux professionnels de la santé formés aux questions de sexualité.

Dans le cadre de la santé publique, la santé sexuelle a été pendant longtemps morcelée dans de nombreuses institutions et dans différents plans et politiques de santé publique sans véritables liens stratégiques. Depuis la fin du Plan National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014, un effort a été fait pour rapprocher et coordonner les acteurs de la prévention, du social, du sanitaire et du médico-social mais aussi de l'éducation. On observe ainsi un début d'intérêt des pouvoirs publics en matière de sexualité et santé sexuelle avec la publication du rapport « Santé sexuelle et reproductive » par le Haut Conseil de la Santé Publique (2016), le « Rapport relatif à l'éducation à la sexualité publié par le Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes » (2016) et plus récemment le lancement de la « stratégie nationale de santé sexuelle » par le Ministère de la santé (2017). Cet ensemble de préoccupations et de recommandations élaborées par le gouvernement ont permis des avancées notables dans différents dispositifs comme l'inscription de la santé sexuelle dans le parcours éducatif de santé, mais aussi dans les missions des Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (CeGIDD), des centres d'éducation et de planification familiale (CEPF) ou des Centres de soins et d'accompagnement des patients en addictologie (CSAPA).

On se trouve donc actuellement à un carrefour de différentes évolutions des missions qui peuvent être remplies par les « sexologues » avec d'un côté, la poursuite et la diversification de la « sexologie généraliste » (Lopes, Poudat, 2007), de l'autre le développement de la médecine sexuelle (Courtois, Bonierbale, 2016), et par ailleurs celui de la santé sexuelle et des droits sexuels (Mignot, Troussier, 2015) sans oublier les missions d'éducation et de prévention inscrites dans la perspective du développement de l'égalité entre les sexes et de la lutte contre les discriminations en direction des populations vulnérables (HSH, LGBTI) notamment. Face à toutes ces évolutions et transformations du dispositif de la sexualité en dispositif de santé sexuelle, il importe d'observer et de mesurer les caractéristiques des sexologues et d'envisager les différentes perspectives qui se mettent en place dans le champ



de la sexologie avec l'apparition de nouvelles missions, de nouvelles formes d'intervention et de nouveaux acteurs dont on peut supposer qu'ils/elles ne se reconnaissent pas toujours comme « sexologues ».

Les évolutions depuis 1999

Une première enquête a été réalisée en 1999 (Giami, de Colomby, 2001 et 2003). Cette enquête a permis d'estimer la taille de la population des sexologues, d'évaluer la proportion des différents groupes qui la composent en fonction du genre, de la profession d'origine (médecins et non-médecins), de l'âge, des types de formation reçues, des principales pratiques, de la part de la sexologie dans l'exercice professionnel global, des opinions sur la sexualité, etc....

Une deuxième enquête, plus légère, a été réalisée en 2009 avec une méthodologie d'échantillonnage différente (recrutement parmi les adhérents des associations et parmi le public des Assises de sexologie et santé sexuelle à Lille) qui a permis de mettre en évidence une féminisation de la profession de sexologue (2/3 de femmes contre l'inverse lors de la précédente enquête de 1999).

Entre 1999 et 2009, chez les sexologues affiliés aux associations, on note une féminisation en ligne avec celle observée dans la médecine générale, mais cette féminisation n'a pas modifié l'équilibre entre les médecins et les non médecins : la majorité des sexologues travaillant en France en 2009 restent des médecins et des médecins généralistes principalement, et la majorité d'entre eux (64%) sont adhérents à l'une des associations (Giami, Chevret-Méasson, Bonierbale, 2009).

L'enquête en cours

Face à ce constat, il importe de pouvoir identifier comment les professionnels de la sexologie qui se reconnaissent comme sexologues, sont adhérents des principales associations de sexologie en France (AIUS, SFSC, Asclif, SFMS), titulaires d'un diplôme délivré par le CPPIU (DIU de sexologie et de sexualité humaine, diplôme de santé sexuelle, etc...) interviennent dans les domaines traditionnels de la sexologie que constituent les troubles et difficultés sexuelles et les paraphilies, mais aussi comment ces sexologues traditionnels interviennent ou pas sur les nouveaux terrains de la santé sexuelle : prévention des IST et du VIH, santé reproductive, violences sexuelles, etc....

Nous avons identifié différents cercles de professionnels de la sexologie au sens large :

1. Ceux / celles qui peuvent se reconnaître soit, de par leur identité affichée et revendiquée, leur formation, leur participation aux Assises, ou leurs pratiques, leur adhésion à une association de sexologie ou santé sexuelle, comme sexologue ;
2. Ceux/celles qui ne revendiquent pas cette identité et les pratiques qui l'accompagnent mais qui s'intéressent à ces questions, sont confrontés à des questions relatives à la sexualité et viennent participer aux Assises de sexologie et santé sexuelle
3. Ceux / celles qui sont confrontés dans leur activité à des situations liées à la sexualité et qui peuvent bénéficier de formations ponctuelles en interne dans leurs établissements ou dans des actions de formation continue qui se développent en offrant de nombreux stages et qui le cas échéant viennent assister aux Assises.

L'enquête est actuellement en cours de réalisation et les questionnaires sont collectés par Internet. Merci de continuer à répondre. Votre participation est la garantie de ma représentativité et de la fiabilité des résultats.



MOTS-CLÉS : Sexologues, Profession, Enquête Nationale

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Giami A., de Colomby P. Profession sexologue ? *Sociétés Contemporaines*. (2001), n° 41-42, pp. 41-63.

Giami A. (Guest editor) (2006). La profession de sexologue en Europe. *Sexologies : Revue Européenne de Santé sexuelle*. 1, 173.

Giami A, Chevret-Méasson M., Bonierbale M. Evolutions récentes de la profession de sexologue en France. Premiers résultats d'une enquête réalisée en France. *Sexologies, European Journal of Sexology and Sexual Health* (2009) vol. 18 (4), pp. 238—242.



Conférence

Politique de santé et prévention. Stratégie nationale de santé sexuelle

J C. Comboroure



Politique de santé et prévention en matière de santé sexuelle en France

Jean-Christophe Comboroure

Chef du bureau Santé sexuelle et reproductive - Infections par le VIH, les IST, les hépatites et la tuberculose - Direction Générale de la Santé

jean-christophe.comboroure@sante.gouv.fr

Paris

Introduction

De façon inédite la France a fait le choix d'investir le champ de la santé sexuelle et reproductive sous un angle global et positif et dans un cadre partagé au niveau interministériel. La première stratégie nationale de santé sexuelle propose une démarche globale d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive et vise à garantir à chacun une vie sexuelle autonome, satisfaisante et sans danger.

Dans le champ infectieux, elle se fixe comme ambition d'éliminer les épidémies d'IST et d'éradiquer l'épidémie du sida d'ici 2030. Par son action tant en matière de promotion de la santé sexuelle et d'éducation en direction de la jeunesse qu'en matière de formation des professionnels, elle vise à faire évoluer les représentations sociales, et leur traduction dans l'offre de santé, liées à l'identité de genre, à l'orientation sexuelle, à l'âge, au handicap ou au statut sérologique. Elle vise également à prévenir les comportements de violence, notamment sexuelle.

Malgré sa visée universelle - elle s'adresse à l'ensemble de la population et à tous les territoires - elle développe une approche populationnelle dans le but d'accentuer l'effort collectif sur les publics exposés ou vulnérables, mais également dans celui de déployer des actions en faveur de populations jusqu'ici peu impactées par les politiques de santé sexuelle (personnes âgées, personnes handicapées, personnes atteintes de troubles mentaux), en vue de réduire les inégalités sociales de santé.

Cette approche et ces orientations concourent ainsi à la réalisation des objectifs de la stratégie nationale de santé en particulier l'objectif « Promouvoir la santé sexuelle et l'éducation à la sexualité ».

Méthode

La stratégie nationale de santé sexuelle 2017- 2030 a été élaborée en co-construction avec les acteurs institutionnels, associatifs et professionnels de la santé sexuelle.

Pour assurer l'élaboration et la mise en œuvre effective de ces priorités stratégiques, un comité de pilotage réunissant les acteurs intervenant dans le champ de la santé sexuelle a été mis en place. Il a mis en place six groupes de travail (un groupe/axe) dont la mission a été de proposer les actions, sur la base de trois critères : l'importance du besoin, en particulier en termes de santé publique ; la faisabilité en trois ans ; une mobilisation transversale des différents acteurs de la stratégie. Des réunions intergroupes ont permis d'assurer la cohérence et la transversalité des actions sélectionnées. Le comité de pilotage se réunit deux à trois fois par an.

Dans la suite du lancement du plan priorité prévention par le Premier ministre, à l'occasion d'un comité interministériel pour la santé, la ministre des solidarités et de la santé a annoncé la feuille de route de santé sexuelle. Elle définit des actions prioritaires. Certaines de ces



actions, concrètes et à impact populationnel, sont également inscrite au sein du plan priorité prévention.

Résultats

Afin d'améliorer l'information et la formation dans le domaine de la santé sexuelle, une nouvelle circulaire sur l'éducation à la sexualité a été publiée. Un travail engagé sur un vadémécum pédagogique permettra notamment de produire un plaidoyer interministériel pour promouvoir l'éducation à la sexualité. Pour former les professionnels de santé à la santé sexuelle dans une approche interdisciplinaire, la santé sexuelle sera inscrite en 2019 dans les orientations nationales du développement professionnel continu. Des campagnes annuelles de dépistages seront également organisées dès 2019 en région.

Pour améliorer l'offre générale en santé sexuelle, les missions des Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé ont été étendues aux consultations de contraception et de prévention des infections sexuellement transmissibles. Il s'agit également d'engager des travaux notamment de garantir sur le territoire l'accès aux différentes méthodes d'IVG tout en renforçant la confidentialité de cet acte,

Pour renforcer l'offre de santé sexuelle destinée aux populations et territoires prioritaires ; un appel à projets sera lancé pour expérimenter des centres de santé sexuelle, d'approche communautaire, dans des villes à forte prévalence VIH et IST ; en outre-mer, l'offre de santé sexuelle pour les jeunes sera renforcée, avec un accent mis sur le déploiement des actions « hors les murs », le soutien au développement associatif et la promotion d'actions innovantes. Dans le cadre de la construction de parcours de santé des migrantsⁱ adaptés aux territoires par une animation de l'offre locale, l'élaboration d'un cahier des charges pour l'expérimentation de proposition systématique d'un bilan de santé avec l'accès à l'interprétariat et à la médiation sanitaire en ville a débutée.

Enfin, dans le cadre d'une des vingt-cinq mesures phares du plan priorité prévention, un projet innovant en santé sexuelle est lancé : dans trois régions sera expérimenté un « pass préservatifs » donnant aux jeunes un accès à titre gratuit à une offre de préservatifs dans le cadre d'un programme d'information et de prévention.

De la même manière, l'instauration d'un service sanitaire pour tous les étudiants en santé permettra de diffuser sur le territoire, des interventions de prévention conduites par des étudiants en articulation avec les priorités nationales de santé publique et les politiques régionales. Dans ce cadre, la promotion de la santé sexuelle est une des thématiques retenues.

Conclusion

La politique de santé et prévention en matière de santé sexuelle en France traduit le caractère intersectoriel indispensable à la réussite de son déploiement. Rassemblant les 26 actions construites collectivement, la feuille de route porte des priorités claires sur les champs de la prévention et la prise en charge des IST, de la santé reproductive, de l'éducation à la sexualité pour les trois prochaines années.

MOTS-CLÉS : Santé sexuelle, Prévention, Politique de santé



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Ministère des solidarités et de la santé, 2017, La stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

Ministère des solidarités et de la santé, 2018, La stratégie nationale de santé 2018-2022, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf

Dossier de presse du comité interministériel pour la santé, 2018, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180326-dossier_de_presse_priorite_prevention.pdf

Ministère des solidarités et de la santé, 2018, Feuille de route 2018-2020 de la stratégie nationale de santé sexuelle, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_pnsp_sante_sexuelle.pdf

Ministère des solidarités et de la santé, 2018, plan priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publicue_psnsp.pdf

Ministère des solidarités et de la santé, 2018, INSTRUCTION N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 : relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants, https://expat-elan.fr/images/10-textes-de-lois/instructions/2018/instruction_2018-06-08_NOR-SSAP1816090J_relative-a-la-mise-en-place-du-parcours-de-sante-des-migrants-primo-arrivants.pdf



Symposium HPV - Avec le soutien de MSD Vaccins

Les conséquences des infections à HPV sur la sexualité

Président : P. Lopes

- **Les conséquences de l'infection à HPV chez la femme et chez l'homme**
P. Descamps
- **Les conséquences sur la sexualité**
M. Veluire
- **La prévention par la vaccination : la vaccination pour tous ?**
P. Lopes

Les conséquences de l'infection à HPV chez la femme et chez l'homme

Philippe Descamps
Service de Gynécologie Obstétrique
CHU Angers
phdescamps@chu-angers.fr

Le Papillomavirus est une des infections sexuellement transmissibles les plus fréquentes : on estime en effet qu'au moins **75% de la population sexuellement active sera touchée au moins une fois dans sa vie par ce virus.**

Elle est par ailleurs très contagieuse (transmission ~60%) et un simple contact suffit:

Si cette infection régresse majoritairement sans séquelle (on parle de « grippe sexuelle »), dans ~10% des cas, elle persiste et est peut-être responsable de lésions pré-cancéreuses et/ou de cancers.

Le HPV n'est pas le « virus du cancer du col utérin » (3000 cas, 1000 morts par an en France), mais touche de nombreux organes.

On estime qu'actuellement en France, le HPV est responsable tous les ans de plus de **6 300 nouveaux cas de cancers** (col de l'utérus, vulve, vagin, anus, voies aéro-digestives supérieures (oropharynx, amygdales), pénis), dont près d'1/3 surviennent chez les hommes qui eux n'ont aucun dépistage possible.

Par ailleurs, il entraîne 100 000 nouveaux cas de verrues génitales et environ 30 000 lésions pré-cancéreuses du col de l'utérus traitées par conisation.

En raison de l'âge moyen des premières grossesses (30 ans en France), une femme conisée sur 4 sera enceinte ultérieurement avec une augmentation du risque d'accouchements prématurés et de rupture spontanée des membranes.

MOTS-CLÉS : Cancer du col utérin, lésions précancéreuses, cancers ORL, cancer de l'an

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

InVS actualisation 2008. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3243

Moscicki AB et al. J Adolesc Health. 2005;37(6 Suppl): S3-9

Denis F, Hantz S. Vaccination anti-HPV. Le point de vue du virologue. La Lettre de l'infectiologue 2017

Stanley M. Infect Agent Cancer. 2010 Oct 20; 5:19

Shield et al 2018. European Journal of Epidemiology

Hartwig et al. 2015. Suppl. material. PapillomavirusResearch1(2015)90–100

Les conséquences des infections à HPV sur la sexualité

Marie Veluire
DAX
marieveluire@yahoo.fr

Les infections à HPV sont lourdes de conséquences aussi bien chez l'homme que chez la femme, principalement en termes de santé. Mais qu'en est-il de la santé sexuelle ?

L'infection à HPV est l'IST la plus fréquente. On estime que 75% des femmes et des hommes sexuellement actifs seront infectés par un HPV au cours de leur vie. La transmission se fait essentiellement lors de contacts intimes (rapports sexuels avec ou sans pénétration, caresses, contacts peau à peau...) avec une contagiosité très élevée, d'au moins 60%. On estime à 30% l'acquisition d'un HPV dans la première année qui suit le début de l'activité sexuelle, et 50% des jeunes femmes ont rencontré un type d'HPV après 3 ou 4 ans de vie sexuelle. L'infection à HPV est donc quasiment un marqueur d'activité sexuelle. Heureusement, 80 à 90% des personnes infectées le sont transitoirement, et seules 10 à 20% vont développer une infection persistante, qui donnera toutes les pathologies dont le professeur Philippe Descamps vous a parlé auparavant.

Le virus HPV a un tropisme spécifique pour les épithéliums malpighiens non kératinisant, d'où la présence de ce virus au niveau du col utérin, de la vulve, du pénis, de l'anus et du pharynx.

Suivant le type d'HPV, les pathologies induites seront des condylomes (appelées communément verrues génitales) que l'on retrouve sur la vulve, sur le col utérin, sur le pénis ou au niveau de l'anus, voire dans le larynx des bébés sous forme de papillomatoses, ou des lésions précancéreuses puis cancéreuses des organes cités précédemment.

Les retentissements sur la vie sexuelle sont multiples, principalement dus aux conséquences des traitements détruisant les lésions, mais également dus aux ressentis des patientes et patients porteurs d'une infection à HPV.

Il est assez facile de comprendre les implications sur la vie sexuelle d'une radiothérapie pelvienne qui entraîne une sécheresse vaginale majeure et un rétrécissement du vagin, ou du traitement très mutilant d'un cancer de l'anus, mais il peut être plus difficile de percevoir au quotidien le vécu et le ressenti des patientes et patients porteurs de condylomes, qui ne mettent pas leur vie en danger, mais qui nécessitent des traitements longs et contraignants car les récurrences sont très fréquentes.

Dans cet exposé, nous nous focaliseront sur 2 cas de figures :

Quel vécu dans un couple quand l'un est porteur de condylomes ?

Quels conseils donner à un couple dont la femme doit être traitée pour un CIN3 (lésion précancéreuse du col utérin)

Le plus difficile pour le soignant est d'expliquer l'histoire naturelle de ce HPV, et déculpabiliser autant que faire se peut chacun des partenaires, ce qui peut parfois s'avérer très compliqué, tant la méfiance est grande des lors qu'on parle de maladie sexuellement transmissible.

MOTS-CLÉS : HPV, Transmission, Condylomes, Sexualité



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Gavillon N, Vervaeet H, Demiaux E, Tenusi P, Graesslin O, Quereux C. Papillomavirus (HPV) : comment ai-je attrapé ça ? *Gynecol Obstet Fertil* 2010; 38:199-204

Fornage S. Sexual function of women is not impaired by HPV related lesions; *Eurogyn* 2018

Machalek DA & al. *J Infect Dis* 2018 ;217(10) :1590-1600

Veluire M, Brasnu D. *Bull Cancer*. 2011 Oct 1 ;98(10) :1185-1192

INCA Papillomavirus et cancer. Etat des lieux et connaissances. Mai 2018

Société Française de Dermatologie. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement Transmissibles. Février 2016

La prévention par la vaccination : la vaccination pour tous ?

Patrice Lopes
Professeur Emérite de l'Université de Nantes
Gynécologue à la PCA (Gr ELSAN)
Bvd Claude Bernard. 44800 St Herblain
patrice.lopes@univ-nantes.fr
Twitter : @patobgy

Après avoir vu toutes les conséquences des infections à HPV chez la femme et chez l'homme, il faut pouvoir non seulement proposer un dépistage précoce de ces pathologies mais surtout diffuser l'information que nous disposons d'une méthode de prévention : la vaccination.

Zur hausen a obtenu le prix Nobel de Médecine en 2008 pour avoir fait le lien entre HPV et cancer, il faudrait de même primer Ian Fraser et Julian Zhou qui ont permis la production d'un vaccin en utilisant les VLP (virus like particule), les molécules L1 s'agrègent in vitro en une sphère, qui permet une immunisation par production d'anticorps sériques L1 (de membrane) sans utiliser l'ADN viral.

Certes, il faut insister sur la vaccination des adolescents entre 11 et 14 ans avant les premiers rapports sexuels pour avoir une efficacité optimum. Seul en 2019, le remboursement du vaccin est effectif pour les filles avant l'âge de 20 ans. Mais pourquoi un tel sexisme ? Il a été montré que l'HPV16 pouvaient être responsable non seulement de cancer du col, du vagin, et de la vulve mais aussi de l'anus et de la région oro-pharyngée (pour les 2 sexes) et également du cancer du pénis : 26000 cas mondiaux par an dont la moitié est consécutif à une infection HPV (Olesen 2019).

Comme l'innocuité du vaccin est établie par de nombreuses études scientifiques, il est temps d'étendre la vaccination à toute personne susceptible d'attraper le virus :

- Les garçons : la vaccination est possible, l'AMM obtenu mais le remboursement non acquis.
- Les personnes qui vont changer de partenaires sexuels, sans limite d'âge (la FDA a fixé à 45 ans cette limite) au mieux après avoir contrôlé qu'ils n'étaient pas porteurs d'HPV (la pratique du test HPV devrait être pris en charge par la sécurité sociale)
- Après traitement des lésions virales, la vaccination adjuvante diminuerait par 2 à 3 le risque de récurrences pour les lésions du col de l'utérus (Ghelardi 2018).

Le virus le plus dangereux est incontestablement l'HPV 16 mais d'autres génotypes (6-11-18-31-33-45-52-58) sont aussi responsables de lésions cancéreuses et précancéreuses. Le Gardasil 9 approuvé par la FDA en 2015 (Kirby 2015) a montré une efficacité comparable contre le 6-11-16 et 18, mais de plus, il protège contre 5 autres virus à haut risque oncogène.

Nous avons la chance de disposer d'un vaccin qui protège contre plusieurs cancers sexuellement transmissibles, nos descendants ne comprendront pas pourquoi on a tant attendu pour dépister les infections à HPV, généraliser et rembourser les vaccins anti-HPV.



MOTS-CLÉS : cancer, IST, HPV, vaccin, Gardasil 9

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

A. Ghelardi, et al., SPERANZA project: HPV vaccination after treatment for CIN2+, *Gynecol Oncol* (2018), <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2018.08.033>

Kirby T. FDA approves new upgraded Gardasil 9. *Lancet Oncol.* 2015 Feb;16(2): e56. doi: 10.1016/S1470-2045(14)71191-X

TB Olesen, FLærke Sand, CL Rasmussen et al. Prevalence of human papillomavirus DNA and p16INK4a in penile cancer and penile intraepithelial neoplasia: a systematic review and meta-analysis thelancet.com/oncology Vol 20, 2019



Table Ronde

Nouvelles fidélités : L'infidélité change-t-elle ?

- **Les nouveaux contrats de couple**
M-H. Colson
- **New sex pour seniors 2.0**
G. Ribes
- **En quoi l'homosexualité a impulsé la fidélité à la carte ?**
P. Leuillet
- **Monogamie, polygamie et polyamour : place du sexologue**
P. Brenot



Les nouveaux contrats de couple

Marie-Hélène Colson¹

Marie.helene@colson.fr

CISIH, Hôpital Ste Marguerite, 270 Bd de Ste Marguerite, F-13009 Marseille.

Marie-helene.COLSON@univ-amu.fr

Les cinquante dernières années ont vu basculer l'ensemble de nos représentations concernant le genre, le couple, la famille. Le remaniement en profondeur du statut des femmes dans la société a eu des répercussions importantes sur les modalités d'être en couple. Au contrat à durée indéterminée du couple pour la vie, s'est substitué le CDD de couple, et ses différents labels modulables (PACS, concubinage officiel, union libre...). Le mariage lui-même n'est plus envisagé comme indissoluble, compte tenu de la montée en flèche du nombre de divorces ces dernières décennies.

La nature du lien de couple a-t-elle changé pour autant ? Les collusions de couple, bien éclairées par Alfred Bion dans les années cinquante, ou par A. Eiguier, et J. Willi à partir des années soixante-dix sont toujours d'actualité, même si les liens pervers semblent plus fréquents aujourd'hui que les couples narcissiques ou les liens oraux.

Les modifications les plus notables se situent davantage dans le glissement des rôles de chacun dans le couple. La fin des stéréotypes et des rôles sexués immuables a fait naître de nouvelles envies, de nouveaux enjeux pour le couple. Le fantasme du couple monogame et éternel reste toujours pour autant le modèle idéalisé mais devenu impossible à atteindre. Mais doit-on pour autant renoncer à ses propres désirs et besoins, et à d'autres partenaires, dans une société où ce qui est politiquement correct, n'est pas ce qui dure mais ce qui excite ?

A la frontière entre idéal amoureux et réalisation personnelle, le couple reste le dernier bastion à renégocier, et quel type de contrat choisirons nous pour mener à bien notre projet de vie ?

MOTS-CLÉS : couple, infidélité, attachement

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

BION, W.R. 1959. « Attaque contre les liens », Nouvelle Revue de psychanalyse, 1982,25,285-298.

CITOT, V. (2000). Les tribulations du couple dans la société contemporaine et l'idée d'un amour libre. Le Philosophoire, 11(1), 85-119. doi :10.3917/phoir.011.0085.

¹Médecin sexologue, Directeur d'Enseignement DIU de Sexologie, Faculté de médecine de Marseille. Vice-Président de l'AIUS (*Association Inter Disciplinaire Post-Universitaire de Sexologie*).



EIGUER A. (1989), *Le pervers narcissique et son complice*, Paris, Dunod.

JOUBERT, C. (2003). Les fonctionnements régressifs du lien de couple, ou du collage à la rupture. *Dialogue*, no 161(3), 105-117. doi :10.3917/dia.161.0105.

WILLI, J. 1975. *La relation de couple. Le concept de collusion*, Paris, Delachaux & Niestlé, 1982.

New sex pour seniors 2.0

Gérard Ribes
MD, Lyon
gerard.ribes@gmail.com

La génération 68 a 70 ans. Elle a construit son existence sur l'importance du développement personnel en donnant une place souvent centrale à la sexualité comme élément d'épanouissement. Son rapport au corps sexué peu présent dans les générations précédentes est devenu une part importante de sa manière de vivre (Ribes G.). Les rapports sexuels ont évolué vers l'idée de l'égalité des sexes et de l'écoute des différences.

C'est aussi la génération « Katmandou » qui a pu expérimenter des états de conscience modifiés par des substances diverses, avec une sensibilisation aux philosophies orientales. « *Faites l'amour pas la guerre* » est la revendication du mouvement hippie (Lemonier M.). Le slogan des situationnistes « *Jouissons sans entrave* » portée par Guy Debord et son ouvrage de référence (*La société du spectacle*) devient la revendication de cette génération. Les livres de Wilhelm Reich (*La Révolution sexuelle*) et d'Herbert Marcuse (*Eros et civilisation*) deviennent des manifestes. Des communautés libertaires expérimentent la promiscuité sexuelle et l'amour libre (Weinberg A.).

Ce sont aussi les dérives qui amènent à la revendication de la pédophilie comme élément de développement personnel, de normalité de la relation (Marcovich M.).

50 ans ont passés. Les modèles sociétaux ont été ceux de la performance, de l'efficacité et ils y ont largement participé. Mais n'ont-ils pas gardé au fond d'eux cette empreinte qui fait qu'ayant retrouvé une liberté, une autonomie financière, ils se séparent (le pourcentage de divorce des 60 ans et plus est aujourd'hui de 28% pour les femmes et de 39% chez les hommes. Divorcer après 60 ans n'est donc plus un fait isolé, mais bien une tendance générale), recomposent de nouveaux couples ou interrogent les couples dans lesquels ils vivent ? Quand ils reforment de nouveaux couples, ils sont non cohabitants modifiant le périmètre de la conjugalité classique. A l'opposé, cette génération voit aussi s'accroître la longévité conjugale avec des durées de couple dépassant les 50 ans. Ils explorent là aussi un nouveau champ de la relation conjugale.

Leur sexualité va se décliner en deux grands groupes. Ceux qui restent dans la performance (érection versus orgasme) et ceux qui parcourent une autre voie de la sexualité ou la question de la pleine conscience émerge. Ils interrogent le modèle Masterien comme unique voie de la sexualité. Ils s'intéressent plus au chemin qu'au résultat.

A 70 ans quel sens donnent-ils à « *jouir sans entrave* » ? C'est jouir de quoi ? Du sexe ou de la vie ? Face à une génitalisation de la société, jouir de la vie en incluant le sexe dans cette jouissance c'est sortir de l'absolu du sexe, de l'obligation du génital. Ils tentent une sexualité relationnelle, où ils se font plaisir à deux, de nouvelles formes de liberté (Krasnow L., Lee DM, Bienko M.)

En 68 faire du sexe à 20 ans en dehors du mariage était un acte subversif. Ce ne l'est plus. Maintenant faire du sexe à 70 ans en rompant les liens du mariage est un nouvel acte subversif. En redéfinissant les normes sociales d'un couple éternel après 60 ans, cette génération fait bouger les lignes, trouble l'ordre social qui voulait que les « vieux » soient dans l'immuable, dans une pérennité asexuée de papas et mamies. L'étape de la vie que la société



qualifié de vieillesse était le temps de repli. Aujourd'hui, c'est celui du déploiement, de l'exploration.

Leur nombre, leur vieillissement en bonne santé, fait qu'ils ont conscience de leur impact et de la force qu'ils représentent (grey power.) Comme en 1968, seront-ils les précurseurs d'un nouveau modèle de sexualité ? Est-on en train d'assister à une nouvelle révolution sexuelle portée par les seniors ?

MOTS-CLÉS : révolution sexuelle, senior, conjugalité, sexualité.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Bieńko M. Promotion of sexual health among seniors in the self-help media realm of popular culture. *Anthropological Review* • Vol. 78 (3), 251–257 (2015)

Krasnow I. *Sex After...: Women Share How Intimacy Changes as Life Changes*. New York: éditions Gotham Books. 2014

Lee DM, Nazroo J, O'Connor DB, Blake M, Pendleton N. Sexual Health and Well-being Among Older Men and Women in England: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing Archives of sexual Behaviour. 2016 Jan ; 45 (1) : 133-44

Lemonier M., Liberté égalité sexualité. Révolutions sexuelles en France 1954-1986. Paris : La Musardine, 2016

Marcovich M., «L'Autre Héritage de 68. La face cachée de la révolution sexuelle ». Paris : Ed. Albin Michel, 2018.

Ribes G. *Sexualité et vieillissement*. Lyon : Chronique Sociale ; 2014.

Weinberg A. *La libération sexuelle et ses lendemains*. Sciences Humaines n° 130, 2002



En quoi l'homosexualité a impulsé la fidélité à la carte ?

Patrick Leuillet
Gynécologue, sexologue, sexothérapeute
dr.leuillet@orange.fr
CHU Amiens Picardie

En tout premier lieu, il est essentiel de souligner que l'infidélité actuelle n'est plus réductible au modèle de l'adultère du XIX^e siècle. De nos jours, elle prend d'autres sens qu'il convient de saisir dans leur complexité et ceci quelle que soit l'orientation sexuelle des protagonistes.

Dans la société contemporaine post-moderne, ce monde de l'obsolescence généralisée, la communauté gay a souvent, un cran d'avance sur le reste de la population. Comme le disent volontiers les spécialistes du marketing, les gays sont les meilleurs prescripteurs ; ils devancent les attentes du marché puis les modèlent. Dans de nombreux domaines, la communauté homosexuelle donne le ton à la société. Dans la mode, la musique, la publicité, les goûts, les valeurs consuméristes, ils tiennent le haut du pavé. Ceci dit, « *le nouveau capitalisme sait surfer sur les tendances identitaires et communautaires pour les digérer ou les plier aux exigences du marché* » (Authier, 2002).

La communauté homosexuelle a même inventé le nouveau style des « manifs » : « *festif et non plus grognon ; provocateur et non revendicatif ; décontracté et non plus militant* » ... « *Qu'il s'agisse du pouvoir symbolique, de l'invention sociale, du tempo donné à la société, de la mode, des valeurs dominantes, vous [les gays] êtes dans la société contemporaine au cœur du cœur du « réacteur nucléaire »* (Minc, 2002).

Dans une société de consommation profondément narcissique et exhibitionniste (Bonnet, 2003), où le maître mot est la jouissance, le « sexe » joue un rôle bien évidemment important dans la communauté homosexuelle. Tout d'abord, pour la personne homosexuelle, la sexualité est plus volontiers un projet de vie, en opposition à celui de la personne hétérosexuelle avant tout centré sur la transmission. Par ailleurs, l'homosexualité se veut, généralement, si l'on tient compte de l'histoire des luttes pour sa reconnaissance, une rébellion, vis-à-vis de la sexualité bourgeoise classique. La sexualité semble plus multiforme et plus multipartenaires que celle des couples hétérosexuels.

La réalité des couples de même sexe, notamment masculin, est bien différente de celle des couples hétérosexuels. Pour faire face à la symétrie qui existe au sein de la relation dyadique, les couples d'hommes notamment et les couples de femmes de plus en plus actuellement, défient certains paramètres de la conjugalité et fournissent une nouvelle structure sociale dans laquelle les individus trouvent plus de sens, notamment en modifiant les « scripts » sexuels traditionnels organisés autour des notions de fidélité/infidélité, mono/multipartenariat, exclusivité/non exclusivité, et contrat explicite au sein du couple, tout en privilégiant la relation dyadique initiale (Gagnon, 2008 ; Leuillet, 2012). Si une minorité de couples d'hommes et de femmes reprennent les stéréotypes traditionnels de genre (male/femelle, mari/femme), une majorité semble, au contraire, s'en affranchir, se construisant davantage sur une relation égalitaire (Chetcuti, 2012 ; Leuillet, 2012).



Ces dernières années, l'hétérosexualité n'est plus une évidence. Que l'on regarde du côté de la constitution et de la durée de vie des couples, du côté des formes de sexualité, ou encore, d'une vision égalitaire de l'avenir entre hommes et femmes, un trouble apparaît : « *parallèlement à la révolution du genre, on assiste à des interrogations en acte, à une déconstruction de ce qui était présenté comme une sexualité « normale », à savoir, l'hétérosexualité.* ». On nomme les nouvelles « *géographies des sexualités* » : bi, travs, transgenres, libertins, échangistes, triolistes, BDSM, candaulistes, polyamoureux, asexuel-le-s, etc... « *termes tout à la fois des notions, des concepts et/ou des identités socio-sexuelles* » ... ayant en commun d'essayer de se distinguer de l'hétéronorme, « *le logiciel de l'hétérosexualité* » (Welzer-Lang, 2018).

Alors ! Qu'en est-il réellement de l'impulsion de la fidélité à la carte par l'homosexualité ?

MOTS-CLÉS : Homosexualité / hétérosexualité / Couple / Infidélité

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Authier C., (2002) *Le Nouvel Ordre sexuel*, Editions Bartillat.

Chetcuti N., (2012), *Conjugalités lesbiennes, des relationnalités aux multiples contours*, Sexualités humaines, N°15, pp.20-27.

Courduriès J., (2011) *Etre en couple (gay). Conjugalité et homosexualité masculine en France*, Presses universitaires de Lyon.

Leuillet P., (2012), *Où en sont les garçons ? L'homosexualité masculine contemporaine*, Sexualités humaines, N°15, pp.6-18.

Minc A., (2002), *Epîtres à nos nouveaux maîtres*, Grasset.

Welzer-Lang D., (2018), *Les nouvelles hétérosexualités*, Erès.



Monogamie, polygamie, polyamour, la place du sexologue

Philippe Brenot
Psychiatre, sexologue
philippe.brenot@quidam.net
Paris

Introduction

La façon dont les individus, mâles et femelles, coexistent au long cours semble une condition imposée en milieu naturel animal, décidé en milieu culturel humain. La réalité est plus complexe, l'individu a rarement le choix de son mode d'appariement ou même le choix du partenaire. Depuis quelques décennies les sujets libres occidentaux peuvent s'approcher de cette liberté d'un choix personnel de vie.

Nature

Le mode d'appariement des espèces animales est une condition spécifique, c'est-à-dire qu'elle est partagée par tous les membres d'une espèce, indépendamment d'un comportement individuel. Et les signaux échangés entre individus correspondent à ce mode d'appariement. C'est ainsi que la monogamie est quasi absente chez les mammifères (seules 3 % des espèces de mammifères sont monogames) tandis qu'elle est quasi généralisée chez les oiseaux (90 % de monogamie) (Wickler, 1971). Le groupe dont nous sommes issus, les grands primates africains, sont tous non monogames. Les racines biologiques de notre origine font donc de nous une espèce avant tout « non monogame ». Nos plus proches parents (chimpanzés et bonobos) vivent en groupes multi mâles - multi femelles. Enfin, un parent plus éloigné, le gorille, vit en harem constitué d'un mâle et de trois ou quatre femelles.

Culture

Avec le passage à l'humanité, le mode d'appariement semble être devenu le résultat d'un choix personnel, mais ce n'est en définitive vrai que si l'individu est lui-même un sujet libre de ses choix d'alliance. En réalité c'est très rarement le cas. Ce qui était de l'ordre d'une imposition naturelle (appariement caractéristique d'une espèce) est aujourd'hui imposé par les règles de la société dont chacun fait partie (Brenot, 2001). Or l'humanité, organisée autour du mariage patrilinéaire (rarement matrilinéaire) et de la domination masculine a imposé pendant des millénaires une monogamie stricte et exclusive, l'adultère étant toujours fortement réprimé. Avec une variante de la monogamie appelée « polygamie » qui consiste à la simultanéité de liens monogames (Guessous, 2017). La seule différence entre les sociétés dites polygames et les sociétés monogames est que chez ces dernières il existe une loi qui interdit le remariage sans démariage. Il en va de même dans les sociétés occidentales dites « libres » où la monogamie est le seul mode d'appariement socialement accepté, la polygamie étant interdite par la loi.



Avec l'augmentation des séparations, on observe depuis quelques décennies une succession de « tranches de vie » monogames quand, en milieu polygame, ces « tranches de vie » sont simultanées.

Modernité

Avec l'évolution des mœurs, la liberté sexuelle, l'augmentation des séparations et du nombre de partenaires, le mode d'appariement semble aujourd'hui échapper au contrôle de la société pour se rapprocher d'un choix individuel. La monogamie est le mode majoritairement et librement choisi avec des nuances quant à la forme de cette monogamie. C'est l'évolution récente du couple nucléaire occidental qui montre l'éventail des formes de monogamie (monogamie permanente ou saisonnière, cohabitante ou non, monogamie limitée à la sphère relationnelle ou affective, monogamie stricte, monogamie ouverte avec acceptation ou non de relations extérieures...). Cette dernière évolution est une réaction aux questions et aux problèmes posés par le couple monogame indéfectible des générations précédentes. Dans les années 1970-1980, l'expérience du couple ouvert sera une tentative pour trouver un équilibre entre l'attachement amoureux au long cours et la réalisation des pulsions sexuelles parfois antagonistes entre les partenaires (Chaumier, 1999). Les expériences d'échangisme puis de mélangisme poursuivront cette recherche de maintien du lien affectif et de la satisfaction des pulsions, avant de prendre le nom de « libertinage », comme mode de vivre conjugal. Cette voie du couple libre qui est née au cœur de la libération sexuelle des années 1970 prendra le nom de « polyamour » (Simpère, 2009 ; Croset-Calisto, 2017). L'évolution très récente des formes du polyamour s'est faite en lien avec la plus grande facilité de rencontre par les réseaux sociaux et par des sites spécialisés affichant les préférences de mode d'attachement. On peut aujourd'hui librement affirmer que l'on désire une relation polyamoureuse. En quoi cela consiste-t-il ? « Le polyamour est la faculté de pouvoir aimer plusieurs personnes en même temps de manière assumée. » (Croset-Calisto, 2017) Cela procède donc d'un choix personnel qui implique cependant une réciprocité, que le/la partenaire soit aussi polyamoureux/se ou accepte la position de son partenaire. « Les personnes polyamoureuses (appelées aussi *polylovers*), conscientes des limites du mariage classique et désireuses de s'épanouir personnellement, revendiquent la qualité et la pérennité de leurs unions tout en déjouant les écueils de l'infidélité. » (Croset-Calisto, *op. cit.*) C'est en effet la question de l'adultère qui a motivé la naissance du polyamour. Les polyamoureux/ses disent ouvertement leur position ce qui évite tout mensonge. C'est là aussi que le vécu n'en est pas toujours facile. Les adeptes du polyamour concèdent très clairement que c'est un mode relationnel qui peut être très épanouissant, mais qui est difficile à vivre avec des tensions parfois des clashes. La nouveauté de la période actuelle réside dans la possibilité du choix du partenaire et du mode de relation à l'autre.

Conclusion : la position du sexologue

Le sexologue est médecin, psychologue, soignant, thérapeute... Il exerce dans un cadre éthique de respect des valeurs morales et culturelles des patients qu'il accompagne. En cela nul jugement ne peut être porté, ni incitation à une position dogmatique, à une orientation personnelle. C'est ce respect des valeurs de la personne, de ses interrogations, de ses inquiétudes qui permet un accompagnement du patient vers un mode choisi de son intimité.

MOTS-CLÉS : Appariement, Mariage, Polyamour, Monogamie



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Brenot P. *Inventer le couple*. Paris : Odile Jacob ; 2001.

Chaumier S. *La Déliaison amoureuse, de la fusion romantique au désir d'indépendance*. Paris : Armand Colin ; 1999.

Croset-Calisto M. *Fragments d'un discours polyamoureux*. Paris : Michalon ; 2017.

Guessous C. *Mariage et concubinage dans les pays arabes*. Bordeaux : l'Esprit du Temps ; 2017.

Simpère F. *Aimer plusieurs hommes*. Meudon : Autres Mondes ; 2009.

Wickler W. *Les lois naturelles du mariage*. Paris : Flammarion ; 1971.



Table Ronde Interactive

Nouveaux regards sur les violences sexuelles

Discutant : A. Sevene

- **Intérêt de l'approche psycho-sexologique des auteurs de violences sexuelles sur mineurs en milieu carcéral**
C. Troadec
- **Harcèlement sexuel : L'exception sexuelle ?**
P. Bensussan
- **L'éthique de la sexualité après #MeToo**
D. Simard



Intérêt de l'approche psycho-sexologique des auteurs de violences sexuelles sur mineurs en milieu carcéral. Prise en charge individuelle et groupale.

Catherine Troadec
Psychologue clinicienne, sexologue
catherine.troadec@ch-beziers.fr
Montpellier

A partir d'une pratique clinique en milieu carcéral auprès d'auteurs de violences sexuelles sur mineurs, notre intervention s'attachera à montrer l'intérêt d'aborder la santé sexuelle ainsi que l'éducation sexuelle au sens le plus large, dans le soin thérapeutique, avec ce type de sujets.

Les travaux cliniques font état de l'importance, sur le plan thérapeutique, d'entamer des soins dès les débuts de l'incarcération afin de profiter du réaménagement psychique possible, chez les auteurs, permis par le choc carcéral. La loi interdit les soins sous contraintes en prison, réservés au suivi post-carcéral, cependant les détenus condamnés pour des faits d'agressions sexuelles sont fortement incités par la justice à être suivis sur le plan médico-psychologique durant le temps de leur détention.

Nous verrons qu'il est nécessaire de clarifier l'usage des termes réservés aux auteurs d'agressions sexuelles sur mineurs ; il faut, en effet, distinguer les auteurs d'actes sexuels envers les enfants, des pédophiles ; la pédophilie étant un trouble psychiatrique répondant à des critères diagnostiques précis, recensée dans le chapitre des « troubles paraphiliques » du DSM-5. L'agression sexuelle est une « atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise » (art. 222-22 Code pénal). Dans les agressions sexuelles, on distingue le viol des autres agressions sexuelles. La loi prévoit des circonstances aggravantes de la peine (âge du mineur au moment des faits, qualité de l'auteur, etc.). Le code pénal distingue plusieurs types d'infractions sexuelles sur mineurs punies par la loi (viol, agression sexuelle, atteinte sexuelle, propositions sexuelles, corruption de mineur, recours à un(e) prostitué(e) mineur(e)).

Enfin, pour le même acte, la personnalité de l'auteur peut être très différente.

C'est à partir de l'expérience de prises en charge individuelles et groupales que nous apprécierons l'avantage que représente l'approche sexologique dans le soin thérapeutique des personnes condamnées pour des faits d'agressions sexuelles sur mineurs ; avantages d'une part pour une évolution psychique positive du sujet lui-même, notamment au niveau affectif et sexuel, et d'autre part, en matière de diminution des risques de récidive et de possibilités de réinsertion sociale.

Cette pratique clinique auprès des auteurs de violences sexuelles nous enseigne qu'il est nécessaire de recourir à une vaste palette d'outils thérapeutiques, et la sexologie est l'un de ces outils.

Mais alors, pourquoi parler de sexualité dans ce contexte, puisqu'à priori celle des sujets auteurs d'infractions à caractère sexuel, est d'emblée déviante, répréhensible, abîmée, dangereuse ? N'est-il pas risqué d'aborder la sexualité, leur sexualité avec eux ? Voire inutile ? Cela va-t-il générer de l'excitation ? Raviver des pulsions ? Augmenter les risques de passages à l'acte ?



Les représentations sociales que l'on a des violences sexuelles, notamment au travers du traitement médiatique de ces affaires, sont puissantes et plaideraient généralement pour la seule approche carcérale, mais dans le domaine du médico-social, l'expérience des rencontres cliniques et de la prise en charge thérapeutique en prison, nous indique au contraire qu'un tel travail est nécessaire et bénéfique. Des méta-analyses, réalisées à grande échelle, ont rapporté des résultats, quant aux taux de récurrence et à leur évolution, qui suggèrent un effet significatif du traitement thérapeutique sur la récurrence des auteurs de violences sexuelles.

Dans le cadre de la thérapie individuelle et/ou de groupe, le travail thérapeutique centré sur l'approche sexologique peut initier, de la part des auteurs de violences sexuelles, une réflexion personnelle sur leur sexualité, encourager un processus d'introspection leur permettant d'accéder aux troubles qui les affectent, les comprendre, les apprivoiser et ainsi entreprendre une évolution positive quant au futur de leur vie sexuelle et affective, ce qui pourrait constituer potentiellement un facteur protecteur permettant aux individus de renoncer à une nouvelle infraction.

Ainsi, par-delà la mesure pénale évidemment nécessaire pour sanctionner les auteurs, il est possible de modifier et d'amender les comportements et les conduites sexuelles des auteurs, afin d'éviter une récurrence et d'apporter un mieux-être au sujet, grâce à une prise en charge appropriée, inscrite dans un partenariat avec les acteurs de la justice, du social et du sanitaire.

De nos jours, la prévention des violences sexuelles sur mineurs est une préoccupation forte de notre société et une priorité dans les projets de prévention.

Au fil des évolutions sociales et culturelles l'enfant a changé de statut et la notion de « protection de l'enfance » à émergé.

Une prise de conscience s'est progressivement opérée au sujet des conséquences des abus sexuels vécus dans l'enfance, conséquences importantes quant à la construction psychique et relationnelle des victimes : cette connaissance que nous avons aujourd'hui de l'impact du traumatisme vécu dans l'enfance a justement permis d'aborder, sur ces nouvelles bases, la prévention et la lutte contre les violences sexuelles.

Le statut des auteurs d'agressions sexuelles a lui aussi évolué en parallèle : considérés comme « inéducables et inamendables », se situant dans « le hors champs d'une humanité communément partageable » durant les années 80, on ne leur proposait aucun soin. Puis une autre réalité clinique, sociale et humaine a pu émerger dans les années 90 à la suite de recherches menées auprès de ces populations, fournissant un tableau clinique rendant « dignité humaine à ces hommes », leur évitant ainsi « une forme de relégation sociale ». Ce mouvement initié autour d'une alliance nouvelle de la santé avec la justice, a conduit à organiser des dispositifs d'accueil et de soins, des procédures de recherches et d'évaluations cliniques, permettant alors de développer des prises en charge spécifiques que nous devons continuer à élaborer et à améliorer de nos jours.

Pour conclure, en complémentarité des prises en charge thérapeutiques classiques, la lutte contre les violences sexuelles passe également par l'éducation sexuelle et la santé sexuelle, approches abordées dans diverses modalités possibles de prises en charge, individuelles et groupales. La sexologie a donc une place importante dans la prévention et la prise en charge des violences sexuelles.

MOTS-CLÉS : pédophilie - violences sexuelles - santé sexuelle - dispositif de soins - milieu carcéral



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Balier C. Psychanalyse des comportements sexuels violents : une pathologie de l'inachèvement. Paris : Presses universitaires de France ; 1996.

Ciavaldini A. Prise en charge des délinquants sexuels. Bruxelles : Fabert ; 2012.

Coutanceau C., Smith J. La violence sexuelle : approche psycho-criminologique : évaluer, soigner, prévenir. Paris : Junod; 2010

Delarue, JM. et al. Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge. Rapport de la Commission d'audition du 17 juin 2018. Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.

Pham, T. Quels critères d'évaluation proposer pour mesurer l'efficacité de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ? Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.

Tardif M., Forouzan E. Violence et abus. Evaluation et prise en charge d'adultes auteurs de violence sexuelle. In : Courtois F., Bonierbale M. Médecine sexuelle. Paris : Lavoisier ; 2016; p.282-297.

Harcèlement sexuel : l'exception sexuelle ?

Paul Bensussan

Psychiatre

courriel@paulbensussan.fr

Expert agréé par la Cour de cassation et par la Cour pénale internationale de La Haye²

« La guerre des sexes aura-t-elle lieu ? » titrait en 2002 le *Nouvel Observateur*. Depuis les révélations sur les agissements de l'infâme Weinstein, nous avons vu, effarés, s'allonger la liste de ses victimes, tout comme celle d'autres prédateurs et satyres, du moins pour les plus célèbres d'entre eux. Cependant que Marlène Schiappa, héraut (le féminin n'est pas encore proposé) de l'égalité entre les femmes et les hommes, réfléchissait, avec l'aide de l'inénarrable psychiatre Muriel Salmona, à « l'impunité des crimes sexuels » en France...

« *Il ne faut toucher aux lois que d'une main tremblante* », écrivait pourtant Montesquieu. Plus encore en matière de délinquance sexuelle... C'est sans doute en raison de la noblesse de la cause, mais aussi de l'impossibilité de faire entendre des voix contraires, que le législateur a défini de nouvelles infractions, augmenté le délai de prescription des crimes sexuels sur mineurs jusqu'à 30 ans après la majorité, renonçant *de facto* à l'administration de la preuve sans pour autant satisfaire les plus revendicantes des voix féministes, exigeant l'imprescriptibilité : trente ans après la majorité, c'est court, quand il faut parfois des décennies, voire toute une vie, pour recouvrer la mémoire du traumatisme enfoui ou, si on ne l'a pas perdue, trouver le courage de parler. Ce qui, en novlangue, pourrait se traduire par : pour que la parole se libère.

Les féministes de l'aile furieuse se réjouissent : « libération de la parole, loi du silence, impunité des criminels sexuels », sont égrenées au fil des articles, telle une litanie de poncifs laissant pour la plupart entendre que la législation et la justice française (sans parler de la police) font preuve, vis-à-vis des délinquants sexuels, d'un coupable laxisme. Sans que nul ne s'en étonne, ou ne s'en indigne, des statistiques hasardeuses, des propos militants (et jargonnants) abondent dans un rapport qui devrait se vouloir avant tout scientifique. « Culture du viol et impunité, déconstruire [sic] le déni et la loi du silence » ... Comment les magistrats français peuvent-ils ainsi laisser dire et écrire, par tous media confondus, que la justice française est aussi désarmée, quand on ne la dit pas complaisante ? Tout simplement parce que la cause et les slogans qui la résument sont trop consensuels pour que l'on puisse s'y opposer. Et surtout trop binaires. « Slogan » : formule courte, destinée à propager une idée, soutenir une action. Si l'on critique un manifeste « contre » l'impunité des crimes sexuels, cela signifie-t-il qu'on est « pour » cette impunité ? Peut-on s'indigner des outrances ou des sophismes militants sans être suspecté de faire partie des partisans de la « loi du silence », terme autrefois consacré aux enfants victimes d'abus sexuels et désormais étendu aux femmes victimes ?

Ou plaignantes. Car tel est bien le problème et l'immense difficulté de la chose : nul, parmi les militants, ne semble faire la différence entre victime et plaignant(e). Aucune autre explication

²Dernier ouvrage paru : *Le Nouveau Code de la Sexualité*, avec Jacques Barillon, éditions Odile Jacob



ne peut être proposée au fait que 93% de femmes disent avoir été harcelées sexuellement au cours de leur existence.

La relaxe de Denis Beupin, membre du parti Les Verts accusé de harcèlement et d'agressions sexuelles, le non-lieu de Gérald Darmanin, l'acquittement de Georges Tron, possiblement fétichiste du pied libertaire, mais pas auteur de viol sur ses collaboratrices selon la Cour d'assises, ont révolté l'opinion et suscité de nombreuses prises de position publiques : il n'était pas tolérable, disait-on, que l'on mette ainsi en doute la parole des victimes.

Faudrait-il, pour satisfaire les militantes, condamner la totalité des mis en cause pour des faits de harcèlement ou de viol (Marlène Schiappa affirmant sans rire que « 1% seulement des violeurs sont condamnés » ? Ou plutôt, comme l'exige le Droit, tenter de réunir les preuves, à défaut les témoignages ou un faisceau d'arguments ? Cette rigueur juridique est intolérable à « celles et ceux » qui s'indignent de la proportion de classements sans suite, assimilée à une impunité.

C'est dans le même élan bien-pensant, et surtout sous les mêmes pressions militantes que la loi contre le harcèlement sexuel au travail, votée en 2002, avait considérablement élargi l'infraction introduite en 1992 dans le Code pénal. Nous avions à l'époque critiqué la nouvelle définition, si floue qu'elle semblait inapplicable³. Les Sages du Conseil constitutionnel avaient d'ailleurs décidé, le 5 mai 2012, d'abroger ce texte de loi et ce délit. Leur décision avait fait l'effet d'un coup de tonnerre et, à la veille du second tour des élections présidentielles, avait déclenché la réaction immédiate des deux candidats, promettant de concert le vote d'une nouvelle loi. De fait, le délit de harcèlement sexuel n'existait plus dans le Code pénal, du moins le temps du remaniement de sa définition : une nouvelle loi sera promulguée le 6 août 2012, sans satisfaire les militants.

Tout se passe en effet comme si, lorsque le crime ou le délit est sexuel, les règles classiques du droit pénal ne pouvaient plus s'appliquer. C'est bien cette « exception sexuelle du droit », selon la belle expression de Marcela Iacub, que promeuvent aujourd'hui les partisans de l'imprescriptibilité : certes, on sait qu'après 20, 30 ou 40 ans, la preuve sera difficile ou impossible à apporter. Mais qu'importe, si c'est pour la bonne cause ? L'avocat Claude Katz disait ainsi, à propos de la suppression du délit de harcèlement sexuel : « *Cela est frustrant pour la victime, pour qui la déclaration de culpabilité est très importante, cela lui permet en effet de se reconstruire* ». Le procès-thérapie, en quelque sorte. À la condition, cela va sans dire, qu'il se termine par la « reconnaissance du statut de victime ». Autrement dit, par la condamnation du mis en cause.

Ces poncifs psychologisants, faisant de la réparation judiciaire le préalable indispensable à la réparation psychologique, sont une véritable injonction à condamner, dans un domaine où la preuve fait souvent défaut.

La prise en compte de la violence psychologique par les tribunaux est un progrès essentiel : elle suppose la reconnaissance d'une violence invisible. De même, le fait que le harcèlement devienne, à la faveur d'une actualité, un débat de société est une avancée que nous saluons et qu'il ne s'agit pas d'éluider. Mais lorsque la psychiatrie et la psychologie se caricaturent elles-mêmes et envahissent le prétoire, contaminant jusqu'au discours des avocats, exigeant que le *sentiment* d'avoir été victime suffise à obtenir une condamnation et que la délation devient une compétition nationale, toutes les dérives sont à craindre.

³ Jacques Barillon et Paul Bensussan, *le Désir criminel*, Odile Jacob, 2004



MOTS-CLÉS : Délinquance sexuelle, Féminisme, Présomption de culpabilité, Imprescriptibilité

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Bensussan Paul & Barillon Jacques (2007), Le Nouveau code de la sexualité, Ed. Odile Jacob

Bensussan Paul, (1999) Inceste, le Piège du Soupçon, Ed. Belfond

Bensussan Paul & Florence Rault, (2002) la Dictature de l'Émotion, Ed. Belfond
Vigarello G., Histoire du viol XV^e-XX^e siècle, 1998, Paris, Seuil

Iacob M., Le crime était presque sexuel. Et autres essais de casuistique juridique, 2009, Paris, Flammarion

Basile K. C. et a., « Prevalence and characteristics of sexual violence victimization among US adults, 2001-2003 », Violence Vict. 2007, n° 22, p. 437-448.



L'éthique de la sexualité après #MeToo

David Simard

Enseignant et doctorant en philosophie Université Paris Est – Créteil

david.simard@univ-paris-est.fr

Introduction

À l'automne 2017, l'affaire Weinstein à propos de faits de harcèlements, d'agressions sexuelles et de viols a conduit au déclenchement sur les réseaux sociaux du mouvement appelé #MeToo, initié par l'actrice américaine Alyssa Milano, et inspiré du « Me Too Movement » lancé en 2007 par la militante américaine Tarana Burke. Le but est d'encourager les femmes à raconter les situations sexuelles non consenties qu'elles ont subi. Une déclinaison française du mouvement est initié par la journaliste Sandra Muller avec le hashtag #BalanceTonPorc, en référence au surnom de « porc » qui était celui de Weinstein au Festival de Cannes. Ces mouvements ont mis en évidence un phénomène social profondément ancré de conduites sexuelles des hommes envers les femmes répondant à des modalités qui sont aujourd'hui publiquement dénoncées. Ils ont suscité plusieurs contre-réactions dans les médias, de la part d'hommes ainsi que de femmes. Des accusations de guerre des sexes, de délation, d'hystérie collective, d'atteinte à la liberté de draguer ont été avancées. Le concept d'une « liberté d'importuner » a été défendu en France (Millet et al., 2018).

Méthode

Parmi toutes les problématiques soulevées par ces oppositions, celle des conduites est centrale. Mais les approches de celles-ci sous les angles juridique, comportemental ou sociologique n'épuisent pas la question. Les conduites renvoient également à l'éthique au sens élaboré par Foucault en tant qu'il s'agit de se conduire, et réfèrent à « la manière dont l'individu est amené à se reconnaître comme sujet moral de la conduite sexuelle » (Foucault, 1984, p. 44). Or concernant la sexualité tout particulièrement, la question éthique ne saurait se comprendre indépendamment de la division interne du sujet — qui n'est pas qu'un soi-même mais une forme de soi-autre — telle que théorisée par la psychanalyse, sur fond de laquelle se forment l'imaginaire et les fantasmes. Les discours et réactions dans le cadre du mouvement MeToo devraient ainsi être également étudiées selon une méthode qui fonde l'abord éthique sur une anthropologie du sujet divisé.

Résultat

L'hypothèse que nous formulons est que le résultat attendu d'une telle méthode serait que le lieu de la conflictualité n'apparaîtrait pas seulement comme étant l'interrelation, mais aussi l'intériorité psychique. Cette approche permettrait de mieux rendre compte des discours et contre-discours à propos des rapports entre les sexes, en mettant en lumière dans la problématique éthique non pas seulement des questions de pouvoir, mais aussi de désir et de jouissance. D'un côté la réduction à l'interrelationalité sociale, conditionnée par des rapports de genre eux-mêmes sociaux, tend à rendre inintelligibles les phénomènes d'adhésion psychique à la domination masculine, c'est-à-dire de la soumission active et consentie (Garcia, 2018). De l'autre côté la réduction à la conflictualité intra-psychique tend à projeter les rapports sociaux comme de simples décalques de natures masculine et féminine psychiquement



genrées, ignorant les déterminants spécifiquement sociaux des relations entre les sexes. Se conduire sexuellement ne serait alors, dans le premier cas, qu'une question d'éducation en amont à des fins préventives, et de sanction en aval à des fins de réparation. Dans le second cas, la question éthique n'aurait pas à se poser car les conduites relèveraient de formes de naturalité quant à ce que chaque sexe « aime » selon un modèle de complémentarité — par exemple virilité agressive d'un côté, passivité accueillante de l'autre. Au mieux l'éthique consisterait à ne pas tomber dans l'excès, dont la délimitation est incertaine, tout en excluant de son champ la nature même du désir, que, tels les Pélagiens, elle laisse intacte (Foucault, 2018, p. 328).

L'articulation de l'éthique sexuelle à une anthropologie du sujet divisé a pour effet de dédoubler la question du consentement : non seulement elle se pose dans la relation à autrui, mais aussi envers soi. L'expérience sexuelle n'est pas que dans le rapport à l'autre mais aussi à soi, ce qui tend à être occulté par les approches comportementales. Si l'éthique sexuelle envers les autres suppose la capacité à subsumer ses comportements sous l'empire de la volonté, l'éthique envers soi a affaire à l'involontaire en soi : le désir.

Conclusion

C'est à l'aune du dédoublement de la question du consentement que l'éthique sexuelle devrait être repensée. Ceci conduit certes à complexifier le concept de consentement, mais aussi à clarifier les termes des débats sur ce concept, et à éviter les confusions qui mêlent, dans des jeux de substitution subreptice, la volonté et le désir (Simard, 2015), et ainsi les deux axes du consentement, par exemple pour justifier de glisser du champ juridique qui règle les comportements, au champ « insondable » de l'intériorité psychique où sont formés les désirs.

MOTS-CLÉS : Éthique sexuelle, consentement, MeToo, désir

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Foucault M. Histoire de la sexualité II. L'usage des plaisirs. Paris : Gallimard ; 1984.

Foucault M. Histoire de la sexualité IX. Les aveux de la chair. Paris : Gallimard ; 2018.

Garcia M. On ne naît pas soumise, on le devient. Paris : Climats ; 2018.

Millet C, Sastre P, Shalmani A, Chiche S, Deneuve C, Lahaie B, et al. « Nous défendons une liberté d'importuner, indispensable à la liberté sexuelle ». Le Monde 09-01 2018.

Simard D. La question du consentement sexuel : entre liberté individuelle et dignité humaine. Sexologies 2015;24:140–8.



Conférence

Du sexologue de 1968 au professionnel de santé sexuelle de 2019 : L'évolution de la relation soignant-soigné

P. Blachère

Du sexologue de 1968 au professionnel de santé sexuelle de 2019 : l'évolution de la relation soignant-soigné

Patrick Blachère
blacheraix@wanadoo.fr
03 avenue de Marlioz
73100 Aix-Les-Bains

Introduction et méthode :

Nous proposons, à travers une lecture de la littérature sexologique et des écrits critiques sur la sexologie, d'observer l'évolution de la relation soignant-soigné de l'époque des manifestations de mai 68 à celle plus actuelle des gilets jaunes.

Résultat :

La revue de littérature et notamment celle des revues francophones destinées à un public de sexologue (sexologos, cahiers de sexologie, sexologies...) ne met pas en évidence de changements majeurs dans le cadre des consultations de sexologie.

Hormis une évolution marginale, en lien avec les progrès de la technologie et des moyens de communications, nous retenons simplement une évolution lente vers une plus grande individualisation de la prise en charge. Jadis, le "patient" était le couple. Il est plus souvent aujourd'hui un individu.

Le sexologue n'est plus systématiquement un thérapeute de couple.

L'approche conjugale et relationnelle de la sexualité semble aujourd'hui marginale. La fin du courant dit "sexologie humaniste" et l'avènement de la "sexologie médicale", avec notamment la création d'associations de "médecine sexuelle", a accompagné une évolution sémantique majeure ; le qualificatif de dysfonction sexuelle n'a plus le même sens que celui que lui avait donné ses inventeurs Masters et Johnson.

Le pouvoir et l'emprise du soignant sur le soigné reste néanmoins d'actualité. Le soigné reste en position de vulnérabilité même s'il est possible aujourd'hui de noter son sexologue sur les "évaluateurs numériques" ou de consulter un sexologue 2.0, sexologue recruté par des agences spécialisées.

Sur un plan légal, la relation soignant-soigné reste une relation de type contractuelle avec obligation de moyen (mis à part dans le domaine nouveau de la sexologie esthétique ou peut se deviner une obligation de résultat).

La sexologie a par contre paradoxalement plus évolué que le cadre de la consultation, la relation soignant-soigné. En 50 ans, les plus anciens d'entre vous ont assisté au passage de la sexologie humaniste à la santé sexuelle en passant par la médecine sexuelle.

Cette évolution sémantique, ce changement de terminologie pour définir la pratique des "soignants du sexe", le passage du sexologue au professionnel de la santé sexuelle n'est pas neutre.

Les mots que s'inventent les sexologues pour définir leurs pratiques ne reflètent pas une avancée de la science mais le changement des objectifs de la sexologie en fonction des attentes de la société.



La sexologie, en changeant de nom, se met en adéquation avec ce qu'attend le politique des soignants en matière de régulation de la sexualité.

La lecture des articles et ouvrages critiques sur la sexologie illustre ce constat et nous permet de prendre du recul par rapport à la notion de progrès. Les techniques de soins progressent mais la question de l'indépendance des sexologues vis-à-vis des idéologies demeure.

Le vrai problème de la relation soignant-soigné n'est donc peut-être pas celle du cadre qui n'évolue pas mais celle de l'essence même de cette relation : à quoi ou à qui sert la prise en charge des difficultés sexuelles par des "spécialistes."

Si, aujourd'hui, il est difficile de voir quelles dérives nous guettent nous avons quand même assisté en cinquante ans à la main mise de l'industrie pharmaceutique sur notre profession avec même une évolution de la sémiologie pour définir les dysfonctions en réponse aux besoins précis des firmes pharmaceutiques.

Ce problème n'est plus d'actualité ; il suffit pour s'en persuader de regarder la liste des sponsors des congrès de sexologie ou de comparer les avantages versés aux médecins sexologues en 2018 à ceux versés il y a quelques années (site du cnom).

La difficulté est qu'il est plus facile de critiquer les dérives passées que celles dont nous serions consciemment ou non complices.

La question est d'importance car, au début du siècle, les associations francophones prônaient l'eugénisme et les médecins véhiculaient des données scientifiques mettant en relation le plaisir féminin ou la masturbation avec la maladie mentale.

La sexologie était au service de l'ordre moral.

La question est : Pourquoi il en serait autrement en 2019 ?

C'est à cette question éthique qu'il faut veiller et il importe de s'interroger sans cesse sur le fondement de certains discours sur la sexualité et notamment en matière de sexologie médico-légale (la prise en charge des victimes et auteurs).

La sexologie doit être indépendante des lobbies mais, en matière de sexualité, les lobbies ne sont pas que pharmaceutiques.

Conclusion

La relation soignant-soigné n'a que peu évolué en 50 ans comme le démontre la lecture de la presse spécialisée. A contrario, le sexologue ou plus globalement le professionnel de santé sexuelle semble toujours très naïf sur l'influence des lobbies ou des pouvoirs politiques sur les attentes de cette mission de prise en charge de la sexualité des citoyens.

Pour respecter le "primum non nocere" la question éthique principale n'est donc pas : quelle est la nature de la relation soignant-soigné mais bien à quoi ou à qui sert cette relation ?

Cette question, l'ensemble des professionnels doit se la poser.

MOTS-CLÉS : Sexologie, santé sexuelle, progrès, idéologie, pouvoir, politique, lobbies



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Collier F. Reparler d'éthique de la sexologie *Sexologies*. Volume 25 n°1, pages 1-6.

Belley M. Sexologie et politique, victimaire <http://plus.lapresse.ca/screens/7e0fc153-ee39-414d-b330-fa3847c08858-7C-0.html>.

Bejin. A. Le pouvoir des sexologues et la démocratie sexuelle. In *communications*, 1982, p. 178-192.

Giami. A la sexologie en débat. *Hermès, la revue* 204/2 n°69, p. 177-182.

Szasz T. *Sexe sur ordonnance*. Hachette, 1981.



Conférence

Magie, rituels et troubles sexuels

C. Guessous

Magie, rituels et troubles sexuels

Chakib Guessous

guessous.chakib@gmail.com

Casablanca

Au Maghreb, parler de troubles sexuels renvoie automatiquement et exclusivement aux troubles de la virilité. On ne parle pas de troubles sexuels féminins.

La puissance sexuelle est vitale pour les hommes, à tel point qu'au Maroc, les hommes la nomment an-nafs, l'air, l'oxygène qui maintiennent en vie. Selon la croyance, Dieu a doté l'homme d'une puissance sexuelle immense et plus il prend de l'âge, plus sa puissance augmente.

La puissance sexuelle des hommes est tellement importante à leurs yeux que dans les souks hebdomadaires, il y a toujours eu des commerçants qui crient haut et fort les vertus de recettes aphrodisiaques dont ils vantent l'efficacité.

A travers les siècles s'est développé un ensemble de savoir et de savoir-faire pour maintenir en forme la virilité ou pour la réanimer lorsqu'elle est agonisante. Il y a d'abord des méthodes préventives qui consistent à manger de temps en temps des produits aphrodisiaques, soit dans les repas quotidiens, soit de façon ponctuelle, comme *lamsakhen* par exemple. Le tout préparé soigneusement par les épouses. Le « froid » est dangereux pour la virilité. Il s'agit donc de s'en protéger et surtout de consommer des aliments qui protègent de ses méfaits.

Sinon, il y a des produits concoctés par les herboristes qui peuvent être pris dès les premiers signes d'une faiblesse sexuelle.

A côté de cela, il y a la croyance selon laquelle un homme peut être victime d'acte de sorcellerie et devenir impuissant temporairement ou définitivement.

En effet, il est admis qu'une femme peut se venger d'un homme en l'atteignant dans ce qu'il a de plus précieux. Une épouse trahie, par exemple, ou une maîtresse délaissée. Avec l'aide d'un fqih, elle peut soit le rendre impuissant seulement pour les autres femmes et virile avec elle. Soit le rendre totalement impuissant. Le recours à un fqih peut aider l'homme à retrouver sa virilité grâce à des pratiques de sorcellerie.

La défloration de la mariée lors de la nuit de noces a souvent été liée à des rituels. Le marié pouvait être menacé par des ennemis qui pouvaient le rendre impuissant. Il fallait alors le protéger et surtout lui venir en aide s'il n'arrive pas à déflorer sa belle.

En fait, toute la cérémonie était basée sur la démonstration de la virilité du mari. Un stress intense pourrait provoquer des pannes le jour où l'homme a besoin de déflorer la mariée et d'exhiber rapidement le drap tâché de sang, preuve de sa virilité et de l'honneur de l'épouse. Les hommes étaient mariés jeunes et sans expérience et pouvaient ne pas avoir la capacité à mener à bien leur besogne.

Dans ce cas, plusieurs pratiques de magie étaient utilisées, soit par les femmes qui en détenaient le secret, soit, par des fqihs qui venaient libérer le pauvre marié.

Par ailleurs, étant convaincu qu'un homme reste virile jusqu'à la fin de sa vie et que la vieillesse n'est pas sensée l'impacter, ignorant donc les effets de l'andropause, les hommes faisaient recours à différentes pratiques pour préserver leur puissance sexuelle.

Les femmes elles, n'ont pas de désir sexuel. Leur désir a toujours été contesté, dénié. Donc elles ne peuvent avoir de troubles sexuels. Leur utérus peut être atteint de « froid » qui gèle



l'utérus et bloque la fertilité. Il y a donc tout un savoir et un savoir-faire pour réchauffer l'utérus et le rendre productif. Mais on parle très rarement de recettes, de pratiques ou de rituels pour renforcer le désir sexuel féminin. Seuls quelques herboristes peuvent proposer aux femmes des plantes pour stimuler leur désir. Chez les populations du Sahara, il y a el gouza sahraouia, muscade sahraoui, faite à base de plante, qui stimulerait le désir féminin ; mais les femmes sont gênées de demander ce genre de produit.

A travers les siècles, les rituels, les pratiques, les recettes ont foisonné pour conserver une forte vigueur sexuelle masculine : recettes aphrodisiaques, pratiques de sorcellerie pour rendre un homme impuissant ou pour lui redonner sa vigueur, amulettes...

Aujourd'hui, ces pratiques tendent à disparaître. Les hommes font plus confiance en la médecine dont les effets sont instantanés. Au Maroc, et dans bien d'autres pays, les médicaments tel que le Viagra, sont le plus vendus et consommés également par des jeunes de moins de 40 ans, toujours pour être dans la performance sexuelle.



Conférence

La douleur des corps

C. Loubet

La douleur des corps (iconologie)

Christian Loubet
chrisloubet@wanadoo.fr
UNSA-Nice

Pour l'intelligentsia de l'Europe éclairée et libertine du XVIII^e la croyance en l'homme « à l'image de Dieu » ne s'impose plus. La Terreur est au point culminant de l'ambiguïté d'une Révolution inspirée par les Lumières. Avant Nietzsche, Sade écrit que « *Dieu est mort* » dans la *Philosophie dans le boudoir* (1794). « *La cruauté loin d'être un vice est le premier sentiment qu'imprime en nous la nature* ». Füssli et Goya qui ne l'ont pas lu, témoignent les premiers de ce **fond noir** que Delacroix va reconnaître en lui-même et Géricault projette dans les cadavres du Radeau. La pulsion informe les images cruelles sans risque de censure, Goya témoigne des tortures et des horreurs dans les « désastres de la guerre ». Le **sublime** (transport terrible et vertigineux) suscite une exaltation quasi-mystique. On préfère Shakespeare à Racine. Le plaisir vient de la souffrance infligée à autrui sans limite. Sacher-Masoch montrera à la fin du XIX^e que le plaisir vient aussi de la souffrance subie. Salomé, Judith et à l'inverse, St Sébastien ou Ste Agathe deviennent des prototypes. S'impose, dans les écrits et les images, le couple infernal de la violence, sans aucune limitation morale.

Dans l'iconographie mythologique et surtout religieuse, la douleur des martyrs permet l'illustration délectable d'un sadisme condamné. Mais le Christ en croix donne aussi le modèle de la souffrance rédemptrice. Dans des formes exacerbées on exprime le courage suprême d'un don de soi sublime. Ainsi Ste Lucie présente dignement ses yeux crevés sur un plateau (Cossa, Zurbaran). Ste Agathe résiste à la douleur quand on lui tranche les seins (S. del Piombo) mais aussi les offre en sacrifice (Zurbaran, Pouhandeh). L'allusion à une **résilience** vertueuse, moderne forme de la catharsis, l'emporte aujourd'hui sur la valeur spirituelle dans la perspective d'une forme d'art-thérapie après mutilation (S. L'Ara, Domondo, Ch.Muller).

Après 1870, tandis que les valeurs morales s'écroulent dans une société dépressive (surtout en France), on constate une recrudescence de l'exhibition sado-masochiste dans le cadre du symbolisme littéraire « décadent » (Jean Lorrain, Huysmans). Des artistes l'illustrent : Khnopff, Stuck, Moreau, Klimt, Kubin. La femme est un monstre lubrique qui agresse, soumet et torture. Et l'homme se venge. De Courbet à Rodin puis aux jeunes Degas ou Cézanne, les plus grands en sont imprégnés. Munch y voit un piège viral. Plus tard, Garouste y projettera l'irrésistible tentation de la sauvagerie animale.

Nietzsche, Kierkegaard, Flaubert, Baudelaire admirent le « divin marquis ». Apollinaire s'enthousiasme et publie en 1909 des morceaux choisis (tirés d'éditions interdites). Artaud (*Théâtre de la Cruauté*) et Bataille (*Histoire de l'œil, Mme Edwarda*) écrivent des textes ultrasadiens. Mais les séances publiques d'hypnose à la Salpêtrière par le docteur **Charcot** confirment des désirs inavoués, venus de l'inconscient des « hystériques ». Son stagiaire **Sigmund Freud**, neuro-psychiatre, exprime en termes « scientifiques » des affects que Sade avait pressenti : les effets de **la pulsion de mort**.

L'ambivalence de la douleur se confirme ainsi que sa relation à la sexualité.



Breton admire l'amour courtois au « zénith » et reconnaît le **soleil noir -sadien-** au « nadir ». Le doux Desnos est un sadien enthousiaste. Ils plébiscitent les manipulations de Bellmer sur ses *Poupées* et les nymphettes de ses dessins, les collages vengeurs de Max Ernst, l'ambiguïté des premiers tableaux de Balthus ou les rapprochements audacieux de Magritte. En 1959, à la 8^e et dernière exposition des surréalistes, on procède aux '*funérailles de Sade*'. Jean Benoît peint alors un « *Hommage* » et organise une Cérémonie testamentaire. Sur son tableau on voit un aigle royal porteur d'une étoile à 8 branches, surgir dans l'explosion d'un mur. Derrière la fascination du sadisme, l'aigle noir du nazisme.

La littérature de grande diffusion est remplie de scènes violentes et sadiques, avec l'alibi de la catharsis. Au **cinéma**, on retiendra des classiques depuis *l'Age d'or* de Buñuel et Dali (1930), jusqu'à *L'Empire des Sens* de N. Oshima en 1976 (la castration terme de l'orgasme ultime). Just Jaeckin banalise des pratiques de domination violente en adaptant au cinéma *L'Histoire d'O* de Pauline Réage (déjà illustrée par Leonor Fini). Seul Pasolini ira jusqu'au bout de la problématique. Il recycle avec une extrême virulence les *120 journées de Sodome* dans le cadre de la République Fasciste de Salò (1944). Trop explicite, le film (1975) sera incompris parce qu'insoutenable.

Le totalitarisme nazi apparaît bien désormais comme, l'aboutissement politique du sadisme extrême. Ce que démontrent les dioramas récents des frères Chapman (2010) et, en plus tragique, le témoignage en images de David Olère (1946-62), rescapé des les zonderkommandos d'Auschwitz.

A. Camus précise : « *Sade a exalté les sociétés totalitaires au nom de la liberté frénétique que la révolte en réalité ne réclame pas. [...] Notre temps s'est borné à fonder consciencieusement son rêve de république universelle et sa technique d'asservissement* » (*L'Homme révolté*, 1951) Raymond Queneau, surenchérit « *Que Sade n'ait pas été personnellement un terroriste, que son œuvre ait une valeur humaine profonde, n'empêcheront pas tous ceux qui ont donné une adhésion plus ou moins grande aux thèses du Marquis, de devoir envisager, sans hypocrisie, la réalité des camps d'extermination avec leurs horreurs non plus enfermées dans la tête d'un homme, mais pratiquées par des milliers de fanatiques. Les charniers complètent les philosophies, si désagréable que cela puisse être* » (*Bâtons, chiffres et lettres*, 1965).

De Foucault à Barthes, de Comte-Sponville à Onfray, on voit s'affirmer récemment une **réfutation du sadisme** quitte à analyser **la réalité des pulsions sadiennes** qui informent l'art et la littérature et traduisent l'ambiguïté réelle de la douleur des corps.

MOTS-CLÉS : Douleur, Pulsion, Résilience, Sadisme, Sublime



Conférence

« Sexe, toujours plus »

- **Sex No Limit**
P. Brenot
- **Le dopage sexuel**
R. Carballeda



Sex No Limit

Philippe Brenot
Psychiatre, sexologue
philippe.brenot@quidam.net
Paris

Introduction

L'évolution des mœurs caractérise les 100 dernières années en Occident. Pendant des millénaires l'intimité a été codée par les sociétés, par les religions, c'est-à-dire limité par des obligations et des interdits : obligation de pudeur, de réserve, de virginité, de chasteté, d'abstinence ; interdit de l'inceste, de l'impudicité, de l'adultère, du « sexe contre nature » (orifices, positions), de la sodomie... (Picq P. et Brenot P., 2009). La période actuelle, en Occident, se caractérise par la levée des interdits et souvent la transgression des limites que l'humanité s'est imposée, que les religions ont imposé, que les sociétés ont imposé, que les individus se sont imposés (surmoi), parfois au-delà de ce que bien sûr la société permet, mais aussi que la plupart ne s'autorisent.

État des lieux

En 1948, dans son rapport sur *le Comportement sexuel de l'homme et 1953 de la femme*, Alfred Kinsey fit l'état des lieux de la sexualité avant la libération sexuelle. Il révéla l'immense variété des pratiques sexuelles et, sans définir une normalité, les grandes variations de morphologies, de physiologie, de fréquence sexuelle, d'objets sexuels... Cela s'opposait au profil unique du comportement licite imposé alors par la société et les religions, le plus souvent celui d'un couple monogame hétérosexuel fidèle et fertile.

Révolution sexuelle

Les années 1970 ont permis aux sujets, femmes et hommes, de vivre plus librement leurs pulsions. La grande innovation qui a permis ce changement, c'est l'invention de la pilule contraceptive et l'autorisation de l'avortement qui ont ainsi libéré la sexualité féminine des contraintes de la fécondité. Dès lors fécondité et sexualité vont évoluer séparément et les comportements sexuels profondément changer. L'évolution a été très progressive sur une cinquantaine d'années jusqu'à aujourd'hui (Brenot, 2001). Elle peut se résumer en quelques faits essentiels qui montrent le mouvement en marche d'une sexualité qui se libère du carcan des interdits pour aujourd'hui dépasser les limites et aller parfois bien au-delà : l'augmentation du nombre de partenaires, chez les hommes comme chez les femmes, est la première grande liberté mais également la preuve de l'apprentissage de la sexualité ; l'apparition dans les couples de pratiques oro-génitales, interdites par toutes les traditions ; l'utilisation de jouets (sextoys) tant masculins que féminins ; la liberté pour certains – et dans la limite du consentement – de vivre des expériences avec des partenaires multiples... La liste serait longue des comportements et pratiques intimes qui aujourd'hui sont librement vécus alors qu'ils étaient récemment taxés de « perversions ». Et notamment dans les plus jeunes



génération qui explorent plus librement les possibilités d'une sexualité libre, expérimentant aussi bien des pratiques qu'une orientation différente. Avec la limite des addictions et de l'hypersexualité (Poudat F-X. et Lagadec M., 2017).

Les limites actuelles

Les limites sont toujours celles de la pudeur dans l'espace public, du consentement du ou des partenaires, de la violence imposée... Dans un pays comme la France où la liberté est vraiment très étendue, puisque les seuls interdits restent l'impudeur en public et l'intrusion de la sexualité des adultes dans celle des enfants, tout est possible entre deux (ou plusieurs) sujets adultes consentants, dans un espace privé.

Mais notre liberté se contente mal d'une absence d'interdit et ce nouvel espace de l'intime illimité cherche des limites à encore transgresser. Le développement exponentiel du porno sur le Web nous en donne quelques pistes. Les sites du Web porno (qui sont naturellement concurrents) proposent tous un catalogue avec des catégories cherchant à transgresser ce qui serait encore transgressable, tel le divin marquis expérimentant tous les possibles, dressant un catalogue infernal, un bréviaire des pathologies sexuelles, il dira lui-même des *120 journées de Sodome* : « C'est le récit le plus impur qui ait jamais été fait depuis que le monde existe » (Genand, 2018). Cette phrase pourrait être un jugement moraliste du contenu des sites pornos qu'il n'aurait certainement pas désavoués. Au fil du temps, et en raison de ce modèle tyrannique du Web porno, le comportement de chaque adulte a certainement changé par référence à cette sorte d'activisme sexuel permanent sans trop de limites que nous propose le Web.

ChemSex

Si les sites déclinent des positions, des situations, des scénarios, des paraphilies... une autre voie du dépassement des limites apparaît avec les drogues sexo-actives souvent mêlées aujourd'hui avec des psycho-actives. C'est la voie du ChemSex (pour *chemical sex*) initiée par le monde gay qui a souvent été promoteur de transgressions (dans la mesure où tout lui était auparavant interdit) et en recherche d'innovations en matière de pratiques intimes et relationnelles. Je pense tout particulièrement au fist-fucking.

La prise récréative d'IPDE5 pour augmenter les performances masculines date aujourd'hui d'une vingtaine d'années. Elle peut permettre de longues performances avec par exemple une très nette réduction, voire une absence, de la période réfractaire. La prise simultanée de cocaïne, GHB, kétamine, de crystal meth et de poppers ... permet un hyper éveil doublé d'une hypersexualité. C'est le but recherché dans des sessions multi-partenaires de longue durée, 24, 48 ou même 72 heures ! Nous recevons de façon plus fréquente chaque année des patients dépendants de ces « chevauchées fantastiques » qui évoquent un SEX NO LIMIT après lequel les hommes semblent courir depuis longtemps. Le dépassement des normes (aujourd'hui par des artifices, objets, pratiques, chimie) semble mu par un sentiment de « toute-puissance » qui, dans cette phase infantile du développement, permet à l'enfant de se trouver des limites. C'est l'inverse que nous observons, la fascination de l'absence de limites.

L'écueil actuel de cette évolution est déjà visible dans les centres de prévention aux toxicomanies et aux IST. Car le ChemSex présente les mêmes risques que toute consommation de drogue (crises d'angoisse, paranoïa, convulsions, overdose) et la sexualité sous stupéfiants augmente le risque d'IST car la désinhibition favorise les rapports non



protégés. Enfin les agressions sexuelles au cours de ChemSex sont plus fréquentes car les drogues rendent le non-consentement moins perceptible.

Conclusion

Le Sexe sans limite du porno numérique et du ChemSex semble exercer une fascination sur les sujets masculins, peut-être en raison du sentiment de toute-puissance que la sexualité semble conférer à ses acteurs et actrices. Une réflexion philosophique non moraliste sur ces nouvelles pratiques serait la bienvenue.

MOTS-CLÉS : Liberté Sexuelle, Perversion, Addiction, Hypersexualité, Normalité

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Brenot P. *Inventer le couple*. Paris : Odile Jacob ; 2001.

Genand S. *Sade*. Paris : Gallimard ; 2018.

Picq P. et Brenot P. *Le Sexe, l'Homme et l'Évolution*. Paris : Odile Jacob ; 2009.

Poudat F-X. et Lagadec M. *Sexe sans contrôle*. Paris : Odile Jacob ; 2017.

Le dopage sexuel

Rosa Carballeda
Médecin sexologue, thérapeute de couple
rosacarballeda@orange.fr
Grenoble

Introduction

Le dopage est un phénomène social de grande échelle, l'homme n'ayant jamais pu accepter ses limites physiques ou mentales.

Ce phénomène s'inscrit dans une volonté d'amélioration des performances et de mieux-être.

La littérature, n'ayant que très rarement abordé cette problématique, cette communication se veut, avant tout, une **forme de réflexion** sur la prescription de médicaments sexo-actifs dans le cadre

- Soit d'une volonté du patient d'accroître ses capacités sexuelles sans symptôme préalable (59,5 % des français déclarent avoir recours à l'automédication et au dopage (Baromètre santé 1994)).
- Soit pour contrecarrer les symptômes d'une anxiété de performance, source de dysfonction érectile. En effet, les facteurs psychiques notamment les schémas cognitifs négatifs interviendraient dans la survenue et le maintien de la moitié des dysfonctions érectiles.

La performance : entre culte et déboires

En autorisant la contraception orale, la loi Neuwirth en 1967, a permis de libérer les femmes de la crainte perpétuelle d'une grossesse et de méthodes contraceptives archaïques, dissociant ainsi le rapport procréateur du rapport récréatif.

La conséquence de cette révolution sexuelle est l'externalisation de la sexualité de la sphère privée à la sphère publique.

En même temps, la réalisation de soi est devenue l'une des priorités de notre société actuelle permettant l'émergence du consumérisme, le développement d'une idéologie hédoniste de la jouissance.

L'Amour, comme d'autres formes de relation humaine, a du s'incliner à une logique de marché, où comme il se doit, la compétition règne

- Incapacité à choisir
- Refus de s'engager
- Évaluation permanente de soi et du partenaire
- Psychologisation à l'extrême des rapports amoureux
- Tyrannie de l'industrie de la mode et de la beauté
- Marchandisation de la rencontre

On ne peut que réfléchir comment cette évolution sociétale a fait le lit de l'anxiété de performance, que nous pouvons percevoir comme une phobie sociale.



La perte du sentiment d'identité virile, de l'estime de soi et de la confiance en soi sont souvent signalées, elles aussi, comme facteurs de renforcement de la dysfonction érectile.

Par voie de conséquence, l'impact sur des facteurs importants de qualité de vie comme la sexualité, la relation conjugale, la vie familiale et la vie en général est très défavorable.

Abord pharmacologique

Avec le médicament améliorant des performances, servant une sur-adaptation dans ses usages comme dopant ou comme socialisant, le corps est envisagé comme « corps machine ».

Qu'il est difficile alors, pour certains patients, de résister à la tentation d'acquérir sur internet des médicaments de type IPDE5, comme le viagra, le médicament le plus contrefait !

Internet a permis, comme pour beaucoup d'autres actions délictueuses, l'essor de la contrefaçon :

- Le World Economic Forum évalue la contrefaçon de médicaments à environ 200 milliards de dollars ce qui en ferait le premier secteur de trafics illicites devant la prostitution et la marijuana
- En France, ce marché représenterait près de 1 milliard d'euros.

Prise en charge

Plus que jamais... nos fondamentaux sont mis à l'épreuve dans ce type de prise en charge :

- Prescrire un médicament à la demande du patient ou dans le cadre du symptôme sexuel isolé, sans prise en compte des facteurs personnels et relationnels des patients, pose non seulement une question éthique mais est souvent source d'échec ou d'abandon de celui-ci, malgré son efficacité initiale
- En fixant une stratégie thérapeutique avec les patients, à partir de leur demande réelle clarifiée, ceux-ci se retrouvent acteurs principaux dans la récupération d'une sexualité satisfaisante, en dialogue interactif avec le sexothérapeute.

Conclusion

Le désir sociétal, largement véhiculé par les médias, va vers « l'obligation » d'une santé physique, mentale et sexuelle prolongée le plus longtemps possible.

Ne faut-il pas, nous aussi, résister à une forme d'obligation de performance, nous, les sexologues impliqués dans cette quête ?

MOTS-CLÉS : Performance, Dysfonction érectile, Anxiété de performance, Contrefaçon, Stratégie thérapeutique



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Bonierbale.M, Colson. M-H. Prise en charge sexologique des dysfonctions érectiles . EMC – Urologie avril 2013 ; Volume 6 ;n° 2.

Colson .MH, Cuzin B., Faix A, Grellet L, Huyghes E. Patients, partenaires et couple, dans la prise en charge de la dysfonction érectile. Sexologies (2018) **27**, 31—36

Cour.F. Évolution sociétale de la sexualité . Progrès en urologie (2013) **23**, 832—837

Hedon F, Cour F. Ce qu'il faut savoir de la pratique sexologique pour l'exercice quotidien. Progrès en urologie (2013) **23**, 822—831

Illouz E, 2006. Les sentiments du capitalisme. Paris: seuil, p70

Nobre PJ. Psychological determinants of erectile dysfunction: testing a cognitive-emotional model. J Sex Med 2010;7: 1429—37.



Conférence

Nouvelles données sur la contraception

Discutant : A. Faix

- **Contraception féminine : Espoir, déboire, liberté de la femme menacée**
B. Rossin-Amar
- **Contraception masculine : Entre passé et présent**
K. Ben-Naoum
- **La contraception, une affaire de couple ?**
L. Chevalier



Contraception féminine, espoirs, déboires, liberté de la femme menacée

Betty Rossin-Amar
Gynécologue
b.rossin@wanadoo.fr
Marseille

Introduction

La contraception, formidable avancée de la science, donne à la femme au couple, la liberté d'une sexualité libérée d'un non désir de procréation. Sexualité et maternité peuvent être dissociées. La femme s'approprie son corps, son désir. Cette libération de son rôle de mère lui permet de s'inscrire sur le plan sociétal d'une autre manière. Cet accès à la contraception a été l'objet d'une lutte acharnée des générations qui nous ont précédées. Un demi-siècle de combats, de controverses, fût nécessaire à la naissance du premier contraceptif oral aux USA (1956 Eroid) grâce à des femmes exceptionnelles (Margaret Sanger et Katherine Mac McCormick) et des hommes de science (Gregory Pincus et Carl Djerassi). L'ouverture le premier planning familial français date de 1960, mais la contraception est toujours interdite (loi du 31/07/1920). Son autorisation de mise sur le marché attendra 1967, puis encore 8 ans plus tard, la loi Weil en 1975 qui libéralise la contraception et l'avortement. En 2012, un évènement d'une ampleur incroyable secoue « l'acceptation de la contraception » et déclenche une multitude de controverses avec une couverture médiatique inégalée, suite à la plainte d'une patiente victime d'AVC due à une pilule de 3eme génération. Des années pour accéder à la contraception, un temps bref pour la dénigrer, espoirs et déboires, informations et désinformations, les patientes sont perdues dans leur choix, la sexualité est bousculée, inquiétée.

Méthodes

Pour analyser en quoi la contraception peut libérer, épanouir ou brimer la sexualité dans ses composantes de désir, de plaisir et d'attachement, nous allons nous appuyer sur la littérature internationale, tout en sachant qu'interfèrent à ce niveau les normes sociales, culturelles et sociétales. Pour comprendre en quoi la sexualité est menacée, nous nous référerons aux études sociologiques.

Nous traiterons des valeurs positives de la contraception (espoirs : Sanders 2001) de ses impacts négatifs (déboires : Graham 2007.) et de sa perception dans la société actuelle soumise à l'explosion des valeurs consensuelles. La perte de crédit des institutions (scandales sanitaires) et la perte d'adhésion aux réseaux traditionnels d'information au profit d'une information électronique, immédiate, non vérifiable se propageant rapidement par les réseaux sociaux, bousculent la compréhension et la compliance à la contraception. (Pozzi- Gaudin S, 2014, Raude J 2018) Notre liberté est menacée par la désinformation, la peur de ce qui n'est pas naturel.

Résultats

Selon la revue de la littérature, l'effet de la contraception sur la libido est très contrasté, sans effet dans 60% des cas, d'un effet bénéfique dans 30% des cas, d'un effet néfaste 10 à 15%



des cas (Pastor 2013) mais le recours à la contraception est en chute libre, le marché de la contraception est en décroissance 7% par an. Il y a là, une atteinte cachée à la santé sexuelle et à la liberté des femmes d'avoir un enfant quand elle le souhaite. La contraception liberté se confronte à la contraception redoutée. La contraception naturelle est plébiscitée, la pilule serait dangereuse, et pourtant il est démontré que la mortalité de population féminine baisse avec le nombre de femmes sous contraception, (Vessey 2010)

Conclusions

La contraception, permet à la femme de vivre son choix de non grossesse. Cet espoir de vie amoureuse ou le désir peut s'exprimer sans angoisse et le plaisir s'en suit, est bouleversé par les nouvelles normes de la société. Une société en proie à des informations contradictoires, qui s'engage sur le chemin dangereux, de la remise en cause de l'innocuité d'une contraception prescrite de façon éclairée. Cette liberté durement acquise chancelle. C'est à nous, les professionnels de santé de reprendre le flambeau, d'expliquer, de rassurer, d'entendre, de comprendre et convaincre nos patientes que la contraception est un acquit de santé sexuelle qui doit perdurer

MOTS-CLÉS : Contraception, sexualité, information diffractée

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Graham CA & all Does oral contraceptive –induced reduction in free testosterone adversely affect the sexuality or mood of women? Psychoneuroendocrinology 2007: PMID: 1734012 (medline)

Pastor EJ, the influence of combined oral contraceptives on female sexual desire; a systematic review the europ J of contraception& reprod Health care 18 (1), 27-43, 2013.

Pozzi- Gaudin S & coll : Enquête concernant le retentissement des alertes médiatiques sur la pilule : J de gynecol Obst & Biol de la Reprod sept 2014 et DOI : 10 1016/j.gyn 2014 08.006

Raude J : PhD, institut de recherche et développement, département santé et société, communication orale Infogyn 4-5-6/2018 32eme édition, Pau

Sanders SA &all. contraception 2001 « a prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and relationship to discontinuation PMID: 11535214 (indexed for Medline)

Vessey M, & all Factors affecting mortality in a large cohort study with special reference to oral contraceptive use. Contracept 2010 ; 82 :221



La contraception masculine : entre passé et présent

Kamel Ben-Naoum
Urologue sexologue
kamelbennaoum@yahoo.fr
Service d'urologie, CHU Nîmes

La contraception masculine, contrairement à la contraception féminine, se limitait à l'usage du préservatif, le coït interrompu (MCLURE 1981) ou la vasectomie. Elle reste, de nos jours, limitée par le facteur culturel. D'autres voies ont été évoquées telles que le recours à l'hyperthermie, l'utilisation des agonistes de la GnRH, la contraception immunologique...

L'acceptabilité d'une contraception doit répondre aux impératifs suivants : efficacité, réversibilité et innocuité, sans incidences sur la sexualité et la virilité.

Le préservatif représente une solution efficace, tout en protégeant contre les maladies sexuellement transmissibles.

La vasectomie (section des canaux déférents) rendue légale en France, à partir de 2001, doit être présentée plutôt comme une technique de stérilisation définitive, même si la vasovasostomie permet de re-perméabiliser les canaux déférents.

L'hypothermie testiculaire est une notion physiologique démontrée, ainsi il a été logique d'envisager une inhibition de la spermatogénèse par élévation de la température scrotale (Mieusset 1994). Elle est impactée par un inconfort lié au port d'un « slip chauffant pendant plusieurs heures).

La contraception hormonale, (Waites 2003) peu médiatisée et encore confidentielle, reste confrontée aux effets secondaires. De plus, la réalisation de spermogrammes réguliers peut constituer un frein...

Plusieurs procédés sont évoqués, tel que le RISUG (reversible inhibition of sperm Under Guidance), inventé en Inde en 1979, consiste en une injection de liquide polymère dans le canal déférent, tout comme le VASALGEL, encore au stade expérimental. Le plus surprenant est la valve à spermatozoïdes, sorte d'interrupteur qui se fixe sur le canal déférent (société allemande BIMEK SLV).

MOTS-CLÉS : Contraception, Stérilisation, Sexualité

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Maclure Z. Failures rates of contraceptive methods. Fam. PLann. Inf. Serv., 1981; 1, 59-61.

Mieusset R, Bujan. The potential of mild testicular heating as a safe, effective and reversible contraceptive method for men. 1994 ;17: 186-191

Waites G.M. Development of method of male contraception: Impact of the World Health Organization Task Force. 2003 ;80 : 1-15



La contraception : une affaire de couple ?

Luc Chevalier
Gynécologue, sexologue,
lucchevallier9@gmail.com
St-Paul, La Réunion

Dans l'histoire, depuis le début de la matérialisation progressive par la société, la culture, la religion et les lois, du concept de couple, se jouent des enjeux de pouvoir entre le féminin et le masculin. Le couple est établi comme le terreau de la procréation et de l'élevage des enfants. De tout temps, il s'est produit des oscillations entre une attitude nataliste et une attitude de contrôle des naissances, portées par les sociétés et les cultures.

Ainsi au XIX^e siècle et début XX^e, en France, apparaissent des mouvements opposés ; le Malthusianisme qui préconise le contrôle des naissances pour lutter contre la pauvreté et une loi nataliste en 1920, interdisant la contraception et les moyens abortifs. Malgré cette loi, les couples tentent par les moyens du bord de maîtriser leur fécondité.

Dans la deuxième moitié du XX^e siècle, les lois modifient lentement le patriarcat solidement installé, vers une plus grande égalité homme-femme. Par ailleurs, le mouvement de la Maternité Heureuse, puis le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF), cherchent à espacer les naissances, à un meilleur équilibre du couple et à éradiquer les avortements clandestins par la contraception. La contraception demeure illégale jusqu'en 1967, où la loi Neuwirth l'autorise enfin. Dès les années 1970, la contraception est encadrée par des prescriptions médicales. La libération sexuelle débutée en 1967 est très politisée, en particulier sur la question de l'avortement qui finira par être légalisé par Simone Weil en 1974.

Dans le couple, la contraception bascule du côté de la femme : pilule et stérilet sont de sa responsabilité. La contraception hormonale est le triomphe de la séparation officielle Sexualité/Reproduction. Avant les années 1960 c'est aux hommes de faire attention (retrait, préservatif), après, les hommes quittent le champ de la contraception.

Il s'établit depuis 35 ans (années sida) une nouvelle norme sociale, véhiculée par le discours médical : La femme jeune sans enfant (découverte sexuelle) utilise des préservatifs avec son partenaire lors des premiers rapports sexuels. Si le couple dure, il y a passage à la pilule, voire à la pilule et au préservatif. L'âge de la procréation recule ainsi, pour se situer après l'installation dans une vie professionnelle stable, avec en arrière-plan, le concept « d'horloge biologique », qui augmente la pression. Le dispositif intra utérin ou stérilet, se positionne après, ou entre les grossesses désirées. Malgré ce schéma, il existe de nombreux échecs contraceptifs dans les couples, car la contraception est devenue un objet de consommation courante. Le parcours contraceptif qui revient toujours à la femme, n'est pas linéaire, avec de nombreux changements et le risque du recours à l'avortement en cas d'échec. Le taux des IVG en France n'a ainsi quasiment pas changé (220 000/an). En une génération, nous sommes passé d'une contraception synonyme de plaisir et de liberté pour les femmes qui se sont battues pour, à une contraception synonyme de contraintes et d'impact sur la santé, pour les femmes qui sont nées avec.

Dans le couple, les femmes pensent que la contraception ne concerne pas les hommes, inconscients des risques et des conséquences. Elles refusent de partager cette responsabilité. Les hommes sont donc confortés dans leur idée que ce n'est pas leur rôle. Ils ne sont que très peu motivés par une nouvelle inversion des rôles et la reprise en main de la maîtrise de leur destin reproductif. De plus, la contraception masculine leur fait peur et ils ne sont pas prêts à



subir des effets secondaires que subissent pourtant les femmes... Dans le couple, les femmes les maintiennent d'ailleurs à l'écart des décisions contraceptives. Mais même si la contraception a nettement amélioré l'accès au plaisir sexuel des femmes, les stéréotypes ont la vie dure : Le clivage sexualité masculine, basée sur le désir et sexualité féminine, basée sur l'affectivité, fait de la résistance !

Le modèle des « wonder women » qui doivent réussir leur vie sexuelle, contraceptive, de couple, de mère, les tâches ménagères, leur vie professionnelle et leurs loisirs, perdure. Mais 50 ans après la légalisation de la pilule et la révolution sexuelle, il y a une perte de repère des femmes, des hommes, des couples. A première vue, la contraception libère la femme d'une grossesse non désirée et favorise donc l'égalité femme-homme, mais en réalité, elle conforte la femme dans son identité maternelle et son rôle prédominant dans l'élevage des enfants au détriment de sa carrière professionnelle.

Les nouveaux codes contraceptifs sont souvent chaotiques : Pour le « petit couple » et sa sexualité d'apprentissage, elle oscille entre retraits, préservatifs, pilule, parfois stérilet, pilule du lendemain et toujours l'IVG banalisée, en cas d'échec. Pour le couple installé, les désirs sont discordants (désir d'enfant, désir sexuel, désir de mener une carrière professionnelle) Il existe des conduites à risque délibérées, avec de petits chantages et pressions entre amis... Le ras-le-bol de la pilule est prégnant, avec le retour de méthodes naturelles plus ou moins customisées par les nouvelles technologies. Le post-partum et le post IVG, les accidents de la vie, sont les moments de renégociations au sein des couples, avec parfois une prise de conscience des hommes de leur rôle dans la contraception.

Les nouveaux couples sont plus basés sur des valeurs de liberté individuelle, indifférenciation des rôles conjugaux, diversification des modes de vie à deux et principe de monogamie sérielle, fondés sur l'Amour. L'épanouissement personnel à l'intérieur du couple et la satisfaction sexuelle forment les piliers du « contrat ». Qu'est-ce qui peut changer dans le contrat contraceptif : Education à la coresponsabilité dès l'enfance, rôles contraceptifs partagés, voire tournants. Meilleure communication dans le couple en ouvrant la parole en particulier des hommes, pour qu'une contraception à deux soit une contraception pour les deux.

Au XXI^e siècle, le couple demeure un idéal pour plus de deux tiers des femmes et des hommes. Le plaisir sexuel est central dans la construction du couple. Les enjeux de pouvoir et le problème de l'égalité ne sont pas réglés et la contraception reflète parfaitement cet état de fait. Toujours plus de communication au sein du couple et à l'extérieur paraît déterminant pour la suite.

MOTS-CLÉS : couple - contraception - égalité femme-homme

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. et l'équipe de l'enquête FECOND. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques. Population et Sociétés n°492, 2012 www.ined.fr

Bajos N, Ferrand M. La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine. Sciences Sociales et Santé, vol 22, n°3, 2004



Desjeux C. Histoire des représentations et pratiques de contraception masculine. Presses de Science Po/ Autrepart, 2009, 4, n°52, 49-63

Lalman L. Contraceptions, quels choix pour les femmes aujourd'hui. Ed. CEFA asbl, Louvain la Neuve

Vigoureux S., Le Guen M. Contexte de la contraception en France- RPC contraception CNGOF. Gynécol Obstét Fertil Sénol, 2018, 46, 777-785



Table Ronde

Temps et sexualité

Discutante : R. Carballada

- **Le temps de l'amour : Les préliminaires pourquoi faire ?**
C. Moreau
- **Le temps du couple : Et en plus, vous voulez faire l'amour ?**
A. Corman

Le temps de l'amour : « Les préliminaires pourquoi faire ? »

Capucine Moreau
Sexologue, créatrice de L'École de Capucine
contact@lecoledecapucine.com
Toulouse

Derrière les symptômes et les plaintes des couples qui viennent nous voir (difficulté à atteindre l'orgasme, à maintenir une érection, absence de désir de l'un des partenaires...) se cache très souvent une lassitude de l'un des deux face aux scripts érotiques partagés, quasi identiques depuis des années, chaque fois renouvelés. Il n'est pas toujours facile d'y avoir accès... Encore faut-il qu'il ou elle puisse nommer cet ennui, même de façon voilée, avec une petite moue reconnaissable ou une étincelle dans les yeux quand il ou elle comprend que vous avez compris en évoquant subtilement tout ce que peut englober en fait l'univers érotique...

Le script habituel que les couples décrivent est souvent le même : préliminaires (dans lesquels ils citent le sexe oral, cunnilingus, ou fellation, ou les deux), pénétration, éjaculation (et orgasme de la partenaire féminine en option). Et impossible d'imaginer -pour l'un des deux du moins- comment ce pourrait être autrement...

Que veut dire alors ici le terme de préliminaires ? « ce qui vient avant, ce qui prépare », « la mise en bouche », comme le définit Waynberg. Avant quoi ? Le coït... qui est donc valorisé comme le cœur du spectacle.

« La relation érotique est, en soi, un temps magique, arraché à la vie quotidienne. Il a donc un commencement et une fin » écrit Alberoni... Que se passe-t-il lorsque les représentations collectives que nous avons de la sexualité amènent les couples hétérosexuels à commencer invariablement leur séance érotique par des « préliminaires » comme ils les nomment et à terminer invariablement par une éjaculation ? Ce terme « préliminaires » ne viendrait-il pas contribuer à appauvrir la vision que nous avons de l'érotisme ? Ne viendrait-il pas imprimer un mouvement sensé être correct et forcément performant à nos ébats ? Sans quoi il serait finalement anormal et pathologique de ne pas jouir ?

« Le *plus* est la révélation du nouveau dans le continu, dans ce qui est déjà là. Le nouveau est alors apport et enrichissement. Seul ce qui existe, ce qui vit dans la durée et la continuité, peut prendre de l'extension. Mais seul ce qui est discontinu peut être confronté, comparé, enregistré dans la mémoire. C'est l'union du continu et du discontinu qui crée l'identité, et donc la possibilité de croissance, la tension vers le haut, vers la perfection » écrit encore Alberoni. Comment peut-on faire entendre aux couples qu'un autre type de présence à l'autre, d'écoute des corps, d'union dans l'instant, peut être à l'oeuvre si ce qu'ils vivent ne leur convient pas ? Peut-on parler à certains couples de créativité érotique dès lors que leur relation affective est bonne ou restaurée ? Comment la rendre légitime, accessible, concrète ? Comment nous servir de ce terme « préliminaires » et ce à quoi ils sont sensés servir (faire monter l'excitation, préparer nos corps, les lier progressivement, intensifier l'émotion et la jouissance) pour déconstruire les scripts et y intégrer de l'espace, des fêlures, du renouveau ?

Et comment, au-delà de nos cabinets, peut-on ouvrir ce discours pour autoriser, légitimer, ouvrir nos représentations, faire respirer, et permettre ainsi à celles et ceux qui en ont l'intuition de s'offrir toute la puissance et l'énergie que peut recouvrir la scène érotique ? C'est ce que j'essaie d'impulser et de faire vivre à L'École de Capucine en complément de ma pratique clinique... Jouer, décaler ses rythmes. Commencer par presque rien, un contre-temps. En faire une prière, un véhicule pour le ciel. S'évanouir. Pleurer. Rire. Élargir le vocabulaire du corps, du ventre, des coeurs, des âmes, c'est cela l'érotisme ?!



MOTS-CLÉS : préliminaires, couple, créativité, érotisme, mouvement

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Alberoni Francesco, L'érotisme, Ramsay, 1987

Marzano Michela, Philosophie du corps, Que sais-je ? Puf, 2007

Pasini Willy, Le Temps d'aimer, Ed Odile Jacob, 1997

Waynberg Jacques, Le dico de l'amour et des pratiques sexuelles, Milan, 1999

Le temps du couple : « Et en plus, vous voulez faire l'amour ? »

André Corman
Directeur d'enseignement DIU sexologie
andre.corman@numericable.fr
Toulouse

« Ce n'est pas le temps ou l'occasion qui déterminent l'intimité, c'est une question de disposition. »
Jane Austen

Une maxime nous le livre : *« Ce que l'on fait de notre temps, c'est ce que l'on fait de notre vie. »* Eh oui, le temps est vivant et la vie est temporelle et, de la qualité de notre temps va dépendre la qualité de notre vie. Ce poids existentiel du temps, nous le constatons, nous sexologues, dans nos prises en charge de couple. Nous sommes de plus en plus confrontés dans nos consultations à la quête quasi « *Graalienne* » du temps pour l'intimité à laquelle se livrent les couples contemporains. Ça commence par les difficultés à trouver un horaire commun de RDV pour une thérapie de couple et ça se confirme par les données recueillies lors de la prise en charge.

Ce temps du couple dont à propos duquel Willy Pasini posait déjà la question du « *quand et comment s'aimer ?* » malgré « *le règne de la frénésie* » s'impose de fait comme une entité clinique. Ce qui ne nous étonne pas tant nous savons, dès que nous sommes confrontés professionnellement à la sexualité, combien nous devons tenir compte de sa vérité existentielle.

Mais, l'expérience de nos prises en charge nous montre l'insuffisance du simple conseil qui se fracasse le plus souvent sur les divergences de perception du temps entre les partenaires du couple et, par là même, sur les résistances au changement.

Comprendre, à partir des philosophes qui en ont fait une part maîtresse de leur œuvre tels la durée chère à Henry Bergson et les rythmes du temps chers à Gaston Bachelard, combien l'écoulement du temps est autant, sinon davantage une propriété liée à la perception individuelle du sujet qu'une dimension mesurable de la réalité nous permet de mieux saisir ces déterminants.

Dans notre société consumériste, deux éléments doivent être relevés : D'abord, les femmes, après une période tendant vers plus d'égalité, assument en moyenne aujourd'hui près de 80% des tâches ménagères et on imagine facilement quelles en sont les répercussions sur leur désir. Ensuite, le temps « gigantesque » passé sur les écrans qui, lui, influence négativement le désir des hommes.

Jamais, malgré une durée du temps de travail qui se réduit, le sentiment de manque de temps n'a été aussi fort. Ainsi, malgré la valeur considérable attribuée par les couples à la notion de spontanéité dans l'intimité, dont on a amplement pris la mesure avec les IPDE5 à la demande, nous pensons qu'il faut organiser ce temps de l'intime pour que faire l'amour redevienne un possible.

A nous, sexologues, d'inspirer des leviers sur lesquels s'appuyer pour que notre prise en charge aide le couple à redevenir maître des horloges...

MOTS-CLÉS : temps, intimité, durée, rythme, spontanéité, s'organiser



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Bachelard Gaston, Dialectique de la durée, Ed Boivin, 1936

Bergson Henri, Essai sur les données immédiates de la conscience, Ed Félix Alcan, 1889

Debord Guy, La société du spectacle, Ed Gallimard, 1992

Pailhé Ariane, Solaz. Anne, Entre famille et travail. Des arrangements de couple aux pratiques des employeurs, La Découverte, 2009

Pasini Willy, Le Temps d'aimer, Ed Odile Jacob, 1997



Conférence

Les codes changent, quelle évolution des pratiques ?

- **De la révolution sexuelle à aujourd'hui, où en est-on ?**
M. Bonierbale
- **Anciens codes et nouveaux codes, comment concilier ?**
N. Dessaux



De la révolution sexuelle à aujourd'hui, où en est-on ?

Mireille Bonierbale
Psychiatre sexologue, Présidente de l'AIUS,
Marseille
mireille.bonierbale@wanadoo.fr

L'année 2018 a été anniversaire de la révolution sexuelle de 1968. Pour les plus jeunes, la découverte de la sexualité conservatrice des jeunes français d'il y a seulement 40 ans a été une découverte. Le sexe ne se parlait pas et ne s'agissait qu'avec des règles strictes. Mai 68 est venu métamorphoser ce paysage comme un bouchon de champagne qui saute sous la pression d'un désir de libération irrésistible.

Cet exposé est fait à partir de la synthèse d'écrits et de documents publiés sur internet et particulièrement sur le site de l'INA, remémorant les principaux aspects de la période de la révolution sexuelle de 68 et de ses conséquences sur la sexualité et les mœurs sociétales et leur héritage

Les Années 60 : En ce temps-là... Pas d'iPhone pour filmer les événements en se donnant l'illusion de les vivre, seulement des appareils photos jetables dont on attendra le développement de la pellicule, « le vivre » n'est pas distancié ni collaboratif, pas de tweets ni de réseaux sociaux, mais du rêve de libertés à inscrire dans le réel, du temps dont on souhaite l'accélération sans le vivre dans l'addiction du « toujours plus » de nos jours

Après la guerre, La Liberté....

Aux états unis, Après la guerre du Vietnam, durant les années 60, ont émergé de nombreux groupes prônant la liberté de disposer de son corps.

Cette vague idéologique de réappropriation de libertés fondamentales contrebalance la période stricte et puritaine qui avait succédé à la seconde guerre mondiale : le mouvement hippie, courant de contre-culture issu en grande partie de la jeunesse du baby-boom de l'après-guerre, rejette les valeurs traditionnelles, le mode de vie de la génération de leurs parents et la société de consommation.

En France, en 67, un tiers de la population française a moins de 20 ans, la jeunesse est issue du Baby-Boom de l'après-guerre et la majorité est à 21 ans. C'est la France Gaullienne vécue comme paternaliste, et engluante, en quête de liberté sexuelle et de changement sociétal.

Avec des slogans, tels que "*Jouir sans entrave*" ou "*Faites l'amour, pas la guerre*" sur les murs de Paris, débute ce qu'on appellera la libération, ou la révolution, sexuelle,

Parler de sexe avant mai 1968 était tabou, L'éducation sexuelle n'existait pas et les « premières fois » sexuelles, bordées de mœurs religieuses en toiles de fond n'étaient pas toujours couronnées de succès.... La vie sexuelle des français est alors empreinte de tabous dont les règles sont ; la virginité avant mariage, pas de relations sexuelles hors mariage. La contraception à peine naissante suscite la méfiance. La jeunesse demande une libéralisation des mœurs.

Dès les années 60 la mode commence à traduire ces aspirations, d'abord la révolte avec les « bousons noirs », puis la liberté des femmes avec la mini-jupe d'André Courrèges qui dévoile les jambes des femmes comme jamais auparavant. Dans cette période des "trente glorieuses", la mini-jupe était un symbole très fort d'indépendance pour les femmes, à une époque où les femmes portaient des jupes longues, que le comble de l'indécence étant de laisser apparaître



un genou. Un conflit de générations éclate alors entre les jeunes filles, qui voient dans ce vêtement le moyen d'afficher leur liberté, et leurs parents, qui l'assimilent au summum de l'indécence et de la vulgarité. Dans certains pays comme les Pays-Bas ce vêtement fut même interdit car jugé beaucoup trop provocant

La Liberté.... Sexuelle : les étudiants au taquet

La plupart des cités universitaires ne sont pas mixtes et toute entrée de personne étrangère aux bâtiments y est interdite ; mars 1967 les étudiants, de l'ARCUN (Association des résidents de la cité universitaire de Nanterre) investissent le dortoir des filles pour revendiquer la libre circulation dans la résidence universitaire des filles qui était interdite aux garçons. Des facultés suivent le mouvement, entraînant progressivement les autorités à changer la donne et les mœurs à évoluer

Les Interdits tombent

A la même époque, l'homosexualité est considérée comme un fléau social et une maladie mentale, une assemblée étudiante dénonce la répression des gays en collant des affiches sur les murs de la Sorbonne. Ce sont des actions encore balbutiantes, qui ne commenceront à être entendues qu'en 1982 avec la dépénalisation de l'homosexualité

Mai 68 signe la fin des codes conservateurs.

Il est désormais possible d'avoir des relations hors-mariage sans engagement de couple. On peut regarder des films pornographiques et lire des livres « inconvenants » sans que cela ne soit censuré. Les pratiques sexuelles se libéralisent, des communautés libertaires expérimentent l'amour libre. Les baby-boomers multiplient les partenaires, délaissant l'amour au profit du plaisir et de la jouissance. Tous les genres d'expériences sexuelles sont désormais bonnes à prendre.

Mai 68 avec ses slogans "vivre sans temps mort. Jouir sans entraves", "Il est interdit d'interdire"... ouvre un nouveau modèle de société, le désir et le plaisir sont au-devant de la scène.

La jeunesse s'émancipe, et plus tard en 1970 les femmes mènent leur révolution sexuelle à travers le mouvement de libération de la femme. Elles veulent reprendre le contrôle de leur corps, de leur sexualité hors ou dans le mariage, avoir un enfant, quand elles le veulent et si elles le veulent.

La notion de fidélité est remise en question, le mariage n'est plus une priorité, le dévoilement du désir féminin bouleverse l'équilibre des couples, l'arrivée de la pilule et la disparition de la crainte de l'enfant non désiré, les femmes qui se libèrent financièrement par le travail ébranlent le statut masculin. Les divorces commencent à augmenter parallèlement à l'essor de l'union libre.

Le 25 juillet 1968 ; une lettre encyclique « sur le mariage et la régulation des naissances » promulguée par le pape Paul VI, « *Humanæ vitæ tradendæ munus gravissimum* », c'est-à-dire « Le très grave devoir de transmettre la vie humaine ». L'encyclique déclarait « intrinsèquement déshonnête toute méthode artificielle de régulation des naissances réaffirmant la position d'une église traditionnelle a un moment où il y a un assouplissement de l'opinion publique de la doctrine catholique

En face, les féministes revendiquent la libre disposition de leur corps et proclament leur droit de n'avoir que des enfants désirés.



La première pilule contraceptive, Enovid, mise au point par Pincus Professeur à Harvard autorisée aux états unis en 1957 est libéralisée en France en 67 grâce à la loi Neuwirth signée par le général de Gaulle. Cette loi, est une révolution dans la vie sexuelle des Français qui prépare le terrain pour la loi Veil du 17 janvier 1975 qui légalise l'avortement : « *Transmettre la vie est important. Il faut que ce soit un acte lucide* » (De Gaulle)

C'est aussi un tournant de l'histoire de la médecine française. Le monde médical est appelé à prendre position sur la question de la libre circulation de la pilule et ne plus se cantonner à un rôle curatif.

Ainsi est implicite le droit au plaisir et au désir ; plus besoin de mariage ou de sentiments pour faire l'amour, le but recherché n'étant plus l'enfantement, mais le plaisir.

1974, la pilule contraceptive est remboursée par la Sécurité sociale ce qui marque non seulement sa normalisation, mais surtout sa généralisation : le fait qu'elle soit remboursée en permet l'accès aux classes les plus populaires. Quelques mois plus tard l'IVG est légalisé

L'héritage :

1999 25 ans après : la pilule du lendemain est disponible dans les pharmacies sans prescription ; 10 000 adolescentes françaises chaque année ont une grossesse non désirée.

2012 : Marion Larat, victime d'un AVC, obtient la reconnaissance officielle de la responsabilité de sa pilule, retour aux méthodes naturelles de contraception Cet événement marque le début d'une période de grande méfiance envers les contraceptifs.

Au nom du rejet de la médicalisation de leur corps, la liberté qu'elle a donnée est oubliée

Mai 68 a également joué un rôle dans la Libération de l'homosexualité, l'évolution du couple, du mariage de mêmes sexes, des pacs, etc mais aussi de la pornographie, des violences sexuelles, des addictions, ouvrir la porte à la liberté n'est pas toujours simple.

MOTS-CLÉS : liberté, mœurs, interdits, révolution.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

www.lesinrocks.com/

<https://fr.wikipedia.org/wiki/Hippie>

Ina : La révolution sexuelle, mai 68

Wilhelm Reich., La révolution sexuelle, Plon 1968

Bantigny, L. (2013). Quelle " révolution " sexuelle ? Les politisations du sexe dans les années post-68. *L'Homme & la Société*, 189-190(3), 15-34.

Achille Weinberg., La libération sexuelle et ses lendemains. Sciences humaines ; Mensuel N°130, Août/Septembre 2002

https://www.scienceshumaines.com/la-liberation-sexuelle-et-ses-lendemains_fr_2582.html



Anciens codes, Nouveaux codes : entre Paradoxes et Réconciliations

Nathalie Dessaux
Psychologue, sexologue
nathalie.dessaux@mac.com
Rennes

Le succès du Hashtag #MeToo en réponse aux violences faites aux femmes a mis en lumière une volonté marquée des femmes actuelles à ne plus être soumises aux conséquences négatives des stéréotypes sexuels traditionnels. Ceux-ci établissent en effet des normes réductrices du rôle des femmes et des hommes et génèrent des comportements sexistes au niveau social, des inégalités dans les parcours et/ou postures dans la sexualité et sont à l'origine de violences sexuelles.

Ces « codes sexuels » remonteraient aux origines de l'humanité, en raison même de la ressource que constitue la capacité d'enfantement des femmes qui pousse les hommes à vouloir les contrôler (Héritier, 1996). Cette différence fondamentale dans le processus de reproduction est à la source d'un rapport de domination entre les sexes qui s'exerce dans différents contextes, et dans la sexualité en premier lieu (Bourdieu, 1998). La répartition des rôles sociaux de sexe est ensuite une conséquence de ce tout premier contexte relationnel. Ainsi, dès l'enfance, à travers l'éducation donnée aux garçons et aux filles, à travers les choix d'orientation, à l'âge adulte dans les contextes professionnels, dans la répartition des tâches au sein du couple, on voit se mettre en place une division sexuelle où la hiérarchisation entre les sexes laisse la part belle au genre masculin (Kergoat, 2000).

La sexualité participe à l'instauration et au maintien de ces rôles sexuels, dans les symboles parfois liés à la sexualité pénétrative (Courduries, 2006), dans les fonctions données à cette sexualité, dans les rôles attribués à chacun des deux sexes. Les sexologues que nous sommes se doivent donc de questionner leur participation au maintien et/ou à l'évolution de ces rôles sexuels.

Nous développerons dans cette intervention un parallèle entre les thèmes portés par les différentes vagues du féminisme et les objectifs sexologiques qui peuvent être les nôtres pour contribuer à une égalité entre les sexes. Et nous porterons tout particulièrement l'accent sur la notion d'agentivité sexuelle qui peut faire écho à celle d'empowerment développée dans les courants féministes actuels. Le concept d'agentivité sexuelle fait référence à la capacité des hommes et des femmes à prendre en charge leur sexualité selon leurs propres valeurs et désirs et à l'exprimer de façon positive (Lang, 2011). Cette incarnation de la sexualité, qui s'appuie également sur la notion d'assertivité sexuelle (Brassard et al., 2013), constitue le socle essentiel de la satisfaction sexuelle vers laquelle toute sexothérapie doit pouvoir tendre.

MOTS-CLÉS :

Stéréotypes Sexuels - Féminisme – Empowerment – Agentivité Sexuelle – Double Standard Sexuel



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Brassard, A., Dupuy, E., Bergeron, S., & Shaver, P.R. Attachment insecurities and women's sexual function and satisfaction: the mediating roles of sexual self-esteem, sexual anxiety, and sexual assertiveness. *Journal of sex research*, 2015, 52, 1, 110-9 .

Bourdieu, P. *La domination masculine*. Paris : Le Seuil, 1998.

Courduriès, J. Les couples gays et la norme d'égalité conjugale. *Ethnologie française*, 2006, vol. 36(4), 705-711. doi:10.3917/ethn.064.0705.

Heritier, F. *Masculin, féminin. La pensée de la différence*. Paris : Odile Jacob, 1996.

Kergoat, D. Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexuel. In : H. Hirata, F. Laborie, H. Le Doaré et D. Senotier (dir.), *Dictionnaire critique du féminisme*, Paris : PUF, 2000, p. 35-44.

Lang, M.E. « L'agentivité sexuelle » des adolescents et des jeunes femmes : une définition. *Recherches féministes*. 2011, 24. 189-209. Doi : 10.7202/1007759ar.



Conférence

Nouvelles technologies et sexualité

Discutants : C. Burté / A. Corman

- **Le robot sexuel en question**

C. Burté

- **Cyborgs sexuels : entre humanisation de la machine et mécanisation de l'humain, que restera-t-il de nos amours ?**

O. Nérot

- **Disruptions en santé sexuelle : clinique, Évidence Base Médecine ou Intelligence Artificielle**

P. Bondil

Le robot sexuel en question

Carol Burte
carol.burte@wanadoo.fr
Cannes- Monaco- Draguignan

Dans une société de plus en plus robotisée, où l'intelligence artificielle se développe rapidement, des entreprises sont en train de créer des robots humanoïdes de plus en plus ressemblants aux êtres humains, dans le but d'un plaisir sexuel. Ils sont sans doute amenés à être très répandus dans le futur.

Un robot construit pour le sexe est différent des autres jouets sexuels en raison de son anthropomorphisme et de sa capacité à s'exprimer et entretenir une conversation, de plaisanter ou philosopher, ce qui renforce l'impression d'intimité.

Les médias s'intéressent énormément à ce sujet qui suscite de nombreux débats chez les ingénieurs, les roboticiens, les spécialistes de sciences sociales, de l'éthique, les hommes de loi et les chercheurs.

Les publications scientifiques sont à contrario très rares. Il nous a semblé important que la Médecine Sexuelle réfléchisse à ce phénomène pour mieux le comprendre.

Dans ce cadre, nous avons identifié un certain nombre de questions principales qui en amènent beaucoup d'autres et qui pourraient être des axes futurs de recherche.

Qui sont les utilisateurs ? Pourquoi et comment vont-ils les utiliser ?

Quelle sorte de réaction sexuelle et de satisfaction sexuelle peut-on en attendre ?

Quelles pratiques sexuelles et quelles interactions avec un robot ?

Est-ce que les interactions seront différentes avec des robots « male » ou « femelles » ?

Les robots vont-ils changer notre perception du genre ?

Est-ce que les robots vont remplacer les prostituées ?

Est-ce que les robots pourront avoir un rôle pour les personnes en situation de handicap ?

Pourront-ils être utilisés dans les sexothérapies ?

Les robots peuvent-ils aider à réduire les crimes sexuels ?

L'intimité avec les robots va-t-elle mener à un plus grand isolement social ?

Toutes ces questions méritent d'être approfondies et montrent que nous avons besoin d'un vrai travail scientifique sur cette nouvelle sexualité qui risque de devenir importante, de façon à mieux comprendre et appréhender le rôle des robots sexuels, à nous approprier cette nouvelle technologie et à nous permettre de participer aux débats sociétaux à ce sujet.



MOTS-CLÉS : Robots, Sex robots, Human robot interaction, Robot Ethics

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Facchin F, Barbara G, Cigoli V. Sex robots: the irreplaceable value of humanity. *BMJ* 2017;358: j3790.

Szczuka, J.M.; Krämer, N.C. Not Only the Lonely—How Men Explicitly and Implicitly Evaluate the Attractiveness of Sex Robots in Comparison to the Attractiveness of Women, and Personal Characteristics Influencing This Evaluation. *Multimodal Technologies Interact.* 2017, 1, 3.

Torjesen I. Sixty seconds on...sex with robots. *BMJ* 2017;358: j3353.

Torjesen I. Society must consider risks of sex robots, report warns. *BMJ* 2017;358: j3267. doi:10.1136/bmj.j326728679604

Sex and Love with robots: <http://loveandsexwithrobots.org>

Wunsch S. Comprendre les origines de la sexualité humaine. Neurosciences, éthologie, anthropologie. L'Esprit du Temps, 2014

Cyborgs sexuels : entre humanisation de la machine et mécanisation de l'humain, que restera-t-il de nos amours ?

Olivier Nérot
Docteur en Sciences Cognitives
olivier@nerot.net
Lyon

Un humain ambivalent qui se mécanise

Le rapport de l'humain à la machine oscille entre la fascination pour cette efficacité mécanique, et la peur face à l'artifice qui menacerait notre propre humanité. Cela se retrouve dans la plupart des mythes où l'homme devient souvent l'esclave de sa propre création, devenant par exemple la source d'énergie de machines (*Matrix*), l'exécuteur de cyborgs refusant la mort (*Blade Runner*), ou un être affectivement dépendant d'une IA (*Her*)... La machine semble ainsi être à la fois un fantôme de puissance et d'efficacité, qui répare ou améliore aujourd'hui les corps par des prothèses de plus en plus bioniques ; et une menace qui détruira notre humanité sensible.

Cette même ambivalence se retrouve dans le rapport de l'humain à sa sexualité, pouvant être perçue à la fois comme une activité où la prouesse est technique et mécanique, ou comme l'activité sensible qui concrétise un rapport sublimé par l'émotion et le sentiment. Ainsi, d'un côté l'humain apparaît friand de cette industrie du sexe qui propose le media, l'outil ou la technique garantissant la performance et l'orgasme, à travers l'image de corps plastiques et mécaniques quasi robotisés qui nourrissent les fantasmes pornographiques. Et de l'autre, il critique cette industrie, et cherche simultanément l'amour pur et délicat qui nourrit ses désirs, sublimé par la fusion charnelle. Il oscille ainsi entre pulsion et désir, entre performance et fragilité.

L'activité sexuelle semble elle-même stimuler cette ambivalence, exprimant à la fois la fusion sensible des humains, par un appel pulsionnel à son animalité. « Le sexe, ce n'est pas sale, sauf quand c'est bien fait » nous rappelle Woody Allen.

Ainsi, tant dans son rapport à l'artificiel et dans ses fantasmes, que dans l'activité elle-même, trois niveaux d'ambivalences confrontent l'humain à lui-même, le ramenant aux interrogations fondamentales de son rapport à la vie : ne serions-nous que des machines biologiques, soumises aux lois de la chimie et de la physique, ou sommes-nous plus que cela, grâce à une conscience qui élèverait notre raison d'être, l'amour étant son apogée, et le sexe sa concrétisation ? Jusqu'où ira ce rapport ambigu à la technologie, utilisée depuis l'origine pour augmenter et stimuler l'activité sexuelle, depuis les godes ancestraux sculptés et les recettes aphrodisiaques millénaires ?

Une machine qui s'humanise

A l'opposé, les recherches actuelles en IA et sciences cognitives cherchent à comprendre et à étudier la possibilité d'une conscience artificielle pour donner à la machine cette qualité ultime du vivant, en lui conférant la sensation d'être. Sans être aujourd'hui à ce stade, on assiste aujourd'hui à des avancées concrètes et radicales grâce à des algorithmes apprenants (algorithmes génétiques, réseaux neuronaux), inspirés du vivant ou de notre architecture cérébrale. Le projet Blue Brain, par exemple vise à reconstruire un cerveau complet par rétro-



ingénierie, avec la cartographie du connectome cérébral. Une première barrière entre naturel et artificiel est ainsi en train de tomber, permettant à la machine de devenir évolutive et apprenante, obtenant des résultats qui dépassent déjà notre propre efficacité (par exemple en radiographie, où l'algorithme surpasse déjà l'œil de l'expert, ou alpha-go qui a développé par auto-apprentissage de nouvelles stratégies au go, dont s'inspirent les meilleurs joueurs).

Comme pour beaucoup d'innovations, l'usage premier de la technologie porte souvent sur la séduction et le désir, et de nouvelles technologies sexuelles apparaissent : sex dolls robotisées et parlantes, sex toy programmables et apprenants, tenues proprioceptives connectées, ou casques EEG pour déclencher et contrôler un orgasme à distance ... La technologie cherche à devenir plus évolutive et sensible, pour satisfaire notre désir humain.

Une convergence vers un hybride cyborg ?

Au final, on peut ainsi assister à la volonté de rapprochement de l'humain et de la machine, dans deux dynamiques qui tendent à se confondre : mécanisation de l'humain, et humanisation de la machine... convergeant vers l'image du cyborg.

Il semble ainsi qu'une sexualité robotisée (du sextoy au cyborg sexuel) mène à deux dynamiques qui confrontent l'humain à sa propre image, à la croisée des chemins entre son désir d'efficacité et la confrontation à une machine de plus en plus sensible ; l'amour étant de plus en plus réduit à l'interface de ces deux dynamiques.

Comme chaque rupture technologique, ces évolutions singulières, ouvrent à la fois de nouvelles opportunités et les risques inhérents, leur impact dépendant encore une fois de leur usage et notre capacité à l'intégrer, pour grandir au-delà de nos certitudes et de notre morale éphémère.

Et nos amours ?

L'humain choisira-t-il le chemin de la performance augmentée, devenant machine à son tour, pour une quête sans fin du plaisir, boosté de chimie et de prothèses ; ou au contraire, assisté de machines sensibles, sera-t-il rassuré de sa propre performance, pour l'ouvrir à une empathie élargie, intégrant l'humain cyborguisé ? Ce choix sera probablement individuel, et ira dans le sens de la diversité qui s'ouvre actuellement, chacun à la recherche de sa propre identité, fantôme mobile à l'horizon de son désir. Peut-être la machine saura assagir l'humain, en l'autorisant à accéder à ses pulsions, lui permettant alors d'accéder à son désir d'empathie, recentrant la relation humaine à ses composantes les plus nobles ?

Ou, comme l'illustre la fin de *Ghost in the shell*, la vie prendra le dessus par la mort volontaire d'un programme sensible et d'un humain cyborg qui fusionnent dans une forme d'amour sacrificiel pour donner vie à une nouvelle entité dans l'arbre du vivant.

L'histoire nous le dira, mais rassurons-nous, le vivant a traversé bien des évolutions plus grandes encore, comme le passage de la division cellulaire à la reproduction sexuée, comme l'illustre Italo Calvino, présentant l'amour d'une cellule pour elle-même lors de sa division. Faisons-nous confiance pour trouver de nouveaux chemins à l'amour, en rêvant d'un temps où l'artificiel et le naturel ne sont plus qu'une vision de passé, et où l'amour est le moteur premier de nos fusions universelles, comme le proposait Teilhard de Chardin dans le *Phénomène Humain*.



MOTS-CLÉS : Cybersex, Cyborg, Anticipation

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

<http://integratedinformationtheory.org/>

<https://www.sexdollplace.com/>

https://motherboard.vice.com/en_us/article/pa9nvv/the-blowjob-paper-scientists-processed-109-hours-of-oral-sex-to-develop-an-ai-that-sucks-dick-autoblow

<https://www.alphr.com/virtual-reality/1006106/touching-friends-lovers-and-the-dead-with-virtual-reality>

<http://cyberesthesie.com/>

Temps Zéro. *Italo Calvino*. 1965

Disruptions en santé sexuelle : clinique, Evidence Based Medicine (EBM) ou intelligence artificielle (IA)

Pierre Bondil
Urologue-oncologue-sexologue
Service d'urologie-andrologie, centre hospitalier métropole Savoie
pierre.bondil@ch-chambery.fr
Chambéry 73011

De quoi parle-t-on ?

Le terme **disruption** "*rupture, fracture*" est utilisé comme "sortir des schémas et méthodes d'analyse traditionnelles pour reconstruire sur de nouvelles bases". Avec l'accélération exponentielle de la révolution numérique, tout devient "disruptable" (la santé, l'économie, l'enseignement...) (Mallard 2018).

Le terme **clinique** signifie "*qui observe directement (au lit des malades) les manifestations de la maladie*". L'examen clinique intègre les données obtenues lors de l'anamnèse (interrogatoire, questionnaire) et de l'examen physique.

L'Evidence Based Medicine (EBM) "*utilise de manière rigoureuse, explicite et judicieuse les preuves actuelles les plus pertinentes lors de la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient*" (Sackett 1996). Elle combine la triade : preuves (données de la recherche) + connaissance du médecin (expérience clinique) + choix du patient (préférences). Ses principales critiques sont l'absence fréquente de preuve suffisante et la difficulté d'appliquer à un patient précis des modèles statistiques. La pathologie n'est envisagée que du point de vue d'un groupe avec des biais (exclusion des polyopathologies dans les essais randomisés). Le patient "modélisé" ne ressemble pas forcément au patient "réel".

L'intelligence artificielle (IA) est définie comme un ensemble de technologies visant à réaliser informatiquement des tâches cognitives traditionnellement réalisées par l'humain (CNOM 2018, Gruson 2018). Son assimilation à une intelligence humaine relève d'un anthropomorphisme inopportun car elle n'est ni humaine ni intelligente. L'homme est un être foncièrement social, intuitif, créatif et parfois... irrationnel ! Comme les machines mécaniques, les algorithmes actuels en sont dépourvus. L'IA est aussi un business d'où l'exigence de garanties éthiques et sécuritaires.

Depuis 20 ans, les avancées médicales, notamment technologiques, sont à l'origine de disruptions positives mais aussi, potentiellement négatives à l'exemple de l'"infobésité" ou du provocateur "Docteur IA ou docteur + IA ?" (CNOM 2018, Gruson 2018).

Pourquoi pour la santé sexuelle ?

La santé sexuelle est concernée :

- **1^{ère} disruption : se préoccuper de santé sexuelle peut améliorer la qualité de vie mais aussi la quantité de vie de malades souffrant de maladies chroniques** (y compris cancéreuses) affectant plusieurs millions de français(e)s. Ce paradigme s'applique à deux symptômes majeurs : l'insuffisance érectile prématurée de l'homme avant 70 ans (et probablement aussi l'excitation sexuelle chez la femme non ménopausée) et la baisse du désir chez l'homme et la femme. Ce sont des marqueurs pertinents d'une "mauvaise » : 1) santé (somatique, mentale), 2) hygiène de vie, 3) qualité



de soins (adhésion thérapeutique, prévention...). Pourtant, 20 ans après la découverte du Viagra R, une majorité de médecins spécialistes, parfois directement concernés (cardiologues, endocrinologues, psychiatres...) n'ont pas intégré la santé sexuelle dans leur pratique. Malgré l'accumulation de recommandations de bonnes pratiques de grade élevé, le Viagra R est "dangereux" et non l'insuffisance érectile prématurée (Bondil 2007) pour une majorité de professionnels de santé et de... malades !

- **2e disruption : le concept de santé sexuelle positive doit être favorisé.** L'OMS a défini dès 1974, la santé sexuelle comme « *l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, de manières qui soient positivement épanouissantes et qui valorisent la personnalité, la communication et l'amour* » en rajoutant en 2010 qu'elle "exige une approche positive et respectueuse de la sexualité...". Pourtant, le plafond de verre concernant la sexualité, la santé sexuelle et ses dysfonctions persiste dans le monde de la santé. Le plan de Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2017-2030 s'adresse en priorité aux IST, aux violences sexuelles, à la contraception... Les maladies chroniques sont brièvement citées dans l'axe IV visant les personnes... en situation de handicap et vieillissantes !
- **3e disruption : restaurer la clinique et l'humanisme inhérents à la culture soignante.** Les progrès technologiques ont conduit à trop négliger la dimension clinique de la médecine, examen du malade inclus (Michel 2010). L'emprise croissante de la statistique, des algorithmes et des big data ne remplace pas la décision médicale partagée avec le patient, qui reste singulière (CNOM 2018). La révolution numérique aggrave l'hyperspécialisation qui "saucissonne" le malade en le transformant en objet, d'où une approche d'avantage centrée sur la maladie ou l'organe que sur la personne. Si l'IA peut se substituer à nombre de tâches routinières "mono-centrées", elle ne remplace ni la compétence relationnelle, ni l'empathie indispensables à la prise en charge d'un malade chronique qui nécessite savoir-faire et savoir-être, compétences techniques et psychosociales, bientraitance. Ces processus complexes sont imparfaitement intégrables par l'IA qui est toutefois, un nouvel outil qui facilitera la pratique soignante en donnant plus de temps pour la relation humaniste et l'approche holistique. La bientraitance (équivalence de l'anglais « patient centered care ») est non seulement une obligation éthique et déontologique mais aussi une culture. Elle doit être personnalisée en prenant en compte les attentes de la personne soignée tout en s'adaptant à elle et à son environnement. Restaurer la clinique et l'humanisme (« *pratique de la médecine et des soins, absolument respectueuse à tous égards de la personne humaine, dans toutes ses dimensions physiques et métaphysiques* ») (Michel 2010) est une priorité contemporaine via une réhabilitation des compétences humaines, psychosociales et éthiques dans la formation soignante. L'abord de la santé sexuelle et de ses troubles y contribue en exigeant un dialogue respectueux de la personne et une vision globale de type bio-psycho-environnemental.

Conclusion

La méthode de disruption en santé sexuelle nous recentre sur les fondamentaux de la pratique soignante : « *guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours* » énoncé par A. Paré. Elle recadre l'EBM et l'IA à leur place d'outils facilitateurs. La technologie ne doit pas entraîner une perte des valeurs médicales mais aider à concilier les objectifs du cure (guérir) et du care (prendre soin) inhérents à l'humanisme médical qui est, avec la clinique, consubstantiel à la singularité de la relation médecin-malade : « *une confiance qui rencontre une conscience* ». Cette rencontre de deux subjectivités, dans un espace de savoirs médicaux et non médicaux, ne doit pas être aliénée par la technologie. Au contraire, la compréhension holistique de l'interaction entre tous ces facteurs souligne l'importance de l'approche inter et transdisciplinaire intégrant les Sciences Humaines et Sociales, ce que le monde de la sexologie a fait depuis longtemps.



MOTS-CLÉS : disruption, santé sexuelle, clinique, intelligence artificielle, Evidence Based Medicine

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Bondil P : Editorial : dépister la dysfonction érectile : utopie ou...devoir ? Sexologies 2007 ; 16 :75-79

CNOM (Conseil national de l'Ordre des médecins) : Médecins et patients dans le monde des data, des algorithmes et de l'intelligence artificielle, Livre blanc, janvier 2018. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/.../cnomdata_algorithmes_ia.pdf

Gruson D et al : Dossier sur l'intelligence artificielle. La Revue du Praticien 2018 ; 68 : 1135-54.

Mallard S : Disruption - Intelligence artificielle, fin du salariat, humanité augmentée. Ed Dunod, 2018

Michel FB, Loisançe D, Couturier D, Charpentier B : Un humanisme médical pour notre temps. Bull. Acad. Natle Méd., 2011; 195, no 6, 1345-1368

Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS: Evidence based medicine: what it is and what it isn't . BMJ.1996 ; 312 : 71-72.



Sessions Parallèles

Place de l'éducation sexuelle de la maternelle à l'école primaire

C. Giordanella / S. Lebreuilly

Place du sexologue dans le monde du VIH

Discutant : J-M. Polesel

- **La pratique de la sexologie en CEGIDD**
E. Moreau / A. Romby

- **Satisfaction et qualité de vie sexuelle des personnes vivant avec le VIH**
 - **La place du TASP (Treatment As Prevention)**
C. Psomas

VIH & Sexualité

Discutants : T. Troussier / P. Papazian



Place de l'éducation sexuelle de la maternelle à l'école primaire

Sonia Lebreuilly
Socio-sexologue
sonia.lebreuilly@gmail.com

Claude Giordanella
Infirmière sexologue
claud.giordanella@gmail.com

Malgré leur inscription dans les lois de 2001 et 2018 et dans la stratégie de santé sexuelle (agenda 2017/2030), les séances d'éducation à la sexualité à l'école maternelle et élémentaire restent des initiatives isolées. Sans doute parce que l'éducation à la sexualité nécessite pour l'intervenant-e de s'interroger sur sa posture professionnelle afin de favoriser les échanges avec les enfants. Sans doute parce que le contenu des séances auprès des enfants est à travailler de manière spécifique pour répondre aux attentes des enfants et pour ne pas anticiper les réponses qu'ils ne sont pas prêts à recevoir. Les sexologues ne sont-ils pas des personnes ressources et particulièrement légitimes pour s'engager dans ce processus d'accompagnement des intervenants médico-socio-éducatifs et des parents ?

La sexualité des enfants participe d'un processus de maturation et d'apprentissages, à penser dans la continuité. Elle se construit en étapes, débute dès la petite enfance, se modifie et se renforce à l'adolescence et s'épanouit à l'âge adulte. Tout au long de ce développement psychosexuel il nous semble important de veiller à ne pas aborder les étapes en les projetant les unes sur les autres. Aborder la sexualité avec des enfants interroge souvent et peut angoisser parfois les adultes, qui pourraient transposer leur propre vision et vécu d'une sexualité d'adulte. Pourtant l'enfant, pour bien grandir, a besoin d'espaces d'échanges et d'écoute pour aborder sereinement et tranquillement les questions de la sexualité et pour oser poser ses questions. Parler sexualité avec les enfants c'est aborder leur propre sexualité : c'est parler du corps, du corps de l'autre, des espaces d'intimité, du bien-être et des sensations de plaisir, de l'importance de protéger ce corps qui n'appartient « qu'à soi ».

Pour toutes ces raisons elle est délicate à aborder et nécessite de la part des professionnels **un travail spécifique sur la posture professionnelle**, les limites, le savoir et le savoir être de chacun. Ce travail permet à chaque professionnel d'améliorer et /ou d'acquérir des compétences en santé sexuelle avec une approche positive de la sexualité.

Cette approche positive de la sexualité implique pour l'intervenant-e d'aider l'enfant à actualiser ses talents et à créer des liens de réciprocité avec les gens qui l'entourent. Par cette approche, nous allons découvrir des façons de faire qui vont permettre une compréhension des besoins ainsi qu'une implication véritable de la personne.

Cette éducation à la sexualité peut se faire **dans le contexte scolaire et également hors scolaire**. La loi du 4 juillet 2001, la circulaire du 12 septembre 2018, le Haut rapport du conseil à l'égalité entre les Femmes et les Hommes de 2016, ainsi que la stratégie nationale de santé sexuelle (agenda 2017-2030) préconisent une éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle « dès le plus jeune âge », afin de promouvoir la santé sexuelle, c'est à dire une approche globale et positive de la sexualité, et non une approche par le risque.

Ce que propose la loi de 2001 article L316-2 du code de l'éducation, renforcée par la circulaire 2003-027 du 17 février 2003 : « Une information et une éducation à la sexualité sont



dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. Ces séances présentent une vision égalitaire des relations entre les femmes et les hommes. Elles contribuent à l'apprentissage du respect dû au corps humain. Elles peuvent associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs. Des élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la santé peuvent également y être associés.». Les préconisations du HCE incitent à une éducation à la sexualité sur les autres lieux de socialisation des enfants et des adolescent-e-s, tels que les centres de loisirs, les colonies de vacances.

En conclusion, faite avec sérénité et tranquillité, l'éducation à la sexualité participe à l'épanouissement sexuel de l'enfant et à sa protection. Elle participe directement à l'égalité F/H, au renforcement de l'estime de soi et à la consolidation de sa capacité à se protéger. Cela pour que le jeune enfant soit perçu et accueilli dans toute son intégrité humaine sans exclusion de sa dimension sexuée et sexuelle.

Parce qu'éduquer à la sexualité humaine en s'assurant d'atteindre les cibles d'apprentissage, demande une approche particulière, un savoir-être spécifique ainsi qu'une connaissance approfondie des enjeux affectifs, cognitifs, développementaux et sociaux qui y sont associés, les sexologues ont toute leur légitimité et sont sans doute les plus outillés.

MOTS-CLÉS : Sexualité positive et égalitaire, éducation à la sexualité, sexualité des enfants, santé sexuelle.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Brenot, Ph. L'éducation à la sexualité. Que sais-je, PUF, 2007

Obert, Jocelyne et Jo-Anne. Ma sexualité de 0 à 6 ans. Montréal, Les éditions de l'Homme, 2005.

Paul, M. L'accompagnement, une posture professionnelle spécifique. L'harmattan, 2014.

Rufo, M. Tout ce que vous ne devriez jamais savoir sur la sexualité de vos enfants. Edition Anne Carrière, 2003.

Wunsh, S. Comprendre les origines de la sexualité humaine. L'esprit du temps, 2014.



La pratique de la sexologie en CeGIDD

Axelle Romby
Médecin sexologue
romby.axelle@gmail.com
Paris

Emilie Moreau
Psychologie sexologue
Moreau.emilie@gmail.com
Paris

Introduction

La création des CeGIDD a inauguré la mise en place de consultations de sexologie accessibles à toutes et à tous de façon anonyme et gratuite. Cette innovation importante au regard de la promotion d'une santé sexuelle centrée sur le parcours de soin des usager.e.s du système de santé pose cependant de nombreuses questions ; tant du point de vue des pratiques professionnelles que de l'hétérogénéité des structures. C'est dans ce contexte, qu'un groupe de travail composé de sexologues exerçant en CeGIDD en Ile-de-France, sous l'égide du Réseau de Santé Sexuelle Publique, s'est formé. Cette communication vise à restituer les premiers travaux de ce groupe afin d'objectiver et visibiliser la pratique des sexologues travaillant dans ces structures.

Méthode

Ce groupe réunit donc l'ensemble des sexologues des CeGIDD d'IdF qui le souhaitent et compte une dizaine de membres actifs. Un outil de recueil de données anonymisées des consultations a été créé au cours de l'année 2018. Il permet le recueil de plusieurs éléments : des données sociodémographiques (âge, genre, csp, origine géographique, etc.), des indicateurs de vulnérabilités (addiction, antécédent de violence sexuelle, etc.), les motifs de consultations et les diagnostics, les types d'intervention (Information/sexoéducation ou accompagnement thérapeutique), le nombre de séances et l'orientation éventuellement réalisée. Ces données sont saisies en fin de suivi ou au moment de la remontée d'information pour permettre un anonymat de celles-ci. Ce recueil a été mis en place en septembre 2018 et une première remontée des données a été réalisée en janvier 2019, regroupant l'activité de sexologues dans six CeGIDD.

Résultats

Ces six consultations sont réalisées par des sexologues initialement : infirmière (une IDE exerçant comme sexologue dans deux lieux de consultations), psychologues (deux personnes dans deux lieux différents) et médecins (deux personnes dans deux lieux différents). 119 personnes ont ainsi été reçues au moins une fois entre septembre 2018 et janvier 2019 sur ces six lieux de consultations. Nous vous présentons ici quelques données issues des premières analyses effectuées, cependant non représentatives compte tenu du peu d'effectif. Ce recueil doit être pérennisé et étendu à l'ensemble des autres lieux de consultation en CeGIDD sur le territoire d'Ile-de-France.

Une surreprésentation des personnes en situation de précarité et de vulnérabilité

Le premier constat réalisé sur cet échantillon est celui de la précarité des usager.e.s reçu.e.s en CeGIDD. En effet, 16% des femme (9 sur 57) et 24% des hommes (15 sur 62) sont en



situation irrégulière du point 05/03 de vue du droit au séjour en France. De plus, si nous considérons que toute protection sociale hors sécurité sociale associée à une complémentaire santé représente une vulnérabilité (la CMUc et l'aide médicale d'Etat des points de vue des ressources financières disponibles et du droit au séjour, la sécurité sociale sans complémentaire du point de vue de l'accès aux soins), 47% des femmes et 37% des hommes reçus sont en situation de précarité financière et/ou d'accès aux soins. Les situations de vulnérabilité de ces usager.e.s peuvent s'expliquer pour partie par une proportion importante de personnes en situation de migration arrivées depuis moins de 5 ans en France (21 femmes sur 57 et 19 hommes sur les 62) mais également du fait de la gratuité des CeGIDD. Contrairement à des lieux de soins du service public hospitaliers qui nécessitent d'avoir l'AME pour y avoir accès, les CeGIDD offrent des soins gratuits et anonymes.

Il est également notable que 50% des hommes reçus déclarent une orientation sexuelle homo ou bi/pan-sexuelle. La présence dans l'échantillon de la consultation d'un centre de santé sexuelle communautaire LGBT n'explique pas pour autant l'ensemble de cette surreprésentation : celle-ci pourrait l'être également par une surreprésentation de ces populations dans les files actives des CeGIDD, en lien avec l'aspect rassurant d'une offre inscrite dans des institutions chez un public habitué aux discriminations.

Des motifs de consultation traditionnels en sexologie

Les motifs de consultations recueillis sont le reflet de plusieurs éléments. D'une part, cela renvoie à la diversité des champs de compétence initiaux des sexologues de l'échantillon, notamment la présence de psychologues qui s'illustre dans des motifs comme le psycho-traumatisme, le viol ou les violences obstétricales. D'autre part, ils évoquent les besoins de co-accompagnement ressentis par les professionnel.le.s de première ligne des CeGIDD. Les problématiques étant parfois complexes et le cadre d'accompagnement en CeGIDD restreint (une consultation pour le counseling et le dépistage et une seconde pour le rendu des résultats), pouvoir bénéficier d'une orientation en aval permet, même dans le cadre d'un suivi court, de proposer un temps de parole supplémentaire, ce qui constitue une véritable plus-value pour les professionnel.le.s de santé et pour les usager.e.s.

La nécessité de développer le réseau d'orientation public

Le recueil des orientations réalisées permet d'illustrer la dynamique de travail en réseau et les besoins de professionnel.le.s en vue d'une co-thérapie. Il est notable qu'un tiers des femmes bénéficient d'une orientation, la moitié d'entre elles vers un.e sage-femme ou un.e kinésithérapeute, illustrant le besoin d'une approche physique, en lien notamment avec les situations de vaginisme et de dyspareunie. La problématique ici identifiée par les professionnel.le.s est le manque de sages-femmes et de kinésithérapeutes spécialisé.e.s dans l'accompagnement de ce type de dysfonction et exerçant dans le secteur public ou sans dépassement d'honoraire. Les orientations réalisées aujourd'hui pour des femmes aux ressources financières très limitées nécessitent des arrangements entre professionnel.le.s ou sont tout simplement mises à mal par les impossibilités financières.

Conclusion

La mise en place de consultations de sexologie accessibles gratuitement dans des structures publiques fait émerger de nouveaux défis : l'inscription de cette spécialité dans une offre de soins plus globale en santé sexuelle et donc la sensibilisation des professionnel.le.s qui nous entourent à notre discipline, aux dépistages, à l'écoute et à l'orientation des dysfonctions sexuelles ; l'accueil et l'accompagnement de publics nouveaux en sexothérapie, notamment de personnes en situation d'exil et/ou en situation de précarité économique. Il s'agit pour nous de travailler ensemble à des réponses communes à une évolution nécessaire de notre profession.

MOTS-CLÉS : Sexologie Publique, Cegidd, Vulnérabilités, Précarité



La place du TASP (Treatment As Prevention) dans la prévention

Christina K. Psomas
Infectiologue, MD PhD, Hôpital Européen Marseille
kcpsomas@gmail.com

Les progrès scientifiques et thérapeutiques des dernières décennies ont radicalement modifié le pronostic de l'infection par le VIH. La morbi-mortalité liée au SIDA (Syndrome d'Immuno- Déficience Acquise) qui constitue le stade ultime de la maladie pour les individus qui n'ont pas accès à la trithérapie antirétrovirale a nettement diminué, de même que le taux de transmission materno-foetale. De nos jours, l'espérance de vie des participants vivant avec le VIH (PVVIH) se rapproche de celle de la population générale. Malgré cela l'incidence de l'infection stagne et a même légèrement augmenté (<1%) entre 2010 et 2015. En 2016 1.8 nouvelles infections ont été rapportées et les couples sérodiscordants jouent un rôle clef dans le maintien de cette épidémie, car dans certaines régions la proportion des PVVIH ayant un partenaire séronégatif peut atteindre 75%.

Depuis 2015, l'instauration d'un traitement antirétroviral est recommandée chez tous les PVVIH indépendamment de leur nombre des lymphocytes T CD4+, c'est-à-dire de leur état immunitaire. En 2008 la Swiss Federal AIDS Commission a fait la déclaration qu'une personne infectée par le VIH qui a une suppression virologique sous traitement efficace depuis plus de 6 mois, qui n'a pas d'autre Infection Sexuellement Transmissible (IST) et qui est suivie régulièrement, n'est pas en risque de transmission sexuelle du VIH. Même si les acteurs de cette déclaration étaient conscients qu'un risque existe, ce dernier était estimé à moins de 1 sur 100,000. De plus, une autre étude importante nommée HPTN 052 (HIV Prevention Trial Network) a montré une diminution de 96% du risque de transmission du VIH dans les couples sérodiscordants. Deux études récentes, the Partners of People on ART-A New Evaluation of the Risks (PARTNER) et l'étude Opposites attract ont également confirmé la diminution du risque de transmission du VIH au sein des couples sérodiscordants dans la population d'Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes (HSH) (6) qui constituent une population à haut risque. A la lumière de toutes ces études la International AIDS Society, la European AIDS Clinical Society, le Department of Health and Human Services, le World Health Organization (WHO), et la British HIV Association recommandent l'instauration d'un traitement antirétroviral le plus tôt possible chez une PVVIH, afin non seulement de diminuer les complications à long terme de cette personne, mais également pour prévenir le risque de transmission (Treatment as Prevention ou TasP) dans une échelle de Santé Publique (partenaire séronégatif et transmission verticale mère-enfant).

La stratégie de TasP a démontré qu'elle est coût-efficace dans toutes les populations à risque de transmission du VIH. Toutes ces études apportent aux cliniciens assez de preuves pour permettre aux couples sérodiscordants de s'affranchir du préservatif si les conditions requises sont réunies : la PVVIH doit être efficacement traitée et bien suivie depuis plus de 6 mois, avec une observance parfaite et une charge virale plasmatique VIH indétectable, en absence de toute autre IST. Toutefois, la stratégie du TasP isolément ne suffit pas pour éradiquer le VIH. Elle doit être intégrée dans une stratégie globale de prévention combinant des outils différents (test et diagnostic précoce dans des populations à haut risque, PrEP, TPE ou Traitement Post-Exposition, TasP et préservatifs, circoncision, etc.). Malgré toutes ces considérations le TasP constitue un moyen révolutionnaire préservant le droit à la sexualité et à la qualité de vie des PVVIH.



MOTS-CLÉS : Prévention, TasP, HIV, sérodiscordant, sexualité

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Guilar A, Moser A, Calmy A, et al. Life expectancy in HIV-positive persons in Switzerland: Matched comparison with general population. *AIDS*. 2017; 31:427-36.

Günthard HF, Saag MS, Benson CA, et al. Antiretroviral drugs for treatment and prevention of hiv infection in adults: 2016 recommendations of the international antiviral society-USA Panel. *JAMA*. 2016; 316:191- 210.

Chemaitelly H, Cremin I, Shelton J, Hallett TB, Abu-Raddad LJ. Distinct HIV discordancy patterns by epidemic size in stable sexual partnerships in sub-Saharan Africa. *Sex Transm Infect*. 2012; 88:51-7

Castilla J, del Romero J, Hernando V, Marincovich B, Garcia S, Rodriguez C. Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2005; 40:96-101.

Barreiro P, del Romero J, Leal M, et al. Natural pregnancies in HIV-serodiscordant couples receiving successful antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2006 ; 43 :324-6.

Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, et al. Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *JAMA*. 2016; 316:171-81.



Un monde sans VIH, est-il possible en 2030 ? Deux professionnels débattent avec la salle : « de la santé sexuelle publique à la vie sexuelle privée »

Thierry Troussier

Médecin de santé publique sexologue – Paris

t.troussier@santesexuelle-droitshumains.org

Patrick Papazian

Médecin sexologue – Paris

patrick@lagenceinclusive.com

Introduction :

Il y a trente ans, quand l'OMS lançait la première journée mondiale du sida, on pensait qu'on ne pourrait jamais faire reculer la pandémie de VIH. Toutefois, après des millions de décès et plusieurs années de peur, on dispose désormais de stratégies efficaces pour prévenir la transmission et assurer des tests et des traitements aux personnes qui en ont besoin.

Pourtant, malgré les progrès remarquables réalisés nous devons résister à la tentation de déclarer que la lutte contre le sida sera terminée en 2030. L'épidémiologie du sida démontre que les populations discriminées et exclues ou dominées sont les plus touchées et qu'il n'y a pas de diminution de la transmission du VIH dans ces populations. La transmission du VIH reste très active avec plus de 6000 nouveaux cas de séropositivité au VIH par an. Depuis quelques années nous constatons une augmentation très importante des IST bactériennes. Plus de 25 000 personnes chez nous ne connaissent toujours pas leur statut sérologique. Si la France veut un jour vaincre le VIH/sida, il faut trouver les moyens de combler ces lacunes et ces obstacles.

Depuis le XXIème siècle, plusieurs avancées contre le VIH ont pu être réalisées grâce aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (les OMD). Il s'agissait d'un plan de route sur quinze ans qui avait pour priorité de réduire la propagation du virus. Cela a entraîné une expansion sans précédent des services de prévention et de traitement, principalement dans les pays en développement. Les progrès ont été rapides mais insuffisant, les Objectifs de Développement Durable (ODD) ont succédé aux OMD en 2015, le fait de mettre un terme à la pandémie du sida n'est plus un objectif isolé, il s'intègre dans l'interaction avec les 168 autres ODD qui doivent être aussi réalisés en 2030.

Méthode :

Afin d'accroître la compréhension et l'échange d'expériences sur la Santé sexuelle et les Droits humains, la Chaire UNESCO Santé sexuelle & droits humains a créé un graphe sous forme de roue pour mettre en œuvre au quotidien les cibles des 17 Objectifs du Développement Durable centrées sur la santé sexuelle et reproductive. L'objectif principal de cette roue est de décrire la relation entre les Objectifs du Développement Durable, les droits humains et la santé sexuelle.

Résultats :

Cela signifie qu'il est nécessaire d'intégrer davantage la lutte contre le VIH dans la planification du développement durable. La stratégie nationale de santé sexuelle œuvre pour réaliser les ODD dans des domaines comme la pauvreté, la protection sociale, la sécurité alimentaire, l'éducation à la sexualité, la violence basée sur le genre et l'orientation sexuelle, les



discriminations et l'égalité des sexes toutefois c'est insuffisant pour espérer un avenir sans sida pour tous, partout.

Cette approche de santé publique est-elle soluble dans la vie sexuelle d'un individu, comment peut-elle concrètement aider les soignants à entendre, comprendre et, si besoin, prendre en charge des comportements dépassant parfois la conscience et les mots ? À travers des récits brefs et sans filtre de consultation clinique, les deux médecins plongeront en eaux troubles pour proposer à la salle une expérience immersive sans nécessité de réalité augmentée.

Conclusion-discussion :

Le débat abordera l'état actuel en France de la transmission, les enjeux pour 2030 et les défis à relever. Ces deux médecins dialogueront avec les personnes présentes dans la salle sur les enjeux professionnels, les enjeux biomédicaux, les obstacles politiques, économiques, éducatifs et inégalitaires chez nous en France et sur le tabou et la culpabilité culturelle de nos comportements sexuels les plus sombres et indicibles.

MOTS-CLÉS : santé sexuelle, VIH, objectifs du développement durable, communication

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Papazian P., livre « Parlez-moi d'amour » (juin 2016, Ed. De l'Opportun)

Toskin I., Cooper B., Troussier T., Klugman B, Kulier R, Chandra-Mouli V., Temmerman M.; WHO guideline for brief sexuality-related communication: implications for STI/HIV policy and practice, pp 177-184, 10.2016/j.rhm (Reproductive Health Matters) 2015.11.009

Troussier T., 8 publications dans : Mignot J. et Troussier T., santé sexuelle et Droits humains: un enjeu pour l'humanité, Paris, De Boeck et Solal, 480p, mars 2015.

Sofia De Vasconcelos, Igor Toskin, Bergen Cooper, Marie Chollier, Rob Stephenson, Karel Blondeel, Thierry Troussier, James Kiarie ; Behaviour change techniques in brief interventions to prevent HIV, STI and unintended pregnancies: A systematic review, PLOS ONE September 27, 2018 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204088>



Prix du Meilleur
MÉMOIRE



Prix du Meilleur Mémoire

E. Huyghe / P. Desvaux / F. Collier

- **Vers une promotion de la santé sexuelle en CEGIDD**
I. N'Diaye Iwanski
- **Les comportements sexuels problématiques d'enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance : L'enrichissement des pratiques par la théorie de l'attachement**
E. Lemaire
- **Phalloplastie esthétique d'élargissement et d'allongement : Étude du profil sexologique et sexuel des hommes y ayant recours**
D. Draï
- **Intimité, santé sexuelle et cancer... entre rêve et réalité ? Évaluation de la qualité de vie sexuelle et des besoins en soins onco-sexologiques des patients traités en radiothérapie-curiothérapie**
S. Teillout



Vers une promotion de la santé sexuelle en CEGIDD

Isabelle N'Diaye Iwanski
Lille-Amiens
isabelleiwanski@gmail.com

Suite à cette étude, on note que le public demande plus d'informations. Quel que soit son âge et son orientation sexuelle il a exprimé des attentes et des besoins. La santé sexuelle est surtout perçue sous l'angle de la maladie, alors que sa définition est beaucoup plus vaste. L'information, dans le domaine de la santé, est nécessaire voire indispensable mais pas suffisante. L'éducation à la sexualité est primordiale et les leçons du passé nous ont progressivement amenés vers une éducation qui n'est plus uniquement centrée sur les risques mais qui englobe la sexualité dans sa globalité s'appuyant dès lors sur le concept de la santé sexuelle. Ce concept ne se limite pas à l'absence de problèmes de santé mais propose une approche positive de la sexualité humaine et la juxtaposition des mots « santé » et « sexualité » permet une approche de la sexualité en miroir à l'approche de la « santé » définie par un bien être bio-psycho-social, dans le domaine de la sexualité⁴⁰. Dans le domaine de la santé comme dans celui de la sexualité, la personne vit dans un contexte social, familial, éducatif, environnemental, culturel, spirituel, psychologique et affectif qui lui est propre et qu'il faut prendre en considération. Aujourd'hui, il est impossible de parler du VIH sans parler des autres IST et sans parler de santé sexuelle. On ne peut plus évoquer le risque de contracter le VIH avec des jeunes femmes sans aborder celui d'une grossesse non désirée, santé reproductive et santé sexuelle sont intimement liées. Promouvoir une éducation à la santé sexuelle qui s'appuie sur les droits sexuels est fondamental. L'autonomie est un pilier central de la stratégie dans la mesure où la personne connaît ce qui existe, est libre de choisir et maîtrise l'accès aux diverses offres de santé sexuelle en toute liberté.



Les comportements sexuels problématiques d'enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance : L'enrichissement des pratiques par la théorie de l'attachement

Estelle Lemaire
Lille-Amiens
stl.lemaire@hotmail.fr

Dans ce travail, nous étudions les Comportements Sexuels Problématiques (CSP) présentés par des enfants (6-12 ans) confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance. Grâce à l'éclairage de la théorie de l'attachement, nous explorons, auprès de ces enfants, la dynamique qui s'installe entre les représentations d'attachement à chacun des parents et la présence de Comportements Sexuels Problématiques. Nous tentons de répondre aux questions suivantes :

- Quels sont les facteurs personnels et environnementaux associés aux CSP des enfants âgés de 6 à 12 ans confiés à l'ASE ?
- Existe-t-il des typologies particulières concernant les représentations d'attachement chez ces enfants qui présentent des CSP ?
- Quelle est l'influence des relations parentales sur la présence et la nature des Comportements Sexuels Problématiques présentés par ces enfants ? Nous questionnons l'influence de ces relations parentales sur la nature des CSP ;
- Évaluant les représentations d'attachement des enfants présentant des CSP avec l'aide de l'Échelle de Sécurité (Kerns Security Scale) ;
- Évaluant la nature des comportements sexuels présentés par ces enfants avec l'aide du Child Sexual Behavior Inventory (CSBI) et quelques items du Child Behavior Checklist (CBCL) ;
- Posant un regard critique sur ces notions à partir de trois études de cas ;
- Faisant des préconisations pour une prise en charge adaptée aux besoins spécifiques de ces enfants.

Les principaux résultats révèlent que l'ensemble de l'échantillon a des représentations d'attachement de type insécurisé. Même si la corrélation n'apparaît pas au plan statistique en raison du faible échantillon, les données montrent un lien entre les stratégies insécurisées et désorganisées de l'attachement et la présence de Comportements Sexuels Problématiques dirigés vers les autres. Elles lient également les Comportements Sexuels Problématiques dirigés vers soi avec l'attachement de type anxieux-ambivalent.

MOTS-CLÉS : Comportements Sexuels Problématiques- Théorie de l'attachement- Child Sexual Behavior Inventory- Echelle de Sécurité ou Kerns Security Scale- Attachement désorganisé



Phalloplastie esthétique d'élargissement et d'allongement : Étude du profil sexologique et sexuel des hommes y ayant recours

Dr Delphine Draï
Aix-Marseille
delphine.DRAI@ap-hm.fr

La recherche s'est largement intéressée à l'image du corps, focalisant sur celui des femmes. L'image des organes sexués a fait l'objet de peu d'étude en particulier chez l'homme. L'image génitale chez l'homme est un sous ensemble de l'image corporelle qui lorsqu'elle est altérée a des conséquences néfastes sur le fonctionnement psychosocial et sexuel des individus. La taille du pénis, est une source de préoccupation ancienne et fréquente chez l'homme. La chirurgie esthétique s'est emparée la première « du problème » et a développé un grand nombre de techniques d'augmentation de la taille du pénis, auxquelles les hommes ont de plus en plus fréquemment recours. Actuellement, la chirurgie d'augmentation de la taille du pénis reste hautement controversée. Le pronostic et les résultats postopératoires sont incertains. L'objectif de notre travail est de déterminer le profil psychologique et sexuel des hommes en demande d'augmentation de la taille de leur verge, car ces dimensions sont actuellement inconnues à notre connaissance. Il paraît peu probable qu'une telle demande soit uniquement esthétique, tant la dimension symbolique du pénis est forte dans l'inconscient populaire (masculinité, virilité, puissance). Nous avons donc réalisé une étude observationnelle prospective du fonctionnement psychosexuel des hommes en demande de phalloplastie cosmétique de la verge. Nous avons deux objectifs : premièrement le dépistage de l'existence ou non de troubles sexuels et psychologiques dans cette population, deuxièmement l'évaluation de l'impact psychosexuel de l'augmentation de la taille du pénis. Les résultats auprès de 14 patients montrent : la prévalence relativement importante de la dysfonction érectile, une altération du niveau de satisfaction sexuelle, la dépression et les difficultés d'affirmation de soi sont les plus fréquentes. Nos résultats postopératoires sont fragiles compte tenu de difficultés de recueil des données, mais la tendance est à l'amélioration de l'image génitale, de l'image du corps et l'absence d'impact sur les troubles sexuels. Cette recherche se poursuit.

MOTS-CLÉS : taille du pénis, image génitale, troubles sexuels, phalloplastie esthétique d'allongement et d'élargissement du pénis, psychopathologie



Intimité, santé sexuelle et cancer...entre rêve et réalité ?

Évaluation de la qualité de vie sexuelle et des besoins en soins onco-sexologiques des patients traités en radiothérapie-curiethérapie.

Sébastien Teillout
Toulouse III
sebastien_teillout@yahoo.fr

Introduction : Un état des lieux spécifique des besoins des patients est nécessaire afin de proposer des soins d'onco-sexualité précoces et optimaux.

Objectifs : Évaluer la santé sexuelle des patients au cours de la radiothérapie-curiethérapie et identifier les besoins associés.

Méthodes : Réalisation d'une étude transversale auprès de patients majeurs, atteints de cancer, traités par radiothérapie-curiethérapie au sein d'un centre régional hospitalier. La sélection des patients s'est effectuée sur une période de 4 mois en excluant ceux ne pouvant pas répondre au questionnaire portant sur leur santé sexuelle et leurs besoins en soins sexologiques.

Critères d'intérêt : L'activité sexuelle avant diagnostic et au moment de l'enquête, la survenue de troubles sexuels, le score de qualité de vie sexuel et le recours aux soins d'onco-sexologie.

Résultats : L'échantillon de l'étude était composé de 19 hommes et de 33 femmes. La moyenne d'âge était de 61 ans avec un écart type de 9 ans, sachant que les hommes étaient plus âgés que les femmes. Les scores moyens au SQoL chez les hommes et les femmes étaient respectivement de 46 ± 28 et de 59 ± 23 . Quels que soient la localisation tumorale, le sexe et l'âge des patients, ces derniers déclaraient avoir reçu aucune voire peu d'information sur l'impact du traitement sur la fonction (52%-82%). De même, selon les mêmes modalités, on observe une diminution significative d'environ de moitié de la fréquence des rapports sexuels associée parallèlement à une augmentation significative de l'arrêt de l'activité sexuelle d'environ 2 à 3 fois plus chez les hommes (58%) et de 4 fois plus chez les femmes (28%) suite au diagnostic de cancer. Un peu moins de la moitié des participants souhaitaient une prise en charge pour leurs problèmes sexuels. Que le patient soit en couple ou seul, la modalité privilégiée de soins était la consultation individuelle avec un psychologue sexologue (56%-95%) avec un rejet massif du groupe de soutien (88%-75%).

Implications cliniques : Des interventions spécifiques pendant la radiothérapie-curiethérapie pourraient améliorer la qualité de vie sexuelle des patients.

Forces et limites : Les points forts : Les questionnaires de qualité de vie sexuelle validés chez les hommes et les femmes ; L'évaluation au cours de la radiothérapie-curiethérapie. Les limites : Taille de l'échantillon ; Etude monocentrique ; Biais mémoire potentiel pour les données avant le diagnostic du cancer ; Impact des traitements antérieurs à la radiothérapie ; Sous-représentation de la curiethérapie ; Surreprésentation des cancers du sein chez les femmes et de la prostate chez les hommes.

Conclusion : Les données obtenues révèlent des besoins spécifiques de soins onco-sexologiques pendant la phase de traitement spécifique permettant aux patients d'améliorer leur pronostic de qualité de vie sexuelle. Ils suggèrent également la nécessité d'étudier la santé sexuelle des patients atteints d'un cancer de manière prospective, dès le diagnostic jusqu'à la phase de surveillance.

MOTS-CLÉS : qualité de vie, cancer, sexualité, soin de support, besoin des patients.



**Résumé des
ATELIERS ASSISES**



Ateliers

Méthodologie des mémoires

E. Huyghe / C. Tarquinio

Place des valeurs humanistes dans l'éducation à la sexualité

T. Troussier / J. Mignot

Douleurs sexuelles féminines : conduite à tenir

M. Bonal / P. Lopes



Méthodologie des mémoires

Éric Huyghe
Urologue sexologue - Toulouse M.
eric.huyghe@yahoo.fr

Cyril Tarquinio
Psychologue sexologue - Metz
cyril.tarquinio@univ-lorraine.fr

Introduction

Nous commencerons par le choix du sujet : En effet avant de se lancer dans un travail il nécessaire de vérifier que :

- Le sujet est bien dans le champ de la sexologie
- Il existe une problématique d'étude
- Le candidat est capable de le traiter, en particulier de recruter les patients nécessaires à l'étude.

Nous rappellerons ensuite brièvement :

- La réglementation en vigueur concernant la recherche bio-médicale
- Les démarches préalables à réaliser avant de commencer une étude clinique, en fonction du sujet.

Le mémoire proprement dit.

Après avoir rappelé les différentes parties d'un mémoire de sexologie, nous allons aborder chacune des parties qui le constituent :

Dans la partie « rationnel » : il faut montrer l'originalité du travail, en quoi il apporte des éléments nouveaux par rapport à la littérature, les évolutions qui auraient pu intervenir depuis les dernières publications sur le sujet. Il faut aussi montrer quel intérêt aura se travail pour la pratique sexologique.

Pour ce faire, il faut préalablement faire la synthèse de la littérature sur le sujet, ce qui rend nécessaire de savoir réaliser une recherche bibliographique.

Nous allons rappeler comment utiliser le moteur de recherche pubmed, quel mot-clé choisir, comment utiliser les MESH.

Nous allons également rappeler comment citer un auteur, et éviter de plagier un texte.

Après avoir analysé la littérature, le candidat sera capable de dégager les zones d'ombres dans la littérature, ses imprécisions, ce qui va lui permettre de justifier le sujet du mémoire.



Dans un deuxième temps nous allons aborder la question du matériel et des méthodes.

Concernant la population, quels sont les principales caractéristiques socio-démographiques à renseigner quel que soit le sujet

La population est-elle bien celle que nous souhaitons étudier ?

Concernant la méthode,

- Nous rappellerons les principaux types d'études
- Nous aiderons les candidats à identifier la méthodologie leur permettant de répondre à leur problématique
- Comment libeller des questions lorsque l'on conçoit son questionnaire afin qu'elles rendent au mieux compte de la réalité
- La différence entre « échelle » et « questionnaire »
- Quelle échelle validée peut-on utiliser pour étudier les principaux domaines de la sexualité (rappel des qualités psychométriques des outils)
- Enfin nous rappellerons la méthodologie particulière des études qualitatives

Concernant les résultats, nous donnerons quelques rappels simples de statistique paramétrique (concernant les stats descriptives, quand utiliser moyenne, la variance et écart-type, la médiane, mode, l'étendue ; nous ferons aussi une présentation des principaux tests statistiques et nous envisagerons ce que signifie un lien significatif...) et non-paramétrique.

Nous rappellerons comment résumer ses résultats sous forme de tableau

Enfin, nous rappellerons comment réaliser une discussion : choix des points à discuter, limites (nous rappellerons brièvement les différents types de biais), et comment énoncer des perspectives du travail et les conséquences ou effets qu'un tel travail peut avoir sur la pratique clinique du sexologue, avant de terminer par une conclusion.

MOTS-CLÉS : méthodologie, réglementation, bibliographie, problématique, statistique, clinique sexologique

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Bardin I. (2013). *L'analyse de contenu*. Paris : PUF.

Foenix-Riou, B. (2011). *Recherche éveillée sur internet : mode d'emploi : outils et méthodes pour explorer le web (web visible, web invisible, web social, web temps réel)*. Paris : Editions tec et doc.

Gauthier, b. (2005). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données*. Québec : Presses Universitaire de Québec.

Lejeune, C. (2014). *Manuel d'analyse qualitative : analyser sans compter, ni classer*. Bruxelles : DeBoeck Université.

Martin O. & Singly F. (de) (2011). *L'analyse de données quantitatives*. Paris : Armand Colin.

Olivier de sardan, J.P. (2008). *La rigueur du qualitatif : les contraintes empiriques de l'interprétation socio- anthropologique*. Louvain la neuve : Academia Bruylant.



Place des valeurs humanistes dans l'éducation à la sexualité

Thierry Troussier
Médecin de santé publique sexologue – Paris
t.troussier@santesexuelle-droitshumains.org

Joëlle Mignot
Psychologue sexologue – Paris
joelle.mignot@wanadoo.fr

Cet atelier sera avant tout interactif.

Introduction

L'éducation à la santé sexuelle est un processus permanent tout au long de la vie. Elle est importante à différents âges et pour différents milieux ou groupes sociaux, et est essentielle durant l'enfance et l'adolescence. Elle doit partir d'une attitude fondamentalement pluridisciplinaire, positive et globale envers la santé en général et la santé sexuelle en particulier. L'éducation à la santé sexuelle est fondée sur la promotion d'un état de bien-être, sur une approche constructive et globale des relations humaines, des comportements sexuels et de la reproduction, dans le respect des droits humains.

Méthode

A partir de diapositives sur les objets blessés en Afrique qui serviront de support visuel pour chaque valeur, ouvrant ainsi au dialogue

Résultats

Les valeurs humanistes seront abordées et échangées au travers du savoir, savoir être et savoir transmettre

- Savoir : Reprise et positionnement des valeurs humanistes intrinsèques la Santé sexuelle...les 7 valeurs par rapport à la santé sexuelle dans le respect des droits humains
- Savoir être : Comment repérer les valeurs blessées dans la demande du sujet (source de culpabilité, d'interdits et de troubles...)
- Savoir transmettre : Comment restaurer les valeurs par les effets thérapeutiques de l'éducation ? Réparer, transformer, créer...)

Les attitudes fondamentales chez le professionnel qui intervient dans l'éducation à la santé sexuelle : empathie, respect, authenticité, précision et spécificité. Plus une personne se connaît, plus elle est consciente de son histoire, de ses besoins, de ses valeurs, de ses motivations, de ses perceptions, de ses désirs et de ses forces, plus elle sera apte à accompagner une autre personne dans sa démarche de connaissance d'elle-même.



Sans le respect des droits humains, les valeurs de la santé sexuelle, (égalité, liberté, dignité, responsabilité et sécurité) ne peuvent pas être garanties pour obtenir les objectifs en santé sexuelle : sécurité, consentement, réciprocité, autonomie et satisfaction.

Conclusion

Si l'éducation dans son sens large, est un « art » - l'art d'informer et d'accompagner une personne pour lui permettre d'affronter sa vie personnelle et sociale, de l'enrichir et de développer son esprit critique - l'éducation à la sexualité à tous les âges de la vie devient aujourd'hui une urgence de prévention, de protection mais aussi d'élévation. Ceci concerne notamment les chercheurs, les professionnels de santé, les éducateurs et les juristes qui doivent proposer des outils et des solutions utilisables par tous.

MOTS-CLÉS : Education, sexualité, valeurs, savoir être, Droits humains, transmettre, restaurer

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Santé sexuelle et Droits humains, un enjeu pour l'humanité, (2015) ouvrage coll, sous la direction de Joëlle Mignot et Thierry Troussier, Ed De Boeck/Solal, Paris.

Santé sexuelle pour tous, (2017), Cycle de conférences 2017, Editions Complicités, Paris

Geray I., (2015) « La protection des droits sexuels », « Perspectives et avenir des droits sexuels » in Santé sexuelle & Droits Humains : un défi pour l'Humanité, March 2015, ed De Boeck

Mann Jonathan, Santé publique et Droits de l'Homme, collection Espace Ethique, 8-9 nov 1996

World Association for Sexual Health (2014). Déclaration des droits sexuels. www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/DSR-French.pdf.

Sexual Health, Human Rights and the Law, World Health Organization (2015)



Douleurs sexuelles féminines, conduite à tenir

Patrice Lopes

patrice.lopes@univ-nantes.fr

Université de Nantes, 1 rue Gaston Veil, F- 44035 Nantes cedex

Michèle Bonal

Responsable pédagogique DIUS et DIUESH

docteur.bonal31@orange.fr

27 chemin du vieux moulin 31850 Montrabe, UPS de Toulouse

Les douleurs sexuelles féminines nous confrontent à un polymorphisme de situations cliniques ; elles sont regroupées aujourd'hui dans le DSM V sous l'intitulé « douleurs pelvi-génitales et trouble de la pénétration ». Ces douleurs sexuelles, vaginisme, dyspareunie orificielle et profonde, primaires ou secondaires, s'installent la plupart du temps dans la chronicité et viennent empêcher totalement ou partiellement la fonction coïtale. Elles doivent être connues, dépistées et traitées car elles ont des conséquences négatives sur la sexualité de la femme (anxiété, dépression, baisse du désir, baisse de la lubrification...) et sur la qualité de vie du couple. Elles peuvent retentir sur la fertilité et entraver les projets de parentalité.

Les professionnels exerçant en sexologie, quel que soit leur diplôme de base, sont confrontés à la nécessité d'une évaluation rigoureuse tenant compte de la diversité des situations cliniques et de la multifactorialité étiologique. Cette évaluation tiendra compte des différentes composantes de la fonctionnalité sexuelle, physiologiques et organiques, psychodynamiques, cognitives, relationnelles et environnementale. Elle permettra un diagnostic nuancé et orientera la prise en charge thérapeutique, qui utilise le plus souvent la combinaison de plusieurs techniques.

Dans cet atelier de pratique clinique sexologique nous vous proposons de travailler en deux temps :

- Présentation théorique des différentes facettes des douleurs sexuelles féminines
- Présentation de cas cliniques à partir de votre expérience professionnelle, dans un travail collectif d'élaboration, en interaction avec le groupe, pour déterminer la conduite à tenir et les orientations thérapeutiques.

MOTS-CLÉS : douleurs pelvi génitales, vaginisme, dyspareunie, trouble de la pénétration

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Bonneau D, Mares P, Vautravers P, Herisson C. Algies pelvi périnéales et thérapies manuelles, Sauramps Médical, 2011

Bergeron S, Morin MF. Dyspareunie et vulvodynie, chap. 21, Médecine Sexuelle, fondements et pratiques, Lavoisier, 2016

Colson MH, Vaginisme, chap.22, Médecine Sexuelle, fondements et pratiques, Lavoisier, 2016

Lopès P, Poudat FX, Manuel de Sexologie, Masson, 2007

Lopes P, Labat JJ : Les vulvodynies et algies périnéales in La douleur en Gynécologie. 1996,297-311.

Trudel G, Les dysfonctions sexuelles, Presses Universitaires du Québec, 2003



**Résumé des
FORUMS INTERACTIFS**



Forum Interactif Infirmier

Les codes changent, les infirmières s'adaptent

Discutante : N. Flicourt

- **Savoir, apprendre et faire avec**
D. Appy / C. Rumpler
- **Penser la sexualité dans le soin**
S. Grenouilleau / J R. Rizzuto
- **Posture et accompagnement des conduites à risques sexuelles des adolescent(e)s**
C. Giordanella

Savoir, apprendre, faire avec

Dominique Appy

Cadre spécialiste clinique attachée à la direction des soins, intervenante formatrice en sexualité

dominiqueappy22@gmail.com

Aubagne

Christelle Rumpler

Responsable qualité

raq.phoceanne@nerim.net

Marseille

Les difficultés liées à la sexualité varient de 35 à 65% en fonction de l'âge, du sexe.

Les troubles et dysfonctions sexuelles varient (13% à 38%) en fonction de l'âge, du sexe et des comorbidités associées (stratégie nationale en santé sexuelle 2017-2030).

700988 infirmiers en France. Première profession de santé du point de vue effectif. (DRESS 2018).

L'étude qualitative publiée en 2015 (Infirmières et sexualités. A. Giani) explore les expériences de terrain en lien avec la sexualité.

Le rôle des infirmiers n'est pas de poser un diagnostic médical, ni de prescrire de traitement médicamenteux. Leur code de déontologie pose le rôle de collaboration dans le recueil d'informations susceptibles de concourir à l'établissement d'un diagnostic ainsi que de permettre la meilleure adaptation du traitement.

Quelle réalité de terrain, aujourd'hui, en France de la pratique en santé sexuelle chez les infirmiers que ce soit dans la collaboration médicale ou dans leur rôle autonome ?

Savoir :

Ont-elles reçu une formation en santé sexuelle ?

Quelles connaissances et représentations ont t-elles ?

Utilisent-elles les outils infirmiers existant dans ce domaine (diagnostics IDE, modèle Plissit, modèle Chélos) ?

Apprendre :

Quelles sont les aspirations de développement en santé sexuelle dans leur pratique professionnelle ?

Faire avec :

Que font les infirmiers dans leur quotidien lors d'expression de la sexualité des patients ou dans le champ de la santé sexuelle ?

Quels sont leur aisance et comportements ?



Une étude réalisée auprès d'une centaine d'infirmiers exerçant en court séjour, moyen séjour ou libéral dans différents secteurs géographiques de France ambitionne un questionnement des professionnels et une meilleure visibilité de leur pratique dans le domaine de la sexualité.

Poser un regard quantitatif sur l'existant des pratiques infirmières ouvre des perspectives de développement de compétences, d'amélioration dans l'offre de soins, de coopération professionnelle et peut être de mieux structurer les pratiques des professionnels.

L'offre de soin peut-elle prendre appui uniquement sur leur histoire personnelle et ou leur aisance avec la sexualité ?

MOTS-CLÉS : Etude quantitative. Santé sexuelle. Pratique infirmière

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Code déontologique Décret n° 2016-1605. Ordre national des infirmiers 25 novembre 2016

Infirmières et sexualité. Entre soins et relation. Alain Giani ; Emilie Moreau ; Pierre Moulin. Paris 2015

Manuel de diagnostics infirmiers 15^{ème} édition. Lynda-Juan Carpénito. Paris 2019

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.

Penser la sexualité dans le soin

Sylvie Grenouilleau
Infirmière clinicienne
sylvie.grenouilleau@wanadoo.fr
Nice

La santé sexuelle est un état de bien-être physique et psychique, pour tout être humain dit sexué et quel que soit son âge. L'infirmière clinicienne prenant en charge de façon holistique un patient doit tenir compte de ce besoin fondamental de communication qu'est la sexualité : c'est un facteur d'épanouissement individuel qui apporte une meilleure qualité de vie durant toute une vie (Giami Moreau et Moulin, 2015).

Le cas clinique présenté reflète bien une problématique sexuelle exprimée par le patient. Mais comment l'infirmière va prendre soin de son patient dans ce domaine qu'est la sexualité où l'intime, la pudeur et la gêne sont mêlés ?

- Comment transformer cette problématique en point positif pour améliorer la qualité de vie et apporter un bien être au soigné ?
- Quels moyens utiliser pour rester un professionnel de santé digne de ce nom en gardant sa place et son rôle ?

Quel soin apporter au patient pour soulager ses tensions ?

Le rôle de l'infirmière clinicienne va permettre de relever tous les éléments nécessaires à l'examen du patient dans divers domaines parce qu'on sait que l'humain est un être bio-psycho-social (Pepin Kérouac et Ducharme, 2010). L'entretien clinique et l'examen physique vont mettre en évidence les freins et les ressources du patient. Grâce à des éclairages théoriques, des concepts et des échelles d'évaluation, l'analyse et le jugement clinique permettent de poser des diagnostics infirmiers prioritaires pour le patient (Carpénito-Moyet, 2012). Le cadre est posé. Les interventions mises en place, avec le consentement du patient, sont réalisables, atteignables et évaluables.

La relation d'aide a permis une communication adaptée, empathique avec des questions ouvertes, des reformulations pour créer un lien de confiance et une alliance thérapeutique (Flicourt, 2015). Un contact congruent a facilité l'expression des émotions du patient. Il a extériorisé sa souffrance par des pleurs, des mains tendues indiquant son désarroi face à ses difficultés sexuelles. Ces douleurs et difficultés entendues et reformulées par l'infirmière vont permettre au soigné de transformer ses pulsions en énergie positive avec l'aide des compétences de celle-ci (Giami Flicourt et Moreau, 2018). Le soin et le partage de l'intimité de l'autre servent souvent d'interface et permettent de respecter son intimité et garder une distance thérapeutique soignant-soigné. Son potentiel érotique est reconnu et respecté. On est dans une érotisation positive du soin (Giami Flicourt et Moreau, 2017).

La relation du soin a permis au patient de sublimer ce qui n'est pas réalisable pour lui : l'acte sexuel. Dans une prise en charge valorisée par l'infirmière qui utilise des méthodes non médicamenteuses (rôle propre non prescrit), le patient a retrouvé sens à sa vie et cela l'aide à supporter le reste.



MOTS-CLÉS : clinique, diagnostic, écoute, érotisation positive.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Giami A, Moreau E, Moulin P. Infirmières et sexualité : entre soins et relation. Rennes : Presses de l'EHESP ; 2015.

Pepin J, Kérouac S, Ducharme F. La pensée infirmière. Québec : Chenelière édition ;2010.

Carpenito-Moyet Lj. Manuel de diagnostics infirmiers. Québec : Elsevier masson ; 2018.

Flicourt N. Sexualité et relation au corps dans les soins. Documents pédagogiques 2015.

Giami A, Flicourt N, Moreau E. L'infirmière magazine 37. La santé sexuelle, un objet de soins ; 2018.

Giami A, Flicourt N, Moreau E. L'infirmière libérale magazine 334. La santé sexuelle ; 2017.

Penser la sexualité dans le soin

Jean Robert Rizzuto
Infirmier libéral clinicien
jrr.idel@hotmail.fr
Cagnes sur mer

Introduction :

À l'heure où la femme revendique l'égalité des sexes, sans discrimination professionnelle et salariale, qu'en est-il pour l'homme dans une profession dite « féminine » comme celle d'infirmière ?

L'image de la profession étant plus féminine que masculine, généralement la plupart des individus ayant besoin de soins sont à la recherche "d'une infirmière".

Dès qu'il s'agit de soins touchants à l'intimité, ma propre expérience d'infirmier à domicile m'a prouvé qu'être un homme dans ce métier est parfois un facteur discriminant car un grand nombre de femmes préfèrent être soignées par le « même sexe ».

Le contexte y est certainement pour quelque chose : un secteur d'activité empreint d'une culture méditerranéenne composée de personnes âgées d'origine italienne et un ratio infirmier(e)s / habitant élevé.

Cela laisse plus de choix du soignant !

Dans ce cas comment l'infirmier peut-il réussir à se faire accepter par la gente féminine ?

Et comment y arriver lorsque le conjoint est réfractaire à une prise en charge masculine pour son épouse ?

Qui plus est, comment prendre en charge une problématique sexuelle lorsque la masculinité dans la profession a déjà des difficultés à s'imposer ?

Voici quelques questions soulevées par le cas présenté ici : la prise en charge du mari d'une patiente atteinte d'une pathologie chronique.

Cet homme qui ne voulait pas d'un infirmier pour les soins de nursing de sa femme, a fini par accepter ce fait. Au fil du temps la confiance du mari envers l'infirmier a permis l'échange sur une problématique intime perturbant ses habitudes sexuelles.

Comment expliquer ce changement de situation ? Qu'elles soient les compétences que l'infirmier a pu utiliser pour créer cette alliance thérapeutique ? Et comment prendre en charge le mari sans que cela soit délétère pour sa femme vulnérable et fragilisée par la maladie ?

Méthode :

Le modèle conceptuel d'H. Peplau (Peplau, 1952) (orientation, identification, exploitation, résolution) a orienté le raisonnement clinique infirmier tandis que l'implication de l'intime à caractère sexuel vécu dans ce soin sera mis en exergue par l'utilisation du modèle de support de Johns (Johns, 2002)

La présentation répondra aux questions de ce modèle réparties en trois temps (Temps 1: Présentation de la situation ; Temps 2 : Réflexions sur les interventions ; Temps 3 : Introspection), complétées par de outils et apports théoriques tel que la triade du désir de Rollnick et miller (Mignot, Troussier, 2015) le Caring (J. Watson, 1979) le modèle PLISSIT (Annon, 1976)

Résultat :

Le plan thérapeutique infirmier utilisé ici a permis au patient de retrouver un « bien-être sexuel » en accord avec celui de sa femme.

En effet, le modèle PLISSIT m'a permis d'organiser les différentes étapes d'interventions nécessaires à cette prise en charge autour de la problématique sexuelle tout en m'interrogeant



sur les limites de mon champ de compétences et de mon positionnement professionnel et personnel permettant ainsi un travail transversal en lien avec d'autres acteurs de soins.

Conclusion :

A travers la présentation de ce cas et les moyens utilisés pour résoudre la problématique du patient, il paraît important de mettre en lumière combien le modèle de support Johns a enrichi le regard clinique infirmier et affiné la pratique.

Ainsi ce modèle a structuré ma réflexion d'infirmier et a approfondi mon raisonnement clinique infirmier, permettant de distinguer mes pensées personnelles, mes émotions, le contexte extérieur et son impact sur ma relation aux autres.

Il s'agit là d'un véritable travail d'introspection soulevant bien des questions :

-Les compétences professionnelles suffisent-elles pour les prises en charges des patients ? Qui plus est lorsque la prise en charge relève de la sexualité ?

-Compétences professionnelles et personnelles ne sont-elles pas toutes deux utilisées dans les prises en charges afin de créer et renforcer l'alliance thérapeutique avec les patients ?

-Ne sommes-nous pas infirmier(e) s à travers tout ce qui nous représente : nos valeurs, nos émotions, nos expériences ; et ce que nous sommes : notre genre, notre identité sexuelle, notre orientation sexuelle ?

Évidemment cette réflexion est toute personnelle, mais peut être fera-t-elle écho auprès d'autres soignants...

MOTS-CLÉS :

Modèle de support Johns, modèle PLISSIT, sexualité, alliance thérapeutique, relation d'aide.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Carpenito L J. Manuel de diagnostics infirmiers. 15^e éd. Paris : Masson ; 2019.

Giami A., Flicourt N., Moreau E., la santé sexuelle. L'infirmière magazine libérale ; 2018 ; 334 :29.

Mignot J., Troussier T, Santé sexuelles et droits humains, Paris :De Boeck-Solal ; 2015.

Pepin J., Kerouac S., Ducharme F. La pensée infirmière. 3^e éd. Québec : Chenelière Éducation ; 2010.

Peplau H.E. les relations interpersonnelles en soins infirmiers. Paris : InterÉdition ; 1995.



Posture et Accompagnement des conduites à risques sexuelles des adolescents et ceux /celles qui s'en occupent : les infirmière.e.s sexologues

Claude Giordanella
Infirmière sexologue
claude.giordanella@gmail.com

A partir des années 2010, des professionnels du social, de l'éducatif et du sanitaire ont constaté l'inquiétante émergence de conduites à risques pré-prostitutionnelles chez les mineures, notamment dans les quartiers populaires. Et lorsqu'un.e de ces jeunes aborde ou effleure le sujet de sa vie sexuelle à risques, ou pose des questions sur sa sexualité aux confins de la norme, les soignant.e.s, sont-ils.elles des personnes ressources pour accompagner les réponses ? Dans ce cadre quelle valeur ajoutée apportent les infirmière.e.s sexologues à la consultation des conduites à risques sexuelles de ces jeunes ?

Prenons pour éclairage ces jeunes filles mineures que l'on nomme « michetonneuses » et qui fréquentent la « Consult Sexo ». Les transactions économico-sexuelles dans lesquelles elles s'inscrivent, relèvent du champ de la prostitution (et qui plus est du champ de l'illicite puisque la loi interdit la prostitution des mineurs). Et quand ces jeunes-filles s'auto-désignent comme « michetonneuses » ce n'est pas tant par déni du caractère prostitutionnel de leur conduite, que par une volonté d'affirmer : 1) que la prostitution n'est pour elles qu'un « moyen » et non un « projet » qui les inscrirait dans une « carrière » déviante. 2) Leur mode d'engagement dans les transactions économico-sexuelle se veut distinct de celui de la prostituée de rue qui pratique des actes sexuels tarifés, car elles prétendent « séduire » et « choisir » des « pigeons » qui leur offriront ce qu'elles souhaitent... des « escorts », en somme, mais version « lowcoast ».

Pour des jeunes filles en souffrance psychosociale et psychiquement indisponibles pour réaliser l'investissement scolaire que l'on attend d'elles, le michetonnage va représenter une forme d'alternative pour accéder à une « réussite » sociale. La fascination pour ces conduites hypersexualisés est évocatrice de traumatismes sexuels précoces. Mais l'anamnèse met aussi en évidence une chaîne de micro-traumas dans un contexte de grande précarité sociale et affective ou le sexuel vient plutôt en incise dans une chaîne de micro-traumas : la jeune fille devient une victime toute désignée de la brutalité de garçons et d'hommes immatures et abreuvés de porno qui vont exploiter sans vergogne son besoin d'affection : relations sexuelles sordides dans une cave ou un hôtel, manipulation en diffusant sur le Net un « nude » ou une vidéo d'acte sexuel auquel la jeune fille aura « consenti », chantage pour l'obliger à coucher avec des « copains » qui veulent aussi « croquer »...

Plutôt que des viols au sens strict, il y a plutôt une sexualisation des traumatismes, des actes qui portent atteinte à l'estime de soi et à l'intégrité physique et psychique de la jeune.

En Ile de France, Le parcours chaotique de ces jeunes les amène par le biais d'autres professionnels à consulter l'infirmière sexologue de la Consult sexo .

Les infirmières sont formées pour évaluer les situations cliniques et mener à bien les stratégies de soins retenues et adaptées, l'infirmière sexologue possède, elle, une panoplie



d'instruments spécifiques, utilisables et soutenant. En fait il s'agit d'explorer les habitudes sexuelles en utilisant le modèle PLISSIT dont les 4 niveaux s'adaptent très justement à l'accompagnement des jeunes adolescentes, mais nécessite diverses connaissances et habiletés de la part des professionnel.le.s comme de travailler l'influence de ses propres croyances et de ses préjugés sur son comportement et de s'effacer derrière ses pensées involontaires.

Donner la Permission. il s'agit de rassurer la jeune quant à l'écoute que l'infirmière sexologue peut lui apporter pour qu'elle s'exprime le plus aisément et sans contrainte sur ses conduites à risques sexuelles (souvent indicibles dans son entourage proche). L'infirmière sexologue pourra ainsi viser les facteurs intrinsèques et extrinsèques liés au contexte de la sexualité perturbée de la jeune et évaluer le/les traumatismes vécus anciens ou récents, enfouis mais prêts à resurgir, de valider la sexualité abimée de la jeune, d'entendre des activités sexuelles souvent aux confins de la norme, de clarifier la compréhension de la jeune sur son histoire et sur la prise en compte de celle-ci, sur son niveau d'emprise, sur ses peurs et ses fantasmes. Enfin cette étape permettra d'évaluer une éducation sexuelle néfaste voire absente.

Information Limitée : il s'agit de fournir une information étayée sur la santé sexuelle et les droits sexuels ; Cette éducation à la sexualité aidera la jeune à se re-construire un rapport au corps et à la sexualité qui l'autorisera à envisager la recherche de son propre plaisir et bien-être, plutôt que de rechercher la reconnaissance des hommes en « prouvant » sa capacité à être sexuellement « performante », à être « bonne ».

Suggestions Spécifiques : A ce niveau, vont être abordées selon le niveau d'emprise de la jeune des propositions soit de suspensions des activités, soit de réduction des risques de cette sexualité tarifée. De la réduction des risques de la violence de l'environnement actuel ou ancien, en passant par un travail sur le consentement sexuel et ses conséquences, comment l'appréhender, en faisant un détour par les outils de la sécurité : dépistages des IST, contraceptions, toute la palette disponible sera mise en jeu dans la balance décisionnelle entre bénéfiques et inconvénients.

Les jeunes ont leurs outils qu'ils adaptent à leur « agir sexuellement », internet et les réseaux sociaux, télé-réalités et pornographie, l'infirmière sexologue doit s'ajuster aux outils des jeunes, doit pouvoir les apprivoiser pour les aborder sereinement.

il s'agit d'encourager la jeune à s'engager dans un processus de soins et de changement de comportement et/ ou de réduction des risques.

Thérapie Intensive : Il s'agira à ce niveau d'orienter le jeune vers des réseaux de soins spécifiques pour une aide plus soutenue et la possibilité de prendre en charge les traumatismes dans des conditions adaptées pour les traiter.

La légitimité des infirmier.e.s sexologues : de « novices » à « expert-e », elles/ils ont appris à connaître leurs limites, à s'adapter aux jeunes et à leur santé sexuelle d'aujourd'hui, à penser la réduction des risques, à faire coïncider des propositions de soins avec l'environnement hypersexualisé de notre société .

MOTS-CLÉS : mineures, adolescences, prostitution, santé sexuelle



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Baudry K. L'univers féminin adolescent d'un quartier populaire en Seine Saint Denis, Thèse, Doctorat UNIVERSITÉ PARIS-SORBONNE, ÉCOLE DOCTORALE 5 « Concepts et Langages », Laboratoire de recherche GEMASS, Paris. 2017.

Lynda Juall Carpenito-Moyet, 2019, Manuel de diagnostics infirmiers 15^e édition.

Marina Carrère d'Encausse : Jeunesse à vendre (France 5) : Quand les ados se prostituent/ en replay suivi d'un débat « le monde d'en face ».

Meunier E, Raynal F. Guide pratique : Le michetonnage chez les ados : comprendre le phénomène pour repérer et agir. MMPCR / Charonne. 2016. <http://prod-mmPCR.integra.fr/wp-content/uploads/2017/07/Michetonnage-Guide-pratique-format-A4.pdf>

Ovidie. A un clic du pire. La protection des mineurs à l'épreuve d'internet, Paris, Edition Anne Carrière ; 2018.



Forum Interactif Sages-Femmes

Quand la parole se libère sur des sujets qui fâchent

Discutante : C. Bassereau

- **Sexualité et religion : une lutte musclée ente tradition et émancipation**
N. El Bouga
- **Maltraitances gynécologiques et obstétricales : les conséquences dans la vie sexuelle des femmes**
V. Simonnot / M. Déchalotte



Sexualité et religion : une lutte musclée ente tradition et émancipation

Nadia El Bouga
Sage-femme sexologue
nadiaelbouga@gmail.com
Garges-lès-Gonesse

Une révolution sexuelle dans les mondes arabe et plus généralement chez les musulmans est-elle en cours ? A l'époque de #metoo et de #mosquemetoo, les pays arabo-musulmans sont-ils véritablement prêts à faire leur révolution sexuelle ?

Autant de questions que nous pouvons nous poser aux vues de l'observation des sociétés arabo-musulmanes. Alors que l'égalité ontologique initiale prônée par le Coran aurait pu mener à une véritable égalité entre les sujets, la veine herméneutique et juridique va accentuer et perpétuer l'inégalité homme-femme sur le plan sexuel.

Les changements en matière de mœurs sont encore plus lents que sur le plan socio- politique. Chez les musulmans d'occident, Il y a néanmoins certains signes avant-coureurs encourageants en matière d'une ouverture dans le discours notamment le comportement envers la sexualité.

Nous verrons comment une érotisation de l'islam en occident révolutionnerait assurément l'éros islamique en terre d'islam, et permettrait enfin l'émergence d'une « femme sujet » libre s'assumant sexuellement, et non plus objet de jouissance. Il sera donc discuté de l'intérêt de faire de l'éducation sexuelle sans forcément entrer en opposition frontale avec les traditions des sociétés et populations concernées.

MOTS-CLÉS : Education sexuelle-érotisation-révolution-tradition

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Bouhiba Abdelwahab. La sexualité en Islam. Edition Presses Universitaires de France (2004)

Dialmy Abdessamad. Transition sexuelle : Entre genre et islamisme. Edition l'Harmattan (2017)

Chebel Malek. Changer l'Islam : Dictionnaire des réformateurs musulmans des origines à nos jours. Edition Albin Michel (2013)

Guider Mathieu. Sexe et Charia. Edition du Rocher (2014)



Maltraitements gynécologiques et obstétricaux : les conséquences dans la vie sexuelle des femmes

Véronique Simonnot
Sage-femme sexologue
Montfermeil
v.simonnot@gmail.com

Mélanie Déchalotte
Journaliste et auteure
Paris
meldech@yahoo.com

#PayeTonUterus

#PayeTonGyneco

*Le Livre noir de la gynécologie*⁴,

La parole des femmes se libère ...

Tout au long de leur vie, les femmes mettent leur corps entre les mains des professionnels de santé. La récente apparition des concepts de « maltraitance ou violence médicale » a permis de révéler certains aspects du rapport soignée/soignant en gynécologie et obstétrique qui semblent relever d'un problème de santé publique : paternalisme, sexisme, examens brutaux, paroles déplacées ou culpabilisantes, humiliations, absences de consentement, épisiotomies superflues, déclenchements abusifs... Grâce aux réseaux sociaux et à l'enquête minutieuse menée par la journaliste-documentariste Mélanie Déchalotte, les femmes osent dénoncer la violence verbale et/ou physique de certains praticiens. Longtemps ignorée ou tue, considérée comme inhérente à la condition féminine, la violence gynécologique et obstétricale fait son apparition dans le débat public

L'omerta n'est plus de mise. Il est temps de réévaluer nos pratiques en fonction des données de la science et de mener une réflexion éthique et humaniste sur les violences dans les soins.

Comment informer nos patientes ? Comment recueillir leur consentement ? Comment poser nos gestes ?

A nous de reconnaître les mauvaises pratiques, les abus de pouvoir, l'absence de communication afin d'y mettre un terme et de rétablir la confiance nécessaire à l'alliance thérapeutique entre patientes et professionnels. C'est à nous qu'il revient de poser le diagnostic des séquelles physiques et psychologiques liées à ces différentes maltraitements, et ainsi de les soigner.

Pour autant, un vécu traumatique ne doit pas nous interdire d'examiner précisément les patientes sous peine de faire involontairement perdurer leurs souffrances.

Présentation d'un cas clinique.

⁴ Mélanie Déchalotte, *Le Livre noir de la gynécologie, Maltraitements gynécologiques et obstétricaux : Libérer la parole des femmes*, First, 2017.



MOTS-CLÉS : gynécologie, maltraitance, violence, vie sexuelle, sexualité

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Déchalotte Mélanie, *Le Livre noir de la gynécologie*, First, 2017.

Rapport du Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes, *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical*, HCE, 2018



Forum Interactif

Atelier de jeu de rôle sur le premier entretien sexoclinique en sexocorporel

M. Tremblay / C. Thouroude

Jeux de rôles sur les thérapies de couple

M. Dubois-Chevalier

Genre, rencontre avec soi et l'environnement

M. Masson / L. Biscarrat



Atelier sur le premier entretien sexoclinique en Sexocorporel

Mélanie Tremblay
Sexologue psychothérapeute – Montréal
melanie.tremblay@sexologues.ca

Christine Thouroude
Infirmière sexologue – Pézenas
cricrivella@wanadoo.fr

Introduction :

L'un des premiers défis des sexothérapeutes est de susciter rapidement une bonne alliance thérapeutique afin que les personnes qui consultent puissent parler de leur intimité sexuelle en exposant leur problématique et ce, dès le premier entretien face à un professionnel inconnu.

L'ouverture et le confort du patient à se dévoiler sont fortement liés à la manière d'être et de faire du thérapeute. Ainsi, plusieurs compétences thérapeutiques sont requises au niveau de son savoir, son savoir-faire et son savoir-être pour effectuer une évaluation sexoclinique précise et bienveillante.

Au cours de cet atelier interactif, les spécificités du Sexocorporel seront concrètement présentées afin que ce premier entretien clinique devienne un socle solide sur lequel enraciner la sexothérapie. Notre objectif est de vous offrir un complément passionnant pour enrichir vos évaluations cliniques et votre pratique professionnelle.

Méthodes pédagogiques:

1. Diaporama : Fondements du Sexocorporel et étapes d'un premier entretien Sexocorporel
2. Illustration concrète d'un premier entretien Sexocorporel. Christine Thouroude sera thérapeute, Delphine Chêne jouera une patiente (anorgasmie coïtale) et Mélanie Tremblay superviseure fera des pauses interactives pour dégager ;
 - des notions spécifiques du Sexocorporel
 - des lectures corporelles (patiente et thérapeute)
 - des stratégies thérapeutiques utilisées
3. Retour en groupe pour cibler des habiletés afin d'enrichir la pratique privée.

Résultat:

1^{er} objectif : Créer une bonne alliance thérapeutique

Dès l'accueil et pendant le premier entretien sexoclinique va s'établir la dynamique relationnelle entre le patient et le thérapeute. Ce moment est propice pour enraciner une bonne alliance thérapeutique favorisant ouverture et confiance relationnelle. Puisque les corps sont bavards, le thérapeute en Sexocorporel aura accès à une tonne d'information verbale, para-verbale et non verbale. Ainsi, en tenant compte de la lecture corporelle du patient et en restant conscient de l'impact de sa propre posture, le thérapeute pourra s'ajuster et s'adapter en temps réel de manière fluide et complice avec son patient, ce qui favorisera une bonne alliance thérapeutique.

2^e objectif : Effectuer une double évaluation par le questionnement et la lecture corporelle

- *Évaluer la plainte*
- *Dégager la demande réelle*
- *Évaluer les composantes impliquées avec la grille d'évaluation*

Le Sexocorporel propose aux thérapeutes une grille d'évaluation rigoureuse basée sur un modèle de santé sexuelle afin de cibler la causalité directe d'un trouble sexuel. Cette évaluation requiert des connaissances approfondies du fonctionnement sexuel des hommes et des femmes ainsi qu'une compréhension de l'interaction des diverses composantes impliquées entre elles.

Puisque l'évaluation en Sexocorporel est précise et plonge au cœur de l'intimité sexuelle, les thérapeutes sont amenés à développer certaines habiletés pour poser des questions précises avec finesse et bienveillance. Ces compétences leur permettront de diriger l'évaluation avec souplesse et pouvoir accompagner leurs patients avec complicité.

Tout au long de l'évaluation, le thérapeute en Sexocorporel demeure attentif au discours verbal qui se reflète simultanément dans le corps miroir par le non verbal. Ainsi, il sera en mesure d'avoir une évaluation globale car cette double évaluation décuple les informations recueillies et permet de comprendre la logique entre les systèmes de pensées, les émotions vécues, les sensations physiques par l'utilisation des lois du corps et les dynamiques relationnelles.

3^e objectif : Expliquer la compréhension clinique sous le regard du Sexocorporel

Cette partie est capitale en Sexocorporel puisqu'elle permet de consolider l'adhésion cognitive et émotionnelle de la personne qui consulte. Suite à l'évaluation, le thérapeute peut expliquer au patient sa compréhension clinique et s'assurer de son adhésion avant de passer à une autre étape. Ainsi, le thérapeute pourra restituer :

- *Les lignes de forces du patient*
- *Le problème présenté*
- *La logique de fonctionnement sexuel en lien avec la causalité directe du trouble*
- *La formulation de la demande réelle et l'objectif visé par la sexothérapie*
- *Le projet thérapeutique en lien avec la compréhension clinique (Objectifs, étapes et moyens)*

4^e objectif : Conclure l'entretien clinique

Prendre le temps de bien conclure un premier entretien clinique est capital. Cette étape est comme un dessert car terminer positivement un premier entretien suscite l'envie de poursuivre et laisse une finale qui donne le goût d'y revenir. Donc, planifier la prochaine consultation en projetant une suite motivante permet de quitter sur une bonne note et donne un ancrage de réalité future. Ainsi le patient garde espoir et enthousiasme face à la sexothérapie.

Conclusion :

Le thérapeute en Sexocorporel accède à beaucoup d'information sur l'intimité sexuelle du patient et ce, lors du premier entretien puisqu'il utilise une grille d'évaluation rigoureuse et tient compte de la lecture corporelle. Ainsi, il peut s'adapter en temps réel à son patient pour l'accompagner et favoriser une bonne alliance thérapeutique l'aidant à se dévoiler. Puisqu'il tient compte simultanément des cognitions, des émotions, des sensations et de la relation à l'autre, une compréhension globale et précise est apportée. Comprendre la logique du système de son patient ainsi que de son mode de fonctionnement sexuel, permet au thérapeute d'adapter ses interventions et proposer un plan de traitement spécifique et motivant pour la personne qui consulte.

MOTS-CLÉS : Sexocorporel, évaluation, lecture corporelle, alliance thérapeutique

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Bassereau C. Thérapies à médiation corporelle et dysfonctions sexuelles féminines. Université de Nantes Faculté de médecine de Nantes (dir de Nathalie Dessaux) 75 pages, 2016.

Benoist Pascal. Vous avez dit Sexocorporel? D'un lien si étroit entre le corps et le cerveau. Sexualité Humaine ; 2011 ; 11.

Damasio A. L'autre moi-même, les nouvelles cartes du cerveau, de la conscience et des émotions. Éditions Odile Jacob ; 2010.

Desjardins J-Y, CHATTON D, Desjardins L, Tremblay M (dir de ELFEKI M). Le Sexocorporel : La compétence érotique à la portée de tous. In : La Sexothérapie. Quelle thérapie choisir en sexologie clinique ? Éditions De Boeck ; 2010.

Heinrich-Clauer V, Tonella G, Aux fondements des thérapies psychocorporelles, édition Enrick B., 2015.

Miller William R., Rollnick S. L'entretien motivationnel Éditions InterEditions; 2013.



Jeux de rôle sur les thérapies de couple

Mireille Dubois Chevalier

Docteur en médecine, Psychothérapeute, Sexologue

duboischevalier.mireille@neuf.fr

Paris

Lors d'une prise en charge de couple le thérapeute, pour autant qu'il y soit formé, a à sa disposition plusieurs types d'approches possibles :

- La T.C.C centrée sur les comportements,
- La T.C.C. centrée sur la communication,
- La thérapie centrée sur les émotions,
- L'approche psycho dynamique,
- L'approche systémique...

Mais en dernier recours c'est toujours aux processus et enjeux du contrat de couple auxquels le thérapeute devra être attentif. « La détresse conjugale (peut être conçue en termes de) couple piégé dans une dynamique rigide, répétitive et émotionnellement douloureuse. » (Gingras N., Belgram-Perkins A. et coll, 2018)

Lors d'une consultation simulée par les participants le reste du groupe, scindé en 5 sous-groupes, sera amené à observer différents angles de prises en compte des difficultés que présente le couple. Chaque groupe proposera sa vision du « diagnostic » et de la prise en charge possible.

L'échange entre les participants tentera d'évaluer la meilleure approche possible.

Un temps de synthèse permettra de redonner le cadre des différentes approches en se souvenant qu'« un couple qui va bien n'est pas un couple sans problème, c'est un couple qui sait résoudre ses problèmes » (Neuburger R., 2013)

MOTS-CLÉS : Dynamique, Attachement, Territoire, Approches thérapeutiques

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Gingras N., Belgram-Perkins A., Thompson-De Benoit A., Keller-Chassot C., Wschiansky F. Thérapie de couple axé sur l'émotion. In : Antoine P., Allard F. Le couple en thérapie comportementale, cognitive et émotionnelle. Paris, Elsevier Masson ed. ; 2018, p. 109 à 125

Neuburger R. Thérapie de couple. Approche systémique-constructiviste. In : Cahiers de psychologie clinique ; 2013 (n° 40), p. 205 à 216



Genre, rencontre avec soi et l'environnement - Vision gestaltiste

Martine Masson
martisson2@gmail.com
Paris

Laurent Biscarrat
laurent.biscarrat@hotmail.fr
Paris

L'individu se développe dans une permanente interaction entre ses potentialités et son environnement. L'environnement socioculturel est sécuritaire ou non, permissif ou non. Les perturbations de l'identité de genre reflètent des difficultés à être clair et/ou à vivre ses identifications à son propre sexe.

La Gestalt-thérapie met l'accent sur la conscience de ce qui se passe dans l'ici-et-maintenant, aux niveaux corporels, affectif et mental.

L'ici-maintenant est une expérience complète, concernant la globalité du sujet, et qui contient le souvenir des expériences antérieures, les fantasmes, les situations inachevées, les anticipations, les projets...

Pour les gestaltistes, la construction du sujet s'organise autour de cinq éléments fondamentaux :

Corps : (Perception corporelle) comment est le ressenti, l'identité, la congruence ?

Cœur : (Affectivité) comment suis-je reconnu, aimé ou non dans ma généralité ?

Tête : (Cognitions) Quelles connaissances, croyances, représentations, rôles, codifications, idéologies, systèmes de pensées, valeurs morales ?

Social : (Relation) Comment je vis l'altérité, la place de l'autre, la communication, ma culture et celle de l'autre ?

Spirituel : Quelles sont mes valeurs, mes représentations du monde, du bien et du mal ?

Le sexe se réfère à la physiologie (la nature) et le genre au regard de l'environnement (la culture). On peut dire que le genre se définit selon trois aspects :

- 1- **L'aspect génétique** : chromosomes XX pour les femmes, chromosomes XY pour les hommes
- 2- **L'aspect physiologique** : Les organes génitaux indiquent le caractère mâle ou femelle ou intersexe.
- 3- **Aspect identitaire** : c'est l'intime perception de ce que je me sens être, homme, femme ou transgenre.
- 4- **Son expression** : Comment je donne à voir mon genre, masculin ou féminin ou intermédiaire (queer, gender fluide...)



Les thérapeutes sont influencés par l'interdépendance des rôles traditionnels des genres dans la société dans laquelle ils vivent et par la perception de leur propre genralité intégrée dans leur histoire développementale. Les aspects spécifiques du genre, de la classe sociale, de l'éducation, et la culture familiale interagissent avec la biographie personnelle. Le genre, sexe social, est le résultat de plusieurs influences : les attentes, la conception, les images de comment les hommes et les femmes doivent être.

Le développement de l'identité de genre est influencé par le processus d'ajustement avec les conflits, fantasmes, désir, introjection et projection durant le développement. Des facteurs négatifs peuvent engendrer des perturbations.

Plusieurs remarques :

L'environnement véhicule l'obligation d'une congruence qui installe la binarité homme/femme. Tout va bien quand on est mâle, qu'on se sent homme et qu'on montre du masculin ou bien quand on est femelle qu'on se sent femme et qu'on montre du féminin.

La difficulté intervient quand il n'y a plus de congruence entre la physiologie, ce qu'on sent et ce qu'on donne à voir. Le décalage, le sentiment de se sentir différent dans une société où la plupart des personnes vivent cette congruence, peut aboutir à la haine de soi, la dépression... Dans la transidentité (le fait ne pas se reconnaître dans le genre assigné à la naissance), on peut rester dans la binarité homme/femme et faire appel à une chirurgie complète. Il est aussi fréquent que les personnes trans conservent leur organe génital biologique et choisissent des transformations corporelles plus limitées. Ainsi une trans FtoM (femme vers homme) peut garder son utérus mais avoir de la barbe (hormonothérapie) et ne plus avoir de seins (mammectomie)

Nous sommes passés de « transsexualisme » à l'appellation « trouble du genre » puis à « dysphorie de genre » dans le DSM V qui n'a pas retenu les termes de « non congruence » ou « transgenre ». Le terme de dysphorie souligne le mal-être, vécu par le sujet, à la place du regard extérieur évaluateur de pathologie.

L'évolution du terme indique à la fois une volonté de dépathologiser et de poser la question à l'endroit de l'identité et non de la sexualité.

L'essentiel ne se résume pas au changement de sexe mais dans l'ajustement aux ressentis des patients.

Ces ressentis sont validés en partie par l'environnement, par le regard de l'autre qui a la possibilité de vous reconnaître ou pas dans votre genre en fonction d'une norme biologique, statistique, morale ou légale.

Certains imaginent le genre comme un continuum avec « homme » et « femme » aux extrémités et toute une possibilité de variations du genre entre les deux. Des personnes trans sont dans ce parcours qui les fait aller de leur genre de naissance au genre qu'elles ressentent, restant dans une binarité satisfaisante pour elles. D'autres vivent ce continuum dans une non binarité avec des variations possibles au fil du temps.

On parle souvent de « fluidité du genre » pour les personnes trans mais il serait plus juste de parler de « viscosité du genre » car faire évoluer son positionnement sur ce continuum n'est pas une affaire aisée.

L'accompagnement gestaltiste revêt plusieurs spécificités :

- Ouverture du thérapeute (époque) permettant d'accueillir le genre de la personne dans tous ses aspects et de l'interroger sur ses sensations, émotions et ressentis, ce qui lui permet de créer des repères, de les soutenir et les renforcer.

- 
- Accueil du rythme de l'évolution de la transidentité (ici et maintenant) en résistant à la pression de la société (qui serait plus à l'aise de pousser vers une transition en bonne et due forme pour gommer la non binarité) et à la pression de la personne, impatiente d'être soulagée.
 - Entrée de la personne trans dans une temporalité différente en sortant du chrono pour entrer dans le kaïros. C'est-à-dire vivre la viscosité du genre non plus comme une chronologie avec une suite d'étapes qui s'enchaînent de manière logique et obligatoire mais comme une série d'instantanés qui se juxtaposent, qui peuvent être très différents les uns des autres et libres de leur direction.
 - Résonances personnelles du thérapeute. En effet, les différents éléments de notre vie personnelle (notre genre, notre orientation sexuelle, notre situation conjugale, familiale, notre âge, notre culture...) modifient notre façon d'appréhender les difficultés sexuelles du client. L'inconfort du thérapeute face à la question du genre ou à l'expression du patient sur ce sujet peut parasiter la relation et amplifier la difficulté du patient à s'exprimer.

Ainsi, l'exploration personnelle du thérapeute, par exemple en supervision, peut avoir toute son importance.

MOTS-CLÉS : genre - Gestalt - environnement - résonances du thérapeute

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Butler Judith, *Trouble dans le genre*, Paris, La Découverte, 2006, 281 pages

Crépault Claude, Josy Joseph Lévy, Gratton Henri, *La Sexologie contemporaine*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, 1982, 424 pages

Amendt-Lyon Nancy, *Problèmes de relation sexuelle : amour et désir dans leur contexte* in Francesetti G., Geccelle M., Roubal J., *Psychopathologie en gestalt-thérapie*, Saint-Romain la Virvée, l'Exprimerie, 2013, 883 pages

Gervet Jean-François, *La norme du genre et son impact sur la sexualité in La norme un peu, beaucoup, ... à la folie ?* Paris, Revue française de Gestalt, 2017, numéro 51, 160 pages

Martel Brigitte, *Sexualité, amour et gestalt*, Paris, InterEdition, 2007 (2^e édition), 224 pages.

Masquelier-Savatier Chantal, *Comprendre et pratiquer la gestalt-thérapie*, Paris, InterEdition, 2015, 304 pages.



Résumé des
COMMUNICATIONS LIBRES



Communications Libres

Session 1

Modérateurs : P. Desvaux / E. Huyghe

- **Comment traiter une Vestibulodynie : proposition d'une technique manuelle**
C. Tallet
- **« OSER ABORDER » Enquête de besoins croisés en connaissances dans le champ de la santé sexuelle, des patients atteints de Rhumatismes Inflammatoires Chroniques et des professionnels de santé pratiquant l'Éducation Thérapeutique du patient en rhumatologie**
C. Savel
- **Trouble du désir sexuel en cancérologie**
S. Landry
- **Efficacité d'un protocole de 4 séances de massages tantriques pour traiter l'éjaculation précoce**
N. Cardinal
- **Intérêt du lipofilling dans le traitement des épisiotomies douloureuses**
J. Berrocal / B. Ulina
- **Facteurs influençant le choix du mode contraceptif dans le secteur sanitaire d'El Harrach, Algérie**
Y. Tayebi / I. Kouri

Comment traiter une Vestibulodynie : proposition d'une technique manuelle

Camille Tallet
Sage-femme
Lyon
camille.tallet@gmail.com

Introduction

Le traitement actuel des dyspareunies d'intromissions est la prescription d'un anesthésiant local plus ou moins associé à une crème aux œstrogènes ou une crème cicatrisante ou hydratante.

Serait-il intéressant d'ajouter une prise en charge de l'hypertonie musculaire consécutive à ces douleurs pour améliorer la guérison de ces patientes ?

On sait que la Vestibulodynie associe une douleur ou une inflammation de vestibule et une hypertonie reflexe du muscle du périnée.

Quels sont les résultats obtenus si on associe un traitement local à un travail d'étirement musculaire lorsqu'une patiente souffre de vestibulodynie ?

Méthode

Pendant un an j'ai proposé à mes patientes :

- Une séance par semaine pour faire des massages et des étirements du muscle du périnée.
- Application locale quotidienne de Xylocaïne 2% en alternance avec de l'huile d'amande douce 6 fois par jour (3 applications de Xylocaïne et 3 applications d'huile d'amande douce).

Pendant la séance je leur apprendis comment contracter et relâcher leur périnée en association avec la respiration.

Puis je fais des exercices d'étirement avec mon doigt en intra vaginal en même temps qu'elles relâchent leur périnée. Le but est de leur faire sentir dans leurs corps comment on fait pour relâcher son périnée.

Le dernier temps de la séance est un travail avec des dilateurs. Ce dernier exercice a un aspect pédagogique puisque cela permet à la patiente de voir que l'on peut introduire un dilateur de plus en plus gros sans générer de douleurs. D'autre part le dilateur permet un étirement global peau, muscle et muqueuse un peu plus important qu'avec mon doigt. Elles peuvent être amenées à devoir travailler avec les dilateurs à leur domicile régulièrement, plusieurs fois par semaine.

J'utilise une échelle visuelle de la douleur pour noter avec la patiente quel est le niveau de douleurs ressenti pendant les rapports sexuels (lors de la pénétration, pendant le rapport sexuel et après le rapport sexuel) et quelles sont les évolutions. Cela permet de savoir si la douleur est plutôt musculaire avec une EVA de départ très élevée puis en diminution ou une sensibilité cutanée avec une EVA en constante évolution jusqu'à plusieurs heures après le rapport sexuel.

Résultats

83 patientes ont été incluses dans l'étude.

- 81% de guérison totale en 7 séances.
- 67 patientes ont été complètement guéries et 16 ont été améliorées.

Le traitement a pu mettre en avant le fait que les patientes se sentaient tout le temps contractées avant le début des séances. Le fait de devoir faire des séries de contracté-décontracté au quotidien leur donne un outil en plus face à cette contracture et donc la douleur. Elles peuvent aussi utiliser ce mouvement de relâchement avec la respiration au



moment de la pénétration. D'autre part il est recommandé aux patientes du bien respecter le traitement local avec 3 applications de xylocaïne 2% en alternance avec un hydratant ou cicatrisant aussi 3 fois par jours. Un autre aspect important semble être aussi la régularité des rendez-vous ou la régularité du travail au domicile de la patiente afin de venir à bout de cette hypertonie périnéale reflexe. Les patientes en fin de traitement ressentent bien le relâchement musculaire et disent qu'avant elles étaient toujours contractées.

Conclusion

Cette étude montre qu'il est donc très important d'associer une prise en charge manuelle aux traitements locaux dans la prise en charge de Vestibulodynie. Le traitement local permet une prise en charge de la douleur à un instant T et de limiter la réponse douloureuse immédiate dès le moindre contact. Le traitement manuel permet de traiter en profondeur le problème et de limiter les récurrences puisque la patiente apprend à relâcher son muscle toute seule. Il existe certainement encore beaucoup d'autres choses que l'on pourrait proposer à ces patientes afin de les aider à faire disparaître ces douleurs (homéopathie, phytothérapie, ostéopathie, acupuncture...).

MOTS-CLÉS : Vestibulite, vestibulodynie, massage périnéale, relaxation périnéale, dilateurs.



« OSER ABORDER » Enquête de besoins croisés en connaissances dans le champ de la santé sexuelle, des patients atteints de Rhumatismes Inflammatoires Chroniques et des professionnels de santé pratiquant l'Éducation Thérapeutique du patient en rhumatologie

Carine Savel

Infirmière titulaire d'un DU Douleur / DU Education thérapeutique du patient / DIU Etude de la sexualité Humaine, CHU Clermont Ferrand
csavel@chu-clermontferrand.fr

Introduction

Les rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) peuvent être des éléments perturbateurs de la santé sexuelle et de la qualité de vie des patients.

31 à 76% des patients suivis pour une polyarthrite rhumatoïde (PR) rapportent avoir des difficultés sexuelles (Kobelt et al., 2012). Les patients atteints de spondyloarthrite (SA) se plaignent aussi d'un retentissement négatif de la maladie sur leur sexualité pour 38 à 50% d'entre eux (Cakar et al., 2007). De leur côté les professionnels de santé (PS) sont conscients de l'utilité d'aborder ce sujet, mais le font peu car ils ne se sentent pas formés (Ryan & Wylie, 2005).

Selon les recommandations de l'EULAR (European League Against Rheumatism) en 2015 l'éducation thérapeutique du patient (ETP) fait partie intégrante de la prise en charge des RIC. L'ETP tient compte de l'ensemble des besoins du patient y compris sa sexualité (Zangi et al., 2015).

Une enquête de besoins tant auprès des patients que des PS impliqués dans l'ETP est apparue nécessaire afin de définir le contenu et le format d'une formation en santé sexuelle pour aider les professionnels à s'affranchir de certains freins et à instaurer un dialogue avec les patients.

L'objectif de l'étude était de déterminer les besoins de formation des professionnels de santé impliqués dans l'éducation thérapeutique du patient (ETP) auprès de personnes atteintes de rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) en matière de Santé Sexuelle.

Méthode

Nous avons construit en équipe pluridisciplinaire deux questionnaires parallèles « évaluation des besoins » patients et professionnels de santé composés de questions fermées, certaines comportant une échelle de Likert, de questions semi-ouvertes et de questions ouvertes. Ils ont été remplis en ligne du 15/05/2017 au 31/10/2017 via un serveur sécurisé (Redcap) dans 14 centres de rhumatologie français par des patients atteints de RIC ainsi que les professionnels de santé impliqués en ETP, et par des adhérents de 3 associations de patients. L'analyse des résultats a été faite en parallèle pour les questionnaires patients et professionnels de santé.



Résultats

239 patients ont répondu (60,7 % atteints de spondyloarthrites, 6,7% de rhumatismes psoriasiques et 32,6% de polyarthrite rhumatoïde) ainsi que 57 professionnels de santé. 72 % des patients déclarent avoir ou avoir eu des difficultés sexuelles et 80 % n'ont jamais abordé ce sujet avec un professionnel de santé.

C'est le patient qui a initié le sujet dans 82% des cas. De leur côté seuls 30% des professionnels déclarent l'avoir fait en premier. Il est arrivé à la moitié des patients et des professionnels de santé de ne pas oser aborder ce sujet. Pour faciliter la communication les professionnels souhaiteraient « avoir dans l'équipe un professionnel de santé spécialisé en santé sexuelle », « Disposer d'outils pour aborder la thématique », et bénéficier d'une formation spécifique. En accord avec les réponses des soignants les patients attendent avant tout de l'écoute et de l'information. Les personnes jugées les plus compétentes (63%) et avec lesquelles les patients se sentiraient à l'aise (58%) sur le sujet sont les psychologues. Concernant le sexologue, pour les personnes qui ont pu discuter de leur sexualité, il a été consulté par 10% des patients ; plus globalement, il est jugé comme le plus compétent par 6% des répondants et avec qui les personnes se sentiraient à l'aise par 5%. On peut se poser la question de la reconnaissance de la spécialité et des croyances qui y sont rapportées. Les thèmes pour lesquels les patients sont le plus demandeurs sont aussi des thèmes considérés comme utiles à la formation des professionnels : effets secondaires des traitements sur la sexualité (95%), impact du rhumatisme sur la sexualité (92%), image du corps et maladies chroniques (81%), communiquer avec son ou sa partenaire (77%), les différentes dysfonctions sexuelles (77%), physiologie du vieillissement et santé sexuelle (75%). 70 % des professionnels de santé ressentent un besoin de formation complémentaire, avec pour 95% d'entre eux, la nécessité d'acquérir des compétences en communication autour de ce sujet. A 88% ils souhaitent une formation courte et à 80% en équipe.

Conclusion

Tant les patients que les professionnels de santé partagent un intérêt pour le thème de la santé sexuelle. Cependant, la communication reste limitée car personne n'est à l'aise avec ce sujet. Les patients attendent que les professionnels soient proactifs, et ce, dès le début de la maladie. De leur côté les soignants souhaitent bénéficier d'une formation ciblée « rhumatisme et santé sexuelle » et leurs attentes rejoignent les besoins exprimés par les patients. Un spécialiste en santé sexuelle est souhaité ou, à défaut, un annuaire sur le réseau en santé sexuelle.

Cette enquête montre l'utilité de mettre en place une formation courte auprès des professionnels de santé et a permis d'en définir le contenu pour être capable d'aborder le sujet de la santé sexuelle et d'apporter des informations pratiques aux patients.

MOTS-CLÉS : santé sexuelle, éducation thérapeutique, rhumatismes inflammatoires chroniques, enquête de besoins.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Cakar E., Dincer U, Kiralp M. Z., Taskaynatan M. A., Yasar E., Bayman E. O, Dursun, H. Sexual problems in male ankylosing spondylitis patients: relationship with functionality, disease activity, quality of life, and emotional status. *Clinical Rheumatology*, 26(10), 1607-1613. <https://doi.org/10.1007/s10067-007-0545-x>, 2007.

Kobelt G, Texier-Richard B, Mimoun S, Woronoff A.-S, Bertholon D.-R, Perdriger, A, Combe B. Rheumatoid arthritis and sexuality: a patient survey in France. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13, 170. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-170>, 2012.

Ryan S, & Wylie E. An exploratory survey of the practice of rheumatology nurses addressing the sexuality of patients with rheumatoid arthritis. *Musculoskeletal Care*, 3(1), 44-53. <https://doi.org/10.1002/msc.25>, 2005.

Zangi H. A, Ndosu M, Adams J, Andersen L, Bode C, Boström C. European League Against Rheumatism (EULAR). EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 74(6), 954-962. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2014-206807>, 2015

Trouble du désir sexuel en cancérologie

Sébastien Landry
Psycho-sexologue / Sexothérapeute
Elsan-Clinique Victor Hugo-Centre Jean Bernard
72000 Le Mans
s.landry@cjb72.org

Introduction

Le cancer est susceptible d'avoir des répercussions néfastes sur l'intimité et la sexualité des patients (Ben Charif, 2016). Les effets des traitements du cancer sur la sexualité sont variables d'un patient à l'autre (Siles et Tarquinio, 2017). Si certains aspects de l'intimité, de la sexualité, sont modifiés, vivre une sexualité reste possible à condition d'effectuer quelques aménagements. Certains changements sont temporaires mais certains sont malheureusement permanents. Si dans un premier temps, les conséquences physiques et émotionnelles engendrées par le cancer relèguent bien souvent la vie sexuelle au second plan, à un moment ou à un autre, la question de reprendre une sexualité surgit et il n'est pas rare de voir apparaître des difficultés.

Méthode et Résultats

Tableau 1 : Présentation de l'étude

Population	60 patients : 33 femmes et 27 hommes âgés de 31 à 70 - prédominance de sujets jeunes entre 31 et 60 ans (76,7%).
Critères d'inclusions	En cours de traitement ou en rémission de deux ans maximum ; primo cancer ; sexualité épanouie avant le cancer sans trouble psycho-sexuel présent.
Critères d'exclusions	Comorbidités ; troubles psychiatriques ; dépression sévère et/ou chronique ; prises d'antidépresseur, d'anxiolytique ou de tout autre psychotrope depuis plus de trois mois ; personne ayant subi des maltraitances, attouchements, inceste, acte de pédophilie ou tout acte sexuel sans consentement durant sa vie.
Évaluation	Passation unique d'un entretien clinique semi-directif réalisé à des temps différents de la maladie. 26,7% des sujets sont en cours de traitement de première ligne, 36,7% sont sous hormonothérapie et 36,7% des patients sont en rémission complète de moins de deux ans.

Tableau 2 : Résultats de l'étude

Libido, imaginaire érotique, fantasmes	86,7% des patients témoignent d'une diminution voire disparition de leur libido et de leurs fantasmes. 8,3% affirment n'avoir ressenti aucun changement 5% ont vu leurs pulsions sexuelles augmenter
Dyspareunie	90,9% des femmes témoignent de dyspareunie

Dysfonction érectile	77,8% des hommes présentent une dysfonction érectile
Capacité de séduction et image corporelle	86,7% présentent une atteinte au niveau de leur capacité de séduction et de l'image corporelle

Discussion

Angoisse de mort et représentations du cancer

L'annonce d'un cancer vient bouleverser les assises narcissiques du patient. En cancérologie, il est souvent question de deuil partiel pour les patients. En effet, ils doivent renoncer à un Idéal de Soi sans faille. L'angoisse et la sexualité sont profondément antagonistes, ce qui s'exprime par une inhibition du désir ou des troubles psycho-sexuels dès que la sexualité est en présence de l'angoisse. C'est le cas de 53,3% des patients de notre étude pour qui les angoisses liées à la mort ou aux croyances qui entourent le cancer vont engendrer une inhibition du désir sexuel.

Fatigue physique et psychologique

La fatigue est le symptôme le plus fréquent, le plus redouté et le plus sévère qui affecte 50% à 70% des patients (Hofman et al., 2007). La fatigue apparaît comme un frein à la sexualité. Comment imaginer entreprendre un acte sexuel, qui est physique, alors que son corps et/ou sa tête sont épuisés ? Cette fatigue va inhiber l'imaginaire érotique, ainsi que les fantasmes, diminuant tout attrait pour la sexualité : « *Sexualité ? et d'une, je n'en ai vraiment pas envie et de deux je suis tellement épuisé que c'est inenvisageable pour moi* » ; « *Cette fatigue m'anéantit, je n'ai vraiment pas envie de faire l'amour, pour tout vous dire, je ne me masturbe même plus* ».

La capacité de séduction et image corporelle

Le malade touché par le cancer craint la perte de son intégrité corporelle ainsi que la mutilation de son corps. Le cancer et ses traitements engendrent une blessure narcissique directement liée aux modifications de l'image du corps (Thompson, Long, Marsland, 2013). Cette crainte liée à la modification corporelle est source d'angoisse pour le malade même s'« *il reste difficile de comprendre les raisons pour lesquelles telle personne sera davantage affectée que telle autre, alors que l'atteinte physique est médicalement jugée très semblable, voire de moindre gravité.* » (Charles, Bendrihen, Dauchy, Bungener, 2013). Cette atteinte de la capacité de séduction et de l'image corporelle est présente chez 86,7% des sujets de notre étude. Il est difficile pour ces patients de s'imaginer plaire aux autres alors qu'eux même ne se plaisent plus.

Dysfonction érectile chez l'homme

En oncologie, la dysfonction érectile présente différentes origines qu'elles soient organiques, physiologiques, psychologiques ou bien un mélange des trois. Concernant les origines psychologiques celles-ci sont souvent dues à l'angoisse de performance. L'angoisse a une influence négative sur l'excitation sexuelle, elle l'inhibe. Ces différentes origines provoquant une dysfonction érectile, chez les patients et dans le cas de notre étude chez 77,8% des hommes, s'associent à une inhibition du désir sexuel. L'échec ressenti par les patients est anti-érogène.

Dyspareunie chez la femme

Les bouleversements hormonaux induits par les traitements peuvent provoquer des troubles organiques, physiologiques tels que des sécheresses vaginales, une perte de souplesse et un raccourcissement du vagin, etc. Ces dysfonctionnements sont alors source de dyspareunies. Quant à leurs origines psychologiques, lors d'un cancer, les dyspareunies sont liées à une mauvaise image du corps, à un manque d'estime de soi, à une anxiété, à une dépression, à un stress, à une peur ou à un manque de désir sexuel (Lindau, Abramsohn, Matthews, 2015). Les dyspareunies présentes chez 90,9% des patientes de notre étude sont, comme dans le cas de la dysfonction érectile vue précédemment chez l'homme, anti-érogène.

Conclusion

Le cancer et ses traitements impactent la sexualité des malades et anciens malades. Le désir sexuel, passant par l'imaginaire érotique et les fantasmes, se voit altéré dans une très grande majorité de cas. Les origines sont multifactorielles et auront dans une majorité de cas tendance à induire une diminution du désir sexuel et de l'imaginaire érotique. Cependant, il faut garder à l'esprit que la sexualité est une pulsion de vie qui va s'opposer à la pulsion de mort que représente le cancer. Il n'est donc pas si rare que cela de rencontrer des patient(e)s présentant un désir sexuel, une fantasmagie, identique voire augmenter lors des traitements ou en rémission d'un cancer.

MOTS-CLÉS : Trouble du désir sexuel, cancer, troubles psychosexuels

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Ben Charif A. *Santé sexuelle après cancer en France : fréquence des troubles et prise en charge*, theses.fr, 2016.

Siles J, Tarquinio C. *Les conséquences psychosexuelles et leurs traitements dans le champ du cancer : une revue systématique d'interventions psychothérapeutiques*, Sexologies, 2017, 26, 2, 87.

Hofman M, Ryan J.L, Figueroa-Moseley C.D, Jean-Pierre P et Morrow G.R. *Cancer-Related Fatigue: The scale of the problem*, The Oncologist, 2007, 12(S1), 4-10.

Thompson AL, Long KA, Marsland AL. *Impact of childhood cancer on emerging adult survivors' romantic relationships: A qualitative account*. J Sex Med ; 2013, 10 (Suppl 1) : 65–73

Charles C, Bendrihen N, Dauchy S, Bungener C. *Le travail de la maladie, déclinaison du concept dans la souffrance psychologique associée aux transformations corporelles*, Psycho-Oncol. 2013, 7/ 169-174.

Lindau ST, Abramsohn EM, Matthews AC. *A manifest on the preservation of sexual function in women and girls with cancer*. Am J Obstet Gynecol. 2015 ; 213(2) : 166-74.



Effacité d'un protocole de 4 séances de massages tantriques pour traiter l'éjaculation précoce

Nathalie Cardinal
Sexothérapeute et masseuse tantrique
Montpellier
contact@massagetantriquemontpellier.fr

Xavier Ruaulx
WW médecin
Montpellier
xruaulx34@gmail.com

Introduction

L'éjaculation précoce (EP) est le trouble sexuel masculin le plus fréquent ; un homme sur 4 en souffre. Les possibilités thérapeutiques existent, mais elles sont souvent peu connues du grand public et beaucoup d'hommes ne consultent pas forcément pour ce trouble qui entraîne une insatisfaction profonde dans les relations sexuelles et affectives. De plus, ces traitements sont souvent palliatifs (médicaments comme le dapoxetine, les crèmes anesthésiantes..., ou techniques de suppléances), et des effets indésirables existent. Des guérisons ou améliorations nettes sont souvent longues à survenir. Le massage tantrique (Michèle Larue, L'art du massage tantrique et cachemirien, La Musardine, Paris, 2017) n'a pas encore été étudié dans cette indication.

Méthode

Il s'agit d'une étude exploratoire, prospective et comparative, le patient étant pris pour son propre témoin. Le programme était standardisé en 4 séances de massage tantrique. Chaque séance durant en moyenne 2h, espacée de 15 jours, a été réalisée par une même masseuse tantrique professionnelle et sexothérapeute. Après accord du patient, un questionnaire personnel, pragmatique et non validé, a été renseigné lors de la 1^{ère} séance et après les 4 séances. Il comportait 21 questions principalement fermées, avec évaluation visuelle analogique (EVA) pour certains critères.

Chaque séance était composée de 3 temps : Un temps de parole de 30 mn à 1h suivi d'un temps de massage tantrique de 1h et enfin un autre temps de parole sur le ressenti du massage.

A la 1^{ère} séance de massage tantrique, le patient était amené à ressentir dans la détente son corps en prenant conscience de sa respiration. Ce massage doux et très lent permettait une détente profonde. Le patient pouvait recevoir ce premier massage en sous vêtement ou nu, à sa convenance. C'est un premier travail pour lui d'oser se mettre à nu, au sens propre comme figuré, devant une masseuse (une femme) habillée, sans aucun enjeu sexuel.

Au 2^{ème} massage, le patient était nu. La masseuse réalisait entre autre, le massage du périnée. Au cours du temps de parole, lui étaient montrés des schémas sur le périnée et une explication était donnée sur les fonctions de cette zone.

Au 3^{ème} massage, le patient était amené à ressentir son sexe, par un massage très lent, qui lui permettait de sentir et de différencier l'érection, l'excitation et la détente



Le 4^{ème} massage permettait d'intégrer tout ce travail et de ressentir dans la globalité de son corps la détente.

Pour l'analyse statistique, nous avons utilisé le test T de Student.

Il n'y a pas eu de financement spécifique pour cette étude. Ces résultats n'ont jamais été présentés, ni publiés.

Résultats

L'étude a débuté en janvier 2017 et s'est achevée en janvier 2019. Elle a été proposée systématiquement à 16 hommes présentant une problématique d'EP, et tous ont accepté. 10, soit 62,5%, ont complété l'étude en répondant aux deux questionnaires, certaines questions n'ont été répondu que par 8 hommes car 2 hommes n'ont pas eu de relations sexuelles après l'étude. Le deuxième questionnaire a été rempli par téléphone entre 1 et 21 mois après la dernière séance (moyenne de 12 mois). Sur les 10 hommes ayant complété l'étude, l'âge moyen était de 43 ans (25-61). La plupart ne prenait aucun traitement médicamenteux pour l'EP (9/10). Le problème de l'éjaculation précoce existait depuis le début de leur vie sexuelle (8/10). Après le programme de 4 massages tantriques, on notait une amélioration de l'EP sur tous les critères étudiés.

Les principaux résultats quantitatifs présentés dans le tableau ci-dessous, montraient une réduction importante de la fréquence de l'EP, un délai rallongé de la survenue de l'éjaculation, et une fréquence augmentée des relations sexuelles qui étaient déclarées plus satisfaisantes. Le sentiment d'être concerné par ce trouble diminuait chez la plupart des hommes.

Tableau : principaux résultats quantitatifs pré-post, après évaluation d'un protocole de 4 séances de massage tantrique

Critères interrogés	Avant	Après le protocole 4 massages	Test du T Student p-value
Degré d'insatisfaction lié à l'EP (8) (EVA entre 0 et 10 – 10 très insatisfait)	8,5	4,5	0,0014
Perception du risque d'EP (10) (EVA entre 0 et 10 – 10 fort risque)	9	4,65	0,0002
Fréquence de l'EP N (%/8)			0,0022
Rarement		3 (37,5%)	
De temps en temps		3 (37,5%)	
Fréquente	3 (37,5%)	2 (25%)	
Systematique	5 (62,5%)		
Délai de survenue de l'EP N (%/8)			0,0184
Avant pénétration			
0-30 sec			
30 sec – 2 min	7 (87,5%)	3 (37,5%)	
2 – 3 min		1 (12,5%)	
>3mn	1 (12,5%)	4 (50%)	
Fréquence des relations sexuelles N (%/8)			0,0402
- 1/ mois	2 (25%)	2 (25%)	
1-4/ mois	2 (25%)	1 (12,5)	
1/sem	3 (37,5%)		
> 1/ sem	1 (12,5%)	5 (62,5%)	

Sentiment d'être atteint d'EP (%/10)	N		0,0011
Oui	10 (100%)	2 (20%)	
Parfois		5 (50%)	
Non		3 (30%)	
Perception de l'amélioration après les massages tantriques (10) (EVA entre 0 et 10 – 10 grand changement)		6,1	

Les différences observées avant et après les massages dans l'échantillon sont toutes statistiquement significatives

Sur le plan qualitatif, la relation au corps avait changé pour tous les hommes, ainsi que la conscience du corps dans sa globalité (60 %), la confiance en son corps (20 %), et le sentiment d'être moins pudique (20 %). La prise de conscience de la zone périnéale dans l'activité sexuelle avait largement augmenté (10% versus 90%). Tous les hommes déclaraient qu'ils recommanderaient cette démarche à un ami.

Conclusion

Notre étude porte sur une intervention non médicamenteuse simple, sous la forme de 4 séances de massage tantrique protocolisées. Les résultats mettent en évidence une amélioration nette du symptôme de l'EP, stable avec un recul de temps important pour certains patients.

Il s'agit à notre connaissance, de la première étude scientifique sur ce sujet. L'amélioration s'observe tant au niveau qualitatif de la perception du trouble qu'au niveau de performances objectives, notamment la fréquence observée de l'EP, sa durée ou la gêne ressentie. Le mécanisme thérapeutique du massage tantrique semble passer par un réapprentissage de la sensibilité des zones sexuelles avec une diminution de l'excitabilité et une modification de l'image corporelle. Dans cette méthode, la sphère cognitive est shuntée pour une réorganisation sensorielle.

Les limites de cette étude exploratoire tiennent au fait qu'elle a été réalisée sur un seul site, par une seule personne, sur la foi d'un questionnaire pragmatique non validé, et pour laquelle la taille de l'échantillon était réduite. De plus, seulement 10 sur 16 ont répondu au questionnaire après les 4 séances. Ceci pourrait signifier une moindre efficacité ou une insatisfaction chez ces personnes. Dans cette hypothèse non validée, les résultats ici présentés resteraient intéressants à considérer, avec une amélioration très significative sur plus des deux tiers des patients inclus dans l'étude.

Cette étude exploratoire est la première à notre connaissance à tester le massage tantrique dans cette problématique d'éjaculation précoce. Cette technique paraît une intervention non médicamenteuse efficace pour traiter ce symptôme fréquent et mal vécu. Nous proposons un protocole simple de 4 séances protocolisées. Une poursuite des investigations est nécessaire pour affiner les résultats qui sont déjà très probants.



MOTS-CLÉS : éjaculation précoce - massage tantrique - troubles sexuels - problème de couple

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Michèle Larue, L'art du massage tantrique et cachemirien, La Musardine, Paris, 2017



Intérêt du lipofilling dans le traitement des épisiotomies douloureuses

Juan Berrocal
Clinique de l'Europe
docteur.berrocal@gmail.com
Rouen - France

Béatrice Ulina
Clinique de l'Europe
Rouen - France

Troubles sexuels : dysfonction érectile, éjaculation précoce, troubles du désir sexuel, troubles de l'orgasme, etc...

Les complications à moyen et long terme des épisiotomies sont très fréquentes et constituent un réel problème de santé publique ; bien que plus recommandée dans la plupart des accouchements ; la réponse encore actuellement est chirurgicale avec ses risques d'échec voir d'aggravation. La greffe adipocytaire est dorénavant validée dans la le traitement de nombreuses cicatrices douloureuses.

Les données : L'épisiotomie a pour objectif aussi bien de protéger le fœtus notamment en tentant d'accélérer la naissance en cas de souffrance fœtale, que de protéger le périnée notamment en cas d'extraction instrumentale, largement accentuée depuis l'avènement de l'anesthésie péridurale.

Avant était en 2002-2003 l'usage de l'épisiotomie était d'environ de 47 % Jusque dans les années 2000 en France, la pratique de l'épisiotomie continuait à être largement recommandée, mais un objectif de diminution pour environ 30% (1)

Bien que la technique de l'épisiotomie médio-latérale droit soit bien codifiée (2), l'augmentation de leur pratique et donc des complications, à inciter une réévaluation dans sa pratique avec pour objectif une diminution de ses pratiques (3)

L'épisiotomie en prévention des troubles de la statique pelvienne et des incontinences urinaire ou anale n'ayant pas atteint ses objectifs, n'est plus recommandée dans la prévention des troubles de la statique pelvienne

Les douleurs à type de de dyspareunies ou douleurs intermittentes peuvent être le fait de traumatismes périnéaux musculaires neurologiques même dans des accouchements dits eutociques par ailleurs la cicatrisation inadéquate des épisiotomies ou déchirures périnéales plus ou moins complexes accentuent d'autant les séquelles douloureuses volontiers accentuée par des connotations psychologiques. (4)

Autant après l'accouchement plus de 90% des épisiotomies ou déchirures complexes sont douloureuses (5) plus de 10% le restent à 2 mois.

Ces douleurs sont souvent génératrices d'arrêt de toute sexualité, sont de type neuropathique et liée à la formation de névromes. (6) (7)

Des techniques préventives ont été proposées, comme la réalisation de massage périnéal en pré-partum (8), accouchement dans l'eau ou d'autres positions comme assise ou en décubitus latéral, utilisation d'acide hyaluronidase (9) ; la meilleure prévention étant celle de ne réaliser l'épisiotomie que de façon exceptionnelle.



Le traitement des dyspareunies, reste actuellement très difficile, il se résume à soit utilisation d'ultra-sons, injection d'analgésiques locaux associés à des corticoïdes qui s'avèrent souvent peu ou partiellement efficaces.

La chirurgie avec résection du tissu fibreux est souvent le recours actuel avec le risque de persistance voire aggravation et/ou séquelles esthétique et psychologiques. (7)

L'utilisation du laser notamment CO2 sur les dyspareunies est peu commentée et est décevante (10)

Depuis les années 80 Baptista et al ont démontrés l'efficacité du lipofilling sur les cicatrices douloureuses et ce sans complication

L'injection de graisse sur les cicatrices douloureuses (11), volontiers rétractiles et atrophiques, influence les processus associés à la cicatrisation des plaies, y compris le remodelage de la matrice extracellulaire, l'angiogenèse et la modulation de l'inflammation dans les cicatrices dermiques

Peu d'article ont été écrits sur périnée, le lipofilling vulvaire (12) semble également de très bon prometteur.

Notre étude a pour but d'évaluer sa faisabilité et résultats sur 7 cas de cicatrices douloureuses ou les traitements conservateurs n'ont pas eu d'effet. Les patientes ont toutes été adressées pour prise en charge initiale chirurgicale non conservatrice

Evaluation sur échelle analogique EVA et nombre de rapports sexuels sur 1 mois ; les patientes étaient revues à 3 mois et en cas de non amélioration une deuxième session ou exérèse chirurgicale était proposée

Technique : réalise une libération de la sclérose cicatricielle et implantation de graisse sur plusieurs couches parallèles sous les cicatrices la graisse purifiée était prélevée 5 fois sur les cuisses (culottes de cheval) et 2 fois sur le ventre (volontiers à visée esthétique) après infiltration à lidocaïne adrénalinée 1% diluée dans sérum physiologique.

La purification est obtenue par centrifugation selon technique classique selon Coleman.

Le point d'injection se réalise à 2 cm de la fourchette vulvaire à l'aide d'une micro-canule de 16 G de façon radiaire et rétro-traçante, le volume injecté est de l'ordre de 10 à 15 cc, moindre en cas de réinjection

Résultat :

Une patiente a bénéficié d'une deuxième greffe adipocytaire et une autre une exérèse chirurgicale, sans pour autant qu'il n'y ai eu d'aggravation des douleurs pré existantes

Les 5 cas (dont celle qui a bénéficié de 2 sessions) ont repris une sexualité satisfaisante, identique à celle d'avant la grossesse et 2 autres moins satisfaisante, notés 7 et 8 sur l'échelle analogique

Conclusion :

Cette courte étude confirme la faisabilité de la technique et des résultats plus qu'encourageants. Se pose la question quant au délai de prise en charge, connaissant toutes les implications neuro-physiopathologiques dans la chronicisation de la douleur et des facteurs psycho-sociaux. Ils devraient pouvoir s'enrichir de par utilisation de l'activation et d'enrichissement comme le PRP et d'émulsification ou la technique du nanofat.

MOTS-CLÉS : épisiotomie, dyspareunie, lipofilling, greffe adipocyte

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Riethmuller D, Courtois L., Maillet R. : Existe-t'il des indications obstétricales spécifiques ? Recommandations pour la pratique clinique : épisiotomies. RPC 2005 -Texte 3. CNGOF
2. Verspyck, L. Sentilhes, H. Roman, F. Sergent, L. Marpeau
L'épisiotomie - Techniques chirurgicales de l'épisiotomie. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Vol 35 - N° S1 P. 40-51 - février 2006
3. K. Goueslar, J. Cottenet, A. Roussot, C. Clesse, P. Sagot, C. Quantin Comment le taux d'épisiotomie a-t-il varié entre 2007 et 2014 ? Étude en population, en France Revue d'épidémiologie et de santé publique : Vol 66 - Supplément 1 - mars 2018
4. M. Turmo, M. Echevarria, P. Rubio, C. Almeida Development of chronic pain after episiotomy. Revista Española de Anestesiología y Reanimación. Volume 62, Issue 8, October 2015, Pages 436-442
5. Andrews V, R Thakar, Sultan AH, Jones PW. Évaluation de la douleur périnéale post-partum et la dyspareunie - une étude prospective. Revue européenne d'obstétrique, de gynécologie et de biologie de la reproduction. 2008 ; 137 (2): 152-6.
6. Foltan R, Klima K, J Spackova, Sedy J. Mécanisme du développement du neurome traumatique. Hypothèses médicales. 2008 ; 71 (4): 572-6.
7. Dharmarathna HM, N Tripathi, Atkinson P Névrome douloureux, traumatique d'une cicatrice d'épisiotomie : un rapport de cas. Le Journal de la médecine de la reproduction. 2007 ; 52 (5): 456-7. 8 Petra Petrocnik, Jayne E. Marshall Hands-poised technique: The future technique for perineal management of second stage of labour? A modified systematic literature review. Midwifery. Volume 31, February 2015, Pages 274-279 9 Fan Zhou, Xiao Dong Wang, Jing Li, Gui Qiong Huang, Bing Xin Gao Hyaluronidase for reducing perineal trauma Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. 5 February 2014
10. Jaqueline de O Santos, Sonia MJV de Oliveira, Flora MB da Silva, Moacyr RC Nobre Low-level laser therapy for pain relief after episiotomy: a double-blind randomised clinical trial. Journal of Clinical Nursing Volume 21, Numéro 23-24
11. Baptista C, Iniesta A, P Nguyen, Legre R, Gay AM. Greffe de graisse autologue dans la prise en charge chirurgicale des cicatrices douloureuses: résultats préliminaires. Chirurgie de la main. 2013 ; 32 (5): 329-34.
12. Ulrich D, Ulrich F, van Doorn L, Hovius S. Lipofilling des cicatrices périnéales et vaginales : une nouvelle méthode pour l'amélioration de la douleur après une épisiotomie et une lacération périnéale. Chirurgie plastique et reconstructive 2012 ; 129 (3): 593e-4e.
13. Le plasma riche en plaquettes doit-il être activé dans les greffes de graisse ? Une étude animale. Hersant B, Bouhassira J, SidAhmed-Mezi M, Vidal L, Keophiphath M, Chheangsun B, J Niddam, Bosc R, Nezet AL, JP Meningaud, Rodriguez AM. J Plast Reconstr Aesthet Surg . 2018 févr. 2. pii: S1748-6815 (18) 30017-2. doi: 10.1016 / j.bjps.2018.01.005. [Epub avant impression]



Facteurs influençant le choix du mode contraceptif dans le secteur sanitaire d'El Harrach, Algérie

Youcef Tayebi,
Professeur en gynécologie-obstétrique
EPH Hassen Badi-El Harrach
Alger, Algérie
tayebiyoucef@yahoo.fr

Ibtissem Kouri
Assistante en gynécologie-obstétrique
EPH Hassen Badi-El Harrach
Alger, Algérie
doc.bessma@outlook.fr

Introduction

La planification familiale a un intérêt certain dans l'amélioration du bien-être materno-fœtal et infantile et requière l'utilisation d'une contraception efficace (Matungulu et al., 2015). La contraception moderne répond à ce critère et de nombreux produits existent actuellement, cependant leur utilisation est variable et conditionnée par plusieurs facteurs. L'objectif de notre étude est de déterminer les critères de choix des différentes méthodes contraceptives dans notre région.

Méthode

Etude transversale ayant intéressé 112 patientes hospitalisées en janvier 2019 au niveau du service de gynécologie obstétrique, hôpital Hassen Badi à El Harrach (Alger) pour accouchement, 78 patientes ayant accouché par voie basse et 34 patientes ayant accouché par césarienne. Ces patientes ont répondu à un questionnaire visant à analyser les facteurs socio-démographiques, cliniques et culturels impliqués dans le choix des méthodes contraceptives.

Nos patientes ont été interrogées sur : âge, gestité, parité, nombre d'enfants vivants, antécédents médico-chirurgicaux, situation familiale, niveau d'instruction et occupation, emploi du mari, connaissance des différentes méthodes contraceptives et source d'information, méthode contraceptive utilisée et motivations, causes de rejet des autres méthodes contraceptives.

Résultat

L'âge des patientes dans notre série varie entre 21 et 42 ans, l'âge moyen est de 30 ans, la gestité moyenne est de 3, la parité moyenne est de 2,65 et le nombre d'enfants varie entre 1 et 6. Parmi nos patientes, 5,75 % ont des antécédents d'hypertension artérielle chronique ou de diabète, une patiente a un antécédent de thrombose veineuse profonde et 21,42 % des patientes ont une cicatrice de césarienne unique ou multiple.

Le niveau d'instruction des patientes est variable, 33,6 % des patientes ont un niveau universitaire, 39,2 % ont un niveau d'études secondaire et 27,2 % des patientes ont étudié à l'école fondamentale (22,4 % ont un niveau moyen et 4,8 % ont un niveau primaire). 78,4 %



des patientes sont ménagères. La plupart sont mariées (une seule mère célibataire dans la série), le conjoint a un emploi stable dans 62 % des cas.

L'étude révèle que 34,1 % des patientes n'ont aucune information sur les différentes méthodes contraceptives, il s'agit le plus souvent de primipares. Dans les autres cas, la principale source d'information étant l'entourage immédiat de la patiente avec un pourcentage de 36,5 %; 21,2 % des patientes ont eu des informations par le biais des médias (internet, radio, télévision) et 11,2 % des patientes seulement ont été informées par le corps médical ou paramédical.

50,2 % des patientes de notre série ont opté pour la pilule à visée contraceptive (femmes jeunes, paucipares le plus souvent). Les principales motivations sont l'utilisation large du produit dans l'entourage, son efficacité (rapportée ou constatée) et l'absence d'effets secondaires à long terme chez ces patientes. 16,8 % des patientes ont une préférence pour le dispositif intra-utérin, il s'agit le plus souvent de femmes multipares dont l'âge dépasse 35 ans et ne désirant plus de grossesses. 11,2 % des couples utilisent des préservatifs, notamment en présence d'une contre-indication aux œstro-progestatifs ou en raison des effets secondaires non tolérés par la patiente, survenus lors de l'utilisation d'une autre méthode contraceptive. L'implant contraceptif, peu connu des patientes et relativement couteux, n'est utilisé que dans 3,45 % des cas, principalement en cas d'utérus multi-cicatriciel. Le recours aux méthodes naturelles de contraception (allaitement, abstinence périodique, coïts interrompus) est peu fréquent et souvent source d'échec.

Les principales causes de rejet d'une méthode contraceptive donnée dans la population étudiée étaient les effets secondaires observés (Yaëlle, 2010). Les céphalées et l'anxiété sont souvent rapportées chez les femmes mises sous pilule oestro-progestative, les métrorragies chez les femmes porteuses d'un stérilet. Les autres causes identifiées sont le niveau socio-économique bas, le manque de renseignements, l'échec lié à une mauvaise observance, refus du conjoint et désir d'une autre grossesse dans un bref délai.

A l'issue de notre étude, il est constaté que les méthodes de contraception modernes (pilule, stérilet, préservatif et implant) sont les plus utilisées dans notre région, en milieu urbain (Matungulu et al., 2015), d'autant plus que les patientes ont un niveau d'instruction élevé (Leye, Wone et al, 2015) et que les conditions socio-économiques sont favorables. Ces résultats concordent avec les résultats de la littérature (Mbarambara et al., 2016 ; Leye et al, 2015)

La qualité de l'information donnée est aussi un facteur déterminant (Leye et al, 2015 ; Matungulu et al., 2015). Les femmes jeunes, principalement les primipares utilisent souvent la pilule à visée contraceptive, soit par manque d'informations (Ntambue et al., 2016) sur les autres méthodes (un sujet non abordé en consultation prénatale, fausses croyances) ou en se basant sur l'expérience d'autres femmes dans leur entourage, donnant un avis favorable (Mbarambara et al., 2016 ; Yaëlle, 2010) ; notons aussi que c'est souvent la méthode prescrite sur l'ordonnance de sortie en post-partum, cela semble encourager les patientes à poursuivre son utilisation ultérieurement.

Les autres déterminants du choix du mode contraceptif identifiés dans notre étude et rapportés par d'autres auteurs sont le désir de ne plus avoir d'enfant (méthodes à longue durée d'action préférées), la peur des effets secondaires, l'attitude favorable de la patiente et l'approbation du mari (Mbarambara et al., 2016 ; Leye et al, 2015 ; Ntambue et al., 2016 ; Matungulu et al., 2015)



L'amélioration des conditions socioéconomiques et la sensibilisation des patientes au niveau des centres de protection materno-infantile ou lors de la consultation prénatale semblent indispensables pour une meilleure utilisation des moyens de contraception moderne (Ntambue et al., 2016 ; Leye, Wone et al, 2015) .

Conclusion

Les facteurs socio-économiques, culturels et le profil clinique des patientes mais aussi l'attitude des soignants conditionnent le choix du mode de contraception. Une sensibilisation à large échelle est nécessaire afin d'effacer les idées reçues et de promouvoir les nouvelles méthodes de contraception moderne.

MOTS-CLÉS : contraception, planification familiale, déterminants

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Leye MMM, Faye A, Diongue M, Wone I, Seck I, Ndiaye P et al. Déterminants de l'utilisation de la contraception moderne dans le district sanitaire de Mbacké (Sénégal). *Afr. Santé Publique Dev.* 2015 ; 27 :107-116

Leye MMM, Wone I, Hamady MMO, Tine JAD, Faye A, Seck I et al. Facteurs associés à l'utilisation de la contraception moderne au niveau de la commune d'Aïoun en Mauritanie. *Rev. Cames Santé* 2015 ; 3 :77-80

Matungulu CM, Kandolo SI, Mukengeshayi AN, Nkola AM, Mpoyi DI, Mumba SK et al. Déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives dans la zone de santé Mumbunda à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. *Pan Afr. Méd. J.* 2015 ; 22 :329

Mbarambara PM, Kingombe CZ, Mututa PM, Bisangamo CK. Determinants of Contraceptive use among Women in General Hospital of Referral Bagira, Democratic Republic of Congo. *Int. J. Innov. Appl. Stud.* 2016; 16: 63-71

Ntambue AM, Tshiala RN, Malonga FK, Ilunga TM, Kamonayi JM, Kazadi ST et al. Utilisation des méthodes contraceptives modernes en République Démocratique du Congo: prévalence et barrières dans la zone de santé de Dibindi à Mbuji-Mayi. *Pan Afr. Méd. J.* 2016 ; 26 :199

Yaëlle AM. Jeunes femmes face à la multiplicité des méthodes contraceptives. In: *Polit. Soc. Fam.*, n°100, 2010. Fécondité et politiques publiques. pp. 104-109



Communications Libres

Session 2

Modérateurs : G.Formet / M. Giami

- **Du petit écran à l'ère du numérique : Que deviennent les rapports de genre?**
A. Chenu
- **Victimes de violences sexuelles : Histoire d'une injustice. Rétrospective historique des violences sexuelles du Moyen-Âge au début du XXIème siècle**
C. Guyonnet
- **Vie érotique et plaisirs sexuels : Sadomasochisme et droit**
J. Delga
- **Au fil du Jeu de l'Oie Systémique... Dynamiques familiales et stratégies identitaires adoptées par les personnes homosexuel-le-s lors du coming out à La Réunion**
M. Begue / L. Chamberland / J. Otis
- **Projet PrEP Goutte d'Or : initier la PrEP en médecine de ville et envisager la santé sexuelle des personnes**
M. Ahouanto-Chaspoul / F. Linard / C. Segouin / J. Phammavanh / V. Viomesnil / F. Vanlerberghe / A. Giannotti / B. Hadrouf / S. Callard
- **L'impact de la PrEP sur la sexualité des Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes**
S. Decock

Du petit écran à l'ère du numérique : Que deviennent les rapports de genre ?

Alice Chenu
Psychologue Sexologue
Paris/Limoges
a.chenu@criavs.fr



Depuis la naissance de la télévision, les représentations que nous nous faisons de l'homme, de la femme et de la sexualité ont été largement remaniées. Les repères traditionnels se sont modifiés considérablement pour en arriver à nos représentations contemporaines. Les stéréotypes relatifs à la sexualité et au genre sont certainement parmi les plus touchés par la déconstruction des modèles traditionnels. Les écrans, par le biais de la télé puis d'Internet, en sont la partie visible.

Quels modèles sociétaux les écrans mettent-ils à la disposition de chaque génération d'adolescent.e.s pour qu'ils.elles puissent construire/déconstruire leurs représentations de genre et de la sexualité ?



Comment la jeunesse des diverses décennies construit-elle ses propres représentations sur les cendres laissées par les générations précédentes ?

À travers une approche historique, nous avons choisi de rechercher les représentations des hommes, des femmes et de la sexualité sur les écrans des années 1950 à nos jours, telles qu'un.e adolescent.e de chaque génération a pu les voir. Cette mise en perspective des images au fil des décennies a pour objectif de fournir des éclairages sur les enjeux actuels des sexualités et du genre.

Dans un contexte de reconstruction d'après-guerre, les années 1950 sont marquées par le clivage des genres, avec un monde télévisuel masculin où les images sont soigneusement choisies pour éduquer les générations à venir à devenir chefs de famille pour les uns et femmes au foyer pour les autres.

Cette période empreinte de contraintes sociales fortes porte en germe la déferlante de 1968 où la sexualité est particulièrement bousculée, devenant un espace de plaisir et non plus un moyen de procréation.

Les années 1970 sont marquées par des combats féministes comme l'accès à une contraception gratuite et à l'avortement, dans une forme de convergence progressive des genres. Les places des uns et des autres ne sont plus immuables.

Les adolescent·e·s des années 80 ont pour leur part accès à l'image de la « femme libérée », visible aussi bien nue sous la douche dans des émissions grand public, que présentant le 20 Heures. À la même époque, les hommes peuvent se rêver « papas poules ».

Après l'euphorie et la banalisation du « Peace and Love », vient l'époque de « l'amour qui tue ». La télé se fait témoin de l'arrivée du SIDA. La sexualité devient alors synonyme de peur. À l'heure où la prévention sexuelle prend un caractère de santé publique, Clémentine Célarié tente d'écorcher les stéréotypes de l'époque en embrassant sur la bouche une personne séropositive devant des millions de téléspectateurs.

Les années 2000 marquent pour leur part le début d'un mouvement de dévoilement de l'intime, symbolisé par « Le loft » où des participants ont eu des relations sexuelles dans une piscine, en direct. La télé-réalité est le phénomène qui illustre à la fois le développement de l'hypersexualité et la mise à nue de l'intime dans l'espace public.

Au cours de la décennie, les adolescent·e·s se désintéressent massivement de la télévision au profit d'Internet et notamment de Facebook, YouTube, puis YouPorn. Dans le même temps, les séries sont vectrices d'une diversification des modèles, valorisant notamment des couples homosexuels (Plus belle la vie), des femmes cougar (Desperate Housewives)...

La « génération virtuelle » communique sans cesse ; elle n'est plus passive face à une information unique transmise par la génération précédente. L'adolescent·e peut ainsi devenir actif·ve et s'exhiber sur la toile, son espace privé devenant alors public.

Dans la société occidentale actuelle, où l'information est accessible partout et par tou·te·s, les adolescent·e·s se construisent avec les nouvelles technologies, nourri·e·s par des informations permanentes où les moteurs de recherche sont devenus des autoroutes du savoir.

Dans cette période de forte liberté individuelle relativement aux écrans, l'adolescent·e se construit dans un futur où les codes et limitations sociales ont des contours plus flous et des représentations plus diversifiées relativement au genre et à la sexualité.



Et aujourd'hui, que deviennent les rapports de genre sur lesquels les adolescent.e.s construisent leur identité ? Quelles sont les tendances actuelles ?

En France, les champs consacrés aux études de genre pour penser autrement la norme hétérosexuelle sont encore récentes et restent minoritaires (Chetcuti-Osorvitz, N. 2009).

Pourtant, s'interroger sur la construction actuelle du féminin-masculin et de la sexualité constitue le terreau d'une prévention sexuelle et d'une pratique professionnelle adaptées aux besoins de chacun.e. Tenter de prendre conscience des représentations stéréotypées et tenter de les dépasser constitue l'un des défis pour la construction sexuelle des générations futures. L'enjeu étant d'avoir une approche permettant aux adolescent.e.s de se construire autour de normes plus souples. Cela implique notamment d'avoir une approche de soins moins classique, pour faciliter un pluralisme des cheminements des adolescent.e.s sur les questions de genre.

MOTS-CLÉS : évolution / média / genre / sexualité / adolescence.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Bajos, N., Rahib, D., Lydié, N. Baromètre santé 2016. Genre et sexualité. D'une décennie à l'autre. Coll. Baromètres santé.

Brenot, P. Les violences ordinaires des hommes envers les femmes, Odile Jacob, 2008.

Chetcuti-Osorovitz, N. 2009. Sexe/genre et sexualité : une histoire des concepts ». In Florence Degrave (dir.), *Diversité des féminismes*, Bruxelles, Pensées féministes, Université des femmes, p.181-217.

Giami, A., Hekma, G. Révolutions sexuelles. La Musardine, Paris. 2015.

Goffman, E. L'arrangement des sexes. La dispute. Le genre du monde. 1977.

Riot-Sarcey, M. De la différence des sexes. Le genre en histoire. Larousse, 2010.



Victimes de violences sexuelles : Histoire d'une injustice. Rétrospective historique des violences sexuelles du Moyen-Âge au début du XXIème siècle

Corinne Guyonnet
Psychologue sexologue
Vesoul
corinneguyonnet@gmail.com

Introduction

Après le mouvement #MeToo, en 2017, les victimes sont sorties de l'ombre ; les silencieuses se sont mis à parler, et nous ont fait entrevoir l'ampleur du fléau des violences sexistes et sexuelles et des impacts psycho traumatiques délétères sur leur vie. Mais pour autant, la société a-t-elle pris la mesure du problème ; est-elle sortie du déni et reconnaît-elle les victimes et leurs souffrances ?

Tournons-nous du côté de l'histoire afin de prendre la mesure du chemin parcouru dans la reconnaissance des victimes, au cours des siècles, du moyen âge à nos jours et de mieux comprendre les enjeux des violences sexuelles au cœur des constructions sociales et des rapports entre les femmes et les hommes ; ce retour vers le passé nous permettra d'envisager le chemin qu'il reste à parcourir pour une véritable reconnaissance des victimes.

Méthode

Cette rétrospective historique des violences sexuelles s'est appuyée principalement sur les travaux de Georges Vigarello, historien, qui a passé quatre années dans les archives de la justice pour l'écriture de son livre sur l'histoire du viol.

Résumé

Du moyen âge à ce début du XX^{ème} siècle, la société est complaisante à l'égard des violences sexuelles : nombre infime de plaintes, rareté des peines ; les violences sexuelles sont une honte pour les victimes, qu'il vaut mieux taire. La violence subie demeure une violence cachée. Les victimes sont invisibilisées et silencieuses.

Les représentations sociales, la difficile reconnaissance des femmes comme sujet, conditionnent le traitement des victimes et des auteurs. Les relations sexuelles sont soumises aux relations sociales et au rang dans la société. La gravité des crimes et délits est proportionnelle au statut de la victime. Pour les médiévaux, l'infériorité des femmes est une évidence ; elle est un mâle manqué ; elles sont des éternelles mineures dans l'ombre du père ou du mari. Lorsqu'elles sont seules, elles sont suspectées de faire commerce de leur corps. Jusqu'au XVIII^{ème} siècle, la codification des crimes et délits est issue de la morale chrétienne ; La religion chrétienne, comme toutes les religions du livre, a durablement influencé les rapports sociaux et la vision des enfants et des femmes.

Les juges ne s'attachent aucunement à la psychologie ; ils veulent des faits, des preuves. La violence demeure liée à la brutalité et au sang ; ce n'est que très tardivement que la notion de surprise sera intégrée à la définition du viol.



Les violences sexuelles incestuelles restent dans le huis-clos du secret familial et sont que très rarement jugées.

La charge de la preuve pèse sur la victime et le doute bénéficie toujours à l'agresseur. L'impunité est quasi-totale ; blâme ou amende ; les femmes et les enfants encourent une condamnation tout autant que l'agresseur, suspectés de séduction. La sexualité licite et illicite n'est pas clairement dissociée.

Le procès d'Aix en Provence, en 1978, marque un tournant dans la reconnaissance des victimes de violences sexuelles et aboutira à une nouvelle définition du viol, toujours d'actualité. L'avocate Gisèle Alimi en a fait un procès politique du viol.

Le code pénal, en 1992, affirme la notion d'égalité et laisse place à l'individu, la personne ; il se départit de toute référence à la vertu, à la morale, et à la différenciation des sexes.

L'opinion publique, au cours de l'histoire, se montrera de plus en plus intolérante vis-à-vis des crimes et délits sexuels, et notamment ceux perpétrés par des hommes cultivés : prêtres, instituteurs... acte de domination imposée aux plus faibles, acte d'emprise et d'oppression.

La notion de viol conjugal est reconnue possible entre époux et le viol des garçons est reconnu.

Ce sont surtout les travaux des sciences humaines sur la clinique du psycho traumatisme qui rendra aux victimes un vrai visage et une relative reconnaissance des séquelles.

Il a fallu un travail inlassable sur les textes pour mieux définir la violence sexuelle et sa hiérarchie dans le crime, pour se départir de toute connotation religieuse, ou de genre. Malgré tout, la justice échoue à condamner les violences sexuelles et le statut de victime peine à se faire reconnaître dans une société qui ne veut pas entendre, qui ne veut pas voir l'ampleur des conséquences sur la santé des victimes ; dans une société empreinte de domination, nourrice des inégalités, qui accepte de changer quelques codes tant que ça ne remet pas en question le système.

Conclusion

Aujourd'hui comme hier, les violences sexuelles touchent les personnes en situation de vulnérabilité, d'infériorité et de discrimination dans les positions sociales, comme les femmes, les enfants, les personnes en situation de handicap ; tous les milieux et toutes les catégories sociales sont concernées. Elles trouvent leurs racines dans un système inégalitaire qui a trouvé son expression dans les lois, les institutions, les attitudes et les mentalités. Le chemin semble encore long pour une juste condamnation des violences sexuelles et une juste reconnaissance des conséquences traumatiques sur les victimes ; Ce ne sont pas les codes qu'il faut changer mais l'ensemble du système de domination qu'il convient de remettre en question.

MOTS-CLÉS : Histoire ; Justice ; Reconnaissance des victimes ; Statut social ; Violences sexuelles.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Debauche Alice. Viols et rapports de genre. Thèse IEP de Paris ; 2011.

Haute Autorité de Santé. Audition publique-Expertise psychiatrique pénale. Rapport de la commission d'audition ; Paris ; HAS 2007.

Le Naour Jean-Yves, Valenti Catherine. Et le viol devint un crime. Vendémaire ; 2014.



Les cahiers de sciences et vie ; Histoire et Civilisations. Dossier Moyen Âge ; Ainsi vivaient les femmes...La condition féminine de l'Antiquité au Moyen Âge ; N°165 ; novembre 2016.

Salmona Muriel. Le livre noir des violences sexuelles ; Paris ; Dunod ; 2013.

Vigarelo Georges. Histoire du viol. XVI-XX^{ème} siècles ; Paris ; Seuil ; 1998.



Vie érotique et plaisirs sexuels : Sadomasochisme et droit

Jacques Delga
Professeur honoraire à L'ESSEC
Avocat honoraire
Ancien professeur associé des universités
Paris
jacques.delga@orange.fr

Introduction

Le code pénal est silencieux sur le sadomasochisme. Le sadomasochisme ne constitue pas une infraction autonome. Il n'existe donc pas de poursuite pénale spécifique. En revanche des sanctions pénales pourraient avoir lieu en fonction des conditions dans lesquelles le sadomasochisme est exercé. Des plaintes pour coups et blessures ou homicides volontaires ou involontaires, ou viols résultant de pratiques sadomasochistes peuvent avoir lieu. Cette situation est en fait l'exception. D'une part parce que la victime dépose rarement plainte (mais la police découvre souvent des enregistrements vidéo). D'autre part parce que si l'un des participants accepte de subir quelques douleurs « Chéri fais-moi mal » il ne garde souvent pas de traces.

Le sadomasochisme peut être considéré comme une pratique sexuelle entre adultes consentants. Une pratique un peu particulière puisqu'un mal est infligé à autrui qui par principe l'accepte. Dès lors, sur le plan juridique, des interrogations peuvent naître provenant de l'impact de cette acceptation. Qu'en est-il véritablement ? Le droit pénal peut-il intervenir dans le domaine des pratiques sexuelles librement consenties. Ne relèvent-elles pas du libre arbitre des individus adultes ? Le champ des pratiques sexuelles et notamment du SM doit-il faire l'objet d'un contrôle quasi étatique comme peut l'être celui des pratiques pharmaceutiques ou médicales (ex problème du suicide assisté). La question est sensible car la France a signé la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme (CESDH) destinée à protéger les libertés individuelles et la vie privée. Or la vie sexuelle fait partie intégrante de la vie privée. La CEDH, juridiction indépendante supra nationale, est chargée de garantir l'application de la convention. Cette CEDH n'a pas directement le pouvoir de se substituer à nos lois ou à notre jurisprudence. Elle peut cependant en faisant condamner les Etats signataires pour non-respect de la convention des droits de l'homme les inciter à suivre son orientation (ex. PMA /GPA à propos de la reconnaissance de l'enfant né sous GPA à l'état civil)) Ces dispositions européennes s'ajoutent aux dispositions françaises d'ordre général qui pourraient être appliquées à la situation des participants à un jeu sadomasochiste. Dès lors quelle est la solution prévue par les textes français ou ceux de la CESDH ? A défaut, que prévoient nos tribunaux ou ceux de la CEDH. A quelles conditions ?

Méthode

Examen des dispositions prévues par la législation et la jurisprudence française ou européenne pouvant s'appliquer au sadomasochisme

1. Les textes, les contradictions, les évolutions de la jurisprudence

Dispositions de la convention de sauvegarde des droits de l'homme (CESDH)

Article 3 CESDH « Nul ne peut être soumis à la torture ou à des traitements dégradants »

Article 8 paragraphe 1 CESDH. Toute personne a droit au respect de sa privée (Le respect de la vie privée incorpore la vie sexuelle et prime sur l'intervention de l'état formulée souvent à travers la notion d'atteinte à la dignité ou d'indisponibilité du corps)

Article 8 paragraphe 2 (en substance) Sauf s'il existe des raisons de particulières gravités. On peut ainsi porter atteinte à la liberté sexuelle des citoyens s'il s'agit de protéger leur vie

Article 16- 1 Code civil Toute atteinte au corps humain est illicite (étant précisé que le consentement de la victime n'est pas un fait justificatif exonérateur de responsabilité (Crim 1 Juillet 1997 / Crim15/12/1837 interdiction du duel)

Art 222-1 Code pénal Le fait de soumettre une personne à des actes de barbarie est puni de 15 ans de réclusion criminelle

Les dispositions de l'article 8 paragraphes 1 de la convention européenne (CESDH) qui semblent autoriser le jeu de sadomasochisme au nom du principe prédominant du respect de la liberté sexuelle sont en contradiction avec les autres textes

- La jurisprudence Son évolution (européenne notamment)

Jusqu'aux années 2000 environ prédominance de la protection de la santé et de l'ordre moral (CEDH Laskey c Royaume Uni 19 fév. 1997 req n° 21627/93, 21627/93)

Puis prédominance de la prise en considération du consentement. Disparition (provisoire ?) de l'atteinte à la santé ou à la dignité pour justifier des poursuites pénales (CEDH K.A et AD. c Belgique 17 fév. 2005 Req 42758/98, 45558/99 §84 /CEDH Pretty c Royaume Uni 29 avril 2002 req n0 2346/02°

2. La question du consentement et de la potentialité des souffrances consenties

Consentement explicite, libre, sans contrainte (à défaut prononcé de circonstances aggravantes ex jeu de Shibari qui a mal tourné (Cass crim 26 fév. 1990 meurtre par strangulation) / Cass crim 22 fév. 2011 viol entre époux) respect du « safe word » (CEDH K.A et AD. c Belgique 17 fév. 2005 Req 42758/98, 45558/99 §84) Vers l'idée de nomination d'un contrôleur des participants (Cour de cassation ch. crim 2 dec 2009 req n°09-82447)

La seule potentialité de provoquer des lésions graves suffit pour justifier des poursuites

Résultats

La jurisprudence française de la Cour de cassation tend à suivre la jurisprudence de la CEDH (qui ne correspond plus à la morale judéo chrétienne) L'absence de poursuite pénale est conditionnée par le respect du parfait consentement de la victime. Afin d'éviter des débordements le contrôle des participants à un tel jeu par un organisme (club) ou un tiers extérieur semble être recommandé. Toutefois même dans ces conditions et même en l'absence de lésion apparente il importe qu'aucun trouble grave ne soit susceptible d'être causé.



Conclusion

La jurisprudence française est encore un peu incertaine, et mal fixée, ce qui est dangereux pour les libertés de ceux qui pratiquent le sadomasochisme. Il convient d'attendre de prochaines décisions de la Cour de Cassation.

MOTS-CLÉS : Sadomasochisme /Droit français et européen (CEDH) / Consentement

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Caballero F « Droit du sexe Paris » LGDG 2010

Caya O " Le plaisir de la peine et l'arbitraire de la pénalisation du plaisir", D Borillo et D Lochak in La Liberté sexuelle Puf 2005

Delga J "Almanach Droit et Sexualités MA éditions Eska 2018

Fabre-Magnan « Le sadisme n'est pas un droit de l'homme" Rec Dalloz 2005 p 2973

Touzeil Divina M (direction) Actes du colloque du Mans « Droit(s) au(x) Sexe(s) » L'Épilogue Lextenso 2017



Au fil du Jeu de l'Oie Systémique... Dynamiques familiales et stratégies identitaires adoptées par les personnes homosexuel-le-s lors du coming out à La Réunion

Madeleine Begue
Candidate au Doctorat en Sexologie
7 allée des Tourmalines PK4 Bellepierre
97400 Saint-Denis La Réunion
madeleine.begue.1218@gmail.com
begue.madeleine@courrier.uqam.ca

Le projet doctoral *Au fil du Jeu de l'Oie Systémique ... Dynamiques familiales et stratégies identitaires adoptées par les personnes homosexuel-le-s lors du coming out à La Réunion* porte sur la construction de l'identité sexuelle à La Réunion. L'étude s'intéresse aux dynamiques familiales lors du coming out, à l'ajustement des familles lors de ce processus ainsi qu'aux stratégies identitaires adoptées par les lesbiennes et les gais pour vivre leur orientation sexuelle à La Réunion. Les rares connaissances sur l'homosexualité à La Réunion en lien avec les familles font ressortir l'homophobie des familles, le déni de soi des personnes homosexuelles et bisexuelles comme stratégie identitaire principale. (Bègue, 2016; Gérard et al., 2018).

Les objectifs et questions de recherche s'organisent en trois volets. Le premier concerne la famille et vise à documenter les dynamiques familiales de familles réunionnaises lors du coming out en se demandant comment les familles réunionnaises s'ajustent (rôles, fonctions) dans le quotidien au coming out d'un des leurs en tant qu'homosexuel-le ? Le second, axé sur l'individu s'interroge et veut appréhender les stratégies identitaires adoptées par les personnes lesbiennes et gaies en lien avec les dynamiques familiales lors du coming out. Le dernier, plus méthodologique, s'interroge sur la pertinence et les limites du Jeu de l'Oie Systémique (JDOS) comme outil de collecte de données en recherche-Intervention en sexologie pour documenter un phénomène auprès des familles réunionnaises.

Les réactions parentales lors du coming out sont présentées sous forme de dichotomie Rejet/Acceptation avec une insistance sur la négativité ou encore sur des aspects émotionnels. Le coming out étant alors associé à un deuil de l'avenir hétérosexuel. L'ajustement et les ressentis positifs des parents dépendent de leurs habiletés de communication et de leur esprit d'ouverture ouvrant à une proximité améliorée, une croissance personnelle avec leur enfant, de nouveaux rôles et identités. L'acceptation du coming out s'observe au travers de la confiance des parents dans les capacités de leur enfant à intégrer son identité homosexuelle, la fierté exprimée, l'inclusion dans le réseau familial, l'acceptation du partenaire, l'égalité de traitement par rapport aux autres enfants, l'expression d'un amour inconditionnel et surtout l'absence de désir de changer l'identité de la personne. Or, ces savoirs proviennent d'échantillons majoritairement constitués d'hommes blancs, urbains, de classe moyenne, hautement qualifiés, de rapports individuels, basées sur les perceptions des personnes homosexuelles, lors de la divulgation et des réactions subséquentes. Elles se font surtout hors du contexte des relations familiales, et s'avèrent insuffisantes au regard des problématiques cliniques. Pour les connaissances concernant les parents s'ajustant au coming out, ce sont de petits échantillons homogènes, avec une sous-représentation des points de



vue des pères, de la fratrie et des familles ethnoculturelles. D'où l'intérêt de s'attacher à collecter les données auprès de tous les membres de la famille en même temps sur un site pluriethnique, ultrapériphérique.

Pour ce faire le Jeu de l'Oie systémique (JDOS) apparaît le plus adéquat. Créé fin 1990 par Yvelines Rey et Philippe Caillé, ce plateau de jeu se présente en dix cases blanches, une case départ et une d'arrivée, avec des cartes symboliques (la prison, le puits, l'hôtel, le pont, l'oie, la mort et le labyrinthe) et des consignes pour son déroulement. Le JDOS fait partie d'un ensemble d'outils thérapeutiques systémiques appelés « *objets flottants* ». Il s'agit d'un outil de communication entre le groupe et l'individu qui soulève des enjeux d'appartenance et de différenciation, d'intérieur-extérieur, du passé et de l'avenir. Ses fonctions thérapeutiques sont de restaurer des liens familiaux, favoriser la cohésion du système familial, travailler sur le sentiment d'appartenance et contribuer à l'individuation de ses membres.

Sur le plan méthodologique, l'échantillonnage sera non probabiliste, avec une combinaison de techniques, s'appuyant sur douze familles nucléaires, avec une répartition genrée (6 lesbiennes, 6 gays). Les critères d'inclusion concernent des familles ayant vécu le coming out depuis au moins un an, qui ont le désir de partager leur vécu, qui veulent changer les traitements réservés aux familles et aux personnes homosexuelles, et qui sont volontaires pour tester le JDOS. Les critères d'exclusions sont les familles qui sont toujours en crises existentielles, qui ont fait le coming out depuis moins d'un an et qui sont non-acceptante de l'homosexualité de leur enfant. Les milieux de recrutements sont les groupes de pairs, les associations de terrain et les services médicaux sociaux et éducatifs.

Concrètement, dans la première phase, les familles participantes choisissent dix événements significatifs de l'histoire familiale constituant une trame chronologique, dans laquelle les jalons du coming out vont s'insérer. Dans une seconde phase, chaque événement est qualifié symboliquement par chaque personne, amenant une prise en compte des points de vue individuels dans une reconstruction de forte intensité émotionnelle. La dernière phase consiste à resituer la trame chronologique dans une temporalité avec un départ et des projets d'avenir. Cinq rencontres sont prévues par famille. La première consiste en une séance de présentation réciproque et d'informations sur l'ensemble du projet. La seconde consiste à faire émerger les événements familiaux marquants ainsi que ceux du coming out. La troisième porte sur la qualification symbolique des différents événements chronologiques. La quatrième resitue l'origine de la trajectoire familiale et les projets d'avenir collectifs et individuels. La cinquième aura lieu entre 3 et 6 mois plus tard. Elle sera centrée sur le vécu du processus de recherche, les suggestions permettant d'améliorer le JDOS à des fins de recherche auprès de familles. Les entretiens seront menés en créole réunionnais si nécessaire. Les enjeux éthiques ont été approuvés par le CERPÉ en Juin 2018 (numéro 2416). L'étude comporte des limites comme son petit échantillon, l'exclusion des minorités sexuelles, et un biais d'échantillonnage. Les rencontres seront enregistrées, puis transcrites intégralement en format Word afin d'être encodées à l'aide du logiciel Nvivo. Les résultats attendus sont des connaissances sur les dynamiques de familles réunionnaises qui s'ajustent au coming out d'un des leurs, sur les stratégies identitaires adoptées par les personnes homosexuelles pour vivre leur homosexualité à La Réunion, sur le contexte socioculturel et enfin sur les potentialités du JDOS pour la recherche auprès des familles.

MOTS-CLÉS : Identité sexuelle – Coming out – Jeu de l'Oie Systémique – Recherche-Intervention- La Réunion



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Bègue, M. (2016). *Minorités sexuelles à L'Île de La Réunion : étude exploratoire sur la construction identitaire sexuelle des lesbiennes, gais et bisexuel-le-s*. (Maitrise de Sexologie), UQAM.

Gérard, R.; Serville, G.; Vanceunebrock-Mialon, L. (2018). Rapport numéro 1090 d'information sur la lutte contre les discriminations anti LGBT dans les Outre-mer (Assemblée Nationale).

Heatherington, L. et Lavner, J. A. (2008). Coming to terms with coming out: Review and recommendations for family systems-focused research. *Journal of Family Psychology*, 22(3), 329-343. doi:10.1037/0893-3200.22.3.329

Rey, Y. et Colpin, M. T. (2014). *Le jeu de l'Oie dans tous ses états : une méthode d'entretien systémique originale : couple, famille, individu, école, institution*. Éditions Fabert, Paris.

Willoughby, Doty et Malik. (2008). Parental reactions to their child's sexual orientation disclosure: A family stress perspective. *Parenting: Science and practice*, 8(1), 70-91.

Woodward, E. et Willoughby, B. (2013). Family Therapy with Sexual Minority Youths: A Systematic Review. *Journal of {GLBT} Family Studies*, 10(4), 380-403.



Projet PrEP Goutte d'Or : initier la PrEP en médecine de ville et envisager la santé sexuelle des personnes

Ahouanto-Chaspoul M. (2), Linard F. (3), Segouin C. (4), Phammavanh J. (1), Viomesnil V. (1), Vanlerberghe F. (1), Giannotti A. (1) Hadrouf B. (1), Callard S. (1)

(1) Maison de Santé multi-sites Goutte d'Or

(2) SMIT/ CeGIDD Bichat Claude Bernard

(3) SMIT Tenon (4) CeGIDD Fernand Widal

Contexte

En France, plus de 10 500 personnes bénéficient de la PrEP, souvent dans les sites des essais ANRS-Ipergay (Molina et al., 2015) ou de PREVENIR et dans les CeGIDD.

Une étude (Pannetier, et al., 2016) montre qu'entre 35 et 49 % des contaminations par le VIH chez les femmes migrantes d'Afrique Subsaharienne se font après leur arrivée en France.

Un groupe de travail « PrEP et personnes en situation de migration » constate que l'hôpital ou les structures identifiées comme VIH/sida ne sont peut-être pas les bonnes portes d'entrée.

Un sous-groupe s'est constitué pour envisager une prescription en cabinet de ville en collaboration avec l'hôpital. La Maison de Santé (MSP) de la Goutte d'Or est composée de professionnels libéraux, située dans un quartier où plus d'un tiers des habitants est nés à l'étranger (INSEE, 1999).

Problématiques et hypothèse

Les personnes migrantes sont absentes des consultations PrEP hospitalières ou des CeGIDD. Notre groupe initie la prescription et le suivi en cabinets de ville.

Trois obstacles :

- Aborder la sexualité dans la consultation de médecine générale ;
- Identifier les personnes éligibles ;
- Méthode de prévention peu connue.

Hypothèse : les médecins traitants peuvent surmonter ces obstacles dans le cadre d'un protocole définissant les échanges sur la sexualité avec les patients et l'organisation d'une consultation PrEP conjointe médecin traitant/médecin hospitalier dans les murs des cabinets de ville permettrait d'initier la PrEP.

Méthodologie

- L'équipe : 5 médecins généralistes ; 1 sage-femme, 3 médecins hospitaliers ;
- Une réunion tous les 15 jours ;
- L'activité associée : clinique, prévention, analyse de pratiques, recherche avec l'élaboration du protocole MR001 (dépôt en cours), comportant une phase pilote ;
- Sont incluses toutes les personnes qui ont donné leur consentement au questionnaire 1 ;

- Les personnes incluses⁵ sont suivies 12 mois ;
- Trois questionnaires santé sexuelle sont administrés pendant les consultations ;
- Un questionnaire détaillé en santé sexuelle est proposé aux personnes volontaires trois mois au moins après l'inclusion.

Déroulement :

	C 1	C 2	C 3	C4 (M1)	C5 (M2)	C6 (M3)	C7 (M6)	C8 (M9)	C9 (M12)
Médecin généraliste Sage-femme	X		X	X	X	X	X	X	X
Médecin hospitalier		X	X				X		X
Recueil du consentement	X					X			
Examen physique		X	X	X	X	X	X	X	X
Prescription bilan biologique		X	X	X	X	X	X	X	X
Rendu des résultats			X	X	X	X	X	X	X
Prescription pour 1 mois			X	X	X				
Prescription pour 3 mois						X	X	X	X
Questionnaire 1	X								
Questionnaire 2		X							
Questionnaire 3				X	X				
Questionnaire 4 (à partir M3)						X			

Résultats :

- Du 1^{er} mars 2018 au 1^{er} mars 2019 ;
- 127 questionnaires Q1, ont été administrés par les MG et la sage-femme en cas de prise de risques sexuels ; changement de partenaire, dysfonction sexuelle, intuition clinique ;
- 28 personnes ont été identifiées comme pouvant bénéficier de la PrEP. Un RDV de consultation avec les médecins hospitaliers leur a été proposé auquel 23 se sont rendus (Questionnaire 2) ;
- Parmi les 5 qui ne sont pas venus les causes en sont multiples : décès dans la famille, disparition de l'indication initiale, 1 RDV reporté et 2 non honorés motifs inconnus ;
- Parmi les 23 patients pouvant bénéficier de la PrEP : 9 personnes n'ont pas eu de prescription PrEP car 7 n'ont pas honoré le deuxième RDV ; 1 pas d'indication, 1 hépatite B en cours d'exploration.
- 14 PrEP ont finalement été prescrites ; dont 13 en continu et 1 à la demande ;
- Parmi ces 14 PrEP : 1 n'a pas été débutée après prescription. Les 13 personnes mises finalement sous PREP sont 6 hommes, 6 femmes, 1 Trans ; leur moyenne d'âge : 30.5 ans (F 28 ans, M 35.3 et T 43). Tous sont « issues de l'immigration » ;
- Parmi ces 13 patients on rapporte 3 arrêts de traitement : 2 pour nausées vomissements douleurs abdominales (homme M6 et femme M2) et 1 par crainte de la patiente à M5 devant des difficultés d'observance avec oublis de prises ;
- Après trois mois sous PrEP chaque patient volontaire pouvait répondre, lors d'une consultation dédiée, à un questionnaire détaillé en santé sexuelle.

Discussion :

- La préoccupation première des personnes en situation de migration n'est pas la PrEP qui ne peut se faire dans ce contexte que dans une offre de soins globale ;
- C'est le lien de confiance des patients avec le médecin traitant, dans le cadre habituel du cabinet qui permet d'aborder la sexualité ;
- La sexualité reste une question fondamentale à aborder sans idéologie. « Dans la situation où vous êtes-vous, quel mode de prévention serait le plus adapté et le plus acceptable pour vous ? » ;
- Le questionnaire Q1 est déjà un outil de prévention car il rend possible un dialogue sur la sexualité avec un professionnel de santé. C'est une première sensibilisation ;
- Cela confirme que la collaboration entre des médecins de ville et des médecins hospitaliers est possible.

MOTS-CLÉS : Santé sexuelle ; Migrants ; PrEP; Cabinet de ville.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

INSEE, RP 1999

Molina JM, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I et al. - On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. N Engl J Med. 2015 Dec 3;373(23):2237-46

Pannetier J., Ravalihasy A., Le Guen M., Lydié N., Dray-Spira R, Bajos N., et al Forced sex, migration and HIV infection among women from sub-Saharan Africa living in France: results from the ANRS Parcours study. 21st International AIDS Conference Abstract Supplement Journal of the International AIDS Society 2016, 19 (Suppl 5)

L'impact de la PrEP sur la sexualité des Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

Sladjana Decock
smd0045@gmail.com
Tourcoing

Introduction :

La Santé Publique 2017 (Lot, 2017) annonce 6003 nouvelles contaminations au VIH. Fin décembre 2018, plus de 10000 « PrEPeurs » utilisent ce nouvel outil de prévention en France (Billioti de Gage et al., 2018)

L'objectif de l'étude est de mieux comprendre les comportements des usagers de la PrEP et l'impact de cette modalité de prévention sur leur sexualité.

Méthodologie :

Une étude associant une approche quantitative et qualitative a été menée. Une base de données de 120 usagers de la file active a été analysée. De plus, durant une période de 3 mois, des entretiens auprès de 19 volontaires éclairés ont permis d'investiguer les habitudes, les comportements et les pratiques sexuelles, ainsi que leur perception de la prévention et de la santé sexuelle.

Pour réaliser l'évaluation de la perception de la santé sexuelle, la santé physique, la santé psychique et le bien-être général des usagers du *Truvada*®, des échelles visuelles analogiques graduées de 0 à 10 ont été utilisées. Les critères d'inclusion sont définis par la prophylaxie débutée depuis 3 mois au minimum. Cet outil d'investigation, après vérification de la bonne compréhension, a permis de façon objective de comparer l'évolution du niveau de satisfaction dans le temps et entre les patients. Chaque patient a indiqué son niveau de satisfaction concernant sa vie sexuelle actuelle sur l'échelle suivante :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune										Excellente

Le niveau 0 présente aucune satisfaction. Un 10 est attribué à un niveau de satisfaction excellent.

Résultats :

Le profil des usagers PrEP, inclus dans les statistiques est déterminé par l'âge qui s'étend de 21 ans à 60 ans, avec une médiane de 37,8 ans, mettant en évidence une concentration importante dans deux tranches d'âge : de 30 à 35 et de 40 à 45 ans. 78% des personnes sous PrEP se trouvent dans la catégorie de 30 à 50 ans.

La population est composée selon le sexe et l'orientation sexuelle de 117 HSH et 3 femmes (2 échangistes et 1 travailleuse du sexe). Des IST lors du suivi ont été diagnostiquées pour 18% Chlamydie, 23% Gonocoque et 16% Syphilis. Parmi les usagers, nous comptons également 60% de consommateurs de produits psychoactifs dans un contexte d'activité sexuelle.

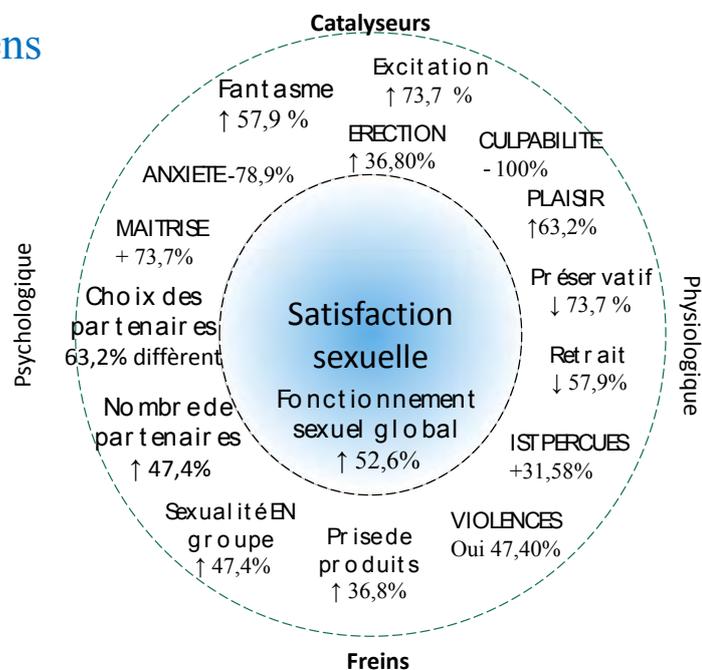
La satisfaction sexuelle : à 82,1%, est corrélée à une libération sexuelle induite par une diminution de 78,9% de l'anxiété liée au risque de contamination par le VIH.

L'épanouissement sexuel : les émotions, le plaisir, les fantasmes ont des bienfaits directs sur la santé physique, psychologique et le bien-être général.

Dans le schéma illustrant les données obtenues après analyse des interviews menées, nous avons repéré les catalyseurs et les freins à la satisfaction sexuelle. Secondairement, ces éléments ont été répartis par une catégorisation entre étiologies physiologiques et psychologiques. L'objectif de ce travail est d'obtenir une vision globale des interférences mentionnées sur le fonctionnement sexuel global.

Analyse des entretiens

ECHELLE ANALOGIQUE GRADUEE	
Satisfaction sexuelle :	5,79-8,21/10
Santé physique :	7,5-7,7/10
Santé psychologique :	6,31-8,07 /10
Bien être Général :	6,71-8,05/10



Conclusion :

La désinhibition sexuelle avec l'abolition de la peur du VIH est à l'origine d'une meilleure satisfaction sexuelle mais aussi d'une augmentation de prises de risques.

Par conséquent, la prévention semble être vécue différemment. La régression de l'utilisation du préservatif est notable, le moyen de protection est remplacé pour la population concernée par une substance chimique favorisant la médicalisation de la sexualité. Il subsiste toutefois une anxiété quant aux IST se substituant à la phobie du VIH. Néanmoins l'augmentation de la consommation des produits psychoactifs dans un but de dopage sexuel devient une préoccupation importante. Par conséquent, ce constat pourrait mettre en évidence une prévalence croissante des IST nécessitant une confirmation à l'aide d'un échantillonnage plus important et incluant un nombre de femmes représentatif.



MOTS-CLÉS : PrEP VIH, homosexualité masculine, satisfaction sexuelle, comportements à risque, prévention IST.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Billioti de Gage S, Aubriere C, Dray-Spira R. Suivi de l'utilisation de Truvada ou génériques pour une prophylaxie pré-exposition (PreP) au VIH. ANSM, 2018, p. 8

Lot F. Découvertes de séropositivité VIH et Sida en 2015, Point épidémiologique. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2017



Communications Libres

Session 3

Modérateurs : N. Flicourt / L. Serazin-Orsini

- **La thérapie de couple axée sur les émotions : Une thérapie qui crée de l'intimité**
A. Belgram-Perkins
- **Intégration de la sexualité dans le cycle de la vie**
D. Lefèvre
- **Le couple à l'épreuve de la durée**
M-A. Binet
- **Adultes à haut potentiel intellectuel et rapport au corps : quel impact sur la sexualité ?**
G. Stevens
- **L'amélioration de compétences émotionnelles au sein d'un groupe de paralysés cérébraux en résidence améliore-t-elle les capacités de séduction ?**
P. Coquiart
- **Vie relationnelle, affective et sexuelle pour les personnes porteuses de handicap mental, vivant en institution, un travail en partenariat**
B. Sempé Némoz
- **Implantation d'un programme universitaire en sexualité : Outil de réponse à un besoin d'intervenants multidisciplinaires**
D. Trudel / J. Ingrid



La thérapie de couple axée sur les émotions : Une thérapie qui crée de l'intimité

Anne Belgram-Perkins
Psychologue clinicienne
90 route de Montesson, 78110 Le Vésinet
anne.belgram.perkins@gmail.com

Introduction :

L'objectif de cette présentation est de permettre aux participants de se familiariser avec la Thérapie de Couple Axée sur les Emotions (*Emotionally Focused Couples Therapy*) et de comprendre son impact thérapeutique. Ce modèle de thérapie de couple, empiriquement validé par de nombreuses recherches (Weibe et Johnson, 2016), est basé sur la théorie de l'attachement et la « science » des émotions. Le cadre et les interventions thérapeutiques qui caractérisent ce modèle visent à aider les partenaires en détresse à s'exposer émotionnellement l'un à l'autre, créant ainsi une plus grande intimité et sécurité émotionnelles dans le couple, et selon les recherches récentes, une plus grande satisfaction sexuelle.

La Thérapie de Couple Axée sur les Emotions (TCÉ) a fait ses preuves surtout avec des couples hétérosexuels et monogames, qui disent s'aimer encore et qui désirent rester ensemble. C'est d'ailleurs, un modèle qui favorise implicitement l'exclusivité sexuelle et une forme d'union plutôt traditionnelle.

La Thérapie de Couple Axée sur les Émotions (TCÉ) conceptualise la détresse conjugale en termes d'une détresse de séparation qui crée une dynamique négative entre partenaires. Dans une boucle de feed-back, cette dynamique négative entretient à son tour la détresse de séparation, qui entretient la dynamique négative... La TCÉ s'appuie sur des principes systémiques et humanistes/expérientiels pour aider les couples à améliorer leur fonctionnement en créant un lien d'attachement plus sécurisant (Johnson, 2004). Selon la TCÉ, le fonctionnement sexuel du couple est intimement lié à la qualité globale de leur lien d'attachement. Ainsi, selon cette perspective, l'insécurité dans le lien d'attachement aura tendance à influencer négativement la sexualité du couple. Le lien d'attachement dans le couple est impacté par le style d'attachement de chaque partenaire et par la dynamique qu'ils ont créé ensemble.

McPhee, Johnson et van der Veer (1995) ont constaté une amélioration de la satisfaction au niveau de l'intimité sexuelle après la TCÉ chez des couples où la femme manifestait des problèmes de désir. Birnbaum, Reis, Mikulincer, Gillath et Orpaz (2006) montrent que l'attachement de type sécurisant est lié à un niveau plus élevé de satisfaction sexuelle. Weibe, Elliott, Johnson, Burgess Moser, Dalglish, Lafontaine et al. (2018) ont montré en effet que la satisfaction sexuelle des couples, évaluée par auto-questionnaires chez 32 couples qui ont reçu 21 séances de TCÉ, a augmenté de façon durable post-thérapie. Cette dernière recherche met en évidence que la thérapie permet par ailleurs une réduction de l'évitement de l'attachement. Ce changement semble être un élément clé dans l'amélioration de la satisfaction sexuelle des couples.

En TCÉ, une démarche structurée et des interventions thérapeutiques bien définies visent à



modifier la dynamique négative entre partenaires en les aidant à être plus accessibles, plus sensibles et plus engagés envers l'autre pour façonner un lien plus sécurisé. Le thérapeute crée un cadre sécurisant où les partenaires peuvent explorer et partager les émotions liées à leur relation de couple. Chacun apprend à élargir ses expériences et réponses émotionnelles pour intégrer les peurs et les besoins d'attachement qui sous-tendent les réactions défensives habituelles comme la colère et le retrait. Les partenaires apprennent de façon expérientielle à s'écouter et à répondre à l'autre avec empathie et sensibilité. En changeant ainsi la tonalité émotionnelle de la relation, la constriction et la rigidité émotionnelles et interactives sont remplacées par l'ouverture et la souplesse (Johnson, 2004).

Méthode :

La TCÉ fournit un modèle d'intervention structuré, claire et qui se déploie dans le temps. Il y a trois stades :

1. L'évaluation et la désintensification
2. La restructuration de la dynamique interrelationnelle
3. La consolidation et l'intégration

Neuf étapes se déroulent à l'intérieur de ces trois stades. Ces étapes se caractérisent par des interventions et de événements thérapeutiques clés qui construisent une sécurité et une intimité de plus en plus grandes dans le couple.

Résultats :

Quelques exemples cliniques seront présentés pour illustrer la démarche thérapeutique et son impact.

Conclusion :

La TCÉ a déjà largement fait ses preuves en tant que modèle de thérapie de couple mais son impact sur la satisfaction sexuelle a été relativement peu étudié. L'étude récente de Weibe, Elliott, Johnson, Burgess Moser, Dalglish, Lafontaine et al. (2018) suggère l'impact positif du modèle sur la satisfaction sexuelle des partenaires. Cette étude montre que la réduction de l'évitement de l'attachement, facilitée par la thérapie, peut être un facteur important dans l'amélioration de la satisfaction sexuelle dans le couple sur le long terme. Les résultats suggèrent que l'évitement de l'attachement peut jouer un rôle important dans la sexualité des couples en détresse et peut être donc une cible pour la thérapie. Cette étude initiale, qui doit être complétée par d'autres recherches, suggère que les couples qui développent un lien d'attachement plus sécurisé grâce à la thérapie, peuvent s'appuyer sur cette sécurité plus grande pour renforcer et améliorer leur relation sexuelle également.

MOTS-CLÉS : Attachement – Emotionally Focused Couple Therapy - Thérapie de couple axée sur les émotions



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Birnbaum, G. E., Reis, H. T., Mikulincer, M., Gillath, O., & Orpaz, A. (2006). When sex is more than just sex: Attachment orientations, sexual experience, and relationship quality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(5), 929–943.

Burgess-Moser, M., Johnson, S.M., Dalgleish, T.L., Lafontaine, M-F., Weibe, S.A., Tasca, G. A. (2015). Changes in relationship-specific attachment in Emotionally Focused Couple Therapy. *Journal Marital and Family Therapy (Internet)* 2015:1-15. Disponible à <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmft.12139/abstract>

Johnson, S.M. (1996) (2004 -2nd edition). *Creating Connection: The Practice of Emotionally Focused Marital Therapy*. New York: Brunner/Mazel (now Brunner /Routledge).

McPhee, D., Johnson, S. M., & van der Veer, M. C. (1995). Low sexual desire in women: The effects of marital therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 21(3), 159–182. 107

Weibe, S., Johnson, S.M. (2016). A review of the research in Emotionally Focused Therapy for Couples. *Family Process*, 55(3), 390-407.

Wiebe, S., Elliott, C., Johnson, S.M., Burgess Moser, M., Dalgleish, T., Lafontaine M-F., Tasca, G. (2018): Attachment Change in Emotionally Focused Couple Therapy and Sexual Satisfaction Outcomes in a Two-year Follow-up Study, *Journal of Couple & Relationship Therapy*, DOI: 10.1080/15332691.2018.1481799



Intégration de la sexualité dans le cycle de la vie

Dominique Lefèvre
Psychologue clinicienne sexologue sexothérapeute Docteure en droit
Nogent-sur-Marne
psy.sexo.dominique.lefevre@gmail.com

Introduction

A partir d'une approche singulière « respectueuse et positive », j'aborde la personne consultant en psychologie sexologie dans son désir de retrouver une cohérence subjective et intègre de son soi et de son système somato-psychique (corps-esprit), Pour cela, les « expériences sexuelles (...) sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence ». (OMS, 2003) s'inscrivent dans l'histoire de vie du sujet.

Méthode

Mes 40 ans d'expériences professionnelles en tant que psychologue clinicienne, psychopathologue en milieu scolaire, judiciaire et hospitalier, m'ont ouvert divers champs disciplinaires allant de la psychanalyse aux neurosciences de manière intégrative. Ma connaissance active des milieux de la diversité sexuelle m'autorise aussi à me présenter comme une praticienne inclusive. J'ai récemment ouvert ma palette de réponses éducatives, psycho-pédagogiques ou thérapeutiques sur une formation de thérapeute en intégration du cycle de vie. Ses composants théoriques principaux sont liés aux théories de l'attachement (Bowlby, Winnicott, 1920), de la psychologie positive (Seligman, 1999), de l'imagerie mentale (Kosslyn, 1995) et de l'intégration neuronale. A partir d'une liste de souvenirs-signaux lue sur une liste du temps, plusieurs protocoles peuvent être mis en œuvre en fonction des situations : protocole de base, protocole standard, protocole d'état de stress post traumatique, protocole d'accordage au moi-bébé, protocole de la naissance, protocole de l'être cellulaire, protocole de la réparation de l'attachement, protocole de résolution d'une relation et protocole des schémas relationnels. J'y ajoute en tant que sexologue co-créatrice l'outil diagnostique et thérapeutique « Libido land's map » (Lefèvre, Tixier, 2015/2019). Le repérage des symptômes sexuels et le diagnostic en sont améliorés. Les blocages se dénouent, le système corps-esprit s'apaise et se redynamiser et la personne va pouvoir évoluer et changer tout au long de sa vie.

Résultats

Souvent les blocages sexuels se construisent sur des peurs et d'anciens traumas à surmonter. Les attachements primordiaux aux figures parentales peuvent se faire de manière «sécuré» ou «insécuré». Si l'insécurité est au cœur des dysfonctionnements, ceux-ci peuvent être réactivés à l'insu de la personne. Les souvenirs peuvent être absents ou flous ou faire souffrir du fait d'une insuffisance de métabolisation dans le présent. L'anamnèse du patient ou de la patiente sera utilisée non pas seulement pour évaluer et diagnostiquer les difficultés sexuelles et affectives par cet indispensable outil thérapeutique « Libido land's Map » mais sera surtout le cadre permettant d'engager un processus d'activation mnésique du sujet de manière positive autour de liens d'attachement insécurés. Des souvenirs signaux vont essaimer la ligne du temps que le thérapeute conduira pour fortifier le lien sécuré. Généralement, lors des



consultations de sexologie, nos patient.e.s se positionnent dans des transactions dramatiques explicité par le fameux triangle de Karpman (1968) passant de victime à sauveur ou persécuteur. Approche de situations cliniques : C'est par l'exposé de 4 situations cliniques de personnes (2 femmes et 2 hommes) venues en consultation de sexologie que je démontrerai l'utilité de fonctionner avec la Libido land's Map et la ligne du temps en ICV.

Conclusion

La coloration de la diversité des sexualités et d'identités choisies ou subies est efficacement améliorée par l'association de la «Libido land's map» composée des 2 cartes sexuelles (féminine et masculine) et de l'ICV : Intégration de cycle de la Vie. La «libido land's map» va accompagner les consultant.e.s à se projeter sur le courant de leur libido des «glaciers d'anaphrodisie aux plages de la jouissance». L'insight s'en trouve grandement amélioré. Cette nouvelle pratique thérapeutique soulage activement la souffrance de patient.e.s victimes de troubles sexuels liés à des traumatismes du passé et améliore la prise en charge du traitement des troubles de l'attachement, des difficultés conjugales, des traumas du passé. Dans une répétition de la ligne du temps lors du protocole de base, l'état adulte devient protecteur de l'état enfant et le ré-intègre dans les circuits neuronaux. Par exemple, plusieurs niveaux sont concernés pour l'accordage d'attachement. Le premier niveau se compose des représentations des faits souvent interprétés différemment selon chaque personne, faisant l'objet d'un tri adaptatif. Le second niveau concerne les émotions qui s'associent aux représentations plus ou moins réactives (amnésie ou hypermnésie ou dissociation). Le troisième niveau renvoie au sentiment d'appartenance autobiographique en reconnaissant ses émotions et ses représentations comme siennes. Si ces niveaux ne sont pas atteints, la question se pose sur des formes plus ou moins fortes de dépersonnalisation ou de déréalisation.

MOTS-CLÉS : Psycho et sexothérapie - Intégration cycle de vie - cohérence - psychologie positive - Libido land's Map - ligne du temps

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Lefèvre Dominique, Tixier Gérard. Libido land's map : cartes sexuelles féminines et masculines. Revue Sexualités Humaines 2016, 2017, 2018.

Pace Peggy. Pratiquer l'ICV : l'intégration du Cycle de la Vie. DUNOD. 2014

Thorpe Cathy. Les stratégies thérapeutiques de l'ICV, DUNOD. 2016

Smith Joanna. A la rencontre de son bébé intérieur. DUNOD. 2018



Le couple à l'épreuve de la durée

Marie-Aude Binet
Conseillère conjugale et sexologue
Pechbonnieu
marie-binet@orange.fr

Introduction

Bonne nouvelle : l'espérance de vie a presque doublé au XX^e siècle. En 1900, elle était de 45 ans, en 2017 en France elle atteint 79,5 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes. Est-ce une bonne nouvelle pour les couples ? Ce n'est que depuis la seconde moitié du XX^e siècle que les couples peuvent envisager sérieusement de vivre ensemble plus de 20 ans ! Être en couple pour 50 ou 60 ans n'est pourtant pas une évidence. Les familles éclatées ne transmettent plus les repères pour construire un couple, la société semble plus favoriser les relations courtes et satisfaisantes sans efforts et entraîne les personnes dans des rythmes effrénés laissant peu de temps et d'espace à la relation conjugale, les peurs personnelles de l'engagement et les difficultés à accepter les frustrations et contraintes freinent l'implication totale dans une relation sur le long terme. Un couple sur deux se sépare dans les grandes villes. Les français divorcent en moyenne après 15 ans de mariage et de plus en plus de seniors passent le cap du divorce après 35 ans de vie commune ! Et pourtant, bonne nouvelle un couple sur deux dure ! Comment un couple peut aujourd'hui espérer construire sa relation dans la durée en surmontant les crises et s'adaptant non seulement à l'évolution d'une vie professionnelle plus changeante et longue, une vie familiale où les enfants prennent plus de place mais aussi le désir toujours affirmé de s'épanouir individuellement ? La sexualité maintenant parlée et accessible à tous permet de vivre une intimité plus épanouissante et en même temps convoque les conjoints à une recherche de satisfaction continue dans leur sexualité sous peine d'aller ailleurs chercher cette satisfaction.

Méthode

Comment un couple peut-il durer au XXI^e siècle ? La sexualité a-t-elle une place particulière pour assurer cette durée ? Je m'appuierai sur une année d'accompagnements de 121 situations conjugales choisies parmi des couples hétérosexuels et homosexuels ensemble depuis entre 18 mois et 40 ans avec un accompagnement sur 1 à 24 entretiens.

J'ai relevé à partir d'un questionnaire personnel dans chaque situation les éléments suivants : l'identité du couple et sa durée de vie conjugale au moment de la consultation, couple au sein d'une famille recomposée ou pas, la survenue d'une séparation ou la continuité de la relation, les causes de crise et de rupture (infidélité, insatisfaction sexuelle, communication délétère...), la place de la sexualité en cause ou conséquence de la crise (traumatisme sexuels antérieurs, dysfonction sexuelle, troubles du désir...).

Résultats

Les résultats montrent que 28.1% des couples accompagnés se sont séparés avec une majorité ayant entre 15 et 20 ans de vie commune. 65.2% d'entre eux rencontraient des difficultés sexuelles et 31.4% ont connu une situation d'infidélité. Les autres difficultés rencontrées sont plus de l'ordre de la crise de milieu de vie avec un désir fort de liberté individuelle, des non-dits ou malentendus installés par un manque de temps pris à deux,



une distance ou une dépendance affective vécue comme une grande frustration pour l'un des conjoints. La demande de consultation est faite individuellement ou en couple alors que la crise est déjà là depuis au moins un an et provoque un épuisement personnel et conjugal qui rend difficile le travail de changement en confiance, parfois le couple arrive en cabinet alors qu'un des conjoints est déjà décidé à partir. Les situations de violence psychologique ou physique sont rares (9%) alors que celles de manipulations ont plus fréquentes (11.6%) et aboutissent toutes à une séparation.

La sexualité apparaît comme une des causes de crise dans le couple mais pas ce qui mènera réellement à la séparation. Les dysfonctions sexuelles apparaissent davantage comme symptômes d'une relation malade qui éloigne les conjoints. L'intimité se dégrade progressivement et atteint le rapprochement dans la tendresse et le désir sexuel pour 30.5% des couples avec un arrêt des relations sexuelles depuis plus de 6 mois pour 38%, le sentiment amoureux ayant quasiment disparu.

35.5% des couples rebondissent ayant eu la volonté de relire le passé et envisager l'avenir avec une implication réelle par une remise en cause personnellement et sur le schéma relationnel. Le pardon fait partie du cheminement. L'impact de la religion aussi est important, les croyants (25.6%) cherchent davantage à aller jusqu'au bout du travail.

Conclusion

Les causes invoquées de crise dans les plaintes ou de séparation revendiquée sont-elles réellement les bonnes ? La séparation du couple ne serait-elle pas une manifestation de séparation(s) que le ou les conjoints n'arrive(nt) pas à faire autrement ? Il s'agirait de se séparer pour grandir. Aujourd'hui, faut-il se séparer d'un conjoint pour devenir adulte parce que cette séparation n'a pas été vécue plus jeune avec son milieu d'origine, dont les parents ?

Les conjoints ont la possibilité de maintenir leur relation malgré un contexte qui banalise les séparations, voire les encouragent. Les couples consultent parfois trop tardivement et l'épuisement conjugal ne permet plus de relancer la relation. Pour durer, l'effort et la volonté des deux conjoints sont nécessaires. Le dépassement de la crise et le changement relationnel nécessaires demandent du temps, de croire en soi et en l'autre en restant plus focalisé sur le lien comme une troisième personne qui a besoin d'attention et de soin. La résilience en couple est parfois contrariée par un refus de pardonner, de positivement se projeter dans l'avenir, et par une focalisation sur une baisse ou perte du sentiment amoureux et du désir sexuel bien trompeurs.

Finalement les couples qui s'en sortent sont ceux qui se donnent le temps de la créativité et osent s'émanciper d'une norme familiale ou sociétale tout en étant ancrés dans des valeurs et idéaux communs et sont prêts à l'engagement. Ils comprennent que l'amour et la relation se nourrissent non seulement de plaisirs et aussi de temps privilégiés seuls et à deux, la famille, le travail, les amis et les loisirs étant à une place en orbite. Tout ceci grâce à une parole libre, une communication respectueuse et complice tant sur des idées que sur ce que chacun est au plus profond. Le couple est un des lieux où hommes et femmes peuvent grandir librement.

La sexualité, bien qu'au cœur de la relation de couple, n'est pas le tout de la relation et peut être aménagée. Lieu de fantaisie et de jeu où l'apprentissage de l'érotisme redonne de nouvelles couleurs à la relation amoureuse. Les conjoints qui expérimentent ce renouveau témoignent combien leur amour et leur relation se sont approfondies et qu'une plus grande simplicité et une nouvelle liberté se sont installées entre eux.

MOTS-CLÉS : couple, durer en couple, crise conjugale, divorce, sexualité



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Roberg Neuburger, Nouveaux couples, Odile Jacob, 1997

Sylvie Angel, Réfléchissez avant de divorcer, Odile Jacob, Laballery, Mayenne, 2017

Philippe Brenot, Inventer le couple, Odile Jacob, La flèche, 2010

Andrew G. Marschall, Je t'aime mais je ne suis plus amoureux, Marabout, Allemagne, 2011

Alphonse D'Heilly, Aimer en acte et en vérité, Saint Paul, Bar-le-Duc, 1996

François-Xavier Poudat, La dépendance amoureuse, Odile Jacob, Saint-Amand Montrond, 2017

Adultes à haut potentiel intellectuel et rapport au corps : quel impact sur la sexualité ?

Guillemette Stevens

Conseillère conjugale-Conseillère en Santé Sexuelle, Halluin

guillemette.stevens@gmail.com

Le haut potentiel intellectuel est étudié depuis plusieurs décennies (Lubinski, 2016). Si sa définition commence à se clarifier (Benbow, 1986), et si son accompagnement est de plus en plus présent dans le cadre scolaire, professionnel, voire thérapeutique (Terrassier, 2005), son impact sur le corps et la sexualité demeure peu exploré.

Une sexualité épanouie nécessite un minimum de lâcher-prise et d'abandon à l'autre et à l'instant. Il semble donc pertinent de s'interroger sur l'impact que pourraient avoir une cérébralité exacerbée, une intellectualisation à outrance, sur la Santé Sexuelle.

Ce travail vise donc à vérifier, chez des individus étiquetés "haut potentiel", la présence d'une intellectualisation envahissante, de marques d'un rapport au corps potentiellement conflictuel et d'éventuelles dysfonctions sexuelles.

En cas de lien de cause à effet, est-il possible et nécessaire de proposer un accompagnement thérapeutique spécifique ?

Dans cette optique, une enquête a été réalisée de mars à juillet 2017, en majeure partie sur les espaces de discussion virtuels (forums internet d'adultes à haut potentiel), et pour une petite part via le réseau professionnel et personnel, à travers un questionnaire en ligne, élaboré spécifiquement pour cette enquête. Choix a été fait d'un anonymat complet des réponses, ce qui a permis de toucher 165 répondants de 18 à 68 ans.

L'analyse statistique a été réalisée par une Unité de Méthodologie Biostatistiques et Datamanagement, à l'aide du logiciel SAS, version 9.4.

L'objectif étant d'interroger le rapport au corps, le questionnaire se penche sur des marqueurs susceptibles de traduire une relation au corps conflictuelle ou problématique (scarifications, modifications corporelles, troubles du comportement alimentaire, addictions).

La capacité au lâcher-prise et l'intérêt sexuel sont également explorés.

Puis un focus est réalisé sur différentes dysfonctions sexuelles (réponses en échelle paire, du type jamais-parfois-souvent-toujours). Enfin une question ouverte permet de récolter de nombreux témoignages et éclaircissements.

Concernant les marqueurs d'un rapport conflictuel, certains chiffres attirent l'attention. Ainsi, on note 27,27% de scarifications dans l'enfance, 16,97% à l'âge adulte. Contrairement à ce qui est observé dans la population générale, elles touchent plus d'hommes que de femmes (Choquet et Coll., 2001)

Les addictions déclarées touchent 53,33% du panel, 68,6% des hommes.

On constate notablement plus de difficultés chez les diagnostics précoces.

Ainsi que l'expriment certains répondants, il semble que « la pensée ne laisse pas d'espace au corps pour exister par lui-même ». On assiste parfois à une véritable « négation du corps ».

En ce qui concerne la sexualité, les premiers rapports sont plus "tardifs" que dans la population générale (Hommes 20,3 ans -min 14, max 44- Femmes 18,2 ans).

Quant aux troubles sexuels, il y a une nette prévalence des troubles du désir avec 26% des



répondants (15,8% des hommes, 33,7 % des femmes)
et du plaisir 20% (14,3% des hommes, 24,3% des femmes)

Ainsi les personnes concernées évoquent une « difficulté à débrancher le cerveau", une "mascarade, pantomime insupportable", une "comédie du désir".

Le lâcher-prise étant un facteur indispensable à l'épanouissement sexuel, et son expression pouvant être freinée par une hyper vigilance intellectuelle, la question a été posée ("parvenez-vous à "lâcher-prise" durant les rapports sexuels ? »).

On note une nette corrélation entre capacité à lâcher-prise et moindres troubles sexuels. L'hyper-intellectualisation, à contrario, freine nettement cette capacité.

Au terme de cette étude, il apparaît donc que les adultes HP présentent certains signes d'un rapport au corps conflictuel, distant, et une intellectualisation envahissante, qui laisse peu de place à l'expression de la corporalité.

La sensation de désincarnation semble majeure, même si certains répondants réussissent à garder intacte leur hyper sensorialité, qui leur permet de lâcher prise et de laisser les sens concurrencer pour un temps l'intellect. Cette hyper sensorialité, alliée à une imagination permettant l'élaboration de fantasmes riches, permet à certains de vivre une sexualité épanouissante, mais pour un plus grand nombre la cérébralité exacerbée gêne l'expérimentation d'une sexualité pleinement satisfaisante.

En occupant tout l'espace du Soi, et en posant un regard acerbe et critique sur les gesticulations triviales du rapport sexuel, l'intellect entrave la perception du désir et du plaisir.

Les thérapies corporelles, et les pratiques corps-esprit, semblent tout indiquées pour aider les patients à reprendre contact avec leur corporalité. Il paraît également nécessaire de permettre à l'intellect de trouver un intérêt et un épanouissement spirituel dans ce travail, au risque de voir la motivation disparaître rapidement.

Il semble ici indispensable de prendre en compte la particularité de ces patients, en communiquant sur le déroulement de la thérapie, en commentant et éclaircissant tous les points débattus : nourrir la curiosité intellectuelle avant de pouvoir laisser pleinement s'exprimer le corps, en somme.

Une pleine adhésion à la thérapie, une alliance thérapeutique forte permettront alors d'aider le patient à s'autoriser à lâcher-prise et à écouter son corps.

En outre, une démarche d'éducation thérapeutique, replaçant la sexualité dans ses dimensions culturelle, cognitive (Wunsch, 2016) voire spirituelle, pourrait faciliter une réconciliation corps-esprit.

Reste la question du diagnostic précoce (Magnié-Mauro, 2012), qui dans cette recherche ne semble pas impliquer un mieux-être corporel ni sexuel.

Si on peut supposer que les personnes diagnostiquées dans l'enfance présentaient des difficultés importantes qui ont pu provoquer cette recherche de diagnostic, il n'en reste pas moins que ce dernier n'a apparemment pas suffi à améliorer la situation.

Un accompagnement spécifique dans l'apprentissage de la gestion des émotions et des sensations semble tout indiqué pour que l'enfant haut potentiel puisse apprivoiser ses ressentis, et ainsi éviter l'inhibition sensorielle et intellectuelle. Ici encore les thérapies corporelles ont leur rôle à jouer.



Au vu de ces constatations, il ne semble pas inintéressant de continuer à se pencher sur ce sujet, afin d'affiner nos connaissances sur ce qui se joue dans le rapport au corps des haut potentiels, ceci afin d'accompagner au mieux ces patients vers une Santé Sexuelle épanouie, et vers une pleine expression de toutes leurs potentialités.

MOTS-CLÉS : Haut Potentiel, Rapport au Corps, Cérébralité, Lâcher-Prise, Sexualité

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Benbow CP. *Physiological correlates of extreme intellectual precocity*. Neuropsychologia. 1986 ; 24(5) :719-25

Choquet et coll., *Les élèves à l'infirmierie scolaire : identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire*. Inserm.2001

Lubinski, D. *From Terman to Today: A Century of Findings on Intellectual Precocity*. Review of Educational Research Month 2016, Vol. XX, No. X, pp. 1–45

Magnié-Mauro, MN. *Le haut potentiel intellectuel : des particularités neurophysiologiques*. Anae - Approche Neuropsychologique Des Apprentissages Chez L'enfant, Anae/Pleiomedica, 2012, Hauts potentiels des enfants : force ou faiblesse ? Identifier leurs aptitudes pour développer leurs talents., 24 (119), pp.457-462.

Terrassier J-C. *Les dyssynchronies des enfants intellectuellement précoces*. Conf Rennes psychiatres 2005

Wunsch, Serge. (2016). *Principaux facteurs, contextes et variations du développement sexuel humain. Une synthèse transculturelle et transdisciplinaire*. 2e partie : modélisation. Sexologies. 10.1016/j.sexol.2016.07.002.



L'amélioration de compétences émotionnelles au sein d'un groupe de paralysés cérébraux en résidence améliore-t-elle les capacités de séduction ?

Pascal Coquiart
Éducation sexuelle / Prévention
AIUS SSUB SFMS
Bienne-lez-Happart (Belgique)
pascal.coquiart@hainaut.be

Introduction

Depuis 20 ans, un programme d'accompagnement à la vie relationnelle, affective et sexuelle a été développé au sein du Centre Arthur Regniers, une institution belge pour personnes présentant un handicap physique, principalement des infirmes moteurs cérébraux (paralysés cérébraux). Parmi les actions réalisées, nous dispensons des séances d'EVRAS, faisons des consultations individuelles ou de couple, donnons aux bénéficiaires l'occasion de participer à des soirées interinstitutionnelles et permettons l'accompagnement sexuel. Dans une recherche-action précédente, nous avons également évalué les effets du programme MBCT sur la sexualité. Nous avons constaté que, malgré tous les efforts très concrets centrés sur la rencontre de partenaires potentiels, nombre de résidents souffraient de solitude émotionnelle et, bien que désireux de rencontrer un partenaire amoureux, restaient célibataires. D'autre part, les couples qui se construisaient connaissaient pour beaucoup les avatars de la séparation. L'hypothèse a alors germé que le manque d'habiletés de séduction et les difficultés au sein des couples avaient, entre autres, pour origine l'alexithymie. Cette recherche a pour but d'évaluer cette hypothèse.

Méthode

Prétest

56 résidents adultes ont été évalués par l'ISP15 quant à l'image corporelle, par le MMSE quant aux capacités au consentement et à l'orientation spatio-temporelle, par l'Échelle de solitude de De Jong-Gierveld et Van Tilburg quant à la solitude émotionnelle et la solitude sociale, par l'ECR quant au type d'attachement, par le Questionnaire de la qualité de vie subjective de Schalock et Keith quant au sentiment de satisfaction générale, au sentiment de compétence, au sentiment d'indépendance et au sentiment d'appartenance sociale, par l'échelle d'Alexithymie de Toronto (TAS 20), et par le Profil de compétences émotionnelles.

Un groupe contrôle est constitué de 47 sujets. Tous les sujets du groupe contrôle n'ont pas, pour des raisons diverses (refus, absence définitive, statut marital, expérience de vie), pu subir l'ensemble du prétest.

Un échantillon de 9 célibataires adultes alexithymiques souhaitant trouver un partenaire a bénéficié d'un entraînement aux compétences émotionnelles et au coaching amoureux (phase expérimentale) et a participé à des soirées dédiées aux rencontres amoureuses.

La TAS-20 est une échelle structurée en 3 facteurs : F1 : Difficulté à identifier ses émotions; F2 : Difficulté à décrire ses émotions; F3 : Pensée. Des notes seuils ont été calculées en population française (22) et permettent de distinguer trois catégories d'individus : les non-



alexithymiques (≤ 44), les intermédiaires ($44 < \text{TAS-20} < 56$) et les alexithymiques ($\text{TAS-20} \geq 56$).

Afin d'élaborer un programme d'entraînement aux compétences émotionnelles sur mesure, nous avons évalué uniquement le groupe expérimental avec le **Profil de compétences émotionnelles** qui fournit les scores suivants :

10 scores de sous-échelles :

1 – 2 : identification de mes émotions / identification des émotions d'autrui

3 – 4 : compréhension de mes émotions / des émotions d'autrui

5 – 6 : expression de mes émotions / écoute des émotions d'autrui

7 – 8 : régulation de mes émotions / des émotions d'autrui

9 – 10 : utilisation de mes émotions / des émotions d'autrui

3 scores totaux : 1 score total de CE, 1 sous-score de CE intrapersonnelle, 1 sous-score de CE interpersonnelle

Procédure expérimentale

Le groupe expérimental a subi un entraînement aux compétences émotionnelles et au coaching amoureux en 10 séances de septembre à décembre 2018.

Pour exercer les compétences émotionnelles nous avons utilisé la reconnaissance et le classement d'images représentant des émotions, des images complètes ou en puzzle, le rappel de souvenirs personnels, l'évocation fictive de situations émotionnellement chargées, des jeux de rôles, des mimes avec ou sans miroir avec ou sans instruction des pairs dans une ambiance musicale correspondant aux émotions, l'anticipation de situations émotionnelles, des débats plus théoriques, des scènes de films, et un quizz. Ces activités ont été dès que faire se pouvait effectuées via des jeux de société dont les participants étaient fort friands.

Le coaching amoureux a eu lieu avant et après chacune des soirées « Parlons d'amour » mensuelles de septembre à décembre.

Post-test

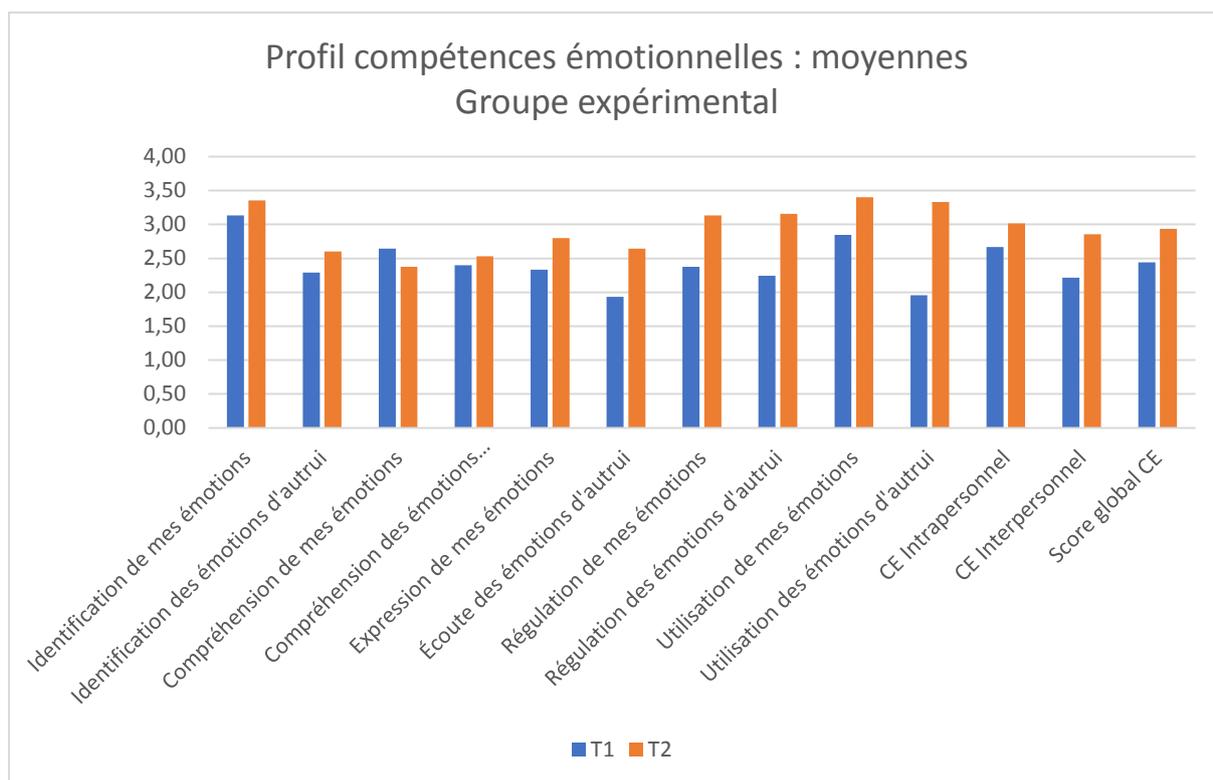
L'évaluation générale est reconduite après la phase expérimentale auprès de tous les sujets.

La littérature ne renseigne pas sur la manière d'évaluer les compétences de séduction, aussi l'ensemble des mesures permettra d'évaluer indirectement ces compétences. L'analyse qualitative des parcours de vie et des situations de rencontre via l'observation directe et les entretiens semi directifs compléteront cette évaluation.

Résultat

La normalité des mesures a été évaluée et seuls les résultats statistiquement probants sont cités.

Nous avons noté une amélioration des compétences émotionnelles significatives liée aux séances expérimentales. Les difficultés se marquent plus dans les compétences interpersonnelles que dans les compétences intrapersonnelles.



	Identification de mes émotions	Identification des émotions d'autrui	Compréhension de mes émotions	Compréhension des émotions d'autrui	Expression de mes émotions	Écoute des émotions d'autrui	Régulation de mes émotions	Régulation des émotions d'autrui	Utilisation de mes émotions	Utilisation des émotions d'autrui	CE Intrapersonnel	CE Interpersonnel	Score global CE
T1	3,13	2,29	2,64	2,40	2,33	1,93	2,38	2,24	2,84	1,96	2,67	2,22	2,44
T2	3,36	2,60	2,38	2,53	2,80	2,64	3,13	3,16	3,40	3,33	3,02	2,86	2,94

Les séances collectives visant à réduire l'alexithymie améliorent les scores à la TAS et au PCE ainsi que toutes les sous-compétences.

Les sujets du groupe expérimental souffrent d'un vif sentiment de solitude émotionnelle, à l'inverse du groupe contrôle et connaissent une amélioration au score de l'échelle de solitude, en particulier émotionnelle. Il existe un lien proportionnel entre le niveau d'alexithymie et le niveau de solitude émotionnelle. « Plus je me sens confus émotionnellement, plus je me sens seul dans mon cœur ? »

Un niveau faible de compétences émotionnelles est corrélé à la solitude émotionnelle. La réduction de l'alexithymie fait ressentir la solitude sociale. « Être plus compétent émotionnellement suscite-t-il le besoin d'être entouré ? ». D'autre part, cela influence négativement le sentiment de qualité de vie.

Globalement nous notons des corrélations positives entre les attachements évitants et ambivalents et le niveau d'alexithymie.

Il y a également des modifications dans le style d'attachement.

8 sujets sur 9 du groupe expérimental sont aujourd'hui en couple stable.



Conclusion

Les sujets expérimentaux se démarquent des sujets contrôles en particulier par plus de souffrance (solitude émotionnelle, troubles de l'attachement plus massifs, compétences émotionnelles plus faibles)

L'aspiration des sujets expérimentaux à rencontrer « l'âme sœur » peut être comprise au regard de cette souffrance, rendue plus aigüe par des habiletés cognitivo-comportementales escamotant le rapport à l'autre et donc leurs capacités de séduction.

Le programme d'entraînement aux compétences émotionnelles a amélioré significativement celles-ci. Corrélation très intéressante : le sentiment de solitude émotionnelle a été réduit et le besoin d'affiliation majoré. La mise en couple a sans doute un effet boomerang positif.

MOTS-CLÉS : Handicap mental, handicap physique, alexithymie, compétences émotionnelles, séduction.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Adam F, Xhonneux M, De Sutter P. Peut-on améliorer ses habiletés de séduction ? *Sexologies* ; octobre 2018 ; Vol 27 ; n° 4 ; 221-228.

Luminet, O, Vermeulen N, Grynberg, D. *L'alexithymie*. Bruxelles : de Boeck ; 2013.

Mikolajczak M, Quoidbach J, Kotsou I, Nélis D. *Les compétences émotionnelles*. Paris : Dunod ; 2014.

Schalock Robert L. La qualité de vie : conceptualisation, mesure et application. *Revue francophone de la déficience intellectuelle* ; volume 4 ; numéro 2 ; décembre 1993 : 137-151.

Vie relationnelle, affective et sexuelle pour les personnes porteuses de handicap mental, vivant en institution, un travail en partenariat

Bénédicte Sempé Némoz
Education sexuelle / Prévention
Conseillère conjugale et familiale, Thérapeute de couple, Sexologue
Chambéry
benccf73@gmail.com

Introduction

« Je suis une femme » ! Si pour certaines cela peut sembler une évidence, ce n'est pas le cas pour tout le monde. Ainsi Sophie, jeune femme porteuse de handicap mental, qui lors d'une session de bilan de nos rencontres se lève, se touche le corps, regarde le groupe droit dans les yeux et pose cette affirmation, le sourire aux lèvres !

Que de chemin parcouru pour passer du statut de « handicapé » ou d'« usager » (quel vilain mot à entendre !) à celui de « Etre Sophie, une femme ». Celui que nous avons pu mener ensemble au cours des 5 séances proposées sur « la vie relationnelle, affective et sexuelle » pour un groupe d'adultes en ESAT.

Méthode

Formations mises au point en partenariat avec l'ESAT de l'APEI de Chambéry dès 2003 et poursuivies avec les Papillons Blancs à Aix les Bains (Savoie)

- 5 séances de deux heures avec une grande pause.
- Une séance par semaine environ.
- Groupes mixtes de 12 personnes.
- Une même salle de réunion, autour d'une table avec un vidéoprojecteur.

En amont, précisions, par les éducateurs, de la problématique du groupe afin d'adapter les séances sur des thématiques précises à travailler (manque d'informations de base sur l'anatomie/physiologie, absence de conscience de l'autre et de la notion de respect, difficulté à se repérer dans les générations, désir d'enfant...).

Il était important pour nous qu'au moins une personne de l'institution (infirmière, psychologue, référents professionnels) soit présente en séance car après nos interventions il fallait que les travailleurs/résidents puissent savoir où s'adresser. Cela permettait aussi aux professionnels de connaître la teneur de nos interventions et de pouvoir s'y référer si besoin.

Nous avons veillé à avoir un rythme assez régulier tant entre, que pendant les séances (toujours le même rituel d'accueil : *Comment vous sentez vous aujourd'hui* et de fin de séance : *ce qu'on a retenu, ce qui nous a gêné et ce qu'on n'a pas compris*) pour apporter de la sécurité aux participants.

Progression des séances en tuilage : reprendre en début de séance ce dont on avait parlé la fois précédente pour que la mémorisation puisse se faire progressivement.

Déroulé des séances

- 
- 1^{ère} séance : Accueil et présentations de chacun. Demande des participants.
Définition du cadre des interventions.
Partage libre sur leurs connaissances de la sexualité.
Anatomie et physiologie masculine.
 - 2^{ème} séance :
Anatomie et physiologie féminine.
La relation aux autres (*outil de l'arc en ciel relationnel*)
 - 3^{ème} séance :
Désir sexuel.
Étapes de la connaissance de l'autre. Séduction.
Relations sexuelles au sens large. Consentement.
 - 4^{ème} séance :
Conception d'un bébé.
Moyens de contraceptions.
Grossesse et accouchement.
Positionnement dans les générations
 - 5^{ème} séance :
Droits et devoirs de chacun
Ce que l'ESAT autorise ou pas en termes de relations affectives et/ou sexuelles.

Ce travail s'est toujours fait en lien avec les Directeurs, Chefs de Service, Educateurs, Infirmières, Psychologues pour que nous travaillions de concert dans la même direction. Ainsi en amont nous avons systématiquement proposé une formation de 2 à 4 jours aux professionnels. Formation dont ils étaient friands car se sentant fort démunis pour aborder cette thématique sereinement !

De même, nous avons systématiquement demandé qu'il y ait au préalable une réunion avec les parents. Même si nous avions affaire à des adultes, c'était des adultes handicapés et il était fondamental que les parents puissent être aussi partie prenante de ce projet. Qu'ils soient au courant de cette proposition de l'institution, si leur enfant y participait et quand. Ainsi l'occasion leur était donnée de pouvoir reprendre la discussion en famille s'ils le souhaitaient.

Une formation adéquate

La formation au Conseil Conjugal et Familial m'a amenée à intervenir 10 ans durant en milieu scolaire sur « La vie relationnelle, affective et sexuelle » auprès d'enfants et adolescents (du primaire au lycée). Cela m'a été d'une grande aide pour monter ce projet de formation : adapter notre langage, proposer des outils d'animation adéquats et des méthodes pédagogiques adaptées.

Car si nous avions affaire à des adultes en ESAT, ils nous avaient été présentés comme ayant des pulsions d'adolescents et pour certains une capacité de compréhension d'un jeune enfant.

Le DIU de Sexologie est venu approfondir mes connaissances.



Résultat

Des partenariats qui se poursuivent dans le temps puisque régulièrement nous intervenons pour de nouveaux groupes.

Un référentiel sur la vie relationnelle, affective et sexuelle dans l'institution maintenant connu de tous (professionnels, travailleurs et parents) permettant de s'y référer si besoin.

Les travailleurs, très souvent demandeurs d'inscrire, dans leur Projet Personnalisé Annuel, cette dimension de leur vie affective et sexuelle !

Conclusion

L'esprit de nos interventions était de considérer la Personne d'abord et d'adapter ensuite le discours selon le handicap.

Nous ne leur avons permis « d'avoir des réponses aux questions qu'elles avaient dans la tête » (et non pas de leur avoir mis des idées dans la tête !)

Nous les avons regardés comme des personnes aimables pour qu'elles puissent se considérer, se respecter et s'aimer elle-même afin d'être en capacité d'aimer.

- ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
- APEI : Association de Parents d'Enfants Inadaptés
- CLER Amour et Famille (organisme de formation au Conseil Conjugal et Familial)

MOTS-CLÉS : vie relationnelle, affective et sexuelle, handicap mental, institution

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Ciccione A, Korff Sausse S, Missonnier S, Salbreux R, Scelles R. Handicap, identité et vie sexuelle. Erès -2010

Mercier M, Gascon H, Bazier G. Vie affective, relationnelle et sexuelle des personnes déficientes mentale. Presse Universitaires de Namur ; 2006

Pitaud P. Sexualité, handicaps et vieillissement. Erès ; 2011

Saint Aimé S. Sexualité et handicap ; 2009

Vaginay D. Comprendre la sexualité de la personne handicapée mentale ; 2003



Implantation d'un programme universitaire en sexualité : Outil de réponse à un besoin d'intervenants multidisciplinaires

Dominique Trudel
BSc inf, MA
Responsable de programme et chargée de cours Université de Montréal
Montréal, Canada
dominique.trudel.2@umontreal.ca

Jenny Ingrid Lebounga Vouma
MSc, MPH
Sexologue et chargée de cours Université de Montréal
Montréal, Canada
jenny.ingrid.lebounga-vouma@umontreal.ca

Introduction

Dans le cadre de leurs activités professionnelles, de nombreux intervenants du domaine de la santé, des services sociaux, de l'éducation ou des organismes communautaires rencontrent des personnes aux prises avec diverses problématiques reliées à la sexualité humaine. Par manque de connaissance et d'aisance à aborder le sujet de la sexualité, de nombreux intervenants éprouvent des difficultés à intervenir auprès d'une clientèle diversifiée aux prises avec différentes problématiques reliées à la sexualité humaine (Ménoreau et Dupras, 2014 ; Devieille, 2013 ; Schweizer, Bruchez et Santiago-Delefosse, 2013).

Le but de l'étude était de créer un programme de formation multidisciplinaire ancré dans une approche biopsychosociale pleinement adaptée aux enjeux sociaux modernes liés à la sexualité, apportant à la fois des connaissances, des méthodes, des outils, un sens critique, une capacité réflexive et répondant aux besoins des divers intervenants et milieux professionnels.

Méthode

Le bureau d'études et de développement de la Faculté a été mandaté au printemps 2015 pour mener une étude d'opportunité portant sur le thème *Sexualité et société*. Une recension a été réalisée des cours traitant de la sexualité dans les cursus collégiaux et universitaires ainsi que les formations universitaires offertes dans la province.

Une étude qualitative de l'environnement a été menée de juin à août 2015 auprès de trente-quatre professionnels travaillant dans les domaines de la santé, des services sociaux, des milieux communautaires et du milieu scolaire, en provenance de vingt-neuf organisations. Ces personnes référées ont été choisies en raison de leur expertise professionnelle dans le domaine de l'intervention en lien avec la sexualité. Des rencontres individuelles d'une durée moyenne de 60 minutes ont été réalisées ainsi que trois rencontres en petits groupes.

Au printemps 2016, des rencontres individuelles entre le vice-doyen de notre Faculté et cinq autres Facultés et un ordre professionnel ont eu lieu afin de recueillir leurs commentaires.



À l'aide d'une revue de littérature réalisée à l'été 2016, nous avons identifié les enjeux clefs se rapportant à la sexualité au sein de différentes professions.

À l'automne 2016, une dernière rencontre de groupe a été organisée afin de présenter la structure du programme et procéder aux améliorations en regard des commentaires reçus.

Résultats

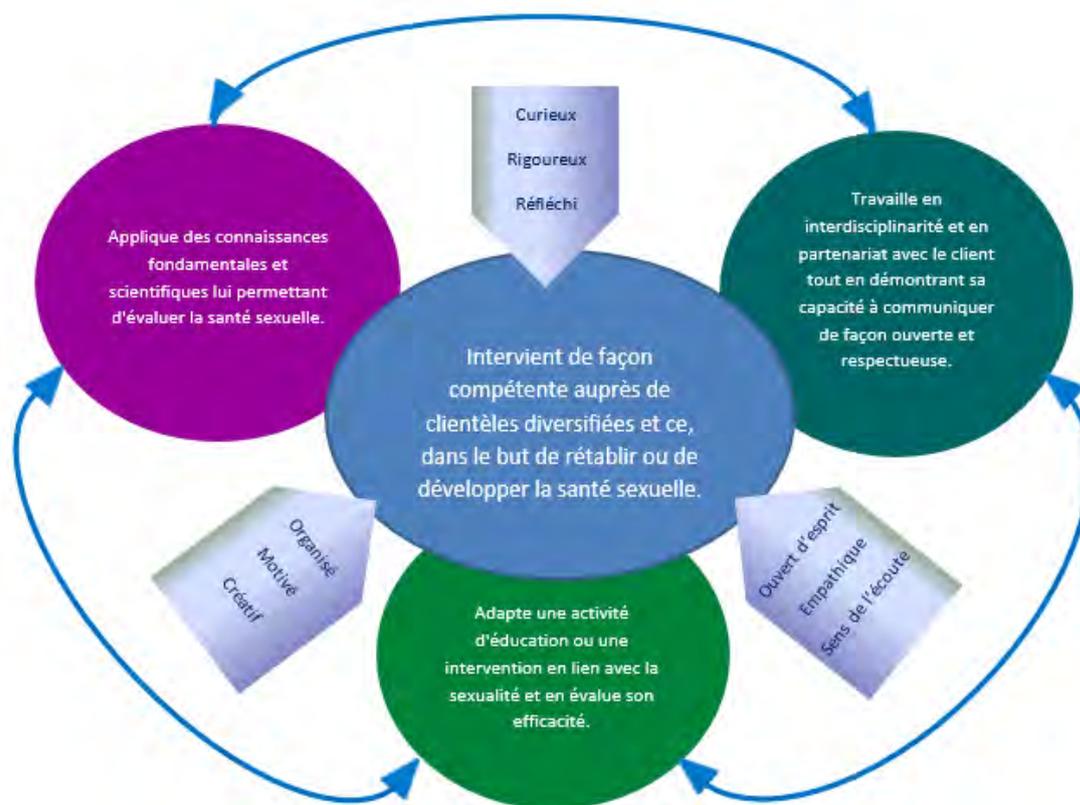
L'entrevue a été réalisée auprès de professionnels issus de 18 milieux œuvrant auprès de populations mixtes (3), auprès des femmes (1), auprès des aînés (1), auprès des jeunes (6), auprès des populations ayant un handicap physique (1), auprès des populations LGBTQ+ (3) et auprès des populations ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme (3).

L'ensemble des consultations révèle la nécessité d'une formation universitaire de courte durée menant à une diplomation et permettant d'outiller les intervenants quant aux différents enjeux de société liés à la sexualité. Les enjeux suivants ont été identifiés lors de la consultation : le développement de l'aisance à discuter de sexualité et de transmettre la bonne information (15), un besoin de formation quant à la diversité sexuelle et à l'identité de genre (10) et l'apprentissage d'outils facilitant l'intervention de soutien et l'éducation à la sexualité dans un contexte de diversité culturelle (9), de santé mentale (5), de conditions de santé liées au vieillissement et à l'évolution constante des maladies chroniques et du cancer (5). De plus, la question de l'intimidation, du harcèlement et des agressions sexuelles est également apparue comme un sujet fondamental à traiter (7).

La recension des écrits a permis d'identifier les enjeux sociaux modernes suivants qui sont liés aux diverses dimensions de la sexualité : la sexualité dans les médias, le phénomène d'hypersexualisation, les difficultés relationnelles ainsi que la sexualité à risque et les nouvelles pratiques sexuelles. De nombreux sujets liés à la sexualité demeurent tabous tels que l'intervention en contexte de diversité sexuelle et culturelle ou la santé sexuelle en contexte de déficience intellectuelle ou d'un trouble de santé mentale (Brodard, 2012).

Le profil de sortie de l'étudiant a été élaboré lors de la création du certificat. Il présente l'importance de développer les sphères du savoir, du savoir-être et du savoir-faire en vue d'intervenir de façon compétente auprès de clientèles diversifiées, et ce, dans le but de rétablir ou de développer la santé sexuelle. Afin de pouvoir atteindre ce niveau, l'étudiant doit se montrer organisé, motivé, créatif, curieux, rigoureux, réfléchi et empathique, en plus de se montrer ouvert d'esprit et de faire preuve d'une bonne capacité d'écoute. Des activités sont présentées dans chacun des cours en vue de développer ces qualités.

Profil de sortie de l'étudiant



Ainsi, le certificat créé offre vingt-deux cours, dont quatre cours obligatoires, neuf cours à option et neuf cours complémentaires. Le certificat a accueilli sa première cohorte de 62 étudiants au trimestre d'automne 2018 et une nouvelle cohorte de 35 étudiants est attendue au trimestre d'hiver 2019. Le nombre moyen d'étudiants par cours se situe aux alentours de 60. À ce jour, six chargés de cours ont été engagés dont quatre au trimestre d'automne 2018 et deux au trimestre d'hiver 2019.

Conclusion

À l'instar des milieux de la santé et des services sociaux et communautaires ainsi que des universités traitant de la sexualité, le certificat adopte le concept de santé sexuelle comme une condition résultant d'une sexualité non problématique. Ainsi, tout au long du certificat, les étudiants seront sensibilisés aux différentes dimensions de la sexualité et outillés en vue d'intervenir de façon compétente auprès d'une clientèle diversifiée, et ce, dans le but de rétablir ou de développer la santé sexuelle.

Dans le but de répondre aux besoins exprimés, le certificat vise à combler le manque de formation des intervenants à la sexualité par le biais du développement de leur compréhension des enjeux sociaux liés à la sexualité, de leur pensée réflexive dans le cadre d'une intervention de soutien, de leurs habiletés en matière d'éducation à la sexualité et de l'augmentation de leur aisance à aborder le sujet de la sexualité. L'étudiant apprendra comment entrer en relation avec une clientèle diversifiée, multiculturelle présentant un besoin ou une problématique à l'égard de sa sexualité. Ces différents apprentissages permettront à l'étudiant de développer son aisance à aborder le sujet de la sexualité humaine.



MOTS-CLÉS : Sexualité, santé sexuelle, enjeux, aisance, intervention

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Brodard P. Comment aborder en tant qu'infirmière des patients adultes souffrant de Troubles de l'humeur de type dépression majeure exposant leurs problèmes sexuels dans un contexte d'hôpital psychiatrique ? Bachelor Thesis. Fribourg : Haute École de santé ; 2012.

Devieille E. Représentations du genre et des sexualités dans les méthodes d'éducation à la sexualité élaborées en France et en Suède. France : Université de Caen ; 2013.

Ménoreau JS, Dupras A. Accompagner la sexualité des personnes ayant une déficience intellectuelle : l'apport d'un changement institutionnel et d'une formation professionnelle. Sexologies 2014; 23:173-8.

Schweizer A, Bruchez C, Santiago-Delefosse M. Integrating Sexuality Into Gynaecological Consultations, Gynaecologists Perspectives. Culture, Health & Sexuality 2013 ; 15:175-190.



Liste des
PARTICIPANTS

A

ABASSI	Olfa	<i>Saint-Egrève</i>
ADAM	Ivan	<i>Grand-Lancy</i>
ADLER	Anouk	<i>Waterloo</i>
ADLER TAL	Catherine	<i>Paris</i>
AGOZZAL	My Brahim	<i>Inezgane</i>
AHOUANTO-CHASPOUL	Marie	<i>Paris</i>
AL FASSIH	Carine	<i>Tournan En Brie</i>
ALET	Isabelle	<i>Paris</i>
ALLAIN	Sophie	<i>St Herblain</i>
ALLYN	Julie	<i>Saint Denis</i>
ALQUIER	Claire	<i>Paris</i>
ANDREANI	Amélie	<i>Echandens</i>
APPY	Dominique	<i>Marseille</i>
ARNAUD-PIERRON	Marie-Ange	<i>Villefanche/Saône</i>
ARNOUIL	Noémie	<i>Bourg En Bresse</i>
ASLAN	Alexandre	<i>Paris</i>
ATTAR	Hafida	<i>Dijon</i>
AUBART	Orèn	<i>Paris</i>
AUBRIET	Sabrina	<i>Lyon</i>
AUDINET	Corinne	<i>Verrières Le Buisson</i>
AUGER-BERTHELIER	Mareie-Caroline	<i>Château-Thierry</i>

B

BACCIGALUPO	Muriel	<i>Montpellier</i>
BACHET	Jeremie	<i>Souffelweyersheim</i>
BACHET	Olivia	<i>Reims</i>
BACROS	Alexandre	<i>Tournai</i>
BAL	Audrey	<i>Colpach Bas</i>
BALDESCHI	Virginie	<i>Paris</i>
BANOR-BEGUE	Madeleine	<i>Saint-Denis - La Réunion</i>
BARBAUD	Laurence	<i>Cannes</i>
BARRELET	Audrey	
BASSEREAU	Catherine	<i>Saint-Grégoire</i>
BATZENHOFFER	Caroline	<i>Bischwiller</i>
BAUTIAN	Fanny	<i>Massy</i>
BAYART	Juliette	<i>Saint-Folquin</i>
BÉASSE	Jonathan	<i>Bécherel</i>
BEATO	Adeline	<i>Massy</i>
BEAUMONT	Marine	<i>Nancy</i>
BECQUET	Estelle	<i>Cannes</i>
BEDHET	Pierre	<i>Troyes</i>
BEEKEN	Anne	<i>Liège</i>
BEGARIN	Agnes	<i>Chambray Les Tours</i>
BEGUE	Madeleine	<i>La Réunion</i>
BELGRAM PERKINS	Anne	<i>Le Vésinet</i>
BELHAJ	Yassin	<i>Montpellier</i>
BELMEJDOUB	Afifa	<i>Rabat</i>
BELTRAN	Laura	<i>Paris</i>
BENGHAZI	Myriem	<i>Casablanca</i>
BENHAMOU	Olivia	<i>Rouen</i>
BEN-NAOUM	Kamel	<i>Nîmes</i>
BENRADIA	Imane	<i>Mons-En-Baroeul</i>
BENSAID	Oifah	<i>Nice</i>
BENSUSSAN	Paul	<i>Versailles</i>

BERNARD	Jennifer	<i>La Riche</i>
BERROCAL	Juan	<i>Rouen</i>
BERTHELOT	Virginie	<i>Soissons</i>
BERTHO	Vanessa	<i>Tourcoing</i>
BERTRAND	Karine	<i>Besancon</i>
BERVILLE	Sophie	<i>Paris</i>
BESSE	Alix	<i>Villeneuve Lecussan</i>
BESTAUX - BRETHEZ	Marie-Madeleine, Manon	<i>Rouen</i>
BEVILACQUA	Mara	<i>Flénu</i>
BIAVAT	Silvère	<i>Chambery</i>
BIBI	Mohamed	<i>Mares</i>
BIGNON	Valerie	<i>Paimpol</i>
BINET	Marie-Aude	<i>Pechbonnieu</i>
BISCARRAT	Laurent	<i>Paris</i>
BLACHERE	Patrick	<i>Aix-Les-Bains</i>
BLANCKAERT	Claire	<i>Saint Pol Sur Mer</i>
BLION	Cyrille	<i>Nîmes</i>
BLONDIAUX	Marie-Amélie	<i>Maisières</i>
BLUM	Chloé	<i>Strasbourg</i>
BOBRIE	Angélique	<i>Montpellier</i>
BOISSIER FOURNIER	Christelle	<i>Mions</i>
BOLEY-BARTIER	Julie	<i>Besançon</i>
BOMBELLI	Suomi	<i>Paris</i>
BONAL	Michèle	<i>Montrabe</i>
BONDIL	Pierre	<i>Chambéry</i>
BONIERBALE	Mireille	<i>Marseille</i>
BONNAUD	Angela	<i>Paris</i>
BONNEFOY	Laure	<i>Bourg Saint Maurice</i>
BONNENFANT -MEZERAY	Valerie	<i>La Roche Sur Yon</i>
BONVIN	Corinne	<i>Martigny</i>
BORDIER-BUNAS	Sylda	<i>La Chapelle Vendômoise</i>
BOTTAN BOUTERA	Monya	<i>Aussonne</i>
BOU JAOUDE	Gilbert	<i>Lille</i>
BOUCLY	Ségolène	<i>Paris</i>
BOUQUET	Elise	<i>Cysoing</i>
BOURGOIS	Claude	<i>Teteghem-Coudekerque-Village</i>
BOUTIGNON	Cecile	<i>Laon</i>
BOUTRIN	Elodie	<i>Longjumeau</i>
BOYER	Yves	<i>Narbonne</i>
BRAISE	Angelique	<i>Clichy</i>
BRENOT	Philippe	<i>Paris</i>
BRETEL	Mathilde	<i>Paris</i>
BRISSET	Benedicte	<i>Villeurbanne</i>
BROGNÉ	Myriam	<i>Saint Rémy Lès Chevreuse</i>
BRUNEL	Florence	<i>Lyon</i>
BULLIARD ASTHIÉ	Mireille	<i>Besançon</i>
BULTINGAIRE	Isabelle	<i>Beaune</i>
BUNAS	Thierry	<i>Blois</i>
BURTE	Carol	<i>Draguignan</i>
C		
CADART	Olivier	<i>Toulouse</i>
CAHEN	Pierre	<i>Paris</i>
CALLIET-CHOSEROT	Amelie	<i>Grenoble</i>

CAMBAU	Sébastien	<i>Lyon</i>
CANAT	Antoine	<i>Villeurbanne</i>
CANCE	Claudine	<i>Agen</i>
CARBALLEDA	Rosa	<i>Échirolles</i>
CARDINAL	Nathalie	<i>Le Crés</i>
CARNICELLI	Damien	<i>Chambery</i>
CARROUGET	Julie	<i>Angers</i>
CARROUGET - RONY	Julie	<i>Angers</i>
CART-GRANDJEAN	Sophie	<i>Rouen</i>
CASTEL	Anne	<i>St Gely Du Fesc</i>
CAYOL	Quentin	<i>Marseille</i>
CÉLESTINE	Alain	<i>Bourg-La-Reine</i>
CHABAN	Marie-Noëlle	<i>La Couronne</i>
CHABERT	Anne	<i>Fresnes</i>
CHABOUD	Maud	<i>Marly Le Roi</i>
CHABY	Lucien	<i>Paris</i>
CHALARD	Raphaëlle	<i>Libourne</i>
CHAMOIN	Clémence	<i>Asnières Sur Seine</i>
CHANOINE	Isabelle	<i>Toulouse</i>
CHAUVET-BARON	Agnès	<i>Poitiers</i>
CHAUVIN	Christian	<i>Ermont</i>
CHENE	Delphine	<i>Ruaudin</i>
CHENU	Alice	<i>Saint-Maurice</i>
CHERIoT	Christine	<i>Troyes</i>
CHESSA ALTIERI	Francesca	<i>Villeurbanne</i>
CHEVALIER	Alexandre	<i>Lyon</i>
CHEVALLIER	Luc	<i>La Réunion</i>
CHEVASSUS	Sylvie	<i>Marseille</i>
CHEVRET-MEASSON	Marie	<i>Lyon</i>
CHOISNEL	Frédéric	<i>Grenoble</i>
CHOPIN	Marie-Victoire	<i>Paris</i>
CLAUDÉ	Alice	<i>Malakoff</i>
CLAUTIAUX	Richard	<i>Rouen</i>
CLEMENTE	Karine	<i>Ramonville St Agne</i>
COHEN	Astrid	<i>Paris</i>
COLIN	Emilie	<i>Grenoble</i>
COLIN	Camille	<i>Montrouge</i>
COLLADO	Caroline	<i>Vannes</i>
COLLOMBAT	Catherine	<i>Colmar</i>
COLSON	Marie-Hélène	<i>Marseille</i>
COMAN	Adrian	<i>Lausanne</i>
COMBOROURE	Jean Christophe	
COMEY	Coralie	<i>Saint André De Cubzac</i>
CONCHERI	Carole	<i>Lille</i>
CONFAIS JOAQUIM	Cecile	<i>St Vit</i>
CONNOIS	Delphine	<i>Pantin</i>
COOL	Sophie	<i>Saint-Victor-La-Coste</i>
COQUIART	Pascal	<i>Bienne-Lez-Happart</i>
CORDON	Melanie	<i>Paris</i>
CORMAN	André	<i>Toulouse</i>
COROMINES	Florian	<i>Nice</i>
CORTBAOUI	Emilia	<i>Paris</i>
COSTA	Marine	<i>Bourges</i>
COTTARELLI	Anne	<i>Geneve</i>

COULON
COUPEAU
CRUZ
CUEUILLE
CUZIN

D

DALARUN
DAMOTTE
DANELUZZI
DANHIER
DANIELLI
DARNAND
DAVID
DE FRANSSU
DE FRANSSU
DE GOUY-LOISELLE
DE POURTALÈS
DE WEVER
DEAT
DEAUTEUR
DECHALOTTE
DECOCK
DECOIN
DEFFARGES
DEGROISE
DEHOVE
DELATTRE
DELAUNEY
DELERUE AUQUIER
DELGA
DELMAS
DELYON
DELZENNE
DEMETTRE
DENIS-LAROQUE
DÉPRÉS
DEPREZ
DEQUIDT
DERAIN
DERCLE
DEROIN
DESBRÉE LE PALLEC
DESCAMPS
DESPLANTES
DESSAUX
DESVAUX
DEVAUD
DEVERAUX
DEVERAUX
D'IVERNOIS
DOGNIN
DOMENECH-DORCA
DOS SANTOS
DOUTRES

Angélique
Juliette
Marie Carmen
Alexandra
Béatrice

Pierre
Maryline
Vincent
Céline
Edith
Marianne
Ouarda
Etienne
Monique
Anne
Marie-Atéa
Richard
Sandrine
Jennifer
Mélanie
Sladjana
Madeleine
Martine
Dany
Christophe
Claire
Evelyne
Sophie
Jacques
Elisabeth
Marie-Geneviève
Dominique
Raphael
Laurie
Céline
Thibaut
Marie
Véronique
Dominique
Emmeline
Chantal
Philippe
Charlotte
Nathalie
Pierre
Guy
Florence
Guy
Caroline
Florence
Gwenaël
Laëtitia
Muriel

*Beaujeu
Talence
Toulouse
Carbonne

Paris
Versailles
Nanterre
Bruxelles

Grenoble
Reims
Orléans
Orléans
Tourcoing
Saint Quentin Sur Isère
Marseille
Ermont
Paris
Paris
Tourcoing

Pessac
Cambrai
Saint-Saulve
Bois Bernard
Vannes
Cambrai
Paris
Caen
Juvisy Sur Orge
Saint Quentin
Bar Le Duc
Gleize
Carpentras
Liège
Nanterre
Beaune
Neuville en Ferrain
Herblay
Paris
Angers
Boos
Rennes
Paris
Angouleme
Montpellier
Montpellier
Bayonne
Sorgues
Paris
Namur
Lacroix Falgarde*

DOWNES
DRACHE
DRAI
DREYFUS
DUBOIS-CHEVALLIER
DUCLAIR
DUDON
DUFOUR
DUFOUR
DUGRAS
DUJOL
DUMONTAUD
DUPART
DUPONCHELLE
DUPONT
DUPUY
DURAND
DURIEZ
DUVERNOIS
DZAH

E

EBEL
EHLINGER
EICH
EL BOUGA
EL MAHDI
EL OSTA
ELLIE LE HEN
ELOMARI
ÉMIÉ
ENEL
ENGEL
ESTER-MARTIN
ESTEVAO
EVENO
EYRAUD

F

FAGET
FAIX
FALLIGAN
FARGUE
FARJON
FAUCHER
FEBVRE
FEBVRE-ROSSO
FELLMANN
FENOUILLET
FERNANDEZ
FERNANDEZ
FICHET
FIVAZ
FLEURY-MATHIEU
FLICOURT
FOFANA

Maryna
Jean-Louis
Delphine
Laurence
Mireille
Cécile
Marie-Agnès
Barbara
Florence
Veronique
Hyacinthe
Marion
Marie-Dominique
François
Claire-Anne
Roger
Catherine
Noémie
Isabelle
Sara

Anne Marie
Emilie
Marine
Nadia
Leila
Rabih
Isabelle
Abdellah
Carherine
Patricia
Alexandra
Gabrielle
Raphaël
Marie-Pierre
Sophie

Pascale
Antoine
Emanuelle
Eva
Jean Paul
Olivia
Michel
Claude
Marie
Dominique
Victoria
Sandra
Solenne
Virginie
Anne
Nadia
Mohamed Sidiki

*Les Mureaux
Saint Saulve
Lille-Amiens
Montrouge
Paris
Libourne
Bordeaux
Pontoise
Chalon Sur Saone
Saint Thibery
Mont-De-Marsan
Marseille
Paris
Lille
Ligny
Paris
Nanterre
Paris
Paris
Créteil*

*Strasbourg
Montpellier
Schaerbeek
Garges-Lès-Gonesse
Brest
Vandoeuvre Les Nancy
Bordeaux
Kenitra
Paris

Rimogne
Venissieux
Vienne
Grand-Champ
Paris*

*Toulouse
Montpellier
Sarrebouurg
Mouans Sartoux
Marseille

Courbevoie

Besancon
Alès En Cévennes
Nice
Montaigu
Monbazillac
Yvoire
Ajaccio
Astaffort
Saint Priest*

FOLDES
FOLTZ
FONTRIER
FORMET
FORTHOFFER-MEZERAY
FOUCOIN
FOUILLÉ
FOURNIÉ
FOUSSIER
FRANC
FRANÇOIS
FREDOUILLE
FREY
FRIBOULET
FURET

G

GAFFURI LEGENT
GAGÂA LAVAL
GALIMARD MAISONNEUVE
GALTIER
GALVANIN
GALVIN
GAMET
GANKEY
GASC
GAUDU
GAYRARD
GELIS
GENIN
GERARDIN TORAN
GERAUD
GERON
GHAYLANI
GHEDIGHIAN COURIER
GHOSN
GIAMI
GIORDANELLA
GIRARD
GIUDICELLI
GIULIANI
GLÂTRE-LE GOFF
GLOCKSEISEN
GLOUX REGO
GOUBET
GOUVERNEUR
GOUY
GRATTON
GRÉGOIRE
GREGORY
GRELLET
GRENOUILLEAU
GRIVILERS
GROLLEAU
GROSSEAU-POUSSARD

Beatrice
Louise
Joseph
Gilles
Nicole
Jane
Aurore
Audrey
Anaïs
Amélie
Laurence
Laurence
Catherine
David
Pascaline

Carole
Myriam
Élisabeth
Frédéric
Raphaël
Jean Pierre
Marie-Laure
Chrystelle
Virginie
Sophie
Farida
Anne Cecile
Sophie
Madeleine
Marc
Gaelle
Jihane
Joselyne-Jeanne
Imane
Alain
Claude
Lucile
Louis-Luc
Patricia
Aurélie
Nadège
Linda
Laura
Peggy
Giulia
Gilles
Solène
Françoise
Laure
Sylvie
Anne-Lorraine
Elodie
Garance

*Saint Germain En Laye
Montpellier
Annecy
Avignon
Mont De Marsan
Paris
Paris
Aubagne
Sablé Sur Sarthe
Metz
Paris
Cannes
Mulhouse
Paris
Metz*

*Villers Bretonneux
Castanet Tolosan
Aubervilliers
Clermont-Ferrand
Woluwe St Lambert
Blois
Lille
Vouvray
Tarbes
Paris
Cugnaux
Marseille
Vourles
Nîmes
Compiègne
Lyon
Creteil
Saint Mandé
Chalon Sur Saône
Paris
Paris
Meudon
Varennes
Arras
Nantes
Boulogne Billancourt
Quimper
Metz
Poitiers
Bordeaux
Annemasse
Montrouge
Valence
Montpellier
Nice
Malo Les Bains
Paris
Poitiers*

GUESSOUS
GUFFROY
GUY
GUYONNET

H

HABIBI BENGHANEM
HADDACHE
HADJAZI
HAJJI
HAMIDI
HANES
HECKMANN
HENNANI
HENNEBELLE
HENNER MAAS
HENRION
HERATH
HERMSTRUEWER
HERNANDEZ
HEYE
HISHAM
HORSMAN
HOUNGBEDJI
HUYGHE

I

INGOLD
ISAMBERT
IWANSKI

J

JALWAN- CORDAHI
JAMOULLE
JANQUIN
JANVIER
JEAN
JOBIN
JOLLIOT
JOURDREN
JUIS
JUNCKER-QUAINON
JUNG

K

KALUMBA
KAMARA
KARAOUNI
KEIFLIN
KERN
KOURI
KRISTNER
KUBAT

L

LAGANA
LANDRY

Chakib
Sabine
Catherine
Corinne

Rim Echraf
Mouloud
Myriam
Azziza
Karim
Ioan
Sandrine
Soufiane
Dorothee
Cindy
Lisa
Sathya
Martin
Christophe
Olivier
Sharif
Silvia
Alène
Éric

Anne-Elisabeth
Céline
Isabelle

Lara
Patricia
Faustine
Muriel
Frederic
Vincent
Céline
Marie Sophie
Joël
Fabienne
Eugénie

Basile
Souleymane
Alain
Sandrine
Nathalie
Ibtissem
Pauline
Karl

Julien
Sébastien

*Casablanca
La Madeleine
Pont De Beauvoisin
Vesoul*

*Lyon
Tizi Ouzou
Nice
Challans
Neuilly Sur Seine
Bruxelles
Pau
El Jadida
Saint Maurice
Boulay
Valmont*

*Moutier
Paris
La Possession
Le Bardo
Paris
Saint Nom La Bretèche
Toulouse*

*Saint-Eloy Les Mines
Paris
Lille*

*Gonesse
Charleville Mezieres
Lievin
Dinan
Toulon
Genève
Frouard
Rennes
Limoges
Luxembourg
Strasbourg*

*Douai
Paris
St Andre De Sangonis
Boulogne
Hohengoeft
Alger
Epernay
Vienne*

*La Grande Motte
Le Mans*

LANG MEYER
LANGIN
LANNOY
LANTRADE
LARRIBEAU
LASLANDES BACHET
LAUMENERC'H
LAURENS GOEPFERT
LE CAVORZIN
LE GAL
LE GUEVELLO
LE PALEC-BAHU
LE SAINT
LEAUTIER
LEBOUNGA VOUMA
LEBREUILLY
LEBRUN
LECLERE
LEEMANS
LEFEBVRE
LEFÈVRE
LEJEUNE
LELIEVRE
LEMAIRE
LENORMAND
LERICHE
LERICHE
LEROY
LESOEURS
LETZEL
LEUILLET
LEYSSENS
LIEBERMANN
LOEFFLER-LABORDA
LOHIER LACOMBE
LOMBARD
LOOS
LOPES
LORENTE
LOUBET
LOURIÉ DUPUY
LUCAS
LUCET
LUCHILO

M

M ZOUGHI
MADER
MAILLARD
MAINSANT
MALET
MALLÉGOLL
MALLOUH
MALPHETTES
MAQUIGNEAU

Virginie
Hélène
Claude Marie
Aurélié
Philippe
Marie-Flore
Elodie
Christine
Philippe
Isabelle
Ludivine
Alix
Laurent
Blandine
Jenny Ingrid
Sonia
Catherine
Mélisande
Charlotte
Christine
Dominique
Hervé
Florence
Estelle
Rachel
Aurore
Charlotte
Milene
Guy
André
Patrick
Anna
Sophie
Laurence
Francoise
Michel
Florence
Patrice
Isabela
Christian
Fabienne
Carole
Amélie
Carole

Nadia
Muriel
Francois
Gwénaëlle
Maud
Séverine
Silwa
Valérie
Aurélié

*Sarreguemines
Lille
Bruxelles
Clermont-Ferrand
Saint Gaudens
Strasbourg
Lorient
Porto Vecchio
Rennes
Carcassonne
Nantes
Rambouillet
Luxembourg
Saint Paul
Montreal
Angervilliers
Valence
Marmande
Ligny
Amiens
Nogent-Sur-Marne
Lyon
Montgeron
Valenciennes
Massy
Chenoise
Lyon
Clermont-Ferrand
Paradou
Hermes
Amiens
Paris
Bruxelles
Rueil-Malmaison
Saint Chamas
Gagny
Genval
Nantes
La Roche Sur Yon
Nice
Montpellier
Massy
Souppes Sur Loing
Château-Landon*

*Lyon
Castelnau Le Lez
Marseille
Paris
Nantes
Allauch
Is Sur Tille
Albi
Marseille*

MARCHAND	Sharan	<i>Overijse</i>
MARESMA - MATAS	Miquel	<i>Barcelone</i>
MARGUERITTE	Aline	<i>Alençon</i>
MARKOVIC	Laurence	<i>Naives Rosières</i>
MARSAIS	Stéphanie	<i>Rambouillet</i>
MARTIN	Carine	<i>Lille</i>
MARTIN	Marie-Pierre	<i>Metz</i>
MARTIN	Agathe	<i>Toulouse</i>
MARTINEAU	François	<i>Paris</i>
MARTINERIE	Brigitte	<i>Avignon</i>
MARTIN-VAUZOUR	Pierre	<i>Bordeaux</i>
MARX	Eliane	<i>Strasbourg</i>
MARZIANO	Cathia	<i>Cernay</i>
MASSE-NAVETTE	Claire	<i>Saint Didier De Bizonnes</i>
MASSON	Martine	<i>Paris</i>
MAT	Sabah	<i>Pontoise</i>
MATEFI	Andreea	<i>Nancy</i>
MATHIAS	Karine	<i>Clermont-Ferrand</i>
MATHIEU	Sarah	<i>Ploemeur</i>
MAUREL	Margot	<i>Puteaux</i>
MAURET CEPAS	Marie	<i>Issoudun</i>
MAURICE	Franck	<i>St Leu La Foret</i>
MELANJOIE-DIT-SAVOYE	Emmanuelle	<i>Sciez</i>
MENARD	Francois	<i>75015</i>
MENUEY CATROU	Amelie	<i>Paris</i>
MERCIER	Sylvain	<i>Saint Louis</i>
MERCIER	Flavie	<i>Issoudun</i>
MERLOT	Christine	<i>Tours</i>
MERRE	Celine	<i>Laval</i>
MESSARA	Gerard	<i>Portieux</i>
MESTRES	Stephanie	<i>Clermont Ferrand</i>
METALLO	Mélanie	<i>Verdun</i>
MEYER	Floriane	<i>Metz</i>
MICHELIN	Mickaëlle	<i>Saint-Etienne-De-Tulmont</i>
MIELE	Cécile	<i>Clermont-Ferrand</i>
MIEZIN	Nathalie	<i>Beauvais</i>
MIGNOT	Joëlle	<i>Paris</i>
MILJANOVIC	Boris	<i>Basse-Goulaine</i>
MILLET	Perrine	<i>Die</i>
MIRIO	Laetitia	<i>St Clément Sous Valsonne</i>
MIROLO	Céline	<i>Aulnay Sous-Bois</i>
MOAL	Hania	<i>Saint-Yorre</i>
MOERLOOS	Vanessa	<i>Harveng</i>
MONOT-VAVASSEUR	Chantal	<i>Lyon</i>
MONTEL	Bruno	<i>Chambery</i>
MORAND	Gil	<i>Saint-Leu-La-Forêt</i>
MORANDINI	Marie	<i>Digne Les Bains</i>
MOREAU	Capucine	<i>Toulouse</i>
MOREAU	Emilie	<i>Paris</i>
MOREAU	Anne	<i>Nevers</i>
MOREAU	Marie-Laure	<i>St De</i>
MORELLEC	Martine	<i>Amiens</i>
MORENO	Raphael	<i>Pariis</i>
MOTEL-PICARD	Isabelle	<i>Lyon</i>

MOUGEOT
MOUGUE NGADEU
MOUKO
MOURTOUX
MOUTON
MURET

N

NAVRATIL
NEROT
NICOD
NINA
NYS

O

OGIER
OPHELIA
OUEDRAOGO
OUZARD
OVIEDO'MASSET

P

PAGNIER
PALAMARA
PALAYRET
PANET
PAPAZIAN
PARENT
PARLABENE
PASQUINO
PAVAGEAU
PAYET
PELAGE
PELOUX
PERNEY
PETIT
PIC-LAFON
PICOT TRIC
PIERRE
PIGEON
PIOT
PLUMAIL
POIGNET
POLESEL
POLLONO
PONDEVIE
PORQUET
PORTO
POULET
PRADO
PROUZET
PSALTI
PSOMAS
PUGIN-BRON
PUJOL-GUILLEVIC
PUJOS-GAUTRAUD

Cécile
Jacques
Louise
Sylvie
Damien
Patrice

Henri
Olivier
Pierre-Alain
Cécile
Marianne

Virginie
Alexandre
Pagnimdi Joël
France
Mirla

Sylvain
Corinne
Jean Luc
Florence
Patrick
Emilie
Eleonore
Sylvie
Wilfrid
Angélique
Marie
Sophie
Pascal
Anne
Sophie
Martine
Nadege
Laure
Gérard
Marie
Estelle
Jean-Marc
Marion
Isabelle
Olivia
Robert
Claire
Ghislaine
Catherine
Iv
Christina
Sylvie
Hélène
Michèle

*Les Ulis
Rosoy
Le Blanc Mesnil
Mezidon
Lille
Besancon*

Montpellier

*Monthey
Marseille
Eringes*

*Trept
Saint-Germain-Les-Corbeil
Montpellier
Sanary-Sur-Mer
Saint Mande*

*Besancon
Nîmes
Chamalieres
Blois
Paris
Rennes
Maubeuge
Charleville Mezieres
Paris
Saint Etienne
Lorient
Bruxelles
Nîmes
Valence
Bordeaux
Aubagne
Paris
Le Puy En Velay
Reims
Bischwiller
Amiens
Marseille
Paris
La Roche Sur Yon
Saint-Julien En Genevois
Marseille
Beaune
Paris
Toulouse
Wezembeek
Montpellier
Saint Jean D'aulps
Toulouse
Saint-Émilion*

PYOT

Gladys

Salon De Provence

Q

QUELIN

Aline

Garches

R

RAHARIVOLOLONA

Irène

Vandoeuvre

RAILLARD

Pascale

Lyon

RAINERI

Nathalie

Villeurbanne

RAMADIER

Donia

Saint Christol Les Ales

RAPIN

Caroline

Davézieux

RAY

Yael

Lyon

RAYMOND

Justine

Marseille

REMY

Emilie

Metz

REMY

Michael

Montsegur Sur Lauzon

RIAZUELO

Nathalie

Mons

RIBES

Gérard

Lyon

RICHARDET

Marion

Paris

RICQUART

Marie

Armentières

RIOLAND

Juliane

Saint Laurent Le Minier

RITZENTHALER

Julie

Strasbourg

RIZZUTO

Jean-Robert

Cagnes Sur Mer

ROBERT

Corinne

38100 - Grenoble

ROBERT

Mathilde

Reims

ROBERT

Sandra

Montrouge

ROBERVAL

Johanna

Saint Genis Pouilly

ROCHET

Sophie

Lyon

ROLLET

Karine

Nantes

ROMBY

Axelle

Paris

RONDET

Sylviane

Le Chatelet En Brie

RONZON

Marlene

Oyonnax

ROSSIN-AMAR

Betty

Marseille

ROUBAUD

Raïssa

Macouria

ROUSSEAU

Anne Sophie

Aix En Provence

ROUSSEAU

Fannie

Saint Ouen

ROUSSEAU

Marine

Troyes

ROUVRAIS

Marie

Clichy

ROUX-DESLANDES

Claude

Pau

ROZMAN

Marc

Paris

RUMPLER

Christelle

Aubagne

S

SABALOT

Ludiwine

Paris

SABAN

Isabelle

Perpigna,

SALM

Dominique

Vilanova I La Geltru

SALOMEZ

Dominique

Ciney

SANCHEZ

Muriel

Tassin La Demi Lune

SANLAVILLE

Marine

Villerupt

SAPIN PAGNIER

Sylvie

Pordic

SARRADEL

Noel

Brando (20222)

SAUSSEAU

Bruno

Saint Pierre

SAVEL

Carine

Clermont Ferrand

SCHAEFFER

Angele

Reims

SCHIFANO

Annick

La Grande Motte

SCHILD

Raphael

Muret

SCHIRCH-WOLFF

Isabelle

Mulhouse

SCHMITT
SCHNEBELEN
SCHNEIDER
SEMPÉ NÉMOZ
SÉRAZIN-ORSINI
SEVENE
SHAH KARAMI
SIGNORE
SIMARD
SIMONNOT
SKOMSKI
SMADJA
SOLANO
STAUFFACHER
STEVENS
STITI
STRACK
SULAIMAN

T

TALLET
TANNEAU
TAQUIN
TARPIN-LYONNET
TARQUINIO
TAVEL
TAYEBI
TEBOUL
TEILLOUT
TEXIER
TEYNIER
THIERRY-DEFLOU
THISSE
THOUROUDE
TISSIER
TIXIER
TOUATI
TOURBEZ
TOURNAIRE
TRAN
TREMBLAY
TROADEC
TROUSSIER
TRUDEL

U

V

VADELL MARTÍNEZ
VADON
VAINQUEUR
VAN BRAEKEL
VAN PAEMELLEN
VANHEE
VATEL
VELUIRE
VERMOOTE

Carole
Marie-Noëlle
Dominique
Bénédicte
Lenaig
Arnaud
Zahra
Sabrina
David
Véronique
Pascale
Tania
Catherine
Marie-Hélène
Guillemette
Moufid
Anne
Ahmad

Camille
Eric
Lucie
Perrine
Cyril
Laurence
Youcef
Martin
Sébastien
Gaelle
Marie-Noelle
Agathe
Audrey
Christine
Jean Francois
Gerard
Imen
Samuel
Cloé
Marie Christine
Mélanie
Catherine
Thierry
Dominique

Julián
Philippe
Arlette
Geraldine
Anaïs
Aurelie
Magali
Marie
Béatrice

Nancy
Mulhouse
Antony
Chambéry
Aubagne
Paris
Les Lilas
Mons
Courbevoie
Montfermeil
Esch Sur Alzette
Enghien Les Bains
Paris
Genève
Halluin
Toulon
Lunéville
Beziars

Lyon
Paris
Hannut
Lyon
Metz
Lucé
Alger
Lyon
Limoges
Lunel
Viroflay
Rouen
Lyon
Pézenas
Bagneux
Paris
Valenciennes
Lille
Aix En Provence
Paris
Montréal
Montpellier
Paris
Montréal

Lyon
Sain- Etienne
Foix
Tubize
Monsegur
Lille
Saint Denis
Paris
Arras

VERROUST
VIARD
VICO
VICQ
VIDAL
VIDON
VIENNE
VIEVILLE
VINCENT
VISENTIN
VOILQUIN
VOVE
VRIGNON

W

WARIN
WEBER
WEBER
WOJTYNA
WOLKE LENTZ

X

XAVIER

Y

YAAKOUBI
YASSINE
YOUCEF

Z

ZAEGEL-FAUCHER
ZAH
ZELER

Agnès
Dominique
Pierre
Jean Claude
Blandine
Jeanne-Marie
Pascal
Sabine
Jean-Paul
Cécile
Véronique
Jean Paul
Claudie

Marie Laure
Elsa
Marie-France
Cathy
Armelle

Claudia

Amira
Belaid
Elaid

Olivia
Safia
Arnaud

Paris
Marseille
Bruxelles
Le Port
Beaumont
Villeurbanne
Martigues
Triel Sur Seine
Le Puy En Velay
La Rochelle
St Rambert D'albon
Bordeaux
Saint-Herblain

Tucquegnieux
Nancy
Rueyres
Le Vigan
Nancy

Six Fours Les Plages

Montreuil
Ville Avray
Oran

Marseille
Villejuif
St Jean De Vedas



Liste des
EXPOSANTS

AIUS

Stand n°3

Association Interdisciplinaire post universitaire de Sexologie
120 Chemin de la Crête Cauvet Biver
13120 GARDANNE - FRANCE
www.aius.fr
secretariat@aius.fr

ASCLIF

Stand n°24

Association des Sexologues Cliniciens Francophones
47 rue de l'Acacia - 7517 PARIS - France
www.asclif.com
Madame Martine POTENTIER
martinepotentier@wanadoo.fr

BESINS HEALTHCARE

Stand n°15

Besins Healthcare est un laboratoire pharmaceutique spécialisée dans le développement et la diffusion de traitement de gynécologie, fertilité et conditions obstétricales ainsi que la carence en androgènes
17 rue Perier – 92120 MONTRouGE - France
<https://www.besins-healthcare.com/>
Marie-Jo PRADÈRE
Administration
mjpradere@besins-healthcare.com

CAPE / VEA

Stand n°14

VEA produit une gamme dermatologique pour toute la famille et pour toutes les peaux de formulation simple et parfaitement tolérés.
89 chemin des Cigales - 06370 MOUANS SARTOUX - France
<http://www.veafrance.com/>
Jérôme Grapinet
Directeur
jerome@grapi.net
Tel : 04.89.35.71.47

CFSF

Stand n°25

Centre de formation professionnelle en sexocorporel
2 rue d'Inkermann - 35000 RENNES - FRANCE
<https://formation-sexocorporel.fr/>
Nathalie Dessaux, président
info.sexocorporelle@gmail.com

CHARLES

Stand n°17

183 RUE SAINT MAUR - 75010 PARIS - France
Simon BURELLIER - CEO
simon@charles.co

CIFRES

Stand n°26

Centre International de Formation et de Recherche en Sexualité
14 rue Bertrand Grill - 31000 TOULOUSE - FRANCE
<http://www.cifres.org/>
Virginie Gasc, secrétaire du CIFRES
secretariatcifres@gmail.com

DORNIER

Stand n°1

Dornier MedTech est une société de technologie médicale connue pour ses technologies pionnières et ses thérapies révolutionnaires en urologie
La Ferme de Saint Paul
1545 route d'Epagny - 74330 SILLINGY - France
<http://www.dornier.com/>
Stéphanie Belin
sbelin@dornier.com
infofrance@dornier.com

DROIT AU CORPS

Stand n°20

9 rue Racine - 78220 VIROFLAY - France
www.droitaucorps.com
Luc DEVILLIERS
Tel : 00 32 475 90 91 97
on4beshack@gmail.com

EDITION METAWALK

Stand n°18

Les Editions Métawalk publie "Sexualités Humaines", revue de sexologie des professionnels de santé. Elle diffuse une information pointue sur la sexualité et ses troubles à tous les âges de la vie et une réflexion sur la prise en charge des symptômes sexuels de la femme, de l'homme et du couple

45 avenue Franklin Roosevelt
77210 AVON - France

Daniel Renson

metawalk@wanadoo.fr

Tel: 01 60 96 47 78

FF3S

Stand n°10

Fédération Française de Sexologie et de Santé Sexuelle

Médocentre 2 - 1 avenue du 8 Mai 1945 -
38130 ECHIROLLES – France

www.ff3s.fr

contact@ff3s.fr

GYNECOLOGIE SANS FRONTIERE

Stand n°19

2 boulevard de Launay - 44100 NANTES –
France

<https://gynsf.org/>

Claudine BURBA

claudine.burban44@orange.fr

Tel: 06 81 55 14 61

HANDY LOVER

Stand n°27

2 avenue Galilée Téléport 1
Futuroscope – 86360 Chasseneuil-du-
Poitou

<https://handy-lover.com/>

Rodolphe Brichet - président

rodolphe.brichet2@gmail.com

Tel :06 23 57 08 88

HIRAMED (Deumavan)

Stand n°2

Laboratoire spécialisé dans la distribution de compléments santé produits à Monaco
74 boulevard d'Italie - 98000 MONACO –
MONACO

<http://www.hiramed.com> - Site en
construction

Aurélié Dupuis, directeur France

a.dupuis@hiramed.com

Tél : 06 35 19 49 93

IPRAD

Stand n°6

Les laboratoires IPRAD développent et commercialisent des médicaments, des produits de santé et de bien-être destinés à améliorer le quotidien. Experts dans le domaine de la gynécologie, ils proposent également des produits en médecine nutritionnelle et pédiatrique.

174 Quai de Jemmapes - 75010 PARIS -
France

www.laboratoiresiprad.com

Joane Benhamou

j.benhamou@iprad.com

Tél : 06 21 44 51 92

JF2S

Stand n°10 bis

www.jf2sexo.fr

LES CLES DE VENUS

Stand n°21

Résidence Le Cabeston Appartement
B24 - 35 rue de Gouët

22 200 SAINT-BRIEUC - France

<http://www.lesclesdevenus.org/>

Stéphanie, trésorière

lesclesdevenus@gmail.com

LIBRAIRIE L'HIRONDELLE

Stand n°22

2 les Jouandons
33 430 LE-NIZAN - France
<http://librairiehirondelle.pagesperso-orange.fr/>
Aude FLEURY
librairie.lhirondelle@wanadoo.fr
Tél/fax: 05 56 25 77 58

MAJORELLE

Stand n°9

Les Laboratoires Majorelle proposent des solutions de santé dans deux domaines thérapeutiques, la gynécologie et l'urologie
12 rue de Berri
75008 PARIS - France
<http://www.laboratoires-majorelle.com/>
Stéphane IPERTI
Chef de gamme Urologie
Tel: 01 83 96 84 86
siperti@laboratoires-majorelle.com

PROCARE HEALTH

Stand n°5

67 avenue André Moizet
92100 BOULOGNE BILLANCOURT
France
<https://www.procarehealth.fr/>
Mehdi Amriou
Directeur Général
Tel : 06 86 89 37 97
amriou.m@procarehealth.fr

RESTONS EN LIGNE

Stand n°11

RESTONS EN LIGNE télésecrétariat médical :
-Vous propose une gestion de vos appels par des secrétaires médicales
-Vous propose un agenda en ligne avec prise de RDV directement par vos patients
1 avenue du 8 Mai 1945 MEDICENTRE II
38130 ECHIROLLES – France
<http://www.restonsenligne.fr>
Chantal Payet
Chef d'entreprise
Tel : 06 20 69 81 73
contact@restonsenligne.fr

SEXOANALYSE

Stand n°23

Institut belge de sexoanalyse
c/o Esther Hirsch, Square des Latins
41 boîte 5
1050 BRUXELLES - France
<http://www.institutdessexoanalyse.be/>
Florence LOOS
florence.loos@skynet.be
Tel : 00.32.495.24.05.65

SFSC

Stand n°4

Société Française de Sexologie Clinique
11 bis Av Mac Mahon - 75017 PARIS - France
<https://www.sfsc.fr/>
Eric Tanneau
erictanneau2@gmail.com
s.sfscsexo@gmail.com
Tel : 04 90 86 07 36

THERAMEX

Stand n°13

Les Laboratoires Theramex sont spécialisés dans les traitements de la contraception, de la fertilité, de la ménopause et de l'ostéoporose
6 Avenue Albert II - 98000 MONACO
<https://www.theramex.com/>
Nicolas Romme
nicolas.romme@theramex.com

UCB Pharma (ETHICARE)

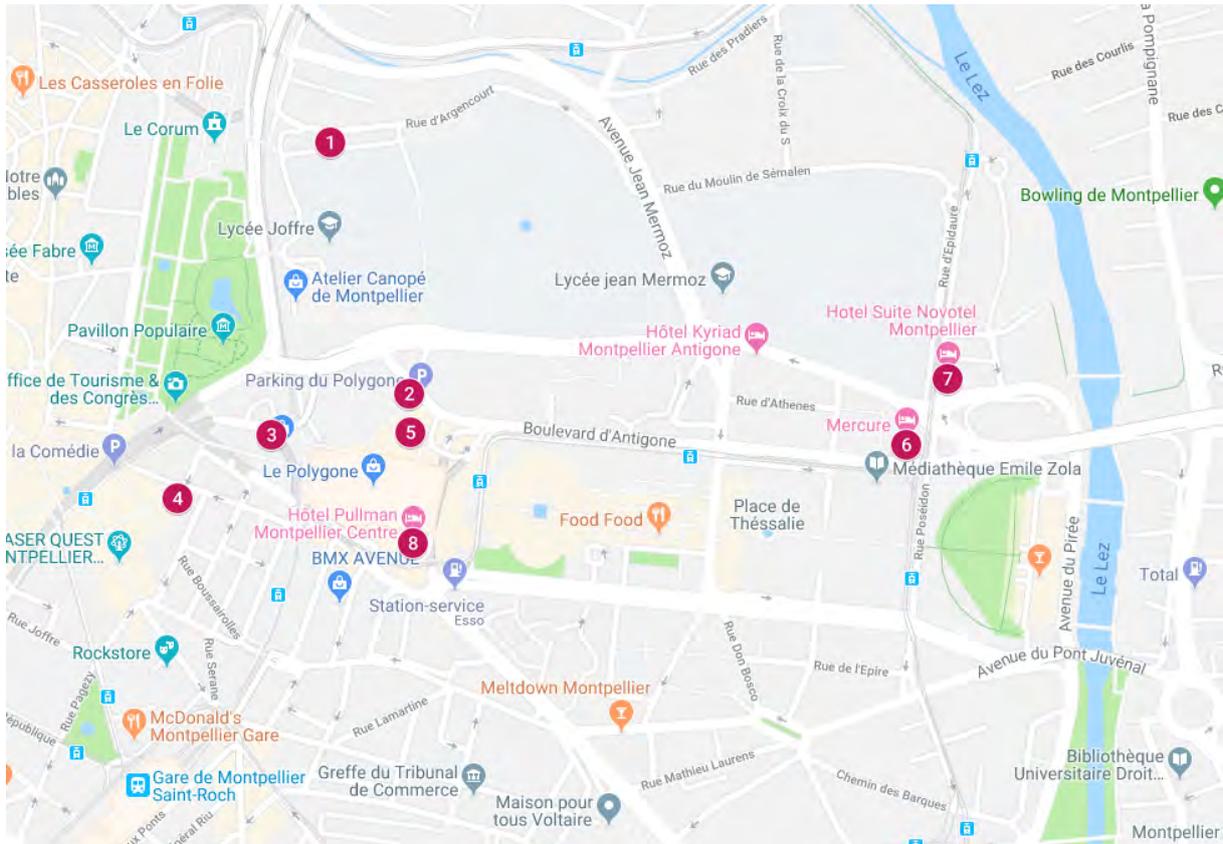
Stand n°12

6 rue du Chevalier de saint George
75001 PARIS - FRANCE
<http://www.societe-ethicare.com/>
Karine CAZAL
Responsable R.H. et ADM visite Médicale
k.cazal@ethicare-vm.com
Tel : 01 47 03 15 00



Plan des **HÔTELS**

Plan des Hôtels de Montpellier



Hôtels

- 1 Crowne Plaza Montpellier - Corum
- 2 Hôtel ibis Montpellier Centre
- 3 Hotel ibis Montpellier Centre Comédie
- 4 Hôtel ibis Styles Montpellier Centre Comédie
- 5 Hôtel Mercure Montpellier Centre Comédie
- 6 Mercure
- 7 Hotel Suite Novotel Montpellier
- 8 Hôtel Pullman Montpellier Centre



Plan de
L'EXPOSITION

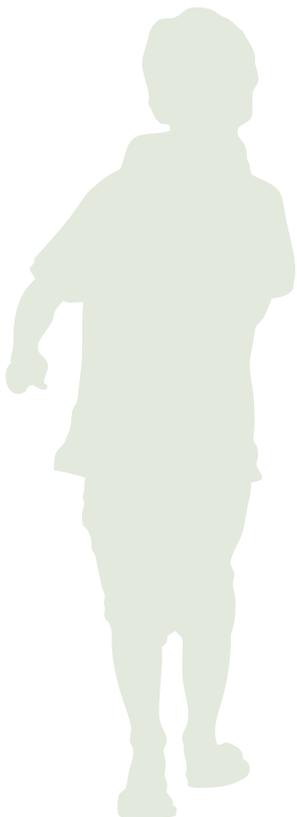
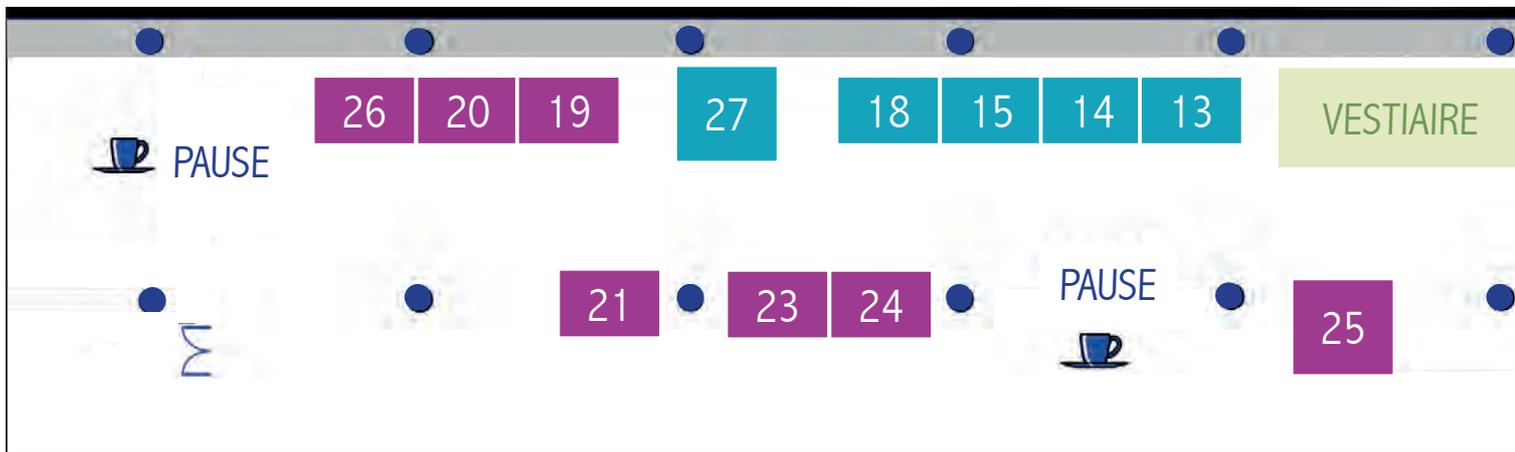
PLAN D'EXPOSITION

Horaires d'ouverture

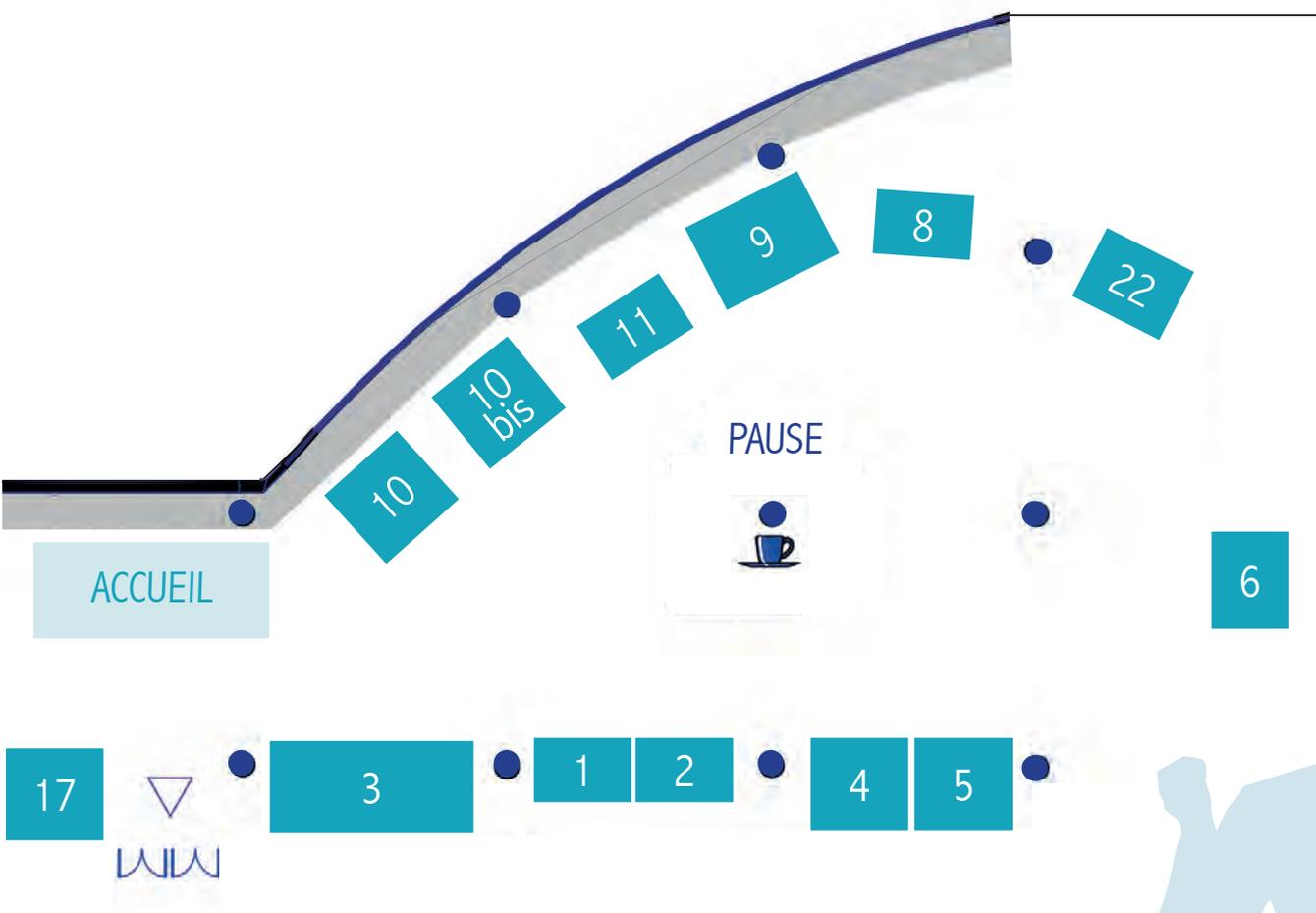
Jeudi 28 mars entre 12h30 et 20h00

Vendredi 29 mars entre 8h00 et 18h30

Samedi 30 mars entre 8h00 et 18h30



AIUS	3
ASCLIF	24
ASSOCIATION CIFRES	26
BESINS HEALTHCARE France	15
CAPE / VEA	14
CFSF	25
CHARLES	17
DORNIER	1
DROIT AU CORPS	20
ETHICARE UCB	8
FF3S	10
GYNECOLOGIE SANS FRONTIERE	19
HANDY LOVER MOBILITY DESIRE	27



HIRAMED	2
IPRAD	6
JF2S	10 bis
LES CLES DE VENUS	21
LIBRAIRIE DES HIRONDELLES	22
MAJORELLE	9
METAWALK	18
PROCARE	5
RESTONS EN LIGNE	11
SEXOANALYSE	23
SFSC	4
THERAMEX	13

