

JOURNÉES FRANCOPHONES DE SEXOLOGIE ET DE SANTÉ SEXUELLE





if3 sexo.fr

JF3S version 1.0 JOURNÉES FRANCOPHONES DE

Chers amis et chers collègues,

Le Pr Patrice Lopes, président d'honneur et le Dr Pierre Bondil, Président de l'AlUS, sont heureux de vous inviter aux premières Journées Francophones de Sexologie et Santé Sexuelle ; les JF3S 1.0. Après les deux reports liés à la pandémie de la COVID, nous allons enfin pouvoir nous retrouver à Nantes du 1er au 3 juillet 2021 sous l'égide de l'AIUS.

Nous comptons sur votre participation car ces retrouvailles sont particulières. Chez tous, l'envie est forte d'échanger enfin dans le monde réel. Nous le ferons dans le respect des mesures sanitaires, notamment grâce à des amphithéâtres bien dimensionnés aux règles de distanciation.

Le thème conducteur de nos JF3S, « Sexe et secret », rarement abordé, est à la fois, original et attractif.

Dire ou ne pas dire peut surprendre dans notre monde communiquant où le « sexe » est omniprésent. De fait, le secret fait partie intégrante de notre pratique quotidienne qu'il s'agisse du secret professionnel mais aussi, des non-dits de la consultation, des difficultés ou des maladies qu'on n'ose pas dévoiler. La libération de la parole sur les violences sexuelles et l'inceste montre que bien d'autres aspects de la vie intime sont concernés comme des imaginaires inavouables, des secrets de couple ou de filiation, des problèmes de genre et d'orientation sexuelle qu'on ne sait pas dire, des pratiques à risque... Faut-il parfois déroger au secret et si oui, comment ?

Les questions étant nombreuses, une approche multidisciplinaire sera privilégiée comme d'habitude, dans une ambiance alliant science, partage et convivialité à Nantes, ville au riche patrimoine architectural.

Nantes est une ville du Pays de Loire, le roi des fleuves et le fleuve des rois, au riche patrimoine architectural, lieu de naissance d'Anne de Bretagne qui on le sait grâce à ses mariages fut Archiduchesse d'Autriche, Reine des Romains et enfin Reine de France. Elle a fait preuve de réelles compétences pour permettre l'union de la Bretagne à la France. S'il vous reste un peu de temps, les châteaux de la Loire et leurs vins, feront le plaisir de votre week-end.

Cordialement à tous et rendez-vous aux JF3S.

Le comité scientifique, le comité d'organisation et le CA de l'AIUS





SEXOLOGIE ET DE SANTÉ SEXUELLE

Chers membres, amis et collèques intéressés par la sexologie et la santé sexuelle

Nous sommes heureux de vous retrouver en présentiel. Cette longue crise du Covid nous a rappelé l'importance de l'humilité et l'art de la nuance. Profitons du moment présent et des choses simples comme prendre plaisir à écouter, partager et échanger tout en argumentant davantage sur des faits que des opinions. Revenir aux fondamentaux scientifiques fait partie de la culture de l'AlUS. Ensemble, nous représentons une intelligence collective et une force de proposition. L'AlUS et les JF3S sont et doivent être des lieux de créativité et d'innovation pour mettre encore plus en avant, la valeur ajoutée de la sexologie.

L'épidémiologie a montré que la santé sexuelle et la vie sexuelle concernent et... intéressent une très large majorité d'individus (seuls ou en couple). Mais, n'oublions pas que les populations plus vulnérables (maladies chroniques, handicaps, violences, vieillissement, précarité socioéconomique...) sont tout autant intéressées! Leurs demandes et leurs besoins sont identiques. Elles doivent bénéficier des mêmes attentions, soins et droits que les personnes en « bonne santé ». Chacun peut et doit accéder à une sexualité épanouie, c'est-à-dire, la possibilité pour chacun d'ajuster sa vie sexuelle à ses aspirations (si conformes aux droits sexuels).

La stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS) l'a clairement rappelé : «la santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble ». Elle recommande sans équivoque « d'assurer un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité de la naissance à la vieillesse pour l'ensemble de la population ». Cet « idéal d'accompagnement » nécessite d'informer et de sensibiliser toutes les populations, avec un souci constant de continuité. Prévenir ou minimiser les difficultés « sexuelles » des enfants, des adolescents, puis des adultes jeunes, passe obligatoirement par une éducation à la sexualité adaptée. Dans un deuxième temps, l'information et l'éducation thérapeutique prennent le relais, tout au long des parcours de vie des adultes plus âgés, malades ou non.

Pour ces raisons, chaque professionnel intervenant dans le champ de la sexualité et des parcours (éducation, soins, santé et/ou vie) a une place et un rôle. Il doit s'efforcer de mobiliser ou restaurer les ressources de chaque individu, via une information, une éducation, un conseil et/ou un soin. Dans tous les cas, cela sera fait avec empathie, éthique, humanisme et... respect du secret, thématique principale des JF3S!

L'intrication entre santé sexuelle, somatique et mentale explique la multifactorialité et la complexité habituelle des problématiques liées à la sexualité. La transversalité et l'interdisciplinarité sont ainsi dans les gènes de l'AIUS. L'objectif déclaré en 1983 (« rassembler au sein d'un même esprit et d'une même action, universitaires et praticiens, médecins et non médecins, enseignants et enseignés, unis par le même souci d'éthique, de pratique clinique, de recherche et de transmission d'un savoir ») est toujours d'actualité 38 ans après la création de l'AIUS!

Les principales actions 2021 de l'AIUS se sont inscrites dans cette volonté transdisciplinaire (et dans le cadre de la SNSS), tout particulièrement la lutte contre les (fortes) inégalités de soins et notre implication active en cancérologie (référentiel, enquête). Nous avons besoin des apports et des propositions de chacun pour renforcer notre place d'association référente en sexologie et en santé sexuelle.

Excellent congrès à tous et à l'année prochaine à **Montpellier du 17 au 19 mars 2022** sur la thématique « Les acteurs en santé sexuelle : ensemble mais qui fait quoi ? ».

Très cordialement.

COMITÉS

COMITÉ D'ORGANISATION

Dr Pierre BONDIL
Dr Mireille BONIERBALE
Dr Rosa CARBALLEDA
Mme Nathalie DESSAUX
Pr Patrice LOPES
Pr Fric HUYGHF

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Dr Betty AMAR-ROSSIN Mme Catherine BASSEREAU

Dr Damien CARNICELLI

Dr Philippe LE CAVORZIN

M. Alexandre CHEVALIER

Dr Béatrice CUZIN

Dr Pierre DESVAUX

Mme Nadia FLICOURT

Dr Jean-Philippe HARLICOT

Dr Carine MARTIN

M. Jean-Marc POLESEL

Dr Sophie WYLOMANSKI

ORGANISATION LOGISTIQUE ET INSCRIPTIONS

13-15 rue des Sablons, 75116 Paris

Tél.: 01 40 88 97 97 - Fax: 01 43 59 76 07

jf3s@overcome.fr

SOUS LE HAUT PATRONAGE



COMITÉ SCIENTIFIQUE CONSULTATIF

Mme Laura BELTRAN

Dr Patrick BLACHERE

Dr Michèle BONAL

Dr Pierre BONDIL

Dr Carole BURTÉ

Mme Marie CHOLLIER

Dr Marie-Hélène COLSON

Mme Daphné DESMETTRE

Dr Antoine FAIX

Dr Marie-Laure GAMET

M. Alain GIAMI

Dr Daniel HABOLD

Mme Aurélie MAQUIGNEAU

Dr Pierre MARTIN-VAUZOUR

Mme Lenaig SERAZIN ORSINI



Sexe & Secret



JOURNÉES FRANCOPHONES DE SEXOLOGIE ET DE SANTÉ SEXUELLE

REMERCIEMENTS

Le Comité d'Organisation des JF3S remercie vivement pour leur soutien les partenaires :















































JOURNÉES FRANCOPHONES DE

			JEUDI .
	AUDITORIUM 800	AUDITORIUM 450	SALLE 200
09Н00	ATELIER pour les étudiants en DIU Atelier méthodologique		ATELIER Le secret de l'imaginaire sexuel
11H00 12H30	ATELIER pour les étudiants en DIU Supervision de cas cliniques sexologiques	ATELIER pour les étudiants en DIU La prise en charge et l'accompagnement des couples en sexologie	dans le couple
			12H30 - 14H00 VISITE DE
	SESSIONS OUVERTES À TOUS		
14H00 16H00	SESSION PLÉNIÈRE Comment aborder la biographie sexuelle et comment gérer la découverte d'un secret inavouable ou inavoué?		
16H00	SYNTHÈSE		

16H30 - 17H00 VISITE

17H00 18H15	Prix du meilleur mémoire		
18H15 19H00	Cérémonie d'ouverture		
19H00 19H30		Bienvenue	

Secrets

de Polichinelle

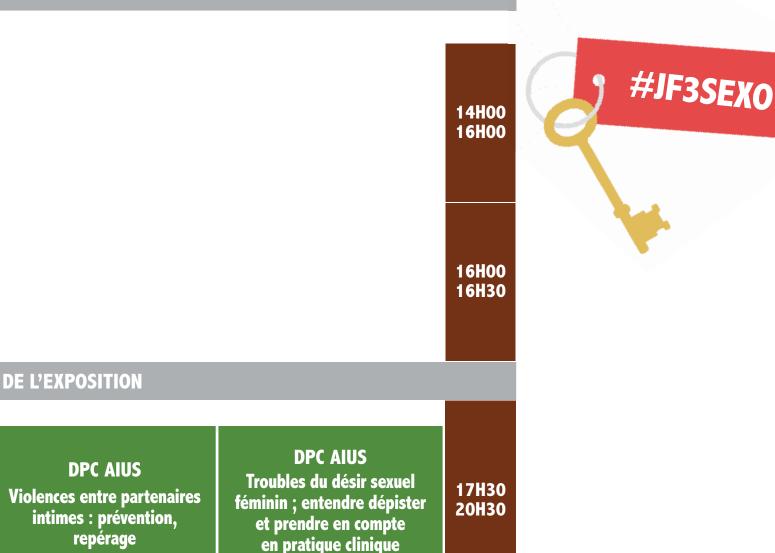
16H30

SEXOLOGIE ET DE SANTÉ

ER JUILLET

CLUB ATLANTIQUE SALLE GH ATELIER ATELIER 09H00 L'éducation Les secrets du périnée à la sexualité auprès des enfants (5-10 ans): un levier pour dire l'indicible 11H00 **Ateliers sur** 12H30 inscription payante

L'EXPOSITION



			VENDREDI
	AUDITORIUM 800	AUDITORIUM 450	SALLE
08H30	CONFÉRENCE		
	Le secret		
09H00 10H00	TABLE RONDE Le secret a-t-il un genre ?		
	SYMPOSIUM		
10H00 11H00	Améliorer la santé sexuelle par la DHEA intra-vaginale - <i>avec le</i> <i>soutien de Theramex</i>		
			11H00 - 11H30
11H30	FORUM INTERACTIF	FORUM INTERACTIF	FORUM
13H00	Infirmier et Infirmière gardiens des secrets	Les secrets des femmes	Secrets multi et
13H00 14H00			S Y M Douleurs pel et qualité de avec le soutien
			13H00 - 14H00
14H00	SESSION PARALLÈLE	SESSION PARALLÈLE	
15H30		Les codes d'attraction inavouables	
	SYMPOSIUM		
15H30 16H30	Secret des pratiques à risques - Conséquences de l'HPV sur certaines pratiques sexuelles avec le soutien de MSD Vaccins		
			16H30 - 17H00
	CONFÉRENCE		
17H00 17H30	Homosexualité, virginité, masturbation et violences sexuelles : les adolescents face au secret		
17H30	TABLE RONDE		
18H30	Les mots cachés, sexualité de la femme en post ménopause		
18H30 19H00		19h00 à 20h00 AG AIUS	

2 JUILLET **CLUB ATLANTIQUE** 200 **SALLE GH** 08H30 09H00 10H00 10H00 11H00 VISITE DE L'EXPOSITION **INTERACTIF FORUM INTERACTIF** FORUM INTERACTIF 11H30 Sexualité Secret - partenariat 13H00 prévention et PMA et handicap **POSIUM** viennes vie sexuelle d'Exeltis VISITE DE L'EXPOSITION **SESSION ASSOCIATION** 14H00 L'éducation à la santé sexuelle **ATELIER** 15H30 par la promotion des droits humains **Aider les couples** à améliorer **leur fonctionnement** 15H30 16H30 VISITE DE L'EXPOSITION

	SESSION ASSOCIATION Honte, non-dits, petits maux du corps aux grandes conséquences : les stratégies du Sexocorporel pour retrouver une image de soi positive	17H00 17H30 17H30 18H30
ļ		18H45 19H45
009		

	AUDITORIUM 800	AUDITORIUM 450
08H30	CONTROVERSE	
331133	Le secret dans le couple	SESSION PARALLÈLE
09H30	CONFÉRENCE	Excitation : ce que les femmes
10H00	Eyes wide Chut!	ne disent pas toujours
	SYMPOSIUM	
10H00 11H00	Ce qu'il faut savoir des hormones masculines avec le soutien de Besins Healthcare	
		11H00 - 11H30 VISITE DE L'EXPOSITION
	TABLE RONDE FRANCOPHONE	
11H30 13H00	Secret de famille et sexologie : quels conseils pour la pratique professionnelle ?	Communications libres
		13H00 - 14H00 VISITE DE L'EXPOSITION
14H00	CONFÉRENCE	
14H30	Le secret et l'éthique de la sexologie	
	TABLE RONDE	
14H30 16H00	Limites dans le secret médical et professionnel	Communications libres
		16H00 - 16H30 VISITE DE L'EXPOSITION
	CONFÉRENCE	
16H30 17H00	Quelle stratégie nationale de santé sexuelle en france	
17H00	CONFÉRENCE	
18H30	Le clitoris, cet inconnu	
18H30 19H00	Cérémonie de clôture	

IUILLET 2021

SALLE 200

SALLE 200	
SESSION ASSOCIATION Dire ou ne pas dire : quelle posture	08H30
pour le sexothérapeute et l'éducateur à la sexualité ?	09H30 10H00
	10H00 11H00
Communications libres	11H30 13H00
	14H00 14H30
	14H30 16H00
SESSION ASSOCIATION « Jardin secret » dans nos pratiques de conseillers	16H30 17H30
conjugaux et familiaux	17H00 18H30
	18H30 19H00





Sexe & Secret

SOMMAIRE		
PROGRAMME	14	
RÉSUMÉS DES SESSIONS JF3S	26	
RÉSUMÉS DES SESSIONS PARALLÈLES JF3S	88	
RÉSUMÉS DES ATELIERS JF3S	100	
RÉSUMÉ DES FORUM INTERACTIF JF3S	118	
RRÉSUMÉS DES SESSIONS ASSOCIATIONS	153	
PRIX DU MEILLEUR MÉMOIRE	173	
RÉSUMÉS DES COMMUNICATIONS LIBRES	181	
LISTE DES PARTICIPANTS	229	

PROGRAMME DU JEUDI 1^{ER} JUILLET

Demi-journée d'enseignement Pré-congrès

De 09h00 à 12h30, trois ateliers pour les étudiants en DIU ainsi que trois ateliers congrès payants sur inscription

09h00 10h30 ^{AUDITORIUM} 800

ATELIER MÉTHODOLOGIQUE

Comment concevoir son questionnaire d'enquête ?

Pr. Eric HUYGHE, président du CCPIU, Toulouse Dr Carine MARTIN, responsable pédagogique du DIUS, Lille ATELIER Étudiants en DIU

> ATELIER Congrès payant

> ATELIER ongrès payant

ATELIER Congrès payant

ATELER Audiants en DIU

ATEUER Étudiants en

09h00 12h30

200

LE SECRET DE L'IMAGINAIRE DANS LE COUPLE

Mme Véronique SIMONNOT, sage femme, sexologue clinicienne en sexocorporel, présidente du CFSF, Montfermeil Dr Sylvie SAPIN, médecin, sexologue, sexologue clinicienne en sexocorporel, Pordic

09h00 12h30 SALLE

LES SECRETS DU PÉRINÉE

• Sexualité anale : conséquences et plaintes fonctionnelles: incontinence anale, anodyspareunie

Dr Aurélien GARROS, gastroentérologue - proctologue, Lyon Mme Muriel SANCHEZ, masseur kinésithérapeute - sexologue, Lyon

09h00 12h30 CLUB ATLANTIQUE

L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ AUPRÈS DES ENFANTS (5-10 ANS) : UN LEVIER POUR DIRE L'INDICIBLE

Mme Claude GIORDANELLA, infirmière sexologue, Paris Mme Sonia LEBREUILLY, sociologue sexologue, Paris

11h00 12h30 AUDITORIUM

SUPERVISION DE CAS CLINIQUES SEXOLOGIQUES

Dr Michèle BONAL, responsable pédagogique du DIUS, Toulouse Mme Mickaelle MICHELIN, responsable pédagogique du DIUS, Toulouse

11h00 12h30 AUDITORIUM 450

LA PRISE EN CHARGE ET L'ACCOMPAGNEMENT DES COUPLES EN SEXOLOGIE

Dr Philippe BRENOT, responsable pédagogique du DIUS, Paris Mme Madeleine GERARDIN TORAN, responsable d'enseignement au DIUS, Lyon

12H30 - 14H00 VISITE DE L'EXPOSITION

PROGRAMME DU JEUDI 1^{ER} JUILLET

14h00 16h00 AUDITORIUM 800

COMMENT ABORDER LA BIOGRAPHIE SEXUELLE ET COMMENT GÉRER LA DÉCOUVERTE D'UN SECRET INAVOUABLE OU INAVOUÉ ?

Dr Philippe BRENOT, psychiatre sexologue, Paris Dr Marie-Laure GAMET, médecin sexologue, praticien hospitalier CHU, Lille Pr Eric HUYGHE, urologue sexologue, Toulouse Dr Carine MARTIN, gynécologue sexologue, Lille Mme Mickaelle MICHELIN, responsable pédagogique du DIUS, Toulouse Mme Joëlle MIGNOT, psychologue sexologue, Paris

16h00 16h30 AUDITORIUM 800

SECRETS DE POLICHINELLE

M. Alain GIAMI, directeur de recherche émérite à l'INSERM, Villejuif

17h00 18h15 AUDITORIUM

800

PRIX DU MEILLEUR MÉMOIRE

Modérateurs : Pr. Eric HUYGHE, président du CCPIU, Toulouse Dr Pierre DESVAUX, médecin sexologue, Paris

- Comportements sexuels d'adultes présentant un trouble du spectre de l'autisme et un handicap intellectuel : État des lieux et perspectives pour le sexologue Romain TATON, Université de Paris. Pôle Santé sexuelle, Sexologie et droits humains
- Sexualité des personnes souffrant de troubles psychiques : De la difficulté à la dysfonction sexuelle Imane BENRADIA, Université de Lille-Faculté de médecine d'Amiens
- Enquête sur la satisfaction sexuelle féminine : Quelle place pour les sensations génitales ? Agnès BEGARIN, Université de Nantes
- Le diabète en toute intimité : La santé sexuelle dans le suivi médical des femmes diabétiques Isabelle CHANOINE, Université de Toulouse III Paul Sabatier
- Rôle de l'éducation à la sexualité dans la pratique de la fellation par les femmes, en France Angèle SCHAEFFER, Université de Lorraine

17h30 à 20h30 ; Palais des congrès de la cité de Nantes, salle dédiée DPC

DPC Ateliers réservés aux personnes inscrites dans le cadre du DPC, Ouverts aux professionnels de santé éligibles à la prise en charge de l'Agence nationale du DPC, inscription indépendante du congrès depuis leur compte personnel www.mondpc.fr

DPC N° 12932100004

Troubles du désir sexuel féminin ; entendre dépister et prendre en compte en pratique clinique DPC N° 12932100006

Violences entre partenaires intimes : prévention, repérage, orientations

18h15 Auditorium

CÉRÉMONIE D'OUVERTURE

Dr Pierre BONDIL, chirurgien urologue, Chambéry - Président de l'AIUS Pr Patrice LOPES, gynécologue Nantes - Président d'honneur des JF3S CÉRÉMONIE



LE SECRET

Dr André CORMAN, médecin sexologue, Toulouse présenté par le Dr Rosa CARBALLEDA, médecin sexologue, Grenoble



LE SECRET A-T-IL UN GENRE?

Discutante : Mme Aurélie MAQUIGNEAU, psychologue clinicienne sexologue, Marseille

- Aspects juridiques de la transidentité Mme Laurence BRUNET, juriste, Paris
- L'insoutenable légèreté du genre Dr Serge HEFEZ, psychiatre psychanalyste, Paris
- Changer de corps pour changer de genre ? Mme Jennifer HUET, psychologue, Paris



AMÉLIORER LA SANTÉ SEXUELLE PAR LA DHEA INTRA-VAGINALE

Modérateur : Pr Patrice LOPES, professeur émérite, université de Nantes, gynécologue santé atlantique, Saint-Herblain

- Syndrome génito-urinaire de la ménopause & sexualité des femmes
 Dr Rosa CARBALLEDA, médecin sexologue, Grenoble
- Les solutions thérapeutiques actuelles Dr Brigitte LETOMBE, gynécologue médical, Lille
- Quels sont les apports de la DHEA ? Dr Gabriel ANDRÉ, gynécologue obstétricien, Strasbourg

11H00 - 11H30 VISITE DE L'EXPOSITION



SEXUALITÉ : IINFIRMIÈRE GARDIENS DES SECRETS

Modératrice : Mme Nadia Flicourt, infirmière sexologue, Astaffort

- A toi je peux tout dire
 M. Dominique JAKOVENKO, infirmière clinicienne, éducateur en éducation thérapeutique ETP, président de AILBA, Saint Christol lés Ales
- L'érotisme jusqu'au bout : une affaire secrète Mme Marie-Dominique CANTAL-DUPART, infirmière sexologue, infirmière de pratiques avancées (IPA), Paris
- Partager les secrets jusqu'où ?
 Mme Lorette PROROGA-PITON, infirmière sexologue, cadre supérieur de santé, Estampes



LES SECRETS DES FEMMES

Modératrice : Mme Catherine BASSEREAU, sage femme libérale, sexologue, vice présidente du CFSF, St Grégoire

- Et si on parlait du vagin Mme Lenaïg SERAZIN-ORSINI, sage-femme libérale, Aubagne
- Les non-dits de la première fois Mme Delphine CHENE, sage-femme sexologue, Ruaudin



SECRET, MULTI-PARTENARIAT ET PRÉVENTION

Modérateur : M. Jean-Marc POLESEL, coordinateur COREVIH PACA-OUEST, Marseille

- Avis et recommandations du CNS (Conseil National du Sida et des Hépatites) sur la notification formalisée aux partenaires (NFP) M. Michel CELSE, conseiller expert, Paris
- La notification anonyme en pratique : l'application WeFLASH M. Alexandre ASLAN, médecin, psychothérapeute psychanalyste, sexologue, Paris
- Silence et secret : violence et stigmatisation en population HSH Mme Marie CHOLLIER, psychologue sexologue, Marseille et Paris Mme Isabelle MASSONNAT MODOLO, psychologue, Lyon

FORUM

FORUM

11h30 13h00 SALLE GH

SECRET ET PMA

Modératrice : Pr Célia RAVEL, biologiste médical, Rennes

- Levée de l'anonymat dans le cadre du don de gamètes en France; quels enjeux psychologiques?
 Mme Marie-Atea DE POURTALES, psychologue, Grenoble
- Le secret vu par la biologiste Cecos Pr Célia RAVEL, biologiste médical, Rennes
- PMA et Secret : problèmes croisés d'identité, d'éducation et de mentalités
 M. Sylvain BOSSELET, Philosophe, Paris



SEXUALITÉ ET HANDICAP

Modérateur : Dr Philippe LE CAVORZIN, médecin, Rennes

- Santé sexuelle, vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap M. François CROCHON, Directeur du CeRHeS (Centre Ressources Handicaps et Sexualités), Lyon
- Accompagnement à la sexualité des personnes en situation de handicap dans le secteur médico-social Mme Annick DELVOSAL, sexologue, Bruxelles, Belgique

13h00 14h00 SALLE 200

DOULEURS PELVIENNES ET QUALITÉ DE VIE SEXUELLE SUR CERTAINES PRATIQUES SEXUELLES

Modérateur : Pr Patrice LOPES, professeur émérite, université de Nantes, gynécologue santé atlantique, Saint-Herblain

- Douleurs pelviennes, endométriose et sexualité Pr Pierre MARES, Gynécologue obstétrique et maternité, Nîmes
- Le gynécologue et la qualité de vie sexuelle Dr Gabriel ANDRÉ, gynécologue obstétricien, Strasbourg

13H00 - 14H00 VISITE DE L'EXPOSITION



LE SECRET DES PRATIQUES SEXUELLES — « MA SEXUALITÉ N'EST PEUT-ÊTRE PAS LA VÔTRE, PARLONS-EN! »

Discutant : M. Jean-Marc POLESEL, coordinateur COREVIH PACA-OUEST, Marseille

Témoignages patients vidéo sur les sexualités LGBT
 Mme Coraline DELEBARRE, psychologue sexologue, Paris
 Mme Marie CHOLLIER, psychologue sexologue, Marseille et Paris
 M. David FRIBOULET, psychothérapeute, psychanalyste, sexologue, Paris

FORUM INTERACTIF

FORUM NTERACTIF

SYMPOSIUM avec le soutien de Exeltis

SESSION

14h00 15h30 AUDITORIUM

450

LES CODES D'ATTRACTION INAVOUABLES

Discutante : Pr Florence THIBAUT, psychiatre, Paris

- Bon genre et mauvais genre des pratiques sexuelles Mme Nathalie DESSAUX, psychologue sexologue, Rennes
- Les fétichismes du quotidien Dr Jean Roger DINTRANS, psychiatre sexologue, Paris
- Paraphilies et troubles paraphiliques. Quelles pratiques cliniques ? Mme Marlène ABONDO, ancienne responsable du CRIAVS, Rennes

14h00 15h30 CLUB ATLANTIQUE

L'ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE PAR LA PROMOTION DES DROITS HUMAINS

Modérateur : Dr Michel LOMBARD, médecin sexologue, Gagny

- Quels sont les nouveaux enjeux de l'éducation à la santé sexuelle en regard des droits humains ?

 Pr Thierry TROUSSIER, Titulaire de la Chaire UNESCO Santé Sexuelle & Droits humains, Paris
- Quelle articulation entre les valeurs des droits humains et les difficultés sexuelles des femmes ?
 Mme Joëlle MIGNOT, psychologue sexologue, Paris
- Quelle forme d'éducation des Droits humains en direction des jeunes ? L'exemple de l'Instagram Mysexmyrights Mme Ingrid GERAY, avocate, Saint-Etienne

14h00 16h00 SALLE

AIDER LES COUPLES À AMÉLIORER LEUR FONCTIONNEMENT

M. Philippe KEMPENEERS, psychologue clinicien, sexologue psychothérapeute, Liège

15h30 16h30 AUDITORIUM 800

SECRET DES PRATIQUES À RISQUE — CONSÉQUENCES DE L'HPV SUR CERTAINES PRATIQUES SEXUELLES

Modérateur : Dr Pierre BONDIL, chirurgien urologue, Chambéry

- Les rapports oro-génitaux peuvent-ils être dangereux en cas de portage de l'HPV ? Pr Haitham MIRGHANI, ORL, Paris
- La sodomie peut-elle être dangereuse pour les personnes porteuses d'HPV ?

Pr Guillaume MEURETTE, chirurgien viscéral et digestif, Nantes

 Le point de vue du gynécologue : comment prévenir et dépister les lésions dues à HPV Pr Philippe DESCAMPS, gynécologue, Angers

16H30 - 17H00 VISITE DE L'EXPOSITION

SESSION PARALLEL

SESSION ASSOCIATION

partenariat avec la Chaire Unesco

ATELIER PARALIELE

SYMPOSIUM avec le soutien de MSD Vaccins



HOMOSEXUALITÉ, VIRGINITÉ, MASTURBATION ET VIOLENCES SEXUELLES : LES ADOLESCENTS FACE AU SECRET

Pr Israël NISAND, gynécologue obstétricien, Strasbourg présenté par le Pr Patrice LOPES, gynécologue, Nantes



HONTE, NON-DITS, PETITS MAUX DU CORPS AUX GRANDES CONSÉQUENCES : LES STRATÉGIES DU SEXOCORPOREL POUR RETROUVER UNE IMAGE DE SOI POSITIVE

Mme Catherine BASSEREAU, sage femme, sexologue, sexologue clinicienne en Sexocorporel, vice présidente du CFSF, St Grégoire



LES MOTS CACHÉS, SEXUALITÉ DE LA FEMME EN POST MÉNOPAUSE

Modérateur : Pr Patrice LOPES, professeur émérite, université de Nantes, gynécologue santé atlantique, Saint-Herblain

- L'étape diagnostique : où comment révéler les secrets des dysfonctions sexuelles à la ménopause Dr Betty ROSSIN-AMAR, gynécologue sexologue, Marseille
- La prise en charge thérapeutique ne peut pas être que médicale Pr Patrice LOPES, professeur émérite, université de Nantes, gynécologue santé atlantique, Saint-Herblain



ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'AIUS

PROGRAMME DU SAMEDI 3 JUILLET

08h30 09h30 AUDITORIUM 800

LE SECRET DANS LE COUPLE

Dr Philippe BRENOT, psychiatre sexologue, Paris Dr Gérard RIBES, psychiatre sexologue, Lyon

08h30 JOHOO SALLE 200

DIRE OU NE PAS DIRE : QUELLE POSTURE POUR LE SEXOTHÉRAPEUTE ET L'ÉDUCATEUR À LA SEXUALITÉ ?

 Comment le langage non verbal révèle-t-il les secrets du non-dit dans ses contradictions ou incongruences ? Quelles pistes cliniques offre-t-il ?

Mme Claude ROUX DESLANDES, sexologue clinicienne, Pau Mme Marie-Line LASSAGNE, sexologue psychothérapeute, Bruges

Éduquer à la sexualité : intimité(s) préservée(s) ?
 Quelle posture éducative ?

Mme Farida GAYRARD, sexologue, Toulouse Mme Marie-Line LASSAGNE, sexologue psychothérapeute, Bruges

09h00 AUDITORIUM 450

EXCITATION, CE QUE LES FEMMES NE DISENT PAS TOUJOURS

- Le syndrome d'excitation génitale persistant Dr Fréderic RIMETZ, sexologue, Arras
- Femmes fontaines, éjaculation féminine : que sait-on réellement ? Dr Pierre DESVAUX, médecin sexologue, Paris



EYES WIDE CHUT!

M. Olivier NÉROT, consultant en innovation, docteur en sciences cognitives, Lyon présenté par le Dr André CORMAN, médecin sexologue, Toulouse



CE QU'IL FAUT SAVOIR DES HORMONES MASCULINES

Discutante : Dr Carol BURTÉ, médecin sexologue, Draguignan

- Quand le cerveau devient masculin Pr Jacques BALTHAZART, chercheur en neuroendocrinologie, Liège présenté par le Dr Philippe BRENOT, psychiatre, sexologue, Paris
- La testostérone en questions : recommandations pratiques pour la prise en charge du déficit en testostérone Pr Hervé LEJEUNE, endocrinologue, Bron

11H00 - 11H30 VISITE DE L'EXPOSITION

CONTROVERSE

SESSION ASSOCIATION

n partenariat avec CIFFRE

SESSION PARALLELE

CONFÉRENCE

SYMPOSIUM avec le soutien de Besins Healthcare

TABLE RONDE

PROGRAMME DU SAMEDI 3 JUILLET



SECRET DE FAMILLE ET SEXOLOGIE : QUELS CONSEILS POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE ?

Discutante : Mme Ingrid GERAY, avocate, Saint-Etienne

- La visite prénuptiale et les mariages non consommés Dr Meriem MAHBOULI MAHJOUB, psychothérapeute et psychiatre, Tunis
- Les enfants victimes et auteurs de violences sexuelles Dr Marie-Laure GAMET, médecin sexologue, Lille
- La consultation pour micropénis Dr Antoine FAIX, urologue andrologue, Montpellier



SESSION COMMUNICATIONS LIBRES

Modérateurs : Dr Jean Roger DINTRANS, psychiatre, Paris Mme Nadia FLICOURT, infirmière sexologue, Astaffort

- «Jouir d'avoir mal» : Comment comprendre les pratiques sexuelles masochistes ?
 - Olivia BENHAMOU, psychologue clinicienne, Rouen
- Création d'un « Escape Game pédagogique » et d'un quizz numérique sur la vie affective et sexuelle dans un lycée Corinne KNAFF, direction de la protection maternelle et infantile et de la santé, Conseil départemental de l'Essonne
- Une équipe de 39 professionnels unis contre les violences sexuelles

Sophie ROCHER, Cholet

- Etude comparative des motivations sexuelles auto-déclarées de jeunes adultes et des représentations de motivations sexuelles de professionnels intervenants en éducation sexuelle Brice GOUVERNET, maître de conférences en psychologie, Rouen
- De quelques atteintes au secret de l'instruction ou le secret de polichinelle

Jacques DELGA, professeur, Paris

PROGRAMME DU SAMEDI 3 JUILLET



SESSION COMMUNICATIONS LIBRES

Modérateurs : Dr Pierre DESVAUX, médecin sexologue, Paris Dr Carine MARTIN, gynécologue sexologue, Lille

- Enquête sur la notion de normalité au sujet de la sexualité des français en 2019. Définition de « la sexualité normale », représentation du genre et de l'orientation sexuelle.
 Focus sur deux activités : masturbation et activité anale Evan LEFER, psychologue, sexologue, Mont de Marsan
- Qualité de vie sexuelle, qualité de vie globale et qualité de la relation de couple chez des femmes ménopausées atteintes d'un cancer du sein métastatique vivant en couple Myriam DUBUC, psychologue clinicienne, Auch
- Derrière le tabou de la pédophilie : définitions, épidémiologie, interventions sexologiques, présentation du dispositif de numéro d'appel unique Ingrid BERTSCH, psychologue, Tours
- Mesure de l'impact des programmes de prévention en santé sexuelle chez les lycéens martiniquais en 2006 et en 2017 Catherine BONNIER, médecin, Fort De France
- Et si le secret était levé sur les origines des préférences sexuelles ? Moufid STITI, psychiatre, sexoloque, Toulon

13H00 - 14H00 VISITE DE L'EXPOSITION



LE SECRET ET L'ÉTHIQUE DE LA SEXOLOGIE

Dr Francis COLLIER, gynécologue obstétricien, Lille présenté par le Dr Pierre BONDIL, chirurgien urologue, Chambéry

CONFÉRENCE

PROGRAMME DU SAMEDI 3 JUILLET



LIMITES DANS LE SECRET MÉDICAL ET PROFESSIONNEL

• Le secret professionnel : fondements, contenu, limites, partage Dr Renaud BOUVET, docteur en droit et médecine, chef de service de médecine légale du CHU de Rennes, Rennes



SESSION COMMUNICATIONS LIBRES

Modérateurs : Mme Cécile MIELE, psychologue sexologue, Clermont-Ferrand Dr Mireille DUBOIS CHEVALIER, sexologue, Paris

- Incontinence urinaire de la femme : enquête d'impact sur la fonction sexuelle Amine MOATAZ, Doctorant, laboratoire de santé sexuelle, Casablanca, Maroc
- Connaissances, Attitudes et Pratiques des Jeunes en Matière de Sexualité Youssef BENCHERKI, urologue, Casablanca, Maroc
- L'inceste : sexualité sous silence Alice CHENU, Paris
- L'impact des actes à caractère homophobe vécus avant 18 ans et à l'âge adulte sur la santé mentale et sexuelle des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes en France

Alexandre POPA, Médecin Psychothérapeute TCC et Sexologue, Paris

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



QUELLE STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ SEXUELLE EN FRANCE ?

Pr François DABIS, président du comité de pilotage de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle, présenté par le Dr Rosa CARBALLEDA, médecin sexologue, Grenoble

SSOCIATION en t avec ANCCEF

ONFÉRENCE

PROGRAMME DU SAMEDI 3 JUILLET



« JARDIN SECRET » DANS NOS PRATIQUES DE CONSEILLERS CONJUGAUX ET FAMILIAUX

Mme Anne DUBOIS-DEJEAN, CCF, thérapeute de couple et sexologue, présidente de l'Anccef, Clermont-Ferrand
M. Bruno MONTEL, conseiller conjugal et familial, thérapeute de couples et sexothérapeute, Chambéry
Mme Christine LEFEBVRE, conseillère conjugale et familiale, sexologue, vice présidente de l'Anccef, Amiens



LE CLITORIS, CET INCONNU

Versant anatomique du clitoris

Pr Stéphane PLOTEAU, gynécologue obstétricien, Nantes

Facettes du plaisir féminin

Dr Carine MARTIN, gynécologue sexologue, Lille

Expérience des patientes victimes de mutilations clitoridiennes *Dr Jean-Philippe HARLICOT, gynécologue chirurgical, Rennes*

Réhabilitation sexuelle des patientes présentant des mutilations génitales féminines

Dr Béatrice CUZIN, chirurgien urologue, Lyon



CÉRÉMONIE DE CLÔTURE

Dr Pierre BONDIL, chirurgien urologue, Chambéry Président de l'AUIS







Résumés des SESSIONS JF3S

Session Plénière

Comment aborder la biographie sexuelle et comment gérer la découverte d'un secret inavouable ou inavoué ?

- Dr Philippe BRENOT, psychiatre sexologue, Paris
- Mme Marie-Laure GAMET, médecin sexologue, Lille
- Pr Eric HUYGHE, urologue sexologue, Toulouse
- Mme Carine MARTIN, gynécologue sexologue, Lille
- Mme Mickaelle MICHELIN, psychologue sexologue, Toulouse
- Mme Joëlle MIGNOT, psychologue sexologue, Paris

Comment aborder la biographie sexuelle et comment gérer la découverte d'un secret inavouable ou inavoué

Carine Martin,

Gynécologue médicale, Lille, responsable pédagogique de l'enseignement de sexologie à l'université de Lille drcarinemartin@yahoo.fr

Marie-Laure Gamet

Médecin sexologue, Lille, directrice de la Cellule d'accompagnement du développement de la sexualité du conseil général de la Marne

marie-laure.gamet@wanadoo.fr

Joëlle Mignot

Psychologue sexologue, Paris, directrice des enseignements de sexologie à l'université de Paris.

joelle.mignot@wanadoo.fr

Mickaëlle Michelin

Psychologue sexologue, Toulouse, enseignante en sexologie à l'université de Toulouse. <u>m.michelin.psy@orange.fr</u>

Philippe Brenot

Psychiatre et anthropologue, Paris, directeur des enseignements de sexologie à l'université de Paris

philippe.brenot@guidam.net

Éric Huyghe

Chirurgien urologue, Toulouse, professeur à l'université de Toulouse, président du CCPIU, <u>eric.huyghe@yahoo.fr</u>

Introduction

Le secret est une thématique essentielle en sexologie⁵ qui peut être appréhendé sous différents axes. Il n'est pas rare, en matière d'intimité, qu'un secret soit confié au thérapeute, au médecin, au soignant, au psychologue, à l'accompagnant... et ce secret inavouable - très souvent inavoué - va nous être « déposé » par nos patient(e)s quand l'arbitrage entre se taire et dire rend plus coûteux de se taire que de dire pour diverses raisons. En tant que « dépositaire » de ce secret nous avons des droits et des devoirs. Le devoir est tout d'abord de contribuer à sa préservation, nous n'avons pas à le partager avec qui que ce soit – ni bien entendu le conjoint, ni qui que ce soit d'autre car il n'appartient qu'au patient qui nous l'a confié. Nous avons par contre le droit de « réagir » avec ce patient qui nous l'a fait partager en confiance. Ce droit de réagir nous renvoie à notre position de médecin⁴, de soignant, comme « représentant de la société » et, par exemple lors de la révélation d'un inceste, d'un viol, d'un abus sexuel... de ne pas rester « muet », « interdit », mais de bien montrer combien la société réprouve tout acte d'agression sexuelle ; le droit également d'en parler avec ce patient pour lui permettre d'agir ou de réagir - sans le diriger - mais en l'accompagnant dans sa réflexion. Ce secret aura émergé à ce moment particulier parce qu'il était devenu « admissible » pour le (la) patient(e) et donc avouable... l'importance de la biographie et de la chronologie du trauma seront donc essentiels.

Le secret intra et extra dyadique.

Le secret peut s'immiscer au sein même du couple (intra dyadique), c'est à dire entre « partenaires ». Il doit également être envisagé de manière extra dyadique, secret de l'entité couple vis à vis de l'extérieur. Dans cette dimension, il est très fréquent que le sexologue ne sache pas tout, qu'il lui manque une pièce essentielle du puzzle... la question peut alors se poser, tout particulièrement en sexologie, de l'opportunité d'associer des entretiens conjoints (avec les deux membres du couple) et des entretiens séparés (avec chacun d'entre eux) dans la mesure où la sexualité ne se parle jamais librement, même devant le conjoint². Deux positions existent, interdit des entretiens séparés¹ (prôné par une psychanalyse classique pour éviter d'être porteur de secret) et alternance des entretiens conjoints et séparés³ (plutôt dans le champ de la sexologie post Masters & Johnson), deux positions qui méritent réflexion.

Le secret médical

Nous devons également évoquer ici la question du secret médical, primordial et incontournable, notamment dans sa gestion au cours de nos prises en charge en multidisciplinarité⁷. La sexologie se nichant au carrefour du « soma », et même de différentes spécialités somatiques, et de la « psyché », comment communiquer entre soignants ? Comment retranscrire nos entretiens dans les dossiers médicaux partagés en garantissant que ce qui nous a été livré restera confidentiel ? Le tabou absolu qui entoure les dysfonctions sexuelles amène à questionner et renforcer le secret médical qui ne sera parfois pas partagé entre tous les soignants d'un(e) même patient(e).

Méthode

Nous présenterons des mises en scène de cas cliniques illustrant la manière d'aborder la biographie sexuelle et la découverte d'un secret inavouable ou inavoué. L'anamnèse en sexologie permet une évaluation transversale du symptôme, trace son histoire, le replace dans l'histoire individuelle du sujet, du couple éventuel, dans l'environnement familial⁶, éducatif, psychologique, relationnel. Il s'agit de comprendre la genèse du symptôme dans le contexte singulier de l'individu.

Conclusion

L'apprentissage sexuel intègre la découverte et la connaissance de soi, plus ou moins abouties, les réponses et réactions corporelles plus ou moins épanouissantes, les expériences successives, plus ou moins gratifiantes, d'éventuels évènements intrusifs. Autant de scripts cognitifs et corporels qui façonnent la fonction sexuelle... et qui pourront être l'occasion de révélations. L'écoute des sexologues, ouverte à la complexité, permet ainsi aux patients d'exprimer des moments de leur vie intime chargés d'émotion. Nous devons savoir les recueillir et les accompagner sans les faire taire ni les marginaliser. C'est l'objet de cet atelier interactif centré sur des cas cliniques pour notre expérience à tous.

MOTS CLÉS

Secret, Silence, Anamnèse, Biographie.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

- 1- Arènes J., La Parole et le secret, Psychanalyse et spiritualité, Bruxelles, Desclée de Brouwer, 2003.
- 2- Brenot P., Lettres d'amour, secret des amants, Bordeaux, l'Esprit du temps, 2016.
- 3- Brenot P., PSY, mode d'emploi, Bordeaux, l'Esprit du temps, 2010.
- 4- Courtois F. et Bonierbale M., *Médecine Sexuelle, Fondements et pratiques*, Lavoisier Médecine, 2016.

- 5- Gamet M-L. et Moïse C., Les violences sexuelles des mineurs. Victimes et auteurs : de la parole au soin, Paris, Dunod, 2010.
- 6- Gamet M-L., Quelle mise en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé en matière de violences sexuelles ? Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge.
- 7- Poncet-Bonissol Y., Secrets de famille et non-dits, Paris, Dangles, 2012.



Synthèse

Secrets de Polichinelle

M. Alain GIAMI, directeur de recherche émérite à l'INSERM, Villejuif

Secrets de Polichinelle

Alain Giami
Directeur de recherche émérite à l'INSERM
CESP (94807 – Villejuif)
alain.giami@inserm.fr

Introduction

Cette communication vise à explorer les ressorts du secret et de la révélation du secret à l'époque contemporaine, dans le champ de la sexualité, en particulier. La guestion du secret porte sur quasiment toutes les grandes questions de la vie humaine telles que la procréation, la sexualité, la naissance, la vie, mais aussi l'argent, la parenté, la maladie et la mort, la science, la guerre et la paix, et le pouvoir dont l'accès aux secrets est le fondement symbolique. La question du secret, entendu comme substantif ou adjectif se pose aussi de façon très différente selon les circonstances. Un secret peut servir à protéger ou à détruire ou à endommager, et la vie autant que la réputation peuvent être atteintes d'une façon ou d'une autre par le dévoilement d'un secret. Le partage d'un secret peut constituer le fondement du lien au sein d'un groupe ou même d'un couple avec les « secrets partagés ». Le choix d'avoir intitulé cette communication secret de Polichinelle vise à souligner le fait que la frontière entre le secret et sa révélation, entre ceux qui savent ou sont initiés aux faits, aux savoirs ou aux événements et ceux qui ne le sont pas, n'est pas aussi étanche que l'on peut le penser a priori. C'est bien plutôt l'idée d'une porosité entre des différentes facettes d'un secret et différents segments d'un même groupe qui est explorée ici aussi bien dans le domaine des réseaux, des groupes que des personnes.

Secret et Secret de Polichinelle

La perspective du « secret de Polichinelle » vise ainsi à mettre en évidence l'idée qu'un secret est d'emblée connu de tous mais que des conditions particulières peuvent retirer cette connaissance de façon définitive ou temporaire à certains. Les passages d'une zone à une autre et d'un groupe et d'une personne à d'autres prennent ainsi tout leur intérêt. « Il s'agit d'une absence de secret ou d'un non-secret puisque le secret existe et est connu de tous, sauf du destinataire. « Ce ne sont pas des vrais secrets, mais un non-dit, des sujets qu'on s'accorde à ne plus aborder » (Ausloos, 1980).

Le Trésor de la Langue française en donne la définition suivante : Le secret de Polichinelle (fam.). Faux secret, parce qu'il est connu de tous. Synon. secret de la comédie (Ac.). Sa liaison est publique (...). C'est le secret de Polichinelle (Augier, Effrontés, 1861, p. 279).

Un secret de <u>Polichinelle</u> est connu de tous mais cette connaissance n'est pas partagée. Les détenteurs du secret de Polichinelle ne manifestent pas librement la connaissance qu'ils ont (parce qu'ils croient qu'il vaut mieux, pour eux ou pour d'autres, ne parler qu'avec des gens de confiance ou même complètement se taire) et, par conséquent, ils ignorent le niveau de connaissance des autres. On est alors dans la situation où « les apparences sont sauves » et où « personne n'a perdu la face ». Le secret ne porte donc pas sur l'information primaire, mais sur le degré d'information qu'on manifeste et qu'on suppose aux autres.

Approche

La question du secret sera abordée dans la perspective des scénarios culturels et des scripts de la sexualité, développée initialement par les sociologues américains John Gagnon et

William Simon (Gagnon, 2008). Cette approche qui décline sur trois dimensions les scénarios culturels, les scripts interpersonnels et les scripts subjectifs devrait aider à la compréhension de la question du secret, tant sur le plan sociétal que sur le plan des relations interpersonnelles et intra-subjectives.

Objectifs

La communication passera en revue quelques définitions littéraires et sémantiques du secret et de son rapport à la vérité, avant de revenir sur des « affaires » récentes qui ont posé de façon très éclairante la question du secret et de la révélation du secret. D'une part, on abordera la question du secret familial et des répercussions de son maintien et de son dévoilement : Affaire Duhamel (Kouchner, 2021), Gabriel Matzneff (Matzneff, 1995) et Vanessa Springora (Springora, 2020), et d'autre part la question du secret du cabinet médical et de l'implication de centaines de personnes dans l'affaire Joël Le Scouarnec, relatée par Florence Aubenas dans *Le Monde*. (Aubenas, 2020).

Discussion

Les différents exemples qui sont proposés à la discussion mettent l'accent sur différents points du secret en matière de sexualité. Tout d'abord, la révélation d'un secret apparaît comme le fait des présumées victimes des faits et principalement des victimes de sexe féminin. Dans un cas, il s'agit d'un inceste familial impliquant un homme et le fils (adolescent) de son épouse, qui n'a jamais souhaité dénoncer ces agissements. Sa mère, informée des faits, n'a jamais voulu les dénoncer, ce qui a représenté un coût très élevé pour elle, traumatisée par la rupture avec sa sœur, ses enfants et finalement l'entrée dans l'alcoolisme. La préservation d'un secret connu de tous l'a emporté sur la préservation de sa santé et de sa vie. Dans un autre cas, il s'agit d'une histoire connue publiquement de toute la communauté intellectuelle française, révélée dans la presse et dans des ouvrages de type littéraire (récit autobiographique, carnets, émissions de radio et télévision), connue de la famille et des amis de la jeune fille et du protagoniste. La révélation publique, qui n'en est pas une, survenue à une époque différente, moins propice aux relations sexuelles entre personnes d'âge très différent, a sonné le glas de la carrière et de la réputation de l'homme abandonné par tous ses soutiens préalables. On assiste là à l'exemple même du secret de Polichinelle. L'affaire du médecin accusé d'avoir abusé de centaines de jeunes femmes et tenu un registre de ses activités met aussi en évidence le fait qu'un bon nombre de personnes dans l'entourage des victimes avait eu connaissance de ces faits et que personne n'avait osé les révéler. A peine sont-ils dévoilés au grand public et à la communauté des nombreuses victimes que le couvercle se referme sur ce secret, comme si sa révélation et son analyse allaient provoquer encore plus de dommages que son maintien dans le silence. La tenue d'un procès à huis clos a été jugée préférable à un jugement public qui aurait pu permettre une forme de catharsis collective.

Le propos vise ainsi à nuancer la définition donnée par le dictionnaire Larousse d'un secret de Polichinelle « comme quelque chose que tout le monde connaît mais que l'on essaie de dissimuler » en une « chose que certains connaissent, d'autres ne veulent pas savoir, et d'autres enfin ne savent pas ». On formulera l'hypothèse qu'il n'y aurait que des secrets de Polichinelle, dans la comédie de nos existences.

MOTS CLÉS:

Secret familial, inceste, victimes, pratiques médicales, justice

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Aubenas, F. (2020). « On lui aurait donné le bon dieu sans confession à cet homme-là » : le chirurgien pédophile, Joël Le Scouarnec, devant les assises. *Le Monde*.

Ausloos, G. (1980). Secrets de famille. In *Annales de psychothérapie, Changements systémiques en thérapie familiale*. Paris: ESF.

Gagnon, J. (2008). Les scripts de la sexualité. Essais sur les origines culturelles du désir. Paris: Payot - traduction en français de Marie-Hélène Bourcier et Alain Giami.

Kouchner, C. (2021). La familia grande. Paris: éditions du Seuil.

Matzneff, G. (1995). La prunelle de mes yeux. Paris: Gallimard.

Springora, V. (2020). Le consentement. Paris: Grasset.



Conférence

Le secret

Dr André CORMAN, médecin sexologue, Toulouse présenté par le Dr Rosa CARBALLEDA, médecin sexologue, Grenoble

Le secret

André Corman Médecin sexologue et andrologue Directeur d'enseignement à la Faculté de Médecine Toulouse III Vice-Président de l'AIUS andre.corman@numericable.fr

Le secret semblait une évidence par le passé. Il habitait nos vies très tôt par l'un des premiers jeux (cache-cache) auquel nous avons tous joué et, plus tard, Il constituait notre réalité énigmatique, inexprimable : « La vérité d'un homme, c'est d'abord ce qu'il cache » (André Malraux).

Il habitait l'ensemble de nos savoirs (Mystiques, religieux comme scientifiques), de nos structures sociales (politiques comme professionnelles) et il structurait nos espaces de vie en délimitant le public, l'intime et le privé.

La réflexion philosophique l'interrogeait du fait de son immanence à la condition humaine, conférant à l'être humain sa profondeur, défendant ce qui fait unique chaque existence humaine et architecturant les choix éthiques et les déontologies professionnelles.

Aujourd'hui, la relation au secret s'est profondément modifiée du fait de l'évolution technologique - les écrans et l'IA - et sociétale – la transparence et les réseaux – Ainsi, ce qui apparaissaient comme des fondamentaux de l'humanité deviendraient obsolètes.

Comment le sexologue pourrait-il échapper à une interrogation sur ces métamorphoses contemporaines tant le secret est immanent à son champ d'intervention : le privé et l'intime, le couple et le sexe. L'intimité exposée, le jardin secret devenu « transparent » autant d'impacts sur la pratique clinique et de sujets de controverses. C'est à ce travail de réflexion que nous sommes ici conviés.

MOTS CLÉS:

Secret, transparence, jardin secret, intimité, éthique

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Jürgen Habermas "L'espace public", 30 ans après, revue Quaderni, 1992 Yuval Noah Harari, Homo deus, Albin Michel, 2017 S.Tisseron, L'intimité surexposée, Ed Ramsay, 2001 Pascal Chabot, Exister, résister », PUF, 2017 Byung-Chul Han, La Société de transparence (PUF, août 2017) J-P Dubois, Je pense à autre chose L'OLIVIER, 1997

Table ronde

Le secret a-t-il un genre ?

Discutante : Mme Aurélie MAQUIGNEAU, psychologue clinicienne, Marseille

- Aspects juridiques de la transidentité
 - Mme Laurence BRUNET, juriste, Paris
- L'insoutenable légèreté du genre
 - Dr Serge HEFEZ, psychiatre psychanalyste, Paris
- Changer de corps pour changer de genre?
 - Mme Jennifer HUET, psychologue, Paris

Le droit peut-il s'accommoder d'un secret sur le genre ?

Laurence Brunet Chercheuse associée Université Paris 1-CNRS Hôpital Bicêtre laurence.brunet@free.fr

Le droit impose que la mention du sexe soit indiquée sur l'acte de naissance. Le sexe/genre doit aussi obligatoirement figurer sur les documents d'identité et seuls deux choix sont possibles : «F» ou «M». Le sexe fait en effet traditionnellement partie des éléments d'identification de la personne, même si les effets de différenciation juridique sont aujourd'hui cantonnés aux seuls domaines de la filiation et de la procréation (et ce domaine devrait encore se restreindre). En France, il ne saurait donc être question de laisser le sexe indéterminé, du moins de façon définitive, à la différence d'autres pays comme l'Allemagne.

Si la mention du sexe est impérative sur les actes d'état civil, il est permis néanmoins de modifier la mention de ce sexe, en en faisant la demande à un juge. Jusqu'à récemment, l'autorisation d'un tel changement était subordonnée à des transformations corporelles irréversibles, qui supposait le plus souvent des interventions chirurgicales. Le corps de la personne trans devait, au moins, avoir perdu définitivement les caractéristiques de son sexe d'origine. Cette procédure a été fortement allégée en 2016 et aucun traitement médical, opération chirurgicale ou stérilisation n'est plus exigé. Pour autant, le nouveau sexe/genre de la personne ne saurait rester ambigu ou secret pour en changer à l'état civil. Il faut en effet que la personne prouve qu'elle est connue publiquement sous le sexe revendiqué. Le sexe juridique, public, se double (toujours) d'un affichage corporel.

Le droit impose que la mention du sexe soit indiquée sur l'acte de naissance. Le sexe/genre doit aussi obligatoirement figurer sur les documents d'identité et seuls deux choix sont possibles : « F » ou « M ». Le sexe fait en effet traditionnellement partie des éléments d'identification de la personne, même si les effets de différenciation juridique sont aujourd'hui cantonnés aux seuls domaines de la filiation et de la procréation (et ce domaine devrait encore se restreindre). En France, il ne saurait donc être question de laisser le sexe indéterminé, du moins de façon définitive, à la différence d'autres pays comme l'Allemagne (Brunet, 2016). Si la mention du sexe est impérative sur les actes d'état civil, il est permis néanmoins de modifier la mention de ce sexe, en en faisant la demande à un juge. Jusqu'à récemment, l'autorisation d'un tel changement était subordonnée à des transformations corporelles irréversibles, qui supposait le plus souvent des interventions chirurgicales. Le corps de la personne trans devait, au moins, avoir perdu définitivement les caractéristiques de son sexe d'origine (Brunet, 2014). Cette procédure a été fortement allégée en 2016 et aucun traitement médical, opération chirurgicale ou stérilisation n'est plus exigé (Catto, 2019). Pour autant, le

nouveau sexe/genre de la personne ne saurait rester ambigu ou secret pour en changer à l'état civil. Il faut en effet que la personne prouve qu'elle est connue publiquement sous le sexe

revendiqué. Le sexe juridique, public, se double (toujours) d'un affichage corporel.

MOTS CLÉS:

État civil, intersexe, trans, sexe, modification, chirurgie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Brunet L. Ordre social contre ordre « naturel » : la mention du sexe sur l'état civil des personnes intersexes, *Revue Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2016;vol. 4 :255-264

Brunet L. Stérilisation et changement de sexe à l'état civil in *La parenté transgenre*, L. Hérault (ed), Presses Universitaires de Provence : Coll. Penser le genre ; 2014, p. 127-142

Catto MX. Changer de sexe à l'état civil depuis la loi du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXIe siècle. Cahiers Droit, Sciences & Technologies 2019; 9 URL: http://journals.openedition.org/ cdst/1087; DOI: 10.4000/cdst.1087

L'insoutenable légèreté du genre : transitions, réinventer le genre

Serge Hefez Psychiatre des hôpitaux Paris serge.hefez@wanadoo.fr

Depuis quelques années, des jeunes de plus en plus nombreux remettent en question les frontières balisées du genre, du couple, de la sexualité : bisexuels ou pansexuels, de genre neutre ou fluide, transgenres, ils refusent les étiquettes, les fixations identitaires, pour réclamer le droit à s'inventer eux-mêmes totalement, à faire exploser les frontières entre hétérosexualité ou homosexualité, entre masculin ou féminin, entre fille ou garçon.

L'évidence « naturelle » d'une continuité logique entre identité sexuée et sexe anatomique est de plus en plus souvent remise en question au profit d'une création personnelle, d'une invention de soi à l'articulation du social, du politique et de la trajectoire personnelle.

Mes consultations hospitalières et privées sont saturées par un raz de marée de demandes de jeunes gens dont le seul mot d'ordre serait : « Je choisis mon genre, ma sexualité, mon corps, ma manière d'être, de me mouvoir et de me représenter, je veux devenir ce que je suis. » Pour eux, l'anatomie n'est plus une fatalité : hormones, chirurgies mutilantes et réparatrices, techniques esthétiques de plus en plus sophistiquées permettent d'adapter leur corps et leur genre à leurs aspirations intimes.

MOTS CLÉS:

Genre, sexualité, transition, binarité

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE :

Hefez S., Transitions, réinventer le genre, Calmaan-Lévy, 2020

Changer de corps pour changer de genre ?

Jennifer Huet Psychologue, psychanalyste Paris Jennifer.huet2@icloud.com

La clinique des patients trans nous fait considérer que ce qui fait l'homme ou la femme n'est pas qu'une histoire d'anatomie mais relèverait davantage d'une construction singulière chez chaque sujet.

Chez le sujet venant demander un traitement hormono-chirugical sur son corps, on pourrait s'attendre à ce que ce questionnement sur ce qui fait le sexe et le genre s'arrête ou soit soulagé une fois les transformations corporelles réalisées. Pourtant, ce marquage du corps notamment par la chirurgie dite de réassignation sexuelle, ne fait pas taire les interrogations du sujet. Bien au contraire, il semble ouvrir la voie de façon inédite sur un éprouvé différent de soi-même.

La chirurgie apparait alors comme une mise aux normes du corps, passage d'un corps dans sa dimension imaginaire à sa dimension de réel. Comment se dire femme ou homme sans référence aux représentations de position sexuée dans la norme sociale? Dans l'après, le roc du biologique fait néanmoins retour sous la forme d'une comparaison qui ne manque jamais entre le cisgenre et le transgenre, l'original et la copie, la « vraie » femme et le « vrai » homme en opposition aux faux semblants. Quelle relation entretienne alors sexe et genre?

Le secret - qu'on ne peut manquer d'entendre aussi comme « ce qui se crée » - continue de porter sur cet endroit du corps sexué avec cette crainte d'être « démasqué(e) », « trahi(e) « reconnu(e) » car le reliquat du biologique reste un point de butée, une limite infranchissable et aussi une source intarissable de souffrance pour certain.e.s..Comme le rappelait JP Lebrun « Le réel de l'anatomie n'est désormais certes plus le destin mais il reste néanmoins toujours un destin ».

Et c'est ici que la sexualité peut s'inviter sur le devant de la scène, ce corps renommé faisant l'objet par tous d'un questionnement sur son efficacité dans l'intimité, de soi à soi-même et dans la relation aux autres. Qu'est ce qui a changé et comment ? Loin d'être linéaire, ce trajet psychique entre les changements anatomiques et leurs nouvelles fonctionnalités plonge parfois le sujet dans un état d'inquiétante étrangeté que l'issue et l'expérience soit heureuse ou moins heureuse..

MOTS CLÉS:

Transgenrederisme. Sexualité. Secret. Biologique. Féminin.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE:

1 LEBRUN JP. L'anatomie n'est plus le destin mais... Le journal des psychologues 2019. n°370 ; 20-22.

Symposium - Avec le soutien de Theramex

Améliorer la santé sexuelle par la DHEA intra-vaginale

Modérateur : Pr Patrice LOPES, professeur émérite, université de Nantes, gynécologue santé atlantique, Saint-Herblain

- Syndrome génito-urinaire de la ménopause & sexualité des femmes
 Dr Rosa CARBALLEDA, médecin sexologue, Grenoble
- Les solutions thérapeutiques actuelles
 Dr Brigitte LETOMBE, gynécologue médical, Lille
- Quels sont les apports de la DHEA ?
 Dr Gabriel ANDRÉ, gynécologue obstétricien, Strasbourg

SGM: Les solutions thérapeutiques actuelles

Brigitte Letombe
Gynécologue médical
Lille
brigitteletombe@hotmail.com

Les stéroïdes sexuels sont majeurs pour l'intégrité du tractus génito-urinaire (vulve vagin, bas appareil urinaire et tous les tissus dont les muscles pelviens. Ils sont tous riches en récepteurs estrogéniques et androgéniques et les estrogènes et les androgènes en plus de restaurer la trophicité améliorent la vascularisation génitale qui est fondamentale dans la réponse sexuelle (excitation, lubrification).

L'arrêt de la sécrétion estrogénique ovarienne à la ménopause et la baisse graduelle des androgènes avec l'âge conduit au SGM comprenant une atrophie vulvo vaginale. Au niveau cellulaire il y a disparition des cellules épithéliales superficielles, augmentation des cellules parabasales et augmentation du PH vaginal avec en conséquence une disparition des lactobacilles et une vulnérabilité favorisant les infections vaginales et urinaires ainsi que la sécheresse vulvo-vaginale et la dyspareunie. S'ensuivent des troubles du désir, du plaisir avec insatisfaction sexuelle, enfin des répercussions sur la qualité de vie personnelle et relationnelle.

Le SGM, sous-diagnostiqué, est loin d'être rare, il touche au moins une femme post ménopausée sur deux.1

On sait qu'un traitement hormonal permettant de récupérer une imprégnation estrogénique restaure une trophicité avec normalisation du PH et revascularisation ², plus ou moins associé à un apport en lactobacilles ³. Mais c'est faire fi de l'hormonophobie ambiante même pour les traitements locaux avec crainte d'élévation des taux plasmatiques d'estrogènes après simple application locale.

Cette peur reste prégnante même si les taux d'estradiolémie sous traitement local ne mettent en évidence une élévation qu'en tout début de traitement et de façon très transitoire, notamment quand l'atrophie est très marquée et encore selon les produits.

Très rapidement les taux plasmatiques reviennent à ceux de femmes non traitées.

En France sur le plan thérapeutique, nous bénéficions en premier lieu, du fait de ses propriétés hydratantes et cicatrisantes, de l'acide hyaluronique qui peut être proposé comme une alternative aux traitements hormonaux mais qui peut ne pas suffire.

De nombreux de traitements locaux hormonaux à base d'estriol, d'estradiol et de promestriène (ovules, gels, anneau) sont également à notre disposition mais insuffisamment prescrits.

Depuis 2019 notre arsenal thérapeutique français s'est enrichi de la DHEA locale à effet estrogénique et androgénique grâce au concept d'intracrinologie avec transformation locale en E1 et testostérone sans véritable passage vasculaire de ses métabolites stéroîdiens ^{4.5}.

Reste que tous ces traitements ne doivent pas simplement être efficaces et sans risque il faut aussi qu'ils soient bien tolérés pour pouvoir être poursuivis éventuellement au long cours en cas d'insuffisance d'activité sexuelle permettant le maintien de la trophicité retrouvée.

MOTS CLÉS:

Hydratants, estrogènes locaux, DHEA local

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

- ¹ Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA) results from an international survey. Climacteric J Int Menopause Soc. févr 2012;15(1):36-44.
- ² Lethaby A, Ayeleke RO, Roberts H. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev. 31 août 2016;(8):CD001500.
- ³ Jaisamrarn U, Triratanachat S, Chaikittisilpa S, Grob P, Prasauskas V, Taechakraichana N. Ultra-low-dose estriol and lactobacilli in the local treatment of postmenopausal vaginal atrophy. Climacteric J Int Menopause Soc. juin 2013;16(3):347-55.
- ⁴ Santen RJ. Vaginal administration of estradiol: effects of dose, preparation and timing on plasma estradiol levels. Climacteric J Int Menopause Soc. avr 2015;18(2):121-34.
- ⁵ Rees M, Pérez-López FR, Ceasu I, Depypere H, Erel T, Lambrinoudaki I, et al. EMAS clinical guide: Low-dose vaginal estrogens for postmenopausal vaginal atrophy. Maturitas. 1 oct 2012;73(2):171-4.
- ⁶ Labrie F, Archer DF, Bouchard C, Girard G, Ayotte N, Gallagher JC, et al. Prasterone has parallel beneficial effects on the main symptoms of vulvovaginal atrophy: 52-week open-label study. Maturitas. mai 2015;81(1):46-56.
- ⁷ C. Martel et al. Serum steroid concentrations remain within normal postmenopausal values in women receiving daily 6.5 mg intravaginal prasterone for 12 weeks. Journal of Steroid Biochemistry & Molecular Biology 159 (2016) 142–153

Symposium - Avec le soutien d'Exeltis

Douleurs pelviennes et qualité de vie sexuelle sur certaines pratiques sexuelles

Modérateur : Pr Patrice LOPES, professeur émérite, université de Nantes, gynécologue santé atlantique, Saint-Herblain

- Douleurs pelviennes, endométriose et sexualité
 Pr Pierre MARES, Gynécologue obstétrique et maternité, Nîmes
- Le gynécologue et la qualité de vie sexuelle
 Dr Gabriel ANDRÉ, gynécologue obstétricien, Strasbourg

Endométriose et sexualité

Pierre Mares Gynécologue obstétrique et maternité Nîmes pierre.MARES@chu-nimes.fr

L'endométriose touche une femme sur dix ce qui concerne près de 10 000 000 de femmes en Europe.

L'aspect médical et son impact sur la fertilité ainsi que sur la douleur est de mieux en mieux pris en charge.

Malheureusement la répercussion de la maladie ou des traitements sur la qualité de vie par leurs effets secondaires (médicaux et/ou chirurgicaux) sont trop souvent négligés.

Enfin le retentissement sur la sexualité est rarement pris en compte pour ne pas dire négligé ou mésestimé.

Que sait-on aujourd'hui concernant l'endométriose et la sexualité ?

L'endométriose interfère sur la sexualité, par la maladie propre, par les effets secondaires médicaux, chirurgicaux (douleur cicatricielle), par la répercussion de la douleur et de l'endométriose sur l'identité, sur l'acceptation du corps, sur l'existence de points gâchettes ...

Au-delà le phénomène douloureux va modifier tous les paramètres de la qualité de vie.

Il est donc nécessaire de gérer dans les traitements de l'endométriose les paramètres de la qualité de vie et de la qualité de vie sexuelle pour juger d'une réelle efficacité thérapeutique.

Un traitement dit efficace au niveau expérimental s'il conduit à l'arrêt de son usage pour une intolérance ou rend la vie inacceptable, « un enfer » disent les femmes, ne peut plus et ne devrait plus être considéré comme satisfaisant.

C'est l'enjeu des nouvelles thérapeutiques de réunir efficacité contre l'endométriose et amélioration de la qualité de vie sans altération si possible, de la qualité de vie sexuelle souhaitée par la patiente

MOTS CLÉS:

Endométriose. Douleur. Sexualité ; Effets secondaires des traitements. Prise en charge globale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

© Ipsos | Enquête sur le parcours de femmes souffrant d'endométriose – Janvier 2020 ENDOVIE 2020

Elaine Denny – Christopher Mann J Fam Plann Reprod Health Care 2007 Kate J Wahl and ol Sexual Medicine 2021 C Schmitt and ol Sexual 2020 Mikal and ol Sexual medicine 2020

Symposium - avec le soutien de MSD Vaccins

Secret des pratiques à risque – conséquences de l'HPV sur certaines pratiques sexuelles

Modérateur : Dr Pierre BONDIL, chirurgien urologue, Chambéry

 Les rapports oro-génitaux peuvent-ils être dangereux en cas de portage de l'HPV ?

Pr Haitham MIRGHANI, ORL, Paris

 La sodomie peut-elle être dangereuse pour les personnes porteuses d'HPV ?

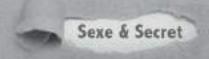
Dr Guillaume MEURETTE, chirurgien viscéral et digestif, Nantes

 Le point de vue du gynécologue : comment prévenir et dépister les lésions dues à HPV

Pr Philippe DESCAMPS, gynécologue, Angers







Conférence

Homosexualité, virginité, masturbation et violences sexuelles : les adolescents face au secret

Pr Israël NISAND, gynécologue obstétricien, Strasbourg présenté par le Pr Patrice LOPES, professeur émérite, université de Nantes, gynécologue santé atlantique, Saint-Herblain

Informer les adolescents sur la sexualité Homosexualité, virginité, masturbation, violences sexuelles : Les ados face au secret

Israël Nisand Pr Emérite de Gynécologie Obstétrique Université de Strasbourg israel.nisand@chru-strasbourg.fr

La libération sexuelle rend paradoxalement plus difficile pour les parents l'éducation de leurs enfants confrontés très tôt à des images de l'ensemble des pratiques sexuelles souvent choquantes à ces âges. Des pans de la sexualité, qui longtemps faisait l'objet de tabous et de silence, sont désormais propulsés à l'avant-scène. De privée qu'elle était, la sexualité s'est mise à occuper de plus en plus la place publique. Les jeunes, tout comme les adultes, ne vivent pas en vase clos et sont largement déstabilisés par ces modifications sociétales si bruyantes et pourtant si absentes à l'école. Les parents sont perdus et souvent les médecins aussi car il n'y pas encore de réelle formation médicale dans ce domaine. Cette exposition est d'ailleurs connectée à l'augmentation de la violence à l'égard des femmes, que ce soit dans la relation intime ou dans l'espace public.

Assujettis à des perceptions stéréotypées, idéalisées et fragmentées à l'égard de la sexualité, les enfants et les adolescents sont à la fois fascinés et intrigués par cet univers. Ce mélange de fascination et d'excitation sexuelle construit de fait chez certains d'entre eux le lit de véritables addictions et ces images constituent une forme de traumatisme susceptible d'altérer la capacité de débuter normalement sa vie sexuelle lorsqu'elle devient autre que virtuelle. La sexualité est le produit d'une relation complexe entre les expériences personnelles, les influences extérieures et les contingences sociales ou morales. La sexualité est donc multidimensionnelle.

L'époque actuelle est hyper sexualisée. Les enfants et les adolescents sont abreuvés d'une somme impressionnante de messages sexuels. C'est une des raisons pour lesquelles il importe de les informer et de les amener à réfléchir sur le sens et les valeurs des divers messages reçus et sur ce que peut représenter la place de la sexualité à différentes étapes de la vie.

Homosexualité et attirances sexuelles, masturbation, jouissance sexuelle et orgasme, virginité, violences sexuelles, abus sexuels et inceste sont des thématiques incontournables dans les explications qu'attendent les jeunes. Le dialogue avec les adultes humanise ce que la pornographie déshumanise. La confrontation brutale avec des documents fait par des adultes pour les adultes qui rivalisent dans la transgression pour mieux se vendre demeure souvent la seule source d'information. Et les jeunes ne peuvent pas prendre de distance par rapport à l'image et au son qui pour eux représentent la réalité. C'est en image donc c'est vrai. L'appareil critique qui existe chez les adultes n'est pas encore installé et ils sont donc incapables de prendre de la distance face à ce type de spectacles. Nous n'informons pas nos enfants en matière de sexualité (malgré la loi qui le prévoit bel et bien) et ce n'est pas la pornographie qui est en mesure de le faire à notre place sauf à accepter une dégradation

de l'image des femmes et de fait à une détérioration de la sexualité dès que celle-ci ne se situe plus dans la sphère strictement virtuelle.

Changement des pratiques sexuelles, changement du rapport entre les sexes, augmentation de la violence dans les rapports sexuels, diminution du consentement sont les conséquences directes de « l'extimité » généralisée qui est la marque de fabrique de notre société de l'image. Des enfants qui protègent leurs parents en ne leur révélant pas ce qu'ils ont découvert dans des films qu'ils n'ont pas cherchés et qui se sont imposés à eux au hasard de leur pérégrination sur internet, voilà où nous en sommes. La demande d'aide des parents dans ce domaine est désormais unanime et c'est au politique de fixer des règles dans ce domaine. Ce qui est interdit avec des journaux au nom de la protection des mineurs devrait l'être aussi avec le numérique et les solutions existes pour peu qu'on ne confie aux industriels de la pornographie le soin de ce contrôle. Le CSA est la structure appropriée et tout média qui enfreint les règles sur la protection des mineurs devrait être sévèrement taxé. Et interdit en cas de récidive.

A moins que la protection des mineurs ne devienne un vain mot dans notre pays.

Au total, si l'éducation de base est du ressort des parents qui sont les seuls à avoir une légitimité totale pour ce qu'on pourrait appeler « l'éducation morale » de l'enfant, il vient un moment où ils ont besoin de l'aide des professionnels de santé. Il y a besoin de tiers dans l'information à la sexualité. Les parents doivent pouvoir proposer à leur enfant un interlocuteur auquel ils font confiance. Là est leur seule possibilité d'action une fois que la vie sexuelle de l'adolescent est engagée. Car la sexualité de tous se nourrit d'ombre et de discrétion. Celle des adolescents aussi. Elle ne peut être placée sur la place publique familiale au prétexte que l'on est encore mineur ou dépendant. Il faut aussi que les jeunes puissent consulter un professionnel de santé disponible, à l'écoute, sans jugement et en toute confidentialité vis à vis des parents. Encore faut-il que ces derniers sachent consacrer temps et compétence à ce type de consultation qui, bien faite, peut avoir des effets positifs considérables dans l'épanouissement psycho sexuel de l'adolescent.



Table ronde

Les mots cachés, sexualité de la femme en post ménopause

Modérateur : Pr Patrice LOPES, professeur émérite, université de Nantes, gynécologue santé atlantique, Saint-Herblain

- L'étape diagnostique : ou comment révéler les secrets des dysfonctions sexuelles à la ménopause
 - Dr Betty ROSSIN-AMAR, gynécologue sexologue, Marseille
- La prise en charge thérapeutique ne peut pas être que médicale
 Pr Patrice LOPES, professeur émérite, université de Nantes, gynécologue santé atlantique, Saint-Herblain

Les maux cachés, sexualité de la femme en post ménopause. Ou, comment, révéler les secrets des fonctions sexuelles à la ménopause Etape diagnostique

Betty Rossin

Gynécologue, ex Présidente du collège de gynécologie médicale Marseille -Provence Ex chef de service adjoint hôpital saint Joseph, Marseille b.rossin@wanadoo.fr

Introduction

La post ménopause ne signifie pas la fin de la sexualité mais une sexualité différente. Une consultation avec respect attention et écoute active, doit permettre d'aider les patientes à révéler ces maux secrets qui affectent leur santé sexuelle. Secrets car portés par une gêne, une honte à verbaliser une intimité modifiée par le vieillissement, à parler de sexualité à un âge mûr, à assumer une image de soi vieillie. Il y a une pudeur dans une société muée par la libération des femmes et qui se doit de rester jeune et en bonne santé, à parler des troubles liés à l'âge et aux maladies plus fréquentes à cette période de vie.

Matériels et Méthodes

Les maux secrets sont nombreux et d'expressions variées. Pour comprendre leurs existences, nous allo2010)ns envisager trois axes de réflexions :

a- La carence hormonale avec son impact

Sur le cerveau, est à l'origine de possibles troubles psychiques Le cerveau étant le relai de la sexualité, du désir, du plaisir, les perturbations de ses fonctions en post ménopause vont participer aux troubles de la sexualité. (Zeleke 2015, Flink 2011)

Sur le complexe génito-urinaire : elle est responsable de l'altération de tout l'écosystème Uro--vaginale avec une atrophie vaginale et l'installation de troubles urinaires : SGUM (Palma 2016)

Sur l'image corporelle, elle se traduit par un vieillissement musculo-cutané avec une l'image de soi en inadéquation avec l'image supposée, une perte du sentiment de séduction dans le regard de son partenaire, de son entourage.

Sur la sexualité, la carence estrogénique est importante de par son rôle sur la trophicité et sur les manifestations vasculaires de l'excitation et la carence androgénique sur le désir et la sensation de bien- être, (Beckman2008, Woloski-Wruble)

- b- Le vieillissement. La ménopause, n'est pas que le vieillissement ovarien, c'est un vieillissement tout court, le début d'une altération irréversible
- c- L'environnement social culturel ethnique. le vécu de la ménopause est très variable selon les cultures et les religions, il y a des sociétés ou elle est valorisée, d'autres ou c'est l'inverse (Lock 1996)

Résultats

Nous verrons les données de la littérature internationale. Où et comment révéler ces maux secrets ? Le gynécologue est en première ligne lors des consultations par une écoute dirigée, évaluer l'état psychique, la santé en générale (pathologies chroniques, des traitements en cours), la santé gynécologique et sexuelle.

Conclusions

Les maux secrets de la ménopause doivent pouvoir s'exprimer ou se découvrir par un interrogatoire dirigé avec respect au cours d'une consultation. Ils se recherchent dans les manifestations de la carence hormonale, se révèlent du côté psychique et psycho-sexuel, une prise en charge pluridisciplinaire gynécologue sexologue psychologue et psychiatre

MOTS CLÉS:

Menopause, sexualité

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Beckman N, Waern M, Gustafson D, Skoog I. Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: cross sectional survey of four populations, 1971-2001. BMJ 2008;337:151-4.

Flink G www. Societe-neuroendocrinologie.fr/Breves/06- Hormones- sexuelles-humeur -état mental- et- mémoire ,2011

Lock M. Culture politique et vécu du vieillissement des femmes au japon et en Amérique. Sociologie et sociétés1996, 28 (2),119-140

Palma F & al: vaginal atrophy of women in post menopause. Result from multicentric observational study: The AGATA Study. Maturitas 2016;83:40-4

Woloski-Wruble A C, Oliel Y, Leefsma M& Hochner-Celnikier D (2006). Sexual activities, sexual and life satisfaction, and successful aging in women. J Sex Med. 2010 Jul;7(7): 2401-10.

Zeleke B M & coll :Va somotor symptoms and urogenital atrophy in older women. A stematic review. Climatéric 2015 ;18 :494-496

Les mots cachés, sexualité de la femme en post ménopause La prise en charge thérapeutique ne peut pas être que médicale

Patrice Lopes Professeur émérite, université de Nantes, gynécologue santé atlantique Saint-Herblain patrice.lopes@univ-nantes.fr

De nombreuses femmes ont une sexualité épanouie, elle demeure épanouie après la ménopause. La satisfaction sexuelle des femmes ménopausées est corrélée à l'activité sexuelle et au vécu sexuel de la femme avant la ménopause.

La prise en charge de la sexualité de la femme ménopausée doit être envisagée lorsque la femme en exprime la demande suite à des symptômes sexuels responsables de dysfonction, de souffrance personnelle ou du couple.

La proportion de femmes ayant une diminution du désir sexuel et par voie de conséquences du plaisir augmente avec l'âge mais la souffrance diminue également ce qui peut expliquer l'absence de consultation concernant ce symptôme. (1)

L'augmentation de l'espérance de vie (85,2 ans pour les femmes en 2018) et l'intérêt de la vie sexuelle comme partie intégrante du bien-être et de l'état de santé de la femme font considérer la sexualité après la ménopause comme un élément important de la qualité de vie. Les études épidémiologiques font prendre conscience que l'activité sexuelle diminue avec l'âge.

Tableau I: Activité sexuelle des américaines en fonction de l'âge selon Gass-WHI (2)

Age	Activité sexuelle
50-59	60,7%
60-69	44,9%
70-79	28,2%

L'étude suédoise de Beckman (3) rapporte que chez les femmes mariées de plus de 70 ans, le nombre de femmes ayant des relations sexuelles est passé de 38% en 1971 à 56% en l'an 2000. Les séniors en meilleure santé souhaitent garder une sexualité épanouie. Pour Schifren (4), c'est entre 50 et 59 ans que seraient observé la plus grande prévalence des troubles sexuels.

Les dysfonctions sexuelles féminines (DSF) seront classées selon le manuel diagnostic et statistique des désordres mentaux (5) en 4 catégories :

- 1/ les dysfonctionnements de l'intérêt et du désir sexuel
- 2/ Les dysfonctionnements du plaisir et de l'orgasme
- 3/ les douleurs provoquées par la pénétration
- 4/ les dysfonctionnements sexuels liés à la prise de médicaments

La sexualité à la ménopause intègre non seulement les modifications hormonales liées à l'insuffisance ovarienne et donc à l'hypoestrogénie, mais aussi les modifications sociales et psychologiques de la période qui débute à la cinquantaine. La longueur de la vie de couple peut de plus contribuer à installer des habitudes, de l'ennui voir des conflits que le médecin peut aider à gérer.

La prise en charge des dysfonctions sexuelles ne peut pas être que médicale. Il faut intégrer l'accompagnement psycho comportemental et social sans oublier la notion fondamentale de couple.

Ces 4 axes (MPSC : Médico-Psycho-social et de couple) constitueront le fil conducteur visant à améliorer la sexualité à la ménopause.

1/ Le Médical : L'état de santé physique est essentiel et est un prérequis à une sexualité épanouie. Chez les femmes en bonne santé, le maintien d'une activité physique et sexuelle doit être encouragée par le médecin. Le gynécologue pourra être aidé dans l'établissement du diagnostic et de ses conséquences par l'utilisation de questionnaires facilement téléchargeables comme le FSFI, le SF12.

A la ménopause, les modifications hormonales peuvent altérer la sexualité

- La ménopause est marquée par une diminution significative de la sécrétion des hormones ovariennes : essentiellement les estrogènes, la progestérone,
- A) Prise en charge du syndrome climatérique
- Traiter les bouffées vaso-motrices, les crises de sueurs nocturnes, les troubles du sommeil, l'état dépressif permet, en améliorant l'état de santé général, d'optimiser la sexualité du couple. Le traitement hormonal de la ménopause, en respectant les indications et les contre-indications est le meilleur traitement du syndrome climatérique.
- B) Parmi les signes climatériques, le syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM) altère de façon très significative la sexualité en particulier si une atrophie vulvo-vaginale est constatée. Il touche environ 45% des femmes ménopausées.

La sécheresse vulvo-vaginale est souvent citée comme élément responsable de dysfonctions sexuelles, la dyspareunie d'intromission peut altérer le plaisir et secondairement le désir. Une véritable atrophie vulvo-vaginale peut empêcher la pénétration, provoquer des dlouleurs et faire espacer voir arréter les rapports sexuels. On constate cliniquement une rétraction de la vulve et du vestibule avec parfois impossibilité de mettre un spéculum et de faire un toucher vaginal à 2 doigts.

La prise en charge de ce SGUM doit être précoce avec l'emploi d'hydratants et/ou de lubrifiant. Les produits contenant de l'acide hyaluronique sont recommandés. L'apport local d'estrogènes est très efficace. Le médecin peut prescrire

- De l'estradiol (anneau de Nuvaring® à placer dans le vagin et à changer tous les 3 mois)
- De l'estriol sous forme de crème, de gel, de gélules ou d'ovules que l'on peut donner après avoir hydraté le vagin sous forme d'une application quotidienne pendant 10 à 20 jours en traitement initial puis de 2 applications par semaine en traitement d'entretien. L'estriol peut être associés à des lactobacilles pour améliorer le microbiote vaginal (Trophigyl®, Floregynal®).
- La Prastérone ou DHA a une efficacité prouvée.
- Les Laser CO2 ou Erbium Yag, sous forme de 2 à 3 Séances espacées de 4 à 6 semaines et à renouveler 1 à 2 ans plus tard si une récidive est constatée, ont montré son efficacité. Ce traitement doit encore faire la preuve de son innocuité sur une large population (alerte émise par la FDA en 2018) et sera plus facile à diffuser quand le remboursement pourra être obtenu.

C) Rôle des androgènes

- a. La diminution des androgènes, testostérone, androstènedione et DHEA peut également contribuer à altérer le désir, le plaisir et l'orgasme. On estime qu'après la ménopause les androgènes vont chuter de près de 50%. Les surrénales assurent l'autre partie importante de la sécrétion d'androgène qui diminue progressivement avec l'âge de la femme. Le syndrome d'hypodésir sexuel acquis (SHDA) a été bien décrit en particulier chez les femmes ayant eu une castration chirurgicale. L'apport de testostérone, initialement administré par patchs (Intrinsa® 300 μg), et depuis l'arrêt de commercialisation des patchs, par crème (Androfeme 1% commercialisée en Australie) améliore significativement les critères de satisfaction sexuelle chez la femme. Le traitement à la testostérone (5mg/j soit 0,5ml) doit être considéré comme un essai clinique à ne pas poursuivre si une femme n'a pas bénéficié d'un bénéfice au bout de 3 mois. Nous sommes en France dans l'attente d'une forme galénique de testostérone pour traiter le SHDA et éventuellement les troubles de la libido à la ménopause.
- D) Le développement de nouvelles molécules pourrait permettre d'améliorer la sexualité.
 - a. La Flibansérine (Advii®) est un Agoniste du récepteur de la serotonin-1A (5-HT(1A)) et antagoniste du récepteur de la serotonin-2A (5-HT(2A). La molécule a montré son efficacité dans le syndrome d'hypodésir acquis (Phase III) des femmes en pré-ménopause. Cette molécule augmente la dopamine et la noradrénaline dans le cortex pré-frontal du rat.
 - b. La Bremelanotide (Vyleesi®) a été approuvé par la FDA le 21/6/2019. La molécule agit sur la mélanocortine du système nerveux central qui active les voies de l'excitation et favorise le comportement sexuel pro-actif. C'est un analogue cyclique de 6 AA avec qui a une affinité pour le récepteur de la melanocortine 4. Il est prescrit par Injection sous cutané de 1,75 mg

L'amélioration de la sexualité à la ménopause n'est pas uniquement médicale et pharmacologique. La prise en charge psycho-comportementale est importante.

2/ Le PSYCHOLOGIQUE : L'approche Psycho-comportementale doit permettre d'améliorer la sexualité à la Ménopause.

Les éléments du passé peuvent resurgir comme le fait d'avoir été victime d'abus sexuel. Pour le présent il est essentiel de vérifier l'état de stress, l'anxiété, l'estime de soi de la femme car l'état dépressif et ses traitements impactent fortement la sexualité (6). De plus, Il faut Intégrer

le fait que la ménopause est associée à l'arrêt de la période de procréation. Cette dissociation entre reproduction et sexualité, qui a déjà été vécue lors de la prise d'une contraception, est ici amplifiée par l'irréversibilité liée à la ménopause.

La Ménopause est aussi assimilée à une perte du pouvoir de séduction. En effet la prise de poids, l'altération de la peau, l'aggravation des rides, engendrent une diminution de l'estime de soi qui s'ajoute à la tendance dépressive liée à l'hypoestrogénie de la péri et de la ménopause. Mais, la transition n'est pas aussi brutale car la ménopause suit une période dite de périménopause où peuvent déjà s'observer l'altération de la sexualité.

3/ Le SOCIAL. La santé sexuelle de la femme ménopausée doit également être intégrée à l'environnement familial et social. La ménopause coïncide souvent au départ des enfants, le syndrome du nid vide peut contribuer au syndrome dépressif et à la perte de l'estime de soi. Il faut également y ajouter les problèmes de santé des parents qui impactent la liberté de déplacement de la personne et confronte chacun à l'imminence de la mort. Par ailleurs, il ne faudra pas négliger la possibilité après la cinquantaine de difficultés professionnelles ou d'altération de la vie sociale.

4/ LE COUPLE : L'analyse du couple et le comportement du partenaire est essentiel pour améliorer la vie sexuelle de la femme ménopausée.

L'âge du partenaire, la durée de vie en couple, les dysfonctionnements sexuels du partenaire et les conflits au sein du couple doivent être analysés. Il faut aider la femme ménopausée à lutter contre les habitudes du couple et expliquer que la variété dans la sexualité contribue à redonner du désir et du plaisir. La dysfonction sexuelle liée à l'âge du partenaire peut être traitée par la prescription de nombreux inhibiteurs de la PDE5 (Avanafil, Sildénafil, Tadalafil, Vardénafil), d'injection de prostaglandines en intra-caverneux ou en intra-urétrale (Alprostadil).

Conclusion:

Le personnel de santé ayant analysé selon ces 4 critères les origines du dysfonctionnement et le degré de souffrance qui en découle, la prise en charge est améliorée par l'accompagnement psychologique ou sexologique. Le traitement sexologique pouvant faire appel à différents conseils et différentes techniques comme le conseil conjugal, l'hypnose, la psychothérapie, la psychanalyse, la thérapie de couple, la thérapie cognitive et comportementale (7).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- 1- Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, et al. Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. J Sex Med 2008;5:1681-93.
- 2- Gass ML, Cochrane BB, Larson C, Manson JE et coll, Patterns and predictors of sexual activity among women in the hormone therapy trials of the WHI. Menopause 2011;18(11)1160-71

- 3- Beckman N, Waern M, Gustafson D, Skoog I. Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: cross sectional survey of four populations, 1971-2001. BMJ 2008;337:151-4.
- 4- Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segretti A, Johannes CB. Sexual problems ans distress in united states women. Prevalence and correlates. Obstet Gynecol; 2008; 112:970-
- 5- DSM5 Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux. Elsevier Masson Juin 2015
- 6- Simon JA, Davis SR, Althof SE, et al. Sexual well being after menopause: An internationalMenopause society White paper. Climateric 2018, 21 (5) 415-427 Climateric. 2018 Oct;21(5):415-427. doi: 10.1080/13697137.2018.1482647
- 7- Lopes P, Poudat FX, Manuel de sexologie 2° édition Elsevier-Masson 2013. Doit être réédité en 2021

Controverse

Le secret dans le couple

- Dr Philippe BRENOT, psychiatre sexologue, Paris
- Dr Gérard RIBES, psychiatre sexologue, Lyon

Controverse : le secret dans le couple

Gérard Ribes Psychiatre et sexologue Directeur des enseignements de sexologie à l'université Lyon Claude Bernard gerard.ribes@gmail.com

Philippe Brenot
Psychiatre et sexologue
Directeur des enseignements de sexologie à l'université de Paris
phlavis@gmail.com

La question du secret fait partie intégrante de la rencontre amoureuse (clandestine à l'égard des proches), de la mise en couple (la question, rarement posée, semble être le plus souvent un accord tacite), de la poursuite du couple (évolution des attirances et du lien amoureux), du fonctionnement du couple qui s'apparente à celui des sociétés secrètes (initiation, rites, langage) de la fin du couple (fréquente relation extérieure tenue secrète), de la séparation, de la prise en charge psycho-sexothérapique (comment le secret y participe ?), de la réparation et l'élaboration d'un nouveau couple (en abordant la question du secret).

Tous les sexologues, thérapeutes, individuels et/ou de couple, sont ainsi confrontés à la question du « secret dans le couple », nécessitant d'y avoir réfléchi, de s'y être confronté, d'oser l'aborder. À ce titre, deux thérapeutes de couple sexologues envisageront les interrogations qui se posent tant aux membres du couple qu'au thérapeute dans une controverse abordant l'ensemble de ces questions, et en débat avec les auditeurs des *Journées Francophones*:

Dire ou ne pas dire, telle est la question ?

Dans une société qui fait de la **transparence** un synonyme de **sincérité**, quel impact cette injonction a-t-elle sur les couples contemporains ?

Ne pas dire, cacher, omettre, avoir des secrets sont-ils du même registre ? En quoi et pourquoi devrait-on être **transparent** au sein du couple ? Est-ce que « dire » c'est « respecter » ?

Dire la vérité, est-ce être « vrai » ?

Comment se pose la question de la confiance au sein du couple ?
La confiance « abîmée » peut-elle être restaurée ?
La vie en couple peut-elle autoriser des espaces où le conjoint n'existe pas ?
Comment comprendre le mot « tromperie » au temps d'internet ?
Quelle place pour le « mystère » au sein du couple ?
Doit-on faire un « contrat » pour se mettre en couple ?

Quelle position aujourd'hui pour le thérapeute ?

Le thérapeute peut-il/doit-il être moraliste ? ou libéral ? Entretiens séparés ou entretiens conjoints ? Comment aborder la question du secret en thérapie de couple ? Comment gérer en thérapie un secret dans le couple ?

MOTS CLÉS:

couple, thérapie, accompagnement, sexologie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Brenot P., Inventer le couple, Paris, Odile Jacob, 2001.

Brenot P., Pourquoi c'est si compliqué l'amour, Paris, les Arènes, 2019.

Kellerhals J., Widmer E. et Levy R., Mesure et démesure du couple, cohésion, crise et résilience dans la vie des couples, Paris, Payot, 2004.

Kimberly S. et al., « Online infidelity: A new dimension in couple relationships with implications for evaluation and treatment », *Sexual Addiction & Compulsivity*, 54, 79, Vol 7, 2000.

Masters W. H. et Johnson V. E., *Human Sexual Inadequacy*, Boston, Little Brown and Co., 1970 et *Les mésententes sexuelles et leur traitement*, Paris, Robert Laffont, 1971.

Ribes G et Veluire M. ., Je, tu, nous... le couple, le sexe et l'amour, Paris, In Press, 2019.

Willi J., La relation de couple, le concept de collusion, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1982.



Conférence

Eyes Wide Chut!

M. Olivier NÉROT, consultant en innovation, docteur en sciences cognitives, Lyon présenté par le Dr André CORMAN, médecin sexologue, Toulouse

Eyes Wide Chut!

Olivier Nérot Consultant en innovation, docteur en sciences cognitives Lyon olivier@nerot.net

EYES : Nous voyons, nous percevons le monde, nous nous en imprénions avec curiosité.

WIDE: Nous le partageons, nous communiquons, nous confrontons nos opinions et nous nous rassemblons par affinités.

CHUT: Mais nous ne disons pas tout, nous refoulons, nous rejetons la différence et la contradiction, nous nous obstinons à renforcer nos croyances, quitte à ne même pouvoir penser ou dire ce que nous nous dissimulons. Nous nous rassurons en bornant nos opinions.

A l'interface des sciences cognitives, des recherches sur la conscience, de la pysique des catastrophes, de la logique mathématique, de la mémétique, et de la psychoogie des foules, cet exposé présentera comment nos pensées se façonnent, ainsi que les biais cognitifs et collectifs qui construisent et renforcent nos grandes certitudes et petits secrets, si bien protégés par nos opinions partagées. Et ainsi comprendre comment se construisent nos interdits, nos stéréothypes, nos cultures, qui nous aident à éviter toute contradiction, quitte à ne plus voir, à ne plus envisager...

Mais ce serait oublier nos pulsions, étouffées dans nos inconscients bouillonnants, qui font augmenter la pression de nos tuyauteries mentales et sociales. Si elles sont bouchées, elles finissent toujours par exploser, à l'échelle de l'individu qui décompense, ou de la société qui provoque ses propres révolutions culturelles ; comme des crises rendues de plus en plus puissantes par notre résistance à les accepter, et nécessaires à nos équilibres mentaux et sociaux.

SYMPOSIUM avec le soutien de Besins Healthcare

Ce qu'il faut savoir des hormones masculines

Discutante : Dr Carol BURTÉ, médecin sexologue, Draguignan

- Quand le cerveau devient masculin
 - Pr Jacques BALTHAZART, chercheur en neuroendocrinologie, Liège
- La testostérone en questions : recommandations pratiques pour la prise en charge du déficit en testostérone
 - Pr André LEJEUNE, endocrinologue, Bron

Quand le cerveau devient masculin

Jacques Balthazart Université de Liège jbalthazart@uliege.be

Introduction.

La distinction entre Nature et Culture (« *Nature-Nurture* ») a fait l'objet de débats passionnés entre les spécialistes qui étudiaient le comportement pendant la première moitié du 20^{ème} siècle. Les progrès scientifiques des 50 dernières années ont clairement montré que cette question n'a en fait aucun sens: tout comportement est le résultat de l'interaction entre facteurs biologiques (gènes, hormones, ...) et environnementaux (éducation, contraintes sociales, ...). Cette conclusion a cependant beaucoup de mal à être admise au niveau du grand public, en particulier pour ce qui concerne l'explication des différences entre sexes dans l'espèce humaine.

Méthode.

Une analyse de la littérature, essentiellement en langue anglaise indique clairement que des facteurs non sociaux de nature biologique jouent une rôle dans le déterminisme de des différences entre hommes et femmes.

Résultats.

Il existe de nombreuses différences morphologiques, physiologiques et comportementales entre hommes et femmes. Ces différences affectent également la structure et le fonctionnement du cerveau. On note notamment un plus grand volume du cerveau chez l'homme et ce dès la naissance, même après correction pour la taille, une répartition différente de la substance blanche et de la substance grise, des volumes différents pour divers noyaux hypothalamiques et limbiques, une connectivité différente et des activations différentielles mesurées par imagerie fonctionnelle lors de l'exécution de tâches spécifiques. Le cerveau a donc un sexe même si, comme toujours en biologie, il existe une grande variabilité interindividuelle qui peut parfois avoir une amplitude plus grande que les différences entre sexes. Ces différences sexuelles ont néanmoins une importance significative au niveau comportemental, médical et sociétal.

Ainsi la plus grande agressivité des hommes comparés aux femmes explique t'elle peut être pourquoi dans tous les pays du monde, le pourcentage d'hommes incarcérés pour actions violentes est largement supérieur au pourcentage de femmes (moins de 5-10% sauf rares exceptions). Des prédispositions différentes à l'empathie ou à la systématisation présentes à la naissance et renforcées par l'éducation pourraient également contribuer à une répartition différente des hommes et des femmes dans différents types de professions. Par ailleurs, quasi toutes les maladies en particulier celles qui concernent le système nerveux s'expriment différentiellement dans les deux sexes: soit leur incidence est plus grande dans un sexe que dans l'autre, soit elles apparaissent à des moments différents de la vie, soit leur gravité est différente.

Ceci étant acquis se pose alors la question plus problématique des causes de ces différences. Il est évident que l'éducation différentielle des garçons et des filles contribue à l'apparition de ces différences. Cependant il existe, en plus, des mécanismes biologiques qui y contribuent et sont généralement occultés. Cette présentation passera en revue une partie des données qui indiquent de façon aussi claire que possible que des facteurs biologiques de nature hormonale ou génétique contribuent au déterminisme des différences sexuelles dans l'espèce humaine comme chez l'animal. Ces données sont évidemment en majorité de nature

corrélationnelle car la plupart des manipulations causales sont impossibles pour des raisons éthiques évidentes, mais le faisceau de résultats disponibles permet de tirer des conclusions difficilement réfutables. Il est notamment établi que le cerveau, la physiologie et divers aspects du comportement humain se différencient de façon irréversible sous l'influence pré- et immédiatement post-natale des concentrations élevées de testostérone qui sont spécifiquement présentes chez les sujets de sexe masculin. La testostérone les masculinise. Ces conclusions se basent largement sur des corrélations entre concentrations prénatales de testostérone et caractéristiques comportementales post-natales et sur l'analyse de cas cliniques dans lesquels les individus se sont développés dans un milieu hormonal fœtal atypique, notamment les filles souffrant d'hyperplasie congénitale des surrénales qui ont été exposées à trop de testostérone avant la naissance.

Conclusion.

D'un point de vue pratique il serait donc important de reconnaître l'existence des différences entre hommes et femmes, d'accepter le fait que leur origine est en partie biologique même si l'environnement éducatif les renforce de façon majeure, de conduire des recherches fondamentales pour mieux définir les aspects des maladies qui sont sexuellement différenciés, et enfin de déterminer les traitements qui sont les plus appropriés à chaque sexe.

MOTS CLÉS:

Différences sexuelles, testostérone prénatale, médecine sexuellement différenciée, biologie des différences sexuelles, effets organisateurs de la testostérone

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Balthazart J. Biologie de l'homosexualité. Wavre BE : Mardaga; 2010

Balthazart J. Quand le cerveau devient masculin. Paris FR: Humensciences; 2019.

Sastre P. Le sexe des maladies. , Lausanne CH : Éditions Favre;2014.

La testostérone en questions : recommandations pratiques pour la prise en charge du déficit en testostérone.

Hervé LEJEUNE*, Thierry ALMONT, Béatrice CUZIN, Pierre DESVAUX, Antoine FAIX, Eric HUYGHE, Carol BURTÉ herve.lejeune@chu-lyon.fr

Introduction:

Pour répondre aux questions que les praticiens se posent vis-à-vis de l'utilisation thérapeutique de la testostérone (T) dans les troubles sexuels masculins, nous avons entrepris de mettre à jour les recommandations francophones sur la prise en charge du déficit en testostérone (DT) (Burte et al. 2021)

Méthode:

Pour cela, nous avons fait la revue de la littérature récente et compilé les recommandations édictées récemment par différentes sociétés savantes internationales. (Dean et al. 2015, Lunenfeld et al. 2015, Hackett et al. 2017, Bhasin et al. 2018, Mulhall et al. 2018, Morgentaler et al. 2019).

Résultat :

Le DT est un syndrome clinique et biologique caractérisé par des signes et des symptômes associés à une diminution des concentrations ou de l'activité des androgènes sériques. Les hommes atteints de DT présentent souvent des symptômes sexuels. Le DT peut également avoir des effets négatifs sur de multiples fonctions et entraîner une baisse importante de la qualité de vie.

Les principales études en population générale trouvent une prévalence entre 2 et 18% en fonction de l'âge, des populations étudiées et des critères diagnostics. Un dépistage systématique du DT dans la population générale n'est pas recommandé. Un dépistage ciblé est recommandé en cas de signes ou symptômes évocateurs et dans les circonstances favorisantes : diabète de type 2, dyslipidémies, maladies cardio-vasculaires, antécédents andrologiques, maladie pulmonaire obstructive chronique, apnées du sommeil, insuffisance rénale terminale, cirrhose, ostéoporose, arthrite rhumatoïde, VIH, cancer, dépression, blessés médullaires, traitements par corticoïdes, opioïdes, antipsychotiques, anticonvulsivants, thérapie antirétrovirale, chimiothérapie, radiothérapie.

Les signes cliniques évocateurs d'un DT sont une baisse du désir sexuel, une dysfonction érectile, une diminution des érections spontanées, l'inefficacité ou la perte d'efficacité des IPDE5 sur la dysfonction érectile, ainsi que : fatigue, troubles du sommeil, perte de force physique, perte d'énergie et de motivation, humeur dépressive, bouffées de chaleur, obésité viscérale, diminution de la masse musculaire et de la densité minérale osseuse, diminution de la pilosité, de la taille des testicules, gynécomastie. Tous ces symptômes ne sont pas forcément présents de manière simultanée et leur intensité est variable selon les individus. La biologie viendra préciser dans quelle mesure un DT intervient dans les symptômes. On

recommande d'utiliser un dosage prenant en compte les variations de la SHBG : mesure de la T biodisponible, mesure de la T libre ou mesure de la T totale et de la SHBG pour calculer la T libre. Il convient de se référer aux valeurs normales établies chez les hommes jeunes (20-40 ans). En cas de valeur basse ou limite, un contrôle est réalisé, associé aux dosages de LH, Prolactine, PSA et numération globulaire. Dans certains cas, la biologie ne parvient pas à déterminer de manière formelle si un déficit androgénique participe aux symptômes. Un test thérapeutique sera alors utilisé pour préciser si le traitement par la T est utile.

Les dangers supposés de l'administration de T ont été revus à la lumière des études récentes : Le DT et une augmentation de la mortalité cardiovasculaire sont statistiquement liés dans les études épidémiologiques, le traitement par la T ne semble pas associé à un risque accru d'accident cardiovasculaire. Il convient toutefois d'éviter des doses supra-physiologiques pouvant être responsables d'une polyglobulie. Il n'y a pas d'aggravation des symptômes du bas appareil urinaire chez les hommes traités par T. La supplémentation en T n'entraine qu'une augmentation limitée et initiale du volume prostatique et du PSA. Ainsi l'hyperplasie bénigne de la prostate ne représente pas une contre-indication au traitement par la T. Le traitement par la T ne parait pas augmenter le risque de survenue d'un cancer de la prostate. L'évaluation du risque prostatique d'un homme ayant un DT comporte un toucher rectal et un dosage de PSA, tout comme pour les hommes n'ayant pas de DT. Un traitement par la T peut être envisagé chez les hommes qui sont considérés comme guéris d'un cancer de la prostate (ex. prostatectomie radicale avec des marges saines et PSA indétectable stable).

Trois modalités thérapeutiques sont actuellement disponibles en France, les injections intramusculaires d'énanthate de T (1 injection toutes les 2 à 4 semaines) ou d'undécanoate de T (1 injection toutes les 10 à 14 semaines), et la voie transcutanée par application de gel hydro-alcoolique contenant de la T (1 fois par jour). Les préparations disponibles sont efficaces et sûres, le prescripteur doit avoir une bonne connaissance des avantages et inconvénients de chaque préparation pour guider le patient qui participera activement au choix de son traitement. On note que les fiches cliniques de l'ANSM et du Vidal ne sont pas homogènes entre les différents traitements et ne suivent pas les recommandations internationales en ce qui concerne les contre-indications. Il convient d'adapter les posologies en fonction des résultats cliniques et biologiques. La surveillance du traitement sera régulière, à 3 mois, 6 mois, 1 an puis tous les ans. Sur le plan clinique, le suivi nécessite un examen de la prostate par toucher rectal, et une palpation mammaire. La surveillance biologique comporte le dosage de la T (en tenant compte de la pharmacocinétique du traitement utilisé), du PSA et de la numération globulaire. L'objectif est de rétablir le niveau de T sérique dans la fourchette moyenne normale des hommes jeunes. L'hématocrite doit toujours rester inférieure à 54%, en cas de dépassement, une adaptation du traitement est nécessaire. Les hommes présentant une augmentation jugée inquiétante du PSA doivent être explorés pour exclure un cancer de la prostate. Chez les sujets qui auraient une diminution de la densité minérale osseuse avant la mise en place du traitement par T, un contrôle absorptiométrique est indiqué après 1 à 2 ans de traitement.

Conclusion:

Le DT doit être dépisté en cas de signes évocateurs ou de circonstances favorisantes, le diagnostic est clinique et biologique. Un test thérapeutique est possible lorsque le diagnostic biologique est incertain. Les précautions et les mesures de surveillances sont précisées.

MOTS CLÉS: testostérone libido érection prostate cardio-vasculaire

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Burte C, Lejeune H, Faix A, Desvaux P, Almont T, Cuzin B, Huyghe E. Recommandations pratiques pour la prise en charge du déficit en testostérone. Prog Urol. 2021 Jun-Jul;31(8-9):458-476.

Bhasin S, Brito JP, Cunningham GR, Hayes FJ, Hodis HN, Matsumoto AM et al. "Testosterone Therapy in Men With Hypogonadism: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline." J Clin Endocrinol Metab 2018;103:1715-1744.

Dean JD, McMahon CG, Guay AT, Morgentaler A, Althof SE, Becher EF, et al. "The International Society for Sexual Medicine's Process of Care for the Assessment and Management of Testosterone Deficiency in Adult Men." J Sex Med 2015;12:1660-1686.

Hackett, G., Kirby M, Edwards D, Jones TH, Wylie K, Ossei-Gerning N et al. "British Society for Sexual Medicine Guidelines on Adult Testosterone Deficiency, With Statements for UK Practice." J Sex Med 2017;14:1504-1523.

Lunenfeld B., Mskhalaya G, Zitzmann M, Arver S, Kalinchenko S, Tishova Y et al. "Recommendations on the diagnosis, treatment and monitoring of hypogonadism in men." Aging Male 2015;18:5-15.

Morgentaler A., Traish A, Hackett G, Jones TH, Ramasamy R (2019). "Diagnosis and Treatment of Testosterone Deficiency: Updated Recommendations From the Lisbon 2018 International Consultation for Sexual Medicine. Sex Med Rev 2019;7:636-649 Mulhall JP, Trost LW, Brannigan RE, Kurtz EG, Redmon JB, K. A. Chiles KA et al. "Evaluation and Management of Testosterone Deficiency: AUA Guideline." J Urol 2018;200:423-432.

Table ronde

Secret de famille et sexologie : quels conseils pour la pratique professionnelle ?

Discutante: Me Ingrid GERAY, avocate, Saint-Etienne

- La visite prénuptiale et les mariages non consommés
 Dr Meriem MAHBOULI MAHJOUB, psychothérapeute et psychiatre, Tunis
- Les enfants victimes et auteurs de violences sexuelles
 Dr Marie-Laure GAMET, médecin sexologue, Lille
- La consultation pour micropénis

Dr Antoine FAIX, urologue andrologue, Montpellier

Visite prénuptiale et mariages non consommés

Meriem Mahbouli Psychiatre et sexologue Présidente de la Société Tunisienne de Sexologie Clinique meriam.mahbouli@hotmail.com

Introduction

Les mariages non consommés (MNC) constituent un motif fréquent de consultation en sexologie. Ils sont influencés par le contexte social qui consacre le mariage comme seul cadre légal où peut s'exercer une sexualité légitime et reconnue. La pression sociale qui s'exerce sur les époux serait à l'origine de ces échecs de consommation. Parmi les stratégies préventives, l'éducation sexuelle complète est le standard mais quand elle est absente, les visites prénuptiales, bien que tardives, peuvent, en partie, pallier cette absence.

Méthode

Nous rapportons les résultats d'une étude recensant les consultations pour MNC en les comparant aux données de la littérature tunisienne et internationale pour dégager les caractéristiques épidémiologiques des MNC, leurs étiologies ainsi que leurs répercussions sur la santé sexuelle des partenaires et sur la relation du couple. Nous avons également effectué une revue de littérature relative à la place des visites prénuptiales dans la prévention des MNC en en évaluant les aspects sexologiques abordés ainsi que l'efficacité.

Résultats

L'étude descriptive a montré que les MNC représentaient 42.72% (n=229) des consultations de sexologie (CHU Farhat Hached de Sousse, Tunisie) sur les cinq dernières années. Le délai moyen de consultation était de 12 ±5 mois avec des extrêmes de 7 jours et de 11 ans. Les motivations de soins les plus fréquentes étaient la recherche d'une satisfaction sexuelle et le désir d'avoir des enfants. La cause la plus fréquente était le vaginisme (65 %) et la dysfonction érectile (35 %). Une bonne entente conjugale, avec une sexualité satisfaisante sans pénétration, a été trouvée chez 74,7% des couples et a été associée à de meilleurs résultats. Pour ce qui est de la visite prénuptiale, elle a été instaurée en Tunisie dans les années 1950, dans le but d'obliger les couples à une consultation médicale permettant le dépistage des fléaux infectieux de l'époque (principalement la tuberculose). Depuis les années 1990, le dépistage des incompatibilités rhésus et des infections sexuellement transmissibles (IST) en sont deux autres objectifs affichés. Le volet reproductif est parfois abordé de façon officieuse en recherchant des maladies à transmission familiale surtout en cas de mariages consanguins. La sexualité n'est pas abordée directement mais à travers les IST et parfois à travers les questions de virginité ou de procréation. Dans d'autres pays de la région MENA, par contre, des expériences pilotes ont été menées pour inclure des notions d'éducation sexuelle lors de la visite prénuptiale afin de diminuer l'incidence des MNC, avec des résultats encourageants (Stahmann et al. 2000, Vural et al. 2009 et Yazdanpanah et al. 2014).

Conclusion

Les consultations pour mariage non consommé se caractérisent par une demande souvent urgente, sous une pression des familles qui exigent une preuve de la virginité de la mariée et de la virilité du mari. En l'absence d'une éducation sexuelle structurée, ces concepts restent très valorisés comme garants de l'intégrité des individus et de l'honneur des familles, ce qui donne au trouble une connotation sociale souvent péjorative. De plus, différentes inhibitions liées aux tabous et aux interdits sociaux et religieux, dans l'appréhension des symptômes,

s'associent souvent au tableau clinique. La visite prénuptiale pourrait prévenir les MNC car peut être l'occasion de livrer des messages éducatifs aux époux. Cependant, cette visite reste focalisée sur les aspects sanitaires de la sexualité et ne se fait pas de manière conjointe avec les deux partenaires.

MOTS CLÉS:

Mariage non consommé, consultation prénuptiale, éducation sexuelle, dysfonction sexuelle, secret

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

- M. Addar. The unconsummated marriage: Causes and management. Clinical and experimental obstetrics & gynecology. 31. 279-81. 2004
- M. Bokaie, Z.B. Khalesi, S.M. Yasini-Ardekani. Diagnosis and treatment of unconsummated marriage in an Iranian couple. *Afr Health Sci.* 2017;17(3):632–636. doi:10.4314/ahs.v17i3.5
- R. F. Stahmann, "Premarital counselling: a focus for family therapy," Journal of Family Therapy, vol. 22, no. 1, pp. 104–116,2000.
- B. K. Vural and A. B. Temel, "Effectiveness of premarital sexual counselling program on sexual satisfaction of recently married couples," Sexual Health, vol. 6, no. 3, pp. 222–232, 2009
- M. Yazdanpanah, M. Eslami, and N. Nakhaee. Effectiveness of the Premarital Education Programme in Iran. International Scholarly Research Notices, Volume 2014 | Article ID 964087, 5 pages. http://dx.doi.org/10.1155/2014/964087

Les enfants victimes et auteurs de violences sexuelles

Marie-Laure Gamet Médecin sexologue Praticien hospitalier CHU de Lille marielaure.gamet@chru-lille.fr

La réalité de la violence sexuelle des enfants, victimes, auteurs renvoie à la notion de secret pour plusieurs raisons dont celles-ci :

- Le type même de ces violences qui n'entrainent pas dans la majorité des cas le déclenchement d'une alerte lorsqu'elles se produisent,
- Les conséquences de ces violences, psychiques ou somatiques, qui se manifestent y compris à l'âge adulte du fait de la honte, la culpabilité et l'isolement qu'elles entrainent *a fortiori* lorsqu'elles surviennent dans la famille ou le milieu de proximité des enfants, situations les plus fréquentes (Virage 2015)
- Son caractère particulièrement insupportable dans la pensée collective puisqu'il s'agit de violence, sexuelle, faite à des enfants,
- Les indicateurs récents de prévalence de ces violences : on dispose désormais d'études qui montrent l'ampleur de cette problématique et pointent une sous-estimation des chiffres avancés (Debauche 2018),
- Les difficultés voire les manques d'intérêt pour ce sujet dans notre pays de façon pérenne comme en témoigne l'actualité depuis 2017 où il est présenté comme un phénomène « récent ».

L'introduction de notre communication dressera ces constats pour amener la question de la place des sexologues dans la lutte contre ces violences et les conseils que l'on peut s'autoriser à formuler pour leurs pratiques professionnelles. Cette place est nouvelle dans notre pays comme l'a montrée l'Audition Publique qui s'est tenue en 2018. Pour la première fois, la sexologie était invitée à participer à des débats sur le sujet des violences sexuelles y compris celles des mineurs, aux côtés des acteurs du sanitaire, de la justice, du social pour dresser des propositions (Audition publique 2018). On peut s'étonner que la sexologie soit reconnue comme discipline légitime, seulement en ce début de 21e siècle, pour être associée aux réflexions d'experts dans le champ des violences sexuelles. Ce point est indispensable à considérer pour conseiller les sexologues qui seraient motivés à intervenir ou qui interviennent déjà dans ce domaine parce que des réalités de notre société actuelle les amènent de plus en plus souvent à y être confronté-es.

Aussi, la méthodologie pour dresser des conseils quant à la pratique professionnelle des sexologues s'appuiera :

- Sur les 35 propositions du rapport final de l'Audition Publique
- Sur les expériences de terrain menées par des sexologues et des intervenants en santé sexuelle relatées dans les rapports des experts interrogés pour la sexologie dans l'Audition (Galtier 2018, Gamet 2018)
- Sur les rapports de la Haute Autorité de Santé concernant la prise en charge des victimes mineures (HAS 2011)
- Sur les codes de déontologie professionnelle des professions initiales de santé des sexologues
- Sur des travaux de recherches de sexologues anglo-saxons et particulièrement québécois

Les résultats dresseront une liste de conseils nécessaires et utiles à la pratique des sexologues compte-tenu des constats qu'il est possible de faire aujourd'hui en France. Ils montreront que des notions comme la rigueur scientifique pour considérer cette problématique, l'adéquation du champ d'intervention des sexologues en fonction de leur formation initiale sont essentielles pour la dresser. La notion de prudence sera centrale dans cette liste pour défendre la légitimité toute nouvelle de cette discipline qu'est la sexologie et le fait qu'elle n'apparaisse pas dans la partie « Prise en charge des mineurs » ni des adultes d'ailleurs, du rapport de l'Audition Publique. Même s'il s'agissait de travaux pour la prise en charge des auteurs, il n'en reste pas moins que sa position y compris dans la prise en charge des victimes reste complexe en France. Ce constat renforcera la nécessité de considérer les différents champs d'application de la sexologie comme l'éducation sexuelle, la médecine sexuelle entre autres pour répondre aux indicateurs de santé sexuelle à venir des mineurs victimes, auteurs dans notre contexte de difficultés à considérer les conséquences sexuelles des violences sexuelles. La nécessité de référentiel de compétences pour les sexologues sera ainsi questionnée pour leur assurer des conditions de travail facilitées dans ce domaine, entre autres.

La conclusion renverra aux travaux de réflexions à venir des sexologues pour compléter, faire évoluer cette liste compte-tenu de la prévalence des violences sexuelles et de nos réalités françaises en matière de prévention et d'accès aux soins des mineur-es victimes ou auteur-es. Au final, ils seront confortés sur leur rôle qu'ils pressentent en tant qu'acteurs de premier plan dans la lutte contre ce fléau social à condition de savoir renforcer, valoriser leur réflexion sur le développement sexuel des enfants et des adolescent-es et de se situer à la hauteur des enjeux éthiques et scientifiques que requiert cette tâche.

MOTS CLÉS:

victimes mineures de violence sexuelle – auteurs mineurs de violence sexuelle – sexologues – pratique professionnelle

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Audition Publique 2018

http://www.ffcriavs.org/media/filer_public/01/2d/012d3270-9129-4689-8e79-ed456fd28ecf/rap port_du 17 juin 2018.pdf

Debauche A. Quelles sont les données sur les violences sexuelles en France et quelle lecture en faire ? In Paris: Fédération Française des CRIAVS; 2018.

Galtier F. Quelle mise en oeuvre des actions de prévention et de promotion de la santé en matière de violences sexuelles ? In Paris: Fédération Française des CRIAVS; 2018.

Gamet M-L. Quelle mise en oeuvre des actions de prévention et de promotion de la santé en matière de violences sexuelles ? In Paris: Fédération Française des CRIAVS; 2018.

Haute Autorité de Santé. Synthèse de recommandation de bonnes pratiques. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur. Mai 2011. Consultable sur www.has-sante.fr

Hébert M., Berthelot N., Gamet M.-L. (2016). « Victimisation sexuelle chez les mineurs: Modèles explicatifs des conséquences associées et pratiques d'intervention et de prévention ». In Traité de Médecine Sexuelle, Courtois F. et Bonierbale M. (Eds), Presses Universitaires de Montréal.

La consultation pour micropenis

Antoine Faix
Urologue-Andrologue-Sexologue
Montpellier
docteurfaix@gmail.com
@FaixUrologue
Instagram antoine.faix.urologue
LinkedIn www.linkedin.com/in/antoine-faix-235769200

Près d'un quart des hommes qui consultent en andro-sexologie se plaignent de la taille de leur sexe mais ont de la difficulté à en parler à leur médecin généraliste. La réalité du micropénis est souvent méconnue et sous-estimée. Il convient de faire le diagnostic des demandes irréalistes de ceux qui sous-estiment la taille du sexe et d'une réalité morphologique source de souffrance et d'une vie sexuelle difficile pour qui il existe des possibilités thérapeutiques. Le micro-pénis « vrai » est actuellement méconnu et sous-estimé et à l'origine de plaintes importantes mais souvent silencieuses. Ceci le plus souvent à partir de l'adolescence, et entrainant des désordres psychologiques importants et difficiles à prendre en charge à l'âge adulte. Lors de la petite enfance, l'appareil uro-génital masculin fait partie de l'examen systématique dès la naissance et régulièrement jusqu'à l'adolescence mais est le plus souvent axé sur les testicules et non pas sur la verge en dehors du prépuce, alors que des abaques existent sur la taille selon l'âge ; néanmoins, la taille de la verge n'est pas prise en considération la plupart du temps sauf plainte explicite de l'entourage ou de l'enfant; les étiologies sont multiples à l'adolescence et la souffrance est le plus souvent silencieuse et rarement exprimée. Parmi les symptômes les plus fréquents à l'âge adulte figurent la plainte réelle de micro-pénis, mais aussi divers troubles psychologiques variables tels que le manque d'estime de soi voire un contexte anxio-dépressif, et également des troubles sexuels variés réactionnels alors que la taille de la verge se trouve dans la normale, et on peut parler à ce moment là de dysmorphophobie. La fréquence de ce symptôme exprimé est faible mais sousestimée dans la population comme l'ont suggéré certaines études.

La consultation consiste donc en une anamnèse précise depuis la naissance, de la mesure de la verge avec appréciation de tout l'appareil génital ainsi que du morphotype, de la taille et du poids, avec également la recherche de causes hormonales, génétiques, anatomiques ou iatrogènes. La prise en charge sera donc adaptée à chaque situation, selon la cause, l'âge, les possibilités correctrices et le contexte psychologique. Il y aura également le plus souvent la nécessité d'un réseau de compétences pouvant inclure un(e) endocrinologue pédiatre, un(e) psychiatre, un(e) sexologue.

MOTS CLÉS:

micropenis, dysmorphophobie, multi-disciplinaire

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Ponchietti R, Mondaini N, Bonafe M,et al : Penile length and circumference: a study on 3300 young Italian males. Eur Urol 39: 183–186, 2001.

Ralph D, Gonzalez-Cadavid N, Mirone V, Perovic S, Sohn M, Usta M, Levine L. Trauma, Gender Reassignment, and Penile Augmentation. J Sex Med 2010;7:1657–1667Wessels H, Lue TF, McAnish JW. Penile Length in the flaccid and erect states: guidelines for penile augmentation. J Urol 1996 Sep;156(3):995-7

Wiygul J and Palmer LS. Micropenis. The scientific World Journal (2011) 11, 1462-1469



Conférence

Le secret et l'éthique de la sexologie

Dr Francis COLLIER, gynécologue obstétricien, Lille présenté par le Dr Pierre BONDIL, chirurgien urologue, Chambéry



Table ronde

Limites dans le secret médical et professionnel

Modérateur : Dr Jean-Philippe HARLICOT, gynécologue chirurgical, Rennes

 Le secret professionnel : fondements, contenu, limites, partage
 Dr Renaud BOUVET, docteur en droit et médecine, chef de service de médecine légale du CHU de Rennes, Rennes

Le secret professionnel : fondements, contenu, limites, partage

Renaud Bouvet
Médecin légiste, docteur en droit, chef du service de médecine légale et médecine
pénitentiaire
CHU de Rennes et Université de Rennes 1, Rennes.
renaud.bouvet@chu-rennes.fr

Le secret professionnel est depuis l'antiquité l'un des fondements de la relation soignantsoigné, classiquement justifiée par la formule désormais célèbre de Louis Portes, premier président de l'Ordre des médecins : « Il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confidence, de confidence sans secret ». L'obligation de secret faite aux professionnels est donc bien instituée dans l'intérêt du patient et ne constitue pas un moyen de protection pour le médecin. C'est le sens des dispositions du code de déontologie médicale ; c'est également le sens de la consécration de son respect en droit de l'usager du système de santé depuis la loi du 4 mars 2002.

Si la jurisprudence pénale considère que le secret a une portée générale et absolue, reste que l'évolution de la pratique des professionnels de santé, sous-tendue par les exigences d'efficacité, de qualité et de sécurité des soins a conduit à créer puis à étendre, parfois considérablement les hypothèses de partage des informations à caractère secret, y compris au-delà du strict champ médical, par exemple dans le champ médico-social. Cette extension continue, dont on perçoit la justification opérationnelle, interroge cependant quant à l'effectivité du secret.

L'exercice des professionnels de santé les confronte à l'intimité des personnes, le cas échéant de personnes vulnérables, cette vulnérabilité pouvant résulter de différents facteurs individuels ou situationnels. Les professionnels peuvent dès lors être témoins privilégiés de situations justifiant la transmission d'information à caractère secret aux autorités judiciaires ou administrative. La situation des victimes de violences est désormais bien connue et bénéficie d'un encadrement juridique clair, actuellement encore en évolution s'agissant de la situation des violences dans le couple. La situation est plus complexe s'agissant des personnes susceptibles non de subir mais d'agir des violences, qu'elles soient de nature politique – commission d'actes de terrorisme dans un contexte de « radicalisation » religieuse par exemple – ou de nature sexuelle. Cette dernière hypothèse intéressera particulièrement les professionnels de la sexologie, s'agissant, par exemple de la question des fantasmes ou des intérêts sexuels problématiques.

La communication permettra, après des apports théoriques complétés par des vignettes cliniques présentées par le second orateur de la table-ronde, d'amorcer un échange avec les participants.

MOTS CLÉS:

secret professionnel, déontologie médicale, jurisprudence, violences

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/ www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-4-secret-professionnel



Conférence

Quelle stratégie nationale de santé sexuelle en France ?

Pr François DABIS, président du comité de pilotage de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle, présenté par le Dr Rosa CARBALLEDA, médecin sexologue, Grenoble

Quelle stratégie nationale de santé sexuelle en France ?

Pr François Dabis,

Institut de Santé Publique, Epidémiologie et Développement (Isped), Université de Bordeaux <u>francois.dabis@u-bordeaux.fr</u>

Introduction:

La stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS) a été élaborée par le Ministère en charge de la Santé en 2017, formulant des priorités et proposant une vision à long terme (2030) dans ce champ très large de la stratégie nationale de santé. Afin de rendre opérationnelle la SNSS, une feuille de route est déclinée par cycles de trois ans. La première feuille de route 2018-2020 a bien sûr été marquée par la crise sanitaire de la Covid-19 mais aussi par des changements importants dans le champ de la santé sexuelle. Deux éléments forts ont ainsi émergé pendant cette période : d'une part, la prophylaxie préexposition (PreP) par les antirétroviraux qui est devenue une des pierres angulaires de la prévention de la transmission du VIH mais reste encore trop peu utilisée ; d'autre part, les violences faites aux femmes dont les violences sexuelles, sont désormais unanimement considérées comme un sérieux problème de santé publique et de société.

Méthode:

La deuxième feuille de route 2021-2023 de la SNSS doit maintenant être formulée. Un comité de pilotage a été mis en place le 29 avril dernier par le Ministère et j'en assure la Présidence. Il est composé de représentants des différents champs professionnels concernés par la santé sexuelle, dont l'Association interdisciplinaire postuniversitaire en Sexologie (AUIS) et des représentants des administrations compétentes (santé éducation,...). Le Comité de Pilotage travaille en relation très étroite et avec le plein soutien de la Direction Générale de la Santé qui est le point focal de la SNSS. Notre tâche consiste tout d'abord à dresser un bilan de la première feuille de route à partir des informations disponibles sur les différents chantiers qui ont été lancés sur le terrain, puis à réexaminer la liste des priorités qui n'avaient pas été alors considérées comme de premier niveau et enfin à identifier les questions nouvelles apparues au cours des trois dernières année. Nous devons proposer sur la base de ce diagnostic partagé une nouvelle feuille de route en septembre prochain, puis l'accompagnerons pendant les deux ans et demi qui suivront.

Résultats:

Trois priorités de travail ont été identifiées pour structurer les débats, l'analyse et la formulation de propositions et ont donné lieu à la constitution de trois groupes de travail thématiques mis en place début mai : l'information, la promotion de la santé sexuelle et reproductive, l'éducation à la vie affective et sexuelle ; les dépistages et la prévention biomédicale ; les parcours de prise en charge. Il s'agira dans ces trois groupes de réfléchir aussi bien aux enjeux en population générale que dans les multiples populations vulnérables et populations clé qui ont chacune leurs spécificités en termes d'offre et de demande. Par ailleurs, la déclinaison adaptée aux départements et régions d'outre-mer fait l'objet d'un groupe de travail transversal qui doit reprendre les trois domaines thématiques. Enfin, un dernier groupe de travail se préoccupe des connaissances pour l'action : quelles sources de données, quels systèmes d'information et quels indicateurs retenir pour élaborer le tableau de bord permettant de piloter correctement la nouvelle feuille de route ? Quelles recherches et innovations vont être nécessaires dans les années à venir ?

Conclusion:

La SNSS et ses feuilles de route successives concernent les sexologues qui sont une des catégories d'acteurs les plus directement engagés. Des exemples concrets de leur action actuelle seront présentés ici. Les perspectives en discussion seront rapportées en sachant que la nouvelle feuille de route ne sera adoptée qu'à l'automne. Les participants à cette session seront invités à formuler des préconisations qui pourront alimenter la réflexion des différents groupes de travail.

MOTS CLÉS:

SNSS, santé publique, recommandations

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Marisol Touraine lance une stratégie globale d'amélioration et de promotion de la santé sexuelle des Français. Communiqué de presse du 28 mars 2017. https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/marisol-touraine-lance-une-strategie-globale-d-amelioration-et-de-promotion-de

Feuille de route Stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020. https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=520360

Fil d'actualités ANRS. 19 avril 2021. https://www.anrs.fr/fr/actualites/810/le-pr-francois-dabis-preside-la-2e-feuille-de-route-de-la-strategie-nationale-de

Conférence

Le clitoris, cet inconnu

- Versant anatomique du clitoris
 - Pr Stéphane PLOTEAU, gynécologue obstétricien, Nantes
- Facettes du plaisir féminin
 - Dr Carine MARTIN, gynécologue sexologue, Lille
- Expérience des patientes victimes de mutilations clitoridiennes
 - Dr Jean-Philippe HARLICOT, gynécologue chirurgical, Rennes
- Réhabilitation sexuelle des patientes présentant des mutilations génitales féminines
 - Dr Béatrice CUZIN, chirurgien urologue, Lyon

Facettes du Plaisir Féminin

Carine Martin Praticien hospitalier, Jeanne de Flandre, CHU Lille Rue Eugène Avinée, F-59037 Lille carine.martin@chru-lille.fr

Introduction:

La dissociation sexualité reproduction / sexualité hédonique, opérée en partie par la légalisation de la contraception et l'émancipation sociale des femmes dans les 30 dernières années du XXème siècle, a permis le déploiement du plaisir sexuel féminin. Celui-ci n'est plus une pathologie psychiatrique ou un danger comme au siècle puritain, il devient un devoir, avec l'injonction « Jouissez sans entrave ». Cependant, l'omerta clitoridienne ainsi que la vision androcentrée du plaisir sexuel féminin, encore bien présentes dans les esprits, alimentent les difficultés dans l'accès au plaisir.

Développement:

Le plaisir sexuel est un des plaisirs corporels et occupe une position centrale. Il demande une démarche active et un rapport hédonique à son propre corps. Lorsqu'il est partagé, il requiert la possibilité d'établir une communication corporelle entre soi et l'autre / les autres.

Indispensable dans la sexualité, le plaisir interagit avec le corps et l'esprit. Il alimente le désir, il permet le bon déroulement du cercle vertueux de la réponse sexuelle de la femme et il améliore la réceptivité.

Les avancées dans la diffusion des connaissances de l'anatomie clitoridienne mettent fin à une guerre fratricide entre le clitoris et le vagin : cette dichotomie servait le plaisir masculin et nuisait à l'épanouissement féminin. Rien de cloisonné, les multiples zones érogènes féminines peuvent maintenant agir de concert comme les différentes touches d'un piano. Désormais les femmes ont la liberté de valoriser et érotiser leur corps, de construire et explorer leurs chemins vers le plaisir.

Les neurosciences nous apportent de nouvelles connaissances sur le fonctionnement du cerveau et son rôle central de coordinateur du désir et du plaisir.

Comment « ouvrir la porte » et faciliter l'accès au plaisir et à l'orgasme ?

Une mise à jour des différents types de fluides émis par les femmes pendant l'activité sexuelle, manifestations de leur excitation, plaisir et orgasme, s'avère intéressante.

Conclusion:

L'objectif de cette présentation est de donner des outils concrets pour faciliter la prise en charge des troubles de l'accès au plaisir et des anorgasmies. L'injonction à « orgasmer » a pour effet secondaire la pathologisation de la non jouissance. Il est pertinent de rappeler que le plaisir sexuel doit échapper aux critères de rentabilité et de productivité.

MOTS CLÉS:

Plaisir féminin, orgasme, clitoris, cerveau

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Yeung J, Pauls R. Anatomy of the vulva and the Female Sexual Response. Obstet Gynecol Clin North Am, 2016 March;43(1),27-44

Toups M, Cardomy T, Greer T, Rethorst C, Grannemann B, Trivedi M. Exercise Is an Effective Treatment for Positive Valence Symptoms in Major Depression. J Affect Disord, 2017 Feb;209,188-194

Wise N, Frangos E, Komisaruk B. Brain Activity Unique to Orgasm in Women: An fMRI Analysis. J Sex Med, 2017 Nov;14(11),180-1391

Pastor Z, Chmel R. Differential diagnostics of female "sexual" fluids: a narrative review. Int Urogynecol J. 2018 May;29(5):621-629

Expérience des patientes victimes de mutilations clitoridiennes

Jean-Philippe HARLICOT Gynécologue chirurgical, Rennes <u>iphexpertise@gmail.com</u>

A partir de quelques histoires cliniques, 3 en tout, on pourra apprécier des situations de patientes victimes de mutilations sexuelles.

Ces situations permettront de comprendre les demandes des patientes consultant pour ce problème.

Fatoumata, Awa et Karine ont trois histoires, trois vécus de l'excision et trois demandes très particulières. Elles symbolisent la diversité des situations, notre nécessaire ouverture à la prise en charge de ces patientes.

MOTS CLÉS:

Excision, témoignage, répartion, clitoris, parcours

Réhabilitation sexuelle des patientes présentant des mutilations génitales féminines

Béatrice Cuzin
Chirurgien urologue
Service d'Urologie et de la Transplantation, Lyon
cuzin.beatrice@gmail.com

La rehabilitation sexuelle des patientes passe par différentes étapes :

La première est l'évaluation du préjudice sexuel qui s'inscrit dans le cadre de celle d'un prejudice global. Cette étape fondamentale, qui comporte interrogatoire et examen clinique, vise à connaitre le vécu, les séquelles de la mutilation. Il s'agit en effet de comprendre la demande, échanger des éléments de connaissance du corps avec la patiente, évaluer les zones de blocage du corps qui a souffert et qui doit à nouveau pouvoir être touché et redevenir une source de plaisir. Les difficultés sexuelles doivent être exprimées, classifiées, car elles peuvent avoir d'autres origines, des questionnaires peuvent être utilisés, car compréhensibles et validés dans cette population.

A l'issue de cette étape un projet personnalisé de rehabilitation/réeducation du clitoris peut être proposé avec ou sans chirurgie.

Le chirurgie : permet de réduire les douleurs du moignon clitoridien, de le superficialiser, elle a également une dimension symbolique. Quelques études de cas montrent une amélioration de la sexualité au moyen de questionnaires.

Cependant elle doit être complétée par une approche sexologique visant à s'approprier cet organe d'un point de vue mental, et tactile, car de plus le néoclitoris s'épithélialise avec le temps et peu devenir moins apparent et moins sensible.

L'approche sexologique s'appuie sur différents outils :

Stimulation clitotoridienne/autostimulation

moyens pouvant augmenter le flux sanguin dans le clitoris : exercices du périné, boules de geisha, pharmacologie (IPDE5, Vit E), vacuum

psycho/sexothérapie : thérapies brèves, EMDR, mindfulness

Ces étapes sont importantes et permettent d'apporter une réponse globale à la patiente, la prise en charge, dans des centres de référence évaluant les résultats peut seule faire progresser les connaissances encore insuffisantes de cette réhabilitation sexuelle.

MOTS CLÉS:

Réhabilitation sexuelle, approche globale, évaluation demande

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

- Abdulcadir J, Tille JC, Petignat P. Management of painful clitoral neuroma after female genital mutilation/cutting. Reprod Health. 2017 Feb 8;14(1):22.
- Evans C, Tweheyo R, McGarry J, Eldridge J, Albert J, Nkoyo V, Higginbottom GMA. Seeking culturally safe care: a qualitative systematic review of the healthcare experiences of women and girls who have undergone female genital mutilation/cutting. BMJ Open. 2019 May 29;9(5):e027452.

- Leye E, Van Eekert N, Shamu S, Esho T, Barrett H; ANSER. Debating medicalization of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): learning from (policy) experiences across countries. Reprod Health. 2019 Nov 1;16(1):158.
- Yeğin GF, Kılıç G, İşlek Seçen E, Bahadır İB, Taş EE, Keskin HL, Yavuz AF. Clinical and ethical perspectives of medical professionals towards female genital cosmetic procedures. Turk J Obstet Gynecol. 2021 Jun 2;18(2):131-138.



Résumés des SESSIONS PARALLÈLES JF3S

Session parallèle

Le secret des pratiques sexuelles – « ma sexualité n'est peut-être pas la vôtre, parlons-en! »

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

• Témoignages patients vidéo sur les sexualités LGBT

Mme Coraline DELEBARRE, psychologue sexologue en libéral, Paris

Mme Marie CHOLLIER, psychologue sexologue, Marseille et Paris

Mr David FRIBOULET, Psychothérapeute, psychanaliste, sexologue, Paris

Le secret des pratiques sexuelles - « Ma sexualité n'est (peut-être) pas la vôtre, parlons-en! »

Philippe Arlin Sexologue Poitiers et Paris p-arlin@arlinsexo.fr

Alexandre Chevalier Educateur sexologue Lyon alexandre.chevalier@sidaweb.com

Coraline Delebarre
Ppsychologue sexologue
Paris
coraline.delebarre@gmail.com

Jean-Marc Polesel Coordinateur Marseille jean-marc.polesel@ap-hm.fr

Objectif principal:

Faire évoluer les représentations et les stéréotypes de genre chez les soignants en général et les sexologues en particulier, afin que les consultant.e.s ne soient pas « catégorisé.e.s » dans des pratiques sexuelles au regard de leur.s orientation.s et/ou de leur genre, pour prise en charge réellement adaptée.

Discussion:

Comment mettre en place dans nos consultations un cadre sécurisant permettant l'émergence du secret ?

Quel est l'impact du secret sur la vie de nos patient.e.s et comment les représentations et les stéréotypes influencent et modifient nos regards de professionnel.le.s ?

A partir de témoignages de patient.e.s, nous proposons aux congressistes de venir réfléchir sur les représentations sociales de la sexualité et les rôles socio-sexuels en lien avec le genre, le sexe, l'orientation sexuelle et l'identité de genre et échanger avec les thérapeutes qui les accompagnent.

En pratique :

Notre session sera rythmée par 3 ou 4 temps comportant chacun :

- Une courte vidéo d'entretien avec un e patient e
- Un temps d'échanges entre le public et les participant.e.s à la table ronde, que nous souhaitons enrichissant pour tous et bénéfique pour les patient.e.s

Session parallèle

Les codes d'attraction inavouables

Discutante : Pr Florence THIBAUT, psychiatre, Paris

- Bon genre et mauvais genre des pratiques sexuelles
 Mme Nathalie DESSAUX, psychologue sexologue, Rennes
- Les fétichismes du quotidien
 Dr Jean Roger DINTRANS, psychiatre sexologue, Paris
- Paraphilies et troubles paraphiliques. Quelles pratiques cliniques ?
 Mme Marlène ABONDO, ancienne responsable du CRIAVS, Rennes

Bon genre et mauvais genre des pratiques sexuelles

Nathalie Dessaux Psychologue Sexologue Rennes nathalie.dessaux@mac.com

Introduction:

Traditionnellement, « avoir mauvais genre » signale un déclassement social ou un fonctionnement marginal. C'est en jouant avec cette définition que l'on peut ouvrir une réflexion sur les normes socio-sexuelles qu'il nous faut parfois déconstruire pour devenir sexologue.

Les comportements et interactions sexuelles s'inscrivent en effet dans une architecture de règles socialement construites (Bozon, 1999). Ces scripts sexuels ou scénarios sont façonnés en fonction d'une culture donnée et soumis à l'influence d'autres variables sociologiques, comme le genre ou l'hétéronormativité (Gagnon & Simon, 1973; Rennes, 2016; Chetcuti, 2012). Ils impliquent également une notion de modération dans la mise en œuvre de certains comportements sexuels (Mazaleigue-Labaste, 2014).

Par conséquent, tout comportement sexuel qui ne semble pas s'inscrire à l'intérieur de ce cadre de référence peut être à la source d'incompréhension de la part de l'individu lui-même et d'une souffrance qualifiée d'egodystonique. Ce mot barbare qualifie le sentiment d'inconfort émotionnel ressenti face à un comportement qui n'est pas conforme à l'identité ou aux valeurs de l'individu. Les écarts à ces normes sexuelles sont au cœur de certaines consultations sexologiques, questionnant la fluidité genrale ou le caractère légèrement paraphile de certaines pratiques sexuelles, l'acceptation de celles-ci par la personne elle-même ou par le.la partenaire.

En replongeant dans l'histoire, la littérature ou l'anthropologie, il nous est possible d'assouplir ces règles, et en tout premier lieu pour les professionnels que nous sommes, afin d'accompagner au mieux ces patient.e.s dans l'exercice de leur sexualité, pour laquelle il est important de rappeler le principe de plaisir et le contexte de consentement forcément nécessaire dans une relation interpersonnelle.

MOTS CLÉS:

normes socio-sexuelles, scripts sexuels

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Gagnon J. and Simon W. (1973). Sexual Conduct :The Social Sources of Human Sexuality, Chicago : Aldine.

Bozon Michel (1999). Les significations sociales des actes sexuels. In: Actes de la recherche en sciences sociales. Vol. 128, juin 1999. Sur la Sexualité. pp. 3-23.

Mazaleigue-Labaste, J. (2014). Les Déséquilibres de l'amour. La genèse du concept de perversion sexuelle, de la Révolution française à Freud. Montreuil-sous-Bois : Editions d'Ithaque.

Rennes, J. (2016). Encyclopédie critique du genre. Corps, sexualité, rapports sociaux. Paris : La Découverte.

Chetcuti, N. (2012). Hétéronormativité et hétérosocialité. In : Raison présente, n°183, 3e trimestre. Sexualités, normativités. pp. 69-7.

Les fétichismes du quotidien

Jean-Roger Dintrans
Psychiatre-sexologue
Paris
jean.roger.din@gmail.com

L'usage du mot-source/de l'étymologie, comme la plupart du temps - quand, dans un registre « technique », un mot a été métaphoriquement emprunté avec pertinence - fournit à la notion de « fétichisme » presque toutes les lumières que son acception nécessite. La première partie de cette communication sera donc consacrée à la relation entre fétiche et féticheur.

Puis nous résumerons les conceptions que Krafft-Ebing, son « inventeur », puis Freud, Lacan et surtout Stoller ont ensuite respectivement apporté à la notion psychopathologique de « perversion » et de « fétichisme ».

Nous terminerons cette partie sur ce que cette notion de psychopathologie a de fertile, sur le procès psychique qu'elle suppose, en mettant ce procès en rapport avec celui mis en exergue dans la relation fétiche-féticheur. Cette partie de l'exposé se terminera sur les avatars qui ont été et sont désormais ceux de ce concept.

Puis, après avoir survolé pour mémoire les grands fétichismes classiques, nous nous consacrerons à ces codes secrets, souvent considérés comme inavouables, de la sexualité de beaucoup (... d'entre nous aussi ? ... :))

Enfin nous conclurons sur une hypothèse sociétale : et si les « ismes » , les dogmatismes, les idéologismes actuels, étaient des fétichismes de la pensée, étaient les véritables fétichismes du quotidien, beaucoup plus répandus et dangereux que les simples fétichismes sexuels ? Stoller nous fournit pour cela une grille de lecture pertinente...

MOTS CLÉS:

Fétichisme, perversion, fantasme, hostilité, Krafft-Ebing, Stoller

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

La perversion, forme érotique de la haine , Robert J. Stoller (1975), 2000, Payot et Rivages, p.18 $\,$

Psychopathia sexualis, Krafft-Ebing, (1885), 2012, Camion noir

Approche structurale des fantasmes érotiques, in L'érotisme , L'évolution psychiatrique, janvier-mars 1999, Elsevier

Paraphilies et troubles paraphiliques : quelles pratiques cliniques ?

Marlène. Abondo Psychiatre Médecin légiste, PhD Rennes docteur.marlene.abondo@outlook.fr

La diversité des intérêts et comportements sexuels complexifie leur reconnaissance entre pathologisation et dépathologisation. Il s'agit de déterminer si des intérêts sexuels dits atypiques relèvent de troubles mentaux ou non. Ainsi, le DSM 5 distingue les paraphilies des troubles paraphiliques. Ces derniers se caractérisent par l'existence d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement ou d'un préjudice pour autrui (comportements sexuels en direction de personnes qui par leur âge ou statut sont dans l'incapacité de consentir à un contact sexuel). Pour autant, persiste la question de l'influence des contextes normatifs social et légal sur la démarche diagnostique et partant sur la pratique clinique. En effet, dans le colloque singulier de la relation patient-professionnel de santé, s'invitent de nombreuses problématiques, souvent reliées les unes aux autres, et pas nécessairement au bénéfice strict du patient. Que faire lorsqu'un patient présente une paraphilie impliquant des sujets prépubères et consultant des fichiers à caractère pédopornographique? La consultation de fichiers à caractère pédopornographique n'est pas obligatoirement le corollaire d'une paraphilie ou d'un trouble paraphilique. Comment évaluer le point de bascule entre paraphilie et trouble paraphilique ? Quelle prise en charge pour un patient ayant un trouble fétichisme exclusif? Comment accueillir et accompagner parfois l'insoutenable? Les questions sont nombreuses, leur résolution pas toujours évidente...

MOTS CLÉS:

paraphilie – trouble paraphilique – pratiques cliniques

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

American Psychiatric Association. DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Traduction française coordonnée par M.-A. Crocq et J.-D. Guelfi, dirigée par par P. Boyer, M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi, C. Pull, M.-C. Pull-Erpelding. Elsevier Masson, 2015, 1174 pages.

Döring, Nicola M. The Internet's impact on sexuality: A critical review of 15 years of research. *Computers in human behavior*, vol. 25 n° 5, septembre 2009, p. 1089-1101.

IFOP (Paris), CAM4. Génération YouPorn : mythe ou réalité ? Enquête sur l'influence des nouvelles technologies sur les comportements sexuels des jeunes. Paris : IFOP, 2013, 40 p. En ligne : http://www.ifop.com/media/poll/2367-1-study file.pdf

Ogas O, Gaddam S. A billion wicked thoughts. What the world's largest experiment reveals about human desire. New York: Penguin Group; 2011.

Ward, T., Laws, D.R. & Hudson, S.M. (2003). Sexual deviance: Issues and controversies. Thousand Oaks, CA: Sage.

Session parallèle

Excitation, ce que les femmes ne disent pas toujours

- Le syndrome d'excitation génitale persistant
 - Dr Fréderic RIMETZ, sexologue, Arras
- Femmes fontaines, éjaculation féminine : que sait-on réellement ?
 - Dr Pierre DESVAUX, médecin sexologue, Paris

Le Syndrome d'Excitation Génitale Persistant

Frédéric Rimetz, MD, Lille dr-rimetz-frederic@wanadoo.fr

Le syndrome d'excitation sexuelle permanent appelé persistent genital arousal disorder (PGAD), persistant sexual arousal syndrome (PSAS) ou encore restless genital syndrome (RGS) dans la littérature anglophone est une entité peu connue.

Il est défini par l'apparition d'une excitation sexuelle spontanée, persistante et intense en l'absence de tout désir sexuel

Ce trouble sexuel féminin, extrêmement rare, ne toucherait environ que 1 % des femmes. Bien que d'évocation très ancienne, la première description par Riley date de 1994, et c'est 2004, que le PSAS a été reconnu par un comité d'expert international comme une pathologie à part entière

Il reste aujourd'hui peu connu et il a fait l'objet de publications scientifiques peu nombreuses. Les critères diagnostiques ont été progressivement modifiés de 2004 à 2009 pour aboutir à un cadre nosologique plus important incluant entre autres le syndrome des membres inférieurs sans repos et l'hyperactivité vésicale (HAV).

Les critères diagnostiques proposés par Waldinger :

- sensations non désirées ou embarrassantes d'excitation génitale en l'absence de désir ou de fantasme
- orgasmes spontanés non désirés ou embarrassant en l'absence de désir ou de fantasme
- symptômes des membres inférieurs sans repos
- symptômes d'HAV
- aggravation des symptômes d'excitation génitale en position assise
- hyperesthésie à la pression en regard de la région génitale lors de tests sensoriels
- symptômes d'excitation génitale déclenchés par l'examen clinique du dermatome en regard de la branche ischiopubienne

Les causes exactes du syndrome d'excitation génitale persistant ne sont pas connues et les hypothèses étiologiques sont nombreuses :

L'imputabilité à des causes psychologiques et psychiatriques dans la genèse du PGAD est fréquente, toutefois, il n'est habituellement pas rapporté dans les séries importantes de passé psychiatrique chez les patientes

La présence d'anomalies artério-veineuses génitales a été rapportée, néanmoins, il n'est pas envisageable d'attribuer directement la cause du PGAD à la présence de varices.

L'effet iatrogène de certains antidépresseurs est évoqué par une diminution de 5-hydroxytryptamine (5-HT)

Il semble plus fréquent en période de péri ménopause, d'où les pistes d'explication hormonale, et serait plus fréquemment associé à certaines pathologies neurologiques : sclérose en plaques, maladie de Parkinson, vessies hyperactives ou syndrome des jambes sans repos.

Le syndrome d'excitation génitale persistant impacte considérablement la qualité de vie des patientes.

La souffrance est avant tout psychologique puisque cette excitation persistante est vécue comme intrusive et préoccupante. L'impact sur la sexualité est souvent très marqué, allant d'une hyper activité masturbatoire et sexuelle à but de soulagement exclusif sans désir, à un évitement de la sexualité.

Le diagnostic est essentiellement clinique reposant sur un examen général, neurologique et gynécologique précis. Les examens paracliniques le plus souvent proposés reposent sur un bilan hormonal, une IRM cérébrale et spinale devant la présence d'anomalie à l'examen

clinique, une IRM pelvienne avec injection de gadolinium et une échographie pelvienne après épreuve de Valsalva.

Selon les étiologies suspectées, les différents auteurs rapportaient des attitudes thérapeutiques variables avec des résultats souvent malheureusement décevants : embolisation des varices pelviennes ou le traitement de l'hyperactivité vésicale, traitements médicamenteux comme les antidépresseurs, les médicaments des douleurs neuropathiques. L'électrostimulation sacrée peut aussi permettre d'améliorer les choses. Enfin, les thérapies comportementales, la relaxation et la pleine conscience jouent un rôle important puisqu'elles vont parfois permettre de mieux accepter le trouble.

Il s'agit d'une pathologie peu connue et encore peu explorée. Sa connaissance permettra aux praticiens de leur proposer une prise en charge spécifique.

MOTS CLÉS:

Excitation, Génitale, Persistant

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

T. Thubert, M. Brondel, M. Jousse, F. Le Breton, P. Lacroix, X. Deffieux, G. Amarenco Le syndrome d'excitation génital permanent : revue de la littérature Prog Urol, 2012, 17, 22, 1043-1050

Waldinger M.D., Schweitzer D.H. Persistent genital arousal disorder in 18 Dutch women: part II. A Syndrome clustered with restless legs and overactive bladder J Sex Med 2009; 6: 482-497

Riley A. Premenstrual hypersexuality J Sex Marital Ther 1994; 9:87-93

097

Femmes fontaines et éjaculation féminine : Que sait-on ?

Pierre Desvaux Hôpital Cochin Paris desvaux@noos.fr

L'homme a souvent été fasciné par les manifestions du plaisir sexuel des femmes, particulièrement dans ses aspects les plus spectaculaires. Les fluides qui jaillissent à l'acmé du plaisir en font partie, phénomène connu depuis des millénaires, oublié et redécouvert au fil des époques, mais toujours entouré de mystère et d'essence quasi divine. Depuis une vingtaine d'années, quelques travaux scientifiques se sont intéressés à ce phénomène et aujourd'hui nous pouvons en faire une première synthèse.

Les premiers écrits sur les" femmes fontaines" remontent à la Chine antique où la sexualité était tout sauf taboue. Pour les Taoïstes, les eaux qui s'écoulent du sexe de la femme sont au nombre de trois, la première eau apparaît lors de l'excitation sexuelle, "elle approfondit l'eau et élargit la rivière", la deuxième eau est celle de l'excitation supérieure, "la rivière s'écoule", la troisième eau apparaît au sommet du plaisir, à ce moment "La rivière déborde de son cours inondant les champs de sa manne créatrice de vie". En Inde, la littérature indienne fait la part belle à la jouissance féminine. Ainsi, dans l'Amaru-Shataka, une œuvre majeure de la poésie lyrique sanskrite écrite au VIIe siècle, on trouve une référence à un abondant liquide émis par la femme au moment de l'orgasme. D'autres cultures ont porté un intérêt à " l' éjaculation féminine". Hélas, les preuves formelles manquent souvent, ainsi en est-il des Indiens d'Amérique et des Celtes. Plus proche de nous, les écrits de Ernst Gräfenberg (Gräfenberg 1950) soulignant le rôle de l'urètre dans l'orgasme féminin ainsi que des expulsions orgasmiques resteront confidentiels jusqu'à la reprise et le développement par Ladas et Whipple en 1982 aboutissant à la description de ce qui allait être baptisé "Point G". A partir de ce moment les couples dans le monde occidental partent à la recherche de ce "Point G". Le principal effet collatéral de cette découverte sera l'augmentation importante du nombre de "femmes fontaines", pour le bonheur des couples. Mais l'origine de ce liquide est bien mystérieuse, certains craignant le pire, le fait que cela vienne de la vessie était proprement inenvisageable alors. Face à cette inquiétude, Milan Zaviacic (Zaviacic 2000) va apporter une porte de secours pour les angoissés en décrivant la prostate féminine. Le monde profane va immédiatement développer l'idée qu'il s'agit d'une éjaculation féminine et que cela vient de la prostate féminine et tant pis si les hommes avec 20 à 25 g de prostate font 3 à 5 ml de sperme et que les femmes avec 4 à 5 g de prostate en fond un verre ! La confusion sera à son maximum lorsque des dosages biochimiques de ce liquide expulsé mettrons en évidence la présence de l'antigène prostatique spécifique (PSA), comme il n'existe pas naturellement de PSA dans les urines, ce liquide ne peut venir de la vessie! Une première étude réalisée en Italie sur une femme fontaine avec une sonde double flux montrera que le liquide expulsé contient une faible proportion d'un liquide opalescent riche en PSA et une deuxième fraction, de volume important ayant toutes les caractéristiques biochimiques de l'urine (Rubio-Casillas 2011). L'expérience menée par Salama et Desvaux sur 7 femmes fontaines en utilisant des échographies vésicales avant, juste après et à distance de l'expulsion montreront le remplissage de la vessie pendant l'excitation sexuelle (vessie échographiquement vide au début de la phase d'excitation), la vidange de la vessie juste après le phénomène d'expulsion et le remplissage à distance. L'analyse biochimique montrera l'absence de PSA dans les urines recueillies à l'arrivée, hormis chez une femme, la présence de PSA dans 5 des 7 échantillons du fluide expulsé. Pour 2 femmes, le PSA était indosable, suggérant qu'elles ne possédaient pas de tissu prostatique (Salama & Desvaux 2015). La sécrétion prostatique

féminine vient des glandes para-urétrales situées autour de l'urètre féminin ainsi que des glandes de Skene qui représentent la même entité mais ont des canaux excréteurs (équivalents embryologiques des canaux éjaculateurs de l'homme). Cette sécrétion dans l'urètre est emportée par le flux venant de la vessie lors de l'expulsion, expliquant ainsi sa présence lors d'analyses. Alors ce phénomène relève-t-il d'une simple incontinence urinaire? En 2007, Rufus Cartwight a en effet comparé 6 femmes qui se disaient fontaines à 6 femmes qui ne l'étaient pas. En les interrogeant sur les symptômes du bas appareil urinaire (incontinences) et en réalisant un bilan urodynamique, il n'a retrouvé aucune différence entre ces 2 groupes. Dans un article de synthèse qui s'appuie sur les 46 études et les 5 livres publiés entre 1946 et 2012 traitant du sujet, Zlatko Pastor (2013) a montré qu'il fallait distinguer les femmes sans aucun symptôme et qui étaient fontaines au moment de l'orgasme de celles qui présentaient des pathologies au niveau du muscle vésical ou du sphincter (incontinence urinaire d'effort) et qui pouvaient perdre des urines au moment de l'orgasme. Ces deux situations ne relèvent pas des mêmes mécanismes.

Des entretiens menés auprès de 40 femmes fontaines ont permis de définir plusieurs formes cliniques, pour certaines femmes le phénomène se produit indépendamment du type de stimulation, survenant autour de l'orgasme et apparenté à une sorte de lâcher prise important. Pour d'autres, à l'opposé, le phénomène ne survient qu'au cours d'un type de stimulation, à savoir la zone du Point G (urètre?), que l'écoulement peut intervenir indépendamment de l'orgasme et est contrôlable. La sensation amène un plaisir exquis mais pas à proprement parler un orgasme, même si cette sensation peut accompagner l'orgasme. Les premières ont été décrites comme autonomes, ne relevant pas d'une pratique particulière et les secondes comme dépendantes (dépendantes à un type de stimulation: le point G). L'examen attentif de vidéo au moment de l'expulsion ont montré que certaines femmes poussent (pratique enseignée lors de séances de coaching sexuel) et d'autres pas. Ceci se traduit soit par l'expulsion en jet (les jaillissantes) soit un ruissellement (les ruisselantes). Les formes dépendantes semblent bien relever d'une pratique sexuelle enseignée et recherchée par les couples, contrairement aux formes autonomes qui semble toucher des femmes plus jeunes parfois dès le début de leur vie sexuelle et dont l'orgasme semble le facteur déclenchant.

MOTS CLÉS:

Éjaculation féminine, femmes fontaines, squirting, orgasme féminin, prostate féminine.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Gräfenberg E. "The Role of Urethra in Female Orgasm" The International Journal of Sexology 1950 Vol. III, No. 3, p. 145-148

M. Zaviacic, RJ Ablin: The female prostate and PSA. Immuno-histochemical localization. Histopathol. 2000; 15, 131-142

Rubio-Casillas A and Jannini EA. New insights from one case of female ejaculation. J Sex Med 2011;8: 3500–3504

Salama, S., Boitrelle, F., Gauquelin, A., Malagrida, L., Thiounn, N., Desvaux, P. (2015). Nature and origin of "squirting" in female sexuality. *The journal of sexual medicine*, *12*(3), 661-666.

Cartwright R, Elvy S, Cardozo L. Do women with female ejaculation have detrusor overactivity? J Sex Med 2007;4: 1655–8.

Pastor Z. Female ejaculation orgasm vs. coital incontinence: A systematic review. J Sex Med 2013;10:1682–1691.



Résumés des **ATELIERS JF3S**



Atelier Étudiants en DIU

Atelier méthodologique Comment concevoir son questionnaire d'enquête ?

- Pr. Eric HUYGHE, urologue sexologue, Toulouse
- Dr Carine MARTIN, responsable pédagogique du DIUS, Lille

Comment concevoir son questionnaire d'enquête

Éric Huyghe

Chirurgien urologue – Toulouse Professeur à l'université de Toulouse Président du CCPIU eric.huyghe@yahoo.fr

Carine Martin

Gynécologue médicale – Lille Responsable pédagogique de l'enseignement de sexologie à l'université de Lille drcarinemartin@yahoo.fr

Introduction

Le rendu d'un mémoire de fin de cycle du DIU de Sexologie et ESH et sa validation, sont indispensables pour prétendre au passage de l'examen écrit national de fin de cursus et donc l'obtention du diplôme. La note obtenue au mémoire intervient pour 30% de la note finale. C'est un travail de recherche qui repose à la fois sur l'analyse d'un corpus de données scientifiques et une évaluation clinique de terrain.

Le sujet doit passionner et questionner dans la pratique clinique.

La suite de l'élaboration du projet doit interroger le qui ? le pourquoi ? et le comment ?

Méthode

Deux grands types de questionnaires pourront être conçus selon le type d'étude envisagé, en fonction d'une volonté de démarche qualitative ou quantitative

Il est important de colliger une bibliographie afin de connaître les questionnaires et scores déjà utilisés dans le domaine dans les publications, de dégager l'orientation spécifique recherchée dans la thématique, afin d'identifier des hypothèses, s'en suivra l'élaboration d'une méthodologie précise.

Le travail quantitatif devra être simplifié dans le sens d'un grand nombre de réponse à obtenir, retranscrire et analyser

Le travail qualitatif demeure lui très « ouvert », avec des questions larges, dont la ou les réponses ne sont pas suggérées

Résultat

Nous reprendrons les méthodes de recherche bibliographique

Nous aborderons les questionnaires féminins et masculins reconnus en médecine sexuelle Nous présenterons des méthodologies et des modèles de questionnaires qualitatifs et quantitatifs, ainsi que des pièges à éviter

MOTS CLÉS:

Mémoire, Questionnaire qualitatif, Questionnaire quantitatif, Bibliographie

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Pascal et Francis

Medline (Pubmed: www.ncbi.nlm.nih.gov; Home-PCM- NCBI): Search

ScienceDirect: plateforme d'Elsevier, 1997

Google Scholar, 2004

www.cairn.info

Kohn, Laurence, et Wendy Christiaens. « Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances », *Reflets et perspectives de la vie économique*, vol. tome liii, no. 4, 2014, pp. 67-82.



. Atelier Étudiants en DIU

Supervision de cas cliniques sexologiques

Dr Michèle BONAL, responsable pédagogique du DIUS, Toulouse

Mme Michaelle MICHELIN, responsable pédagogique du DIUS, Toulouse

Atelier interactif : Supervision de cas cliniques en sexologie

Michèle Bonal Gynécologue Sexologue Toulouse docteur.bonal31@orange.fr

Michaelle Michelin Psychologue Sexothérapeute Toulouse m.michelin.psy@orange.fr

Le sexologue, pour prendre en charge les problématiques sexologiques, possède à la fois des bagages théoriques de compréhension et des outils thérapeutiques de prise en charge. Cependant, le champ de la sexologie est vaste et ce professionnel peut être parfois dérouté voire déstabilisé par les questions, les demandes, les situations qui lui sont présentées en consultation.

L'analyse de nos pratiques en consultation est un outil indispensable pour arriver à démêler les problématiques sexologiques, garder le fil d'une évaluation clinique rigoureuse et mener un projet thérapeutique cohérent.

Afin de vous permettre d'expérimenter la supervision nous proposons qu'un ou plusieurs participant présentent une situation réelle vécue avec un patient ou un couple de patients.

Ce travail permet par l'interaction du groupe de faire le tour de l'évaluation, de faire des hypothèses diagnostiques, de préciser la dynamique thérapeutique en termes de stratégie et d'orientation, d'entrevoir les mécanismes de défenses du patient ; il permet aussi de repérer ce qui est investi dans la relation de soins par le patient et le thérapeute, c'est à dire l'intersubjectivité inscrite dans le transfert et le contre transfert.

Ce travail mobilise tout le groupe de participants et il est guidé par les animateurs qui accompagnent l'élaboration du cas présenté. Il garantit la posture éthique du soignant respectant la neutralité et la confidentialité.

MOTS CLÉS:

sexothérapies, pratiques, sexologue, supervision

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Bonierbale M., les sexothérapies et leur évolution, partie 9, médecine sexuelle fondements et pratiques, Lavoisier, Paris, 2016, p 533-544

Mignot J, Tarquinio C, Blachère P, Gorin A, L'aide-mémoire de psycho sexologie, Dunod, Paris, 2013, p150-157

Joseph Rouzel, La posture du superviseur, Erès ,2017



Atelier Étudiants en DIU

La prise en charge et l'accompagnement des couples en sexologie

- Dr Philippe BRENOT, responsable pédagogique du DIUS, Paris
- Mme Madeleine GERARDIN, responsable d'enseignement au DIUS, Lyon

La prise en charge et l'accompagnement des couples en sexologie

Philippe Brenot

Psychiatre et anthropologue, Paris, Directeur des enseignements de sexologie à l'Université de président de l'Observatoire International du Couple philippe.brenot@quidam.net

Madeleine Gerardin-Toran

Médecin sexologue, Nimes, enseignante en sexologie à l'université de Lyon, Vice-Présidente du Syndicat National des Médecins Sexologues gerardin.madeleine@orange.fr

Introduction

A quoi sert le couple ? Cette interrogation emblématique de la sexologie - et titre d'un livre de Willy Pasini¹ - est un préalable nécessaire pour comprendre la nature, les fonctions du couple et la manière de l'accompagner. Car ce couple nous vient (au sexologue) avec un, ou des, symptôme(s) et c'est avec le couple que le sexologue va devoir gérer l'évolution du symptôme⁴. Le couple n'est pas un sujet, il n'est pas non plus la simple somme de deux sujets, le couple est une matière vivante avec une structure évolutive, une architecture faite de son histoire et de celle des deux membres de ce couple². C'est cette compréhension qui va nous permettre ensuite d'accompagner son évolution de l'état de « couple porteur de symptôme » à celui de « couple intimement libre ».

« Le symptôme sexuel est toujours un symptôme du couple », affirmait William H. Masters. Au-delà du caractère très entier de cette affirmation, cette proposition reste toujours juste aujourd'hui. Que le couple soit réel ou fantasmé, le symptôme sexuel est un symptôme relationnel qui engage la représentation que nous avons d'un éventuel partenaire. En cela, un entretien avec le couple est toujours d'un grand apport clinique pour une meilleure compréhension du symptôme sexuel. Cet atelier propose une réflexion théorique et pratique pour mieux permettre la prise en charge du symptôme sexuel au sein du couple avec des orientations pour accompagner le couple vers un équilibre meilleur³.

<u>Méthode</u>: Cet atelier se fera en deux temps: 1- Comprendre les fonctions du couple humain (fonctions naturelles et fonctions humaines) réfléchir à l'équilibre à donner entre ses différentes fonctions; estimer la fréquence et l'incidence du symptôme sexuel dans le couple; comprendre les grandes règles de l'entretien d'un couple avec le thérapeute sexologue, les manières de gérer l'entretien et d'accompagner ce couple au fil des séances en fonction de la demande, du symptôme et de son évolution 2- Dialogue avec les auditeurs et résolution de cas cliniques concrets (les auditeurs sont conviés à proposer des cas cliniques).

MOTS CLÉS:

Couple, évolution, sexualité, lien amoureux, qualité de vie, santé

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

- 1- Pasini W., À quoi sert le couple ?, Odile Jacob, 1997.
- 2- Brenot P., Inventer le couple, Odile Jacob, 2001.
- 3- Brenot P., PSY mode d'emploi, l'Esprit du temps, 2005.
- 4- Kellerhals J, Widmer E et Levy R., Mesure et démesure du couple, Payot, 2004.
- 5- Kiecolt-Glaser JK, Newton TL. Marriage and health: His and hers. *Psychol Bull* 2001;127:472–503.



Atelier

Aider les couples à améliorer leur fonctionnement

M. Philippe KEMPENEERS, psychologue clinicien, sexologue psychothérapeute, Liège

Aider les couples à améliorer leur fonctionnement

Philippe Kempeneers Université de Liège, Département de psychologie, Liège, Belgique Clinique Psychiatrique des Frères Alexiens, Henri-Chapelle, Belgique p.kempeneers@uliege.be

Introduction.

Une relation conjugale de qualité représente un important facteur de bien-être individuel et de santé, elle mérite en cela l'attention des cliniciens. Les thérapies cognitivo-comportementales de couple ont démontré leur efficacité s'agissant d'améliorer ou de prévenir les problèmes de détresse relationnelle.

Méthode.

Une revue critique de la littérature sur les techniques empiriquement validées d'intervention auprès des couples a été réalisée afin de faire le point sur les processus efficients (Kempeneers, sous presse)

Résultats.

Que ce soit à titre préventif ou curatif, l'intervention auprès des couples pivote toujours autour des mêmes grands principes : amélioration de la communication, majoration des renforcements réciproques, limitation des échanges négatifs, promotion de l'empathie et du soutien mutuels. Une pluralité d'approches permet cependant d'adapter souplement les méthodes à une grande diversité de situations spécifiques.

Conclusions.

En proposant un tour d'horizon raisonné des méthodes efficaces d'intervention auprès des couples, cet atelier entend fournir aux participants des repères conceptuels et techniques directement utilisables.

MOTS CLÉS:

thérapie de couple, thérapies cognitivo-comportementales, coping dyadique, communication

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Kempeneers P. Aider les couples à améliorer leur fonctionnement grâce aux méthodes cognitivo-comportementales. RFCCC, sous presse.



Atelier

Le secret de l'imaginaire dans le couple

- Mme Véronique SIMONNOT, sage femme, sexologue clinicienne en sexocorporel, présidente du CFSF, Montfermeil
- Dr Sylvie SAPIN, médecin, sexologue, sexologue clinicienne en sexocorporel,
 Pordic

Le secret de l'imaginaire sexuel dans le couple

Sylvie Sapin Pordic (Côtes d'Armor) sylvie.sapin@wanadoo.fr

Véronique Simonnot Montfermeil (Seine-Saint-Denis) v.simonnot@gmail.com

Introduction:

L'imaginaire sexuel est une des grandes composantes de la sexualité qui favorise le déclenchement, l'amplification et la montée de l'excitation sexuelle. Il est en lien direct avec le désir sexuel et, dans l'approche Sexocorporelle, la grille très précise de son évaluation nous donne des informations précieuses sur l'érotisation de l'acte sexuel, les codes d'attraction sexuelle, les contenus émotionnels et/ou génitaux des mentalisations et parfois sur les limites de ces dernières en lien avec les interdits et les autorisations des patients.

L'imaginaire sexuel est le plus souvent perçu comme un « jardin secret » et la question délicate du dévoilement, partiel ou total, au (à la) partenaire et au sexologue se pose en consultation.

Méthode:

- Présentations théoriques en alternance, par les intervenants.
- Jeux de rôles proposés aux participants afin de mieux appréhender et ressentir la notion de «jardin secret » et l'impact cognitif, émotionnel et corporel d'une tentative de dévoilement.
- Échange interactif entre les participants et les intervenants.
- Documents didactiques fournis afin d'aider les participants dans l'évaluation de l'imaginaire sexuel.

Objectifs:

- Définir l'imaginaire sexuel et ses relations étroites avec d'autres composantes du modèle de santé sexuelle présenté par le Sexocorporel.

Le modèle de santé sexuelle du Sexocorporel sera décrit dans les grandes lignes, notamment en ce qui concerne les composantes de la sexualité dont l'imaginaire sexuel fait partie. Les interactions entre ce dernier et d'autres composantes seront exposées dans le but de repérer celles qui peuvent avoir un impact direct sur l'évolution de l'imaginaire sexuel.

- Identifier les tabous qui entourent l'imaginaire sexuel ainsi que les idées reçues qui peuvent avoir des conséquences négatives sur la sexualité.

Ces mythes et tabous, souvent en lien avec une méconnaissance ou des interprétations erronées de l'imaginaire sexuel, seront explorés ainsi que leurs conséquences sur la sexualité. Nous parlerons des appréhensions anxieuses à dévoiler son imaginaire sexuel et de la façon dont ces appréhensions jouent un rôle dans le maintien du secret de l'imaginaire.

- Réfléchir sur la pertinence à partager le contenu de son imaginaire sexuel avec son ou sa partenaire et sur les conséquences possibles de ce dévoilement.

Une réflexion sera menée sur les avantages et inconvénients à partager tout ou partie du contenu de l'imaginaire sexuel au sein du couple, mais aussi de l'intérêt de le dévoiler auprès d'un sexologue

- Acquérir une grille d'évaluation de l'imaginaire sexuel ainsi que des stratégies pour favoriser son dévoilement dans le cadre d'une sexothérapie.

Cette grille d'évaluation sera développée et transmise aux participants. Des outils concrets seront également proposés pour favoriser le développement ou l'élargissement de cet imaginaire sexuel.

Conclusion

Cet d'atelier permettra aux participants d'acquérir une connaissance plus précise :

- de l'imaginaire sexuel,
- de l'intérêt de son évaluation en sexothérapie
- des conséquences de son éventuel dévoilement au sein du couple.

Ils auront, par ailleurs, découvert ou développé un peu plus la connaissance du modèle de santé sexuel présenté par le Sexocorporel dont l'imaginaire sexuel est une des composantes. Cette acquisition de connaissances étayées par des mises en situation concrètes qui en favorisera une meilleure intégration, leur donnera un outil d'utilisation immédiate.

MOTS CLÉS:

Imaginaire sexuel, excitation sexuelle, couple, secret, évaluation

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Bischof, Karoline. Sexocorporel in the promotion of sexual pleasure. *Pleasure en Health* édition Kontula, 2012.

Bonhomme, Michel. Se réjouir en couple – entre fantasmes et réalité. Editions Dangles, 2012.

Crépault, Claude. La Sexoanalyse. Editions Petite Bibliothèque Payot, 2007.

Desjardins, Jean-Yves, Chatton, Dominique, Desjardins, Lise, Tremblay, Mélanie (sous la direction de Joseph J. Lévy et André Dupras). Thérapies sexuelles : Sexocorporel. In : Question de sexualité au Québec. Éditions Liber, 2008.

Desjardins, Jean-Yves, Chatton, Dominique, Desjardins, Lise, Tremblay, Mélanie (sous la direction de ELFEKI, Mansour). Le Sexocorporel : La compétence érotique à la portée de tous. In La Sexothérapie, Quelle thérapie choisir en sexologie clinique? Éditions De Boeck, 2010.

Desjardins, Lise et Tremblay, Mélanie. Fascicule de formation en Sexocorporel, volumes 1 à 6, 2019.



Atelier

Le secret du périnée Sexualité anale : conséquences et plaintes fonctionnelles: incontinence anale, anodyspareunie

- Dr Aurélien GARROS, gastroentérologue proctologue, Lyon
- Mme Muriel SANCHEZ, masseur kinésithérapeute-sexologue, Lyon

Sexualité anale ,facteurs de risque de l'incontinence anale ? Anodyspareunie

Muriel Sanchez Kinésithérapeute-sexologue Lyon muriel.bontpartsanchez@orange.fr

Aurélien Garros Gastroentérologue - Proctologue Lyon agarros@chsjsl.fr

Devant la démocratisation des pratiques sexuelles impliquant l'anus, quel que soit l'orientation sexuelle, il semble pertinent de s'intéresser aux difficultés que ces pratiques peuvent engendrer.

La sexualité anale est-elle un facteur prédisposant à l'incontinence anale ? Une revue de la littérature, dont une étude récente en cours de publication concernant la sexualité des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), nous permet de hiérarchiser au sein des pratiques sexuelles anales, des modalités qui n'engendrent pas de sur-risque de fuites de selles et d'autres qui pourraient augmenter ce risque. Qu'en est-il des femmes présentant une déchirure du sphincter anal obstétrical occulte ou avérée ?

Comment prendre en charge les problématiques de pénétrations anales réceptives douloureuses ? L'anodyspareunie est-elle « un diagnostic nouveau »à évoquer en consultation de sexologie ?

Quels conseils de prévention et de bonnes pratiques à donner à nos patients ?

Beaucoup de questions dont nous n'aurons sûrement pas toutes les réponses mais il est temps de s'intéresser à cette problématique peu abordée en sexologie. Les kinésithérapeutes-sexologues et les proctologues occupent une place de choix afin d'aborder ces questions avec ses patients et patientes.

MOTS CLÉS:

sexualité anale / incontinence anale / anodyspareunie

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Vansintejan_Sex Med_2013_anodyspareunia
Sharma_et_al-2016-British_Journal_of_Surgery_IA epidem
Miles_1993_Anoreceptive intercourse_functional
Markland_Am J gastroenterol_2016_Anal intercourse_FI
Ifop_pratiques sexuelles francais_2014
Chun_Am J Gastroenterol_1997_ARintercourse anal structure function
Geynisman-Tan_Female Pelvic Med Reconstr Surg_2018_anal intercourse & IA
Abramowitz_Dis Colon Rectum_2009_procto & HIV



Atelier

L'éducation à la sexualité auprès des enfants (5-10 ans) : un levier pour dire l'indicible

- Mme Claude GIORDANELLA, infirmière sexologue, Paris
- Mme Sonia LEBREUILLY, sociologue sexologue, Paris

Atelier L'éducation à la sexualité pour les 0-10 ans : les leviers pour dire l'indicible

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

Claude Giordanella infirmière sexologue claude.giordanella@gmail.com

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, dans une approche globale et positive de la sexualité.

Cette éducation à la sexualité a pour vocation de prévenir des violences sexuelles et sexistes, favoriser le bien-être et de favoriser la santé sexuelle.

Dans cette optique de protéger des violences sexistes et sexuelles, nous tenterons de comprendre les mécanismes en place qui favorisent et/ou limitent la révélation du secret dans la cadre des agressions sexuelles et viols subis par les enfants et les adolescent-e-s.. Chaque violence supplémentaire aggrave le risque de conduites à risque et de dégradation de la santé (dépression, risque suicidaire, grossesse précoce, alcoolisme, prise de drogues...) tout au long de la vie.

Le stade de développement de l'enfant, parler du corps, du désir et du plaisir, le lien à l'agresseur, le rapport au secret, la culpabilité ...sont autant de facteurs que nous aborderons. Cet atelier sera l'occasion de réfléchir ensemble sur ces facteurs et de proposer des pistes concrètes pour favoriser les révélations des enfants, en gardant l'optique d'une éducation à la sexualité égalitaire et positive.

Une réflexion sur la posture professionnelle sera également proposée tout au long de nos échanges

MOTS CLÉS:

sexualité positive et égalitaire, éducation à la sexualité, enfants, santé sexuelle, révélations

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

ROBERT, 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.

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

WUNSH, s. Comprendre les origines de la sexualité humaine. L'esprit du temps, 2014.

DE LAJUDIE, M. Le secret et l'enfant victime de maltraitance sexuelle Martine de Lajudie, Reflets Vol. 2, no 1, printemps 1996

SALMONA Muriel, Etat des lieux des violences sexuelles faites aux enfants, https://www.memoiretraumatique.org, 26 septembre 2018

Haut Conseil à l'Egalité, Rapport relatif à l'Education à la sexualité, 2016.



Résumés des FORUMS INTERACTIFS JF3S



Forum interactif

Sexualité : infirmière gardienne des secrets

Modératrice : Mme Nadia Flicourt, infirmière sexologue, Astaffort

A toi je peux tout dire

M. Dominique JAKOVENKO, infirmière clinicienne, éducateur en éducation thérapeutique ETP, président de AILBA, Saint Christol lés Ales

• L'érotisme jusqu'au bout : une affaire secrète

Mme Marie-Dominique CANTAL-DUPART, infirmière sexologue infirmière de pratiques avancées (IPA), Paris

Partager les secrets jusqu'où ?

Mme Lorette PROROGA-PITON, infirmière sexologue, cadre supérieur de santé, Estampes

Pourquoi des confidences sur sa sexualité à l'infirmière ?

Nadia Flicourt Infirmière sexologue, formatrice expert Astaffort. malvina2.bliflic@yahoo.fr

Les soins concourent naturellement à créer un espace intime ce qui permet au soigné d'être en confiance et de dire, s'autoriser à tout dire parce qu'un contrat tacite posera le principe du secret protégé entre le soigné et l'infirmière. (*)

Le phénomène de transfert est quasi inévitable et le patient voit l'infirmière comme rassurante et la bonne personne qui comblera ses besoins en général et d'autant plus s'il s'agit de son intimité et des difficultés ou manques sexuels. Le binôme patient/soignant et le secret partagé enrichira l'alliance thérapeutique. C'est à l'infirmière que revient la responsabilité d'installer et de maintenir la juste distance au sein du lien thérapeutique. La clinique infirmière, sans jugement de valeur, permet de prendre conscience de cet autre singulier (W.Hesbeen-2017) La relation entre l'infirmière et le soigné s'organise entre une conscience et une confiance sachant que la disponibilité pour l'autre ne va pas sans une attention à ne pas s'y perdre! (B.Py-2011) Ainsi quand elle choisit d'accueillir les secrets de la vie c'est tout d'abord parce qu'elle est là, réellement et au bon moment.

Entre les attentes du soigné (y compris dans ses secrets) qui sont toujours de nature personnelle et les obligations de l'infirmière qui sont toujours d'ordre sociojuridique, la rencontre est imparfaite (N ; Houde, M. Drapeau- 2012). L'infirmière se trouve face à deux nécessitées, le devoir de discrétion et le secret professionnel. Comment concilier l'éthique du soignant, appliquer les textes sans faillir à son rôle et apporter assistance aux victimes d'un prédateur et soin à ce dernier ?

Pour ce faire, il s'avère nécessaire de repérer la résonnance lors des consultations infirmières, d'accepter la confrontation et distinguer la posture du positionnement professionnel, ceci afin que notre disponibilité à l'autre se renouvelle à partir de « ce qui est » et non «ce qui devrait être » parce que l'infirmière aurait décidé de ce qui est bon pour l'autre dans le secret de son intimité.

MOTS CLÉS:

intimité, valeurs, confiance, alliance, positionnement

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

N. Houde, M. Drapeau. Sexualité et éthique dans les professions du toucher.Comprendre la sexualité pour mieux soigner. Modulo.2012.

W.Hesbeen. La qualité du soin infirmier, de la réflexion éthique à une pratique de qualité. Elsevier (3éme édition). 2017.

B. PY.la pudeur et le soin. Presses Universitaires de Nancy.2011.

(*)Lire infirmière et infirmier

A toi je peux tout dire

Dominique Jakovenko Infirmier Éducateur ETP Alès dominique.jakovenko@free.fr

Introduction:

Être infirmier libéral, c'est prendre soin d'une personne dans son environnement. C'est prodiguer des soins sur prescription médicale mais c'est aussi, au regard du rôle propre infirmier, agir en fonction des besoins, des demandes de la personne et de sa volonté. L'alliance thérapeutique nécessite une confiance mutuelle facilitant des réponses co-construites d'où nait l'intersubjectivité. Les soins infirmiers situent la personne en tant que sujet et non comme objet. Cette vision demande une écoute attentive de non jugement afin d'identifier tous les besoins en santé.

Méthode:

La prise en charge globale se réalise au travers du raisonnement clinique par des consultations infirmières dans un temps dédié. Un recueil de données est utilisé selon les 14 besoins de Virginia Henderson explorant la pluralité des dimensions humaines. Pour étayer les besoins en sexualité, le modèle « PLISSIT » guide l'infirmier durant l'entretien. Des outils de relation d'aide, d'écoute active sont employés promouvant la verbalisation des émotions vers une clarification de la problématique. L'attitude empathique et l'analyse phénoménologique favorisent une juste distance entre soignant et soignée respectant avec pudeur l'intégrité de la personne où le sexe de chacun n'a plus d'importance car la relation est d'humain à humain.

Résultat

La patiente « ouvre plusieurs portes », exprime diverses souffrances, diverses blessures remontant à 30 ans en arrière et laissant au présent cette même activation émotionnelle du passé. Nous évoquons ensemble, ces points de mal être. Existe-t-il une issue à ses interrogations ? Quelques larmes, les langages non verbaux montrent que la souffrance est réelle, qu'il n'y a pas de solution immédiate. Les moments d'entretien ont permis une mise à distance des émotions laissant place à l'espérance où la vie reprend le cours tranquille de l'existence.

Conclusion:

Je ne pensais pas en précisant en début de prise en charge, qu'il n'y avait pas de sujet tabou, que tout resterait entre nous, qu'il n'y avait aucun jugement, que nos entretiens verbaliseraient autant de faits intimes, de mal être et de souffrances sexuelles.

On peut tout dire !!!, mais des secrets resterons entre nous, seuls les faits non intimes qui peuvent améliorer la prise en soin, seront partagés avec mes collègues voire le médecin traitant ou le psychiatre qui suivent cette patiente. Les autres détails, faisant parti du cercle secret des consultations.

Tout ce qui pourrait être interprété comme du voyeurisme et qui n'améliore pas la prise en soin, restera comme élément secret du binôme patient / soignant et enrichissant l'alliance thérapeutique.

MOTS CLÉS:

écoute, complicité, secret, expression souffrance

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Cahier de formation. (2017). Faire face à la sexualité en exercice libérale. *L'infirmière libérale magazine*, 36-40

Giami, A., Moulin, P., & Moreau, É. (2013). La place de la sexualité dans le travail infirmier : l'érotisation de la relation de soins. *Sociologie du travail*, *55*(1), 20-38.

Moulin, P. (2007). La construction de la sexualité chez les professionnels de santé et du travail social ou la normalisation des conduites profanes. *Nouvelle revue de psychosociologie*, (2), 59-88.

OMS | Introduire des lignes directrices et outils OMS de santé sexuelle et génésique dans les programmes nationaux [Internet]. WHO. [cité 23 juin 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR 07 09/fr/

Pavan E. (2015). L'intrusion dans les situations de soin, *Soins Vol. 60 n° 794*, Elsevier Masson, p 21- 55.

Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017-2030

L'érotisme jusqu'au bout : une affaire secrète !

Marie-Dominique Cantal-Dupart Infirmière Référente et Sexologue Paris md.cantal.dupart@gmail.com

Introduction:

Mais qu'est-ce l'érotisme, est-ce si secret que cela ?

Si nous reprenons sa définition : « Ce qui a trait à l'amour physique, au désir et aux plaisirs sexuels. » mais aussi « Description et exaltation par la littérature, l'art, le cinéma, etc...de l'amour sensuel, de la sexualité ». En fait à l'heure de l'évolution des pratiques infirmières, qu'en est-il de son image ? Mêmes représentations ?

L'infirmière moderne n'est plus religieuse, le divin est aussi cristallisé par le corps.

Je ne pourrai être que d'accord dans ma pratique avec le discours de Simone de Beauvoir « ...Que l'érotisme implique une revendication de l'instant contre le temps, de l'individu contre la collectivité » c'est ce qui en fait son moment unique.

Dans ma pratique professionnelle, liée à la cancérologie, la sexualité n'était pas prise en compte. Mon intérêt et ma formation ont permis d'ouvrir une consultation avec un temps dédié, un local personnalisé...Ainsi la réflexion autour de l'intime, de la sexualité... s'élabore.

Dès la consultation d'annonce, le ton est donné...la vie continue. L'acte soignant impose le toucher, des parties intimes mais créer la discussion autour de l'intime lui donne l'autorisation de le vivre... même à l'hôpital !!!

Si l'érotisme est partout, le secret concerne, aussi, autant le patient que le soignant...

Quelle infirmière n'a pas été confrontée à ce qui ne peut être dit « qu'à elle » ?

Notre disponibilité d'écoute est sans pareille, notre approche est toujours empreinte d'humanité... quand nous choisissons d'accueillir les secrets de la vie..Pourquoi ? Parce que nous sommes là...

De l'annonce à la fin de vie, les patients sont confrontés aux changements physiques, cognitifs, intellectuels et affectifs liés à la maladie.

J'ai toujours pensé que la représentation du soignant en être « bon vivant » était le meilleur dopant pour nos patients... La représentation de l'infirmière qui reçoit les confidences intimes dans sa blouse blanche reste dans l'imaginaire érotique mais pas que !!!

Ainsi j'interroge la situation clinique d'un patient atteint d'un cancer avec un pronostic sombre et une vie intime perturbée. Et après un suivi de plusieurs mois, des questionnements s'opèrent.

L'infirmière/sexologue n'est-elle pas la meilleure incarnation de la confidente/thérapeute idéale? Comment former nos jeunes diplômées à recevoir les confidences? Et le secret médical dans tout cela peut-il être confondu avec le secret sur l'intimité? Qu'est ce qui est utile « au soin » du patient dans le respect de sa confidentialité?

Méthode :

Modèle PLISSIT: Annon, 1976.

Entretien cliniques/sexothérapies: 1 fois/semaine en alternance avec prise en charge psychothérapiques tous les 15 jours (psychologue)

Conclusion:

« L'érotisme est l'approbation de la vie jusqu'à la mort » et en secret !!! Georges BATAILLE

MOTS CLÉS:

Infirmière, érotisme, secret, vie, mort

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Alain GIAMI, Emilie MOREAU, Pierre MOULIN. *Infirmières et sexualité : entre soins et relation.* Presse de L'EDESP ; 2015 et al.

Annick de SOUZENELLE. Le symbolisme du corps humain. Albin Michel ; 1974 et al.

André COMTE-SPONVILLE. Le sexe ni la mort. Albin Michel ; 2012 et al.

Georges BATAILLE. L'Histoire de l'érotisme. Tel Gallimard ; 2015 et al.

Jacques QUINTIN, Florence VINIT, Fabrice HERRERA. *Intimités et secret dans les soins.* Liber ; 2018 et al.

Simone de BEAUVOIR. Le deuxième sexe. Gallimard ; 1949 et al.

Infirmière : gardienne des secrets, rôle noble, mission délicate, mais jusqu'où ?

Lorette Proroga/ Piton Estampes lorette.proroga@hotmail.fr

La formation de toute infirmier (e) est de venir en aide au patient, de le soutenir, de réaliser ses soins.

Elle est l'oreille attentive du patient qui parle, souvent, sans retenu, de tout ce qui le touche, le trouble, le peine, l'irrite.

Naturellement il (elle) devient l'exutoire à ses états d'âme.

Lorsqu'il (elle) occupe la fonction de sexologue, nombre de confidences lui sont faites. Ces secrets qui relèvent de « l'ultra intime » confiés, selon les personnes, avec gène, colère, timidité, vantardise, regrets, sont le reflet d'émotions les plus diverses et contradictoires.

Comment une personne peut s'exprimer sans retenue, sur sa vie intime et sur sa sexualité ? Le ferait-elle sans le secret professionnel auquel est astreint l'infirmier (e) ? (Art-226-13 du CP)

Ouvrirait-elle son jardin secret à un (e) parfait (e) inconnu (e) ?

Avec la reconnaissance des pratiques avancées, de nombreux infirmiers (es) vont se diriger vers la formation en sexologie.

Une prise de conscience, de la part de ces professionnels, est de mise : du recul, de l'humilité, de l'empathie, et de véritables connaissances sont indispensables pour pratiquer cette spécialité.

Loin d'être la consultation de confort et grivoise, qui circule dans l'imaginaire collectif, cette consultation réclame beaucoup d'effort aux personnes qui prennent et honorent leur RDV.

Dans notre société dans laquelle le parler « libre sexe » serait de mise. Nombreux sont ceux qui souffrent en silence n'osant pas braver le regard de l'autre pour se rendre en consultation.

Le soignant se trouvent face à deux nécessités : le devoir de discrétion et le secret professionnel. Sans ces devoirs la consultation ne pourrait avoir lieu.

Qui se confierait à un soignant portant sur la place publique ses problèmes de santé ?

Ce qui est dit lors de la consultation, interpelle, quelquefois le soignant, des faits graves ou pouvant s'avérer graves, sont évoqués. Que faire ? Doit-on garder le silence ? Que doit -on faire de ses informations ?

Comment concilier l'éthique de soignant, aide à la personne en danger, empathie ? Comment appliquer les textes sans faillir à son rôle ?

Comment apporter assistance aux victimes d'un prédateur, et soin à ce dernier ?

La loi laisse des possibilités à chacun de s'exprimer dans ces cas (Art 226-14 du code pénal). Le savoir infirmier est de porter aide à la personne en souffrance et de reconnaître celle qui est en détresse, afin d'ajuster son action dans ce qui est le mieux pour chacun.



MOTS CLÉS:

l'éthique de soignant, aide à la personne, devoir de discrétion, secret professionnel

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

code pénal art : 226-13 ; 226-14

Art: 223-6

Code de déontologie des infirmiers

Décret n) 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au DE des infirmiers en pratique avancée.

Forum interactif

Les secrets des femmes

Modératrice : Mme Catherine BASSEREAU, sage-femme, Saint-Grégoire

• Et si on parlait du vagin

Mme Lenaïg SERAZIN-ORSINI, sage-femme libérale, Aubagne

• Les non-dits de la première fois

Mme Delphine CHENE, sage-femme sexologue, Ruaudin

Et si on parlait du vagin

Lenaig Serazin-Orsini Sage-femme sexologue Aubagne serazin.lenaig.sage.femme@gmail.com

A l'heure où l'information semble à disposition au travers des médias, d'internet, est-il encore pertinent de parler du vagin ?

Il est vrai que l'anatomie du clitoris se dévoile à peine au regard de tous, et que le point G reste un sujet très controversé.

Aussi des zones d'ombres autour du vagin subsistent-elles.

Le vagin, siège de légendes, de symboliques et sujet de prescriptions religieuses, reste-t-il un continent noir ?

Même si les fonctions du vagin sont connues, la portée de cet organe dépasse les limites du corps, vers une vision plus large, sociétale.

Alors, si on parlait du vagin?

MOTS CLÉS:

vagin, anatomie, symbolique

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Andro A., Bachmann L., Bajos, N., Hamel, C. (2010). La sexualité des femmes : le plaisir contraint. Nouvelles Questions Féministes, vol. 29(3), 4-13. doi:10.3917/nqf.293.0004.

Jodelet D. Imaginaires érotiques De l'hygiène féminine intime. Approche anthropologique Eres, « Connexions » 2007/1 N° 87 ,Pages 105 à 127.

Kamina P., Demondion X., Richer JP., Scépi M., Faure JP.. Anatomie clinique de l'appareil génital féminin. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. Tous Droits Réservés), Gynécologie, 10-A-10, 2003, P28.

Rubod C., Bot-Robin V., Giraudet G., Cosson M. et al., Equipe ICAP Université Lyon 1, Avec l'aimable accord de P Thiriet. Anatomie 3D Lyon, Extraits « Organes Pelviens Féminins »

Les non-dits des femmes de la 1ère fois

Delphine Chêne Sage-femme Sexologue Ruaudin delphinechene90@hotmail.com

« La 1re fois », c'est le terme utilisé couramment pour nommer la 1ère expérience sexuelle avec partenaire. Cet évènement de vie important laisse une impression parfois bien différente d'un individu à l'autre. La première rencontre corporelle entre deux êtres humains pubères va être à l'origine de nombreux apprentissages sensoriels, émotionnels et relationnels. Elle peut être vécue comme une expérience positive, négative voire traumatique et provoquer une sorte d'ancrage interne, source d'une mémoire corporelle et émotionnelle de ce moment de vie, pouvant venir compromettre l'avenir de la sexualité ou au contraire en favoriser son épanouissement. Quels sont les éléments qui influencent le vécu de la 1re fois ? Qu'est-ce qui fait que chez certaines femmes, cette entrée dans la sexualité de couple va créer un véritable traumatisme ou au contraire va encourager à réitérer l'expérience ?

Pour répondre à ces questions, j'ai interrogé en consultation des jeunes femmes sur le(s) souvenir(s) qu'elles avaient gardés de leur 1er rapport sexuel. Tandis que chez certaines, l'évocation de ce moment de vie n'entraînait que peu de réaction, chez d'autres au contraire, cela faisait ressurgir de vives émotions : honte, culpabilité, déception, regret, etc. Le vécu traumatique de cet évènement passé s'était enraciné profondément chez ces dernières, dans le secret et les non-dits, pouvant ressurgir à la suite de cette question dans un langage bien souvent non verbal.

L'accompagnement et les nombreux échanges avec ces patientes m'ont permis de mettre en évidence plusieurs notions importantes pouvant expliquer ces disparités.

1) Les cognitions :

Il s'agit là plutôt de connaissances théoriques du corps de la femme, de ces rythmes, de ces cycles, de son pouvoir, de tout ce qui entoure la génitalité, la maternité, la sexualité, la féminité... Ce savoir (idéalement transmis par la mère ou une proche) est particulièrement important et sa transmission doit se faire avant même les 1 res menstruations pour ensuite s'adapter au développement psychosexuel et à la maturité de l'enfant. Cette « éducation » permet de diminuer les inquiétudes voire les angoisses autour de ces changements corporels si marqués à l'adolescence, mais doit également venir positiver la sexualité.

2) Les compétences corporelles :

La puberté va entraîner la jeune fille dans un nouvel univers sensoriel en lien avec sa féminité. La répétition des cycles et les symptômes qui les accompagnent, la perception de l'écoulement du flux menstruel ou bien encore la perception du réflexe d'excitation génitale, etc. : ce sont toutes ces sensations qui, mises en relation avec les cognitions, vont permettre d'acquérir des compétences corporelles. L'exploration de l'intime sera alors davantage encouragée grâce à une image positive du corps. La sexualité en couple n'en sera que plus favorisée de par l'envie de partager ses sensations, d'en découvrir de nouvelles et de les répéter. Grâce à cette initiation sexuelle, essentielle, débute l'apprentissage de la sexualité : appropriations sensorielles internes et externes, découverte du corps du l'autre, développement de certaines habiletés érotiques, renforçant l'estime de soi, la confiance en soi et donc l'assertivité sexuelle.

3) La maturité:

Il n'existe pas vraiment d'âge « idéal » pour bien vivre la 1re fois. En réalité, tout dépend de la maturité psychique et affective de l'individu, de son stade de développement identitaire, de ses compétences relationnelles et émotionnelles. Et d'ailleurs parfois loin de l'âge officiel (qui pourrait être considérer comme « normal » pour le 1er rapport), certaines évoquent un autre âge : un âge clandestin (ou émotionnel) apparu à cet instant précis, les rendant totalement incapables de consentir ou non à un rapport sexuel.

4) Un environnement proche attentif:

L'environnement culturel est aujourd'hui une source inépuisable de fausses croyances et qui expose à l'outrance (même les très jeunes), à l'hypersexualisation, aux violences et aux images pornographiques. De plus à l'adolescence, l'environnement social prend une place si importante que la sexualité peut parfois être décidée par les autres et même pour les autres. C'est grâce à l'environnement familial et éducatif que peuvent être donnés de bons repères, avec un recadrage cognitif adapté qui permettra de déconstruire toutes les fausses croyances, les mythes, les stéréotypes et de transmettre les valeurs d'une sexualité positive, respectueuse et égalitaire.

5) Le choix du/de la partenaire :

La tâche n'est pas toujours simple pour repérer le séducteur de l'agresseur dans notre société où les stéréotypes sexistes sont omniprésents. Pour cette entrée dans la sexualité, si le savoir-faire est en pleine ébauche, le savoir-être quant à lui, est primordial pour vivre cette expérience positivement. La place des compétences relationnelles est importante : les partenaires doivent se respecter et rester à l'écoute l'un de l'autre (dans un langage parfois uniquement corporel qu'il faut pouvoir décrypter) et cela malgré l'excitation et les sens en émoi.

L'entrée dans la sexualité de couple s'effectue avec chacun sa propre couleur, son propre « bagage » de compétences, de cognitions et de maturité. Inévitablement, l'autre restera à vie dans la mémoire, associé au souvenir plus ou moins bon de cette expérience unique.

MOTS CLÉS:

Expérience, sexualité, ressentis, émotions, relation

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Chatton D, Desjardins JY, Desjardins L, Tremblay M. La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle. Psychothérapies, Vol.25 ; 2005, p.3-19.

Dubos B. Les âges clandestins, Pourquoi on ne fait pas toujours son âge. Paris : Payot & Rivages ; 2020.

Goguel d'Allondans T. Les sexualités initiatiques, La révolution sexuelle n'a pas eu lieu. Paris : Belin, 2005.

Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes, Rapport relatif à l'éducation à la sexualité n°2016-06-13-SAN-021 ; 2016.

Robert J. Parlez-leur d'amour et de sexualité. L'éducation sexuelle : ça presse ! Montréal : Les éditions de l'homme, 2006.

Forum interactif

Secret, multi-partenariat et prévention

Modérateur : M. Jean-Marc POLESEL, coordinateur COREVIH PACA-OUEST, Marseille

- Avis et recommandations du CNS (Conseil National du Sida et des Hépatites) sur la notification formalisée aux partenaires (NFP)
 - M. Michel CELSE, conseiller expert, Paris
- La notification anonyme en pratique : l'application WeFLASH
 M. Alexandre ASLAN, médecin, psychothérapeute psychanalyste, sexologue,
 Paris
- Silence et secret : violence et stigmatisation en population HSH
 Mme Marie CHOLLIER, psychologue sexologue, Marseille
 Mme Isabelle MASSONAT MODOLO, psychologue, Lyon

La notification formalisée aux partenaires : Avis et recommandations du CNS

Michel Celse Conseiller-expert auprès du Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) Paris michel.celse@sante.gouv.fr

Introduction:

La notification aux partenaires (NP) désigne l'ensemble des démarches visant, à la suite d'un diagnostic d'infection sexuellement transmissible (IST), y compris le VIH, à informer les partenaires sexuels de la personne index du fait qu'ils ont été exposés à un risque de transmission de la pathologie concernée. L'objectif de cette notification est d'inviter à consulter pour bénéficier d'un dépistage, de conseils et le cas échéant d'une prise en charge médicale appropriée. Certains pays ont formalisé cette démarche en mettant en place des services d'accompagnement à la NP, afin de systématiquement proposer aux personnes recevant un diagnostic d'IST d'informer leurs partenaires. Ces services comprennent une information sur la démarche, une aide à la décision, une aide au choix des modalités et stratégies de notification les plus appropriées, et la mise à disposition d'outils de notification si nécessaire. Dans un contexte marqué par l'évolution préoccupante des épidémies de plusieurs IST et par la fréquence des retards diagnostiques, le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) a souhaité, d'une part, évaluer l'intérêt individuel et en santé publique d'introduire une démarche formalisée de NP dans le dispositif français de prévention, de dépistage et de prise en charge du VIH, des hépatites et des IST, et d'autre part, explorer les modalités de notification et les types de dispositifs susceptibles d'être préconisés en fonction de leur efficacité attendue et de leur faisabilité en France.

Méthode:

Le CNS a procédé à une revue de la littérature internationale et investigué plus particulièrement les expériences nationales et leurs contextes dans huit pays disposant d'un système de santé comparable à celui de la France. Le Conseil a également procédé à l'audition de personnalités sélectionnées en raison de leurs pratiques de soins dans les maladies concernées, de leur expérience dans le dépistage non médicalisé du VIH et des hépatites et dans l'accompagnement des personnes dépistées, ou de leur activité de recherche dans ces domaines. La Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) ont en outre été sollicités sur les contraintes juridiques susceptibles d'être associées à la mise en œuvre d'une notification formalisée au partenaire, en particulier au regard du respect du secret professionnel et de la protection des données personnelles.

Résultat :

La formalisation de la NP dans le cadre d'un service d'accompagnement individualisé des personnes nouvellement diagnostiquées représente une stratégie de dépistage ultra-ciblé des personnes les plus exposées au risque d'IST. Cette stratégie additionnelle permet de proposer aux partenaires une prise en charge précoce si nécessaire et de briser la chaîne de transmission. Elle fournit à la fois un outil diagnostique utile à la santé des personnes notifiées, et un outil de prévention efficace et probablement coût-efficace en santé publique. Les modalités et outils à mettre en œuvre pour accompagner la NP doivent être diversifiés pour répondre de manière adaptée à la multiplicité des situations individuelles. Ces modalités et

outils nécessitent d'être encadrés, afin de garantir que la NP soit acceptable pour la personne index et ses partenaires, respectueuse de leur vie privée, compatible avec le respect du secret professionnel et avec la confidentialité des informations, et efficace du point de vue de la santé publique. Certaines modalités de NP ne peuvent cependant être mises en œuvre en France en l'état actuel du droit. En outre, certains outils de notification n'ont pas encore été développés en France.

Conclusion:

Dans un Avis suivi de recommandations (CNS, 2018) adopté au terme de ses travaux et adressé aux pouvoirs publics, le CNS préconise de formaliser en France l'aide qui peut être apportée aux personnes diagnostiquées pour une IST, afin de les inciter à en informer leurs partenaires et les accompagner dans cette démarche. Il formule à cet effet un ensemble de recommandations visant notamment à préciser les objectifs et les conditions de réalisation de cet accompagnement, à consolider le cadre légal et règlementaire d'exercice de la NP, à favoriser son déploiement en tenant compte des cadres existants d'exercice du dépistage et de la prise en charge des IST, à former les professionnels de santé et autres intervenants concernés, notamment associatifs, ainsi qu'à développer des outils adaptés à la démarche de NFP en direction du public.

MOTS CLÉS:

VIH, IST, prévention, dépistage, notification aux partenaires

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS). Avis suivi de recommandations sur la notification formalisée aux partenaires, adopté le 15 février 2018. https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/avis-notification-2018

La notification anonyme en pratique : l'application WeFLASH

Alexandre Aslan Médecin sexologue, psychothépeute-psychanalyste, Paris psychaamed@gmail.com

Introduction:

WeFLASH est un outil innovant de santé sexuelle (application et site internet) conçu et développé par un médecin sexologue travaillant également en maladies infectieuses, en partenariat avec AIDES (association de lutte contre le VIH), Vers Paris sans Sida et la région lle de France. Il répond au besoin actuel pressant de notifications anonymes des IST entre partenaires sexuels.

Le projet accompagne le patient dans son accès aux soins pour le dépistage des IST, la prescription des traitements préventifs du VIH et des traitements curatifs des autres IST. Premier outil digital transverse en santé sexuelle, WeFLASH garantit anonymat, confidentialité et protection des données personnelles.

Il est fondé sur un constat : l'accès au soin reste compliqué, l'information des patients est dispersée et s'orienter vers un professionnel de soin adapté à son problème spécifique peut être fastidieux ou décourageant. Enfin, il n'est jamais simple de prévenir un(e) partenaire lorsque l'on se sait porteur d'une IST.

Cet outil a été conçu pour répondre à ces problématiques. Par exemple, l'outil peut guider les personnes désireuses de suivre le traitement prophylactique du VIH (PrEP) dans leur parcours de soin : le choix du centre, la prise de rendez-vous, l'indication, la prescription, la délivrance des médicaments et le suivi du traitement.

Méthode:

L'application repose sur une fonctionnalité clé : un système de flash par QR code qui permet de créer un réseau anonyme de partenaires sexuels. Lorsqu'un utilisateur détecte une IST et qu'elle est inscrite dans l'application, une notification anonyme peut être automatiquement envoyée à ses précédents partenaires sexuels pour les inciter à se faire dépister (et traiter si nécessaire) en les mettant en lien avec le centre le plus adapté à leur besoin. En parallèle, d'autres fonctionnalités complètent le système de flash :

un pilulier est ainsi proposé afin de faciliter la prise de PrEP, particulièrement pratique pour la prise à la demande (en cas d'anticipation possible de la prise de prophylaxie lors des rapports sexuels). L'application offre également la possibilité de géolocaliser les centres de dépistage et les centres médicaux de santé sexuelle à proximité et de leur faciliter l'accès aux informations de suivi de l'utilisateur (examens, traitements, infections...) pour le médecin ou autre professionnel de santé sexuelle. Enfin une rubrique informe les utilisateurs sur le fonctionnement de la PrEP, les différentes IST et leur traitement (dont le VIH), couvrant les sujets de santé sexuelle, incluant les addictions et le Chemsex.

Résultats:

e projet WeFLASH a fait l'objet de 2 études par des chercheurs de l'université McGill à Montréal qui ont mené des entretiens auprès d'usagers PrEP (focus groupes), d'institutionnels, de médecins, d'accompagnateurs et d'acteurs clés de la santé sexuelle. Ces études ont été à l'origine de plusieurs communications et publication sur les comportements des acteurs vis à vis de cet outil numérique dédié à la santé sexuelle et sur l'intérêt de la mise en place d'un outil de notification anonyme aux partenaires sexuels.

WeFLASH a également fait l'objet d'une phase test dans 7 centres pilotes français (5 centres à Paris, un à Lyon et un à Nice) de Mai à Octobre 2019. À l'issue de cette expérimentation, l'évaluation qualitative menée auprès des utilisateurs et des professionnels de santé nous a permis d'observer un enthousiasme pour le concept de l'application. 2 fonctionnalités ont été particulièrement appréciées par ces deux groupes : la notification anonyme et le pilulier PrEP (en prise à la demande).

Les résultats très positifs de l'application auprès des utilisateurs se sont confirmés dans la vie réelle lors d'un évènement parisien de mise à disposition de l'application sur l'Apple Store où 76% des participants ont téléchargé l'application et 65% de profils actifs ont été créés par ces nouveaux utilisateurs.

Ces premiers résultats sont enthousiasmants et nous amènent à penser que cet outil peut changer la donne en santé sexuelle, en apportant des solutions numériques, portées par l'utilisateur pour inclure les personnes dans un parcours de santé sexuelle.

Conclusion:

À travers ce système de notification anonymisées aux partenaires l'application aspire à promouvoir une approche plus attractive de la prévention en santé sexuelle, en faisant de la prévention un atout de séduction, et en renforçant le sentiment de pouvoir des individus dans la protection de leur santé sexuelle. Nous avons ainsi opté pour une approche de la prévention dé-stigmatisante en incitant les individus à se dépister de façon personnalisée et à prévenir de manière anonyme leurs partenaires en cas d'infection. À l'heure de la multiplication des applications de rencontres, mais aussi de la recrudescence des IST, WeFlash entend ainsi faciliter une sexualité informée et attractive.

WeFLASH veut également contribuer à une vraie intégration de la santé sexuelle dans la vie des individus en les informant et en les aidant à s'orienter vers les professionnels de santé les plus adaptés à leurs demandes. L'application facilite en ce sens la prise en soin des patients par ces professionnels de santé à travers la synthèse des informations pertinentes sur la plateforme mobile. En sexologie, l'outil WeFlash pourrait ainsi être proposé comme plateforme d'intégration de ses usagers dans un parcours de santé sexuelle auprès des sexologues et d'un meilleur accès aux traitements en santé sexuelle.

MOTS CLÉS:

Notification, anonymat, IST, prévention, santé sexuelle, numérique

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Lessard D, Aslan A, Zeggagh J, Morel S, Michels D, Lebouché B. Acceptability of a digital patient notification and linkage-to-care tool for French PrEPers (WeFLASH©): Key stakeholders' perspectives. International Journal of STD & AIDS 2019; 0(0) 1–11

Silence et secret : violence et stigmatisation en population HSH

Isabelle Massonnat-Modolo ^{a, b}, Alexandre Chevalier ^{b, c}, Marie Chollier ^d <u>isabelle.massonnat@orange.fr</u> <u>alexandre.chevalier@sidaweb.com</u> <u>marie.chollier@ap-hm.fr</u>

- ^a CoReVIH Lyon Vallée du Rhône, Lyon, France
- ^b Hôpital Edouard-Herriot, Lyon, France
- ^c ALS, Lyon, France
- ^d Social and Political Science Department, University of Chester, UK

Introduction:

L'addiction sexuelle en population HSH est documentée internationalement. Plusieurs études ont mis en évidence le lien entre compulsivité sexuelle et antécédents traumatiques et diverses comorbidités telles que la dépression, l'anxiété et/ou l'usage de substance. Peu d'études françaises ont été menées. Cette communication présentera une étude mixte menée en 2017-2018, consistant en une enquête en ligne et des entretiens de recherche, sur l'addiction sexuelle et les antécédents de violence sexuelle en population HSH.

Méthode:

Recrutement par gatekeeper en consultation de dépistage IST/VIH pour une enquête en ligne recueillant des données démographiques, d'auto-perception et SAST (n = 89). 19 entretiens de recherches semi structurés transcrits puis analysés thématiquement.

Résultats:

Concernant l'enquête, aucun effet de l'âge ou du statut sérologique sur les scores totaux n'est observé, cependant, l'auto-perception est significativement associée aux scores de la SAST. Le sous-groupe présentant un score susceptible d'indiquer une addiction sexuelle (14,6 %, score ≥ 14) est caractérisé par la présence d'antécédents de violence sexuelle subie. L'analyse thématique des entretiens de recherche a mis en évidence trois thèmes principaux: les violences sexuelles souvent non-révélées, l'entrée possiblement vécue comme violente dans la sexualité, et la stigmatisation à tous niveaux (internalisée mais également subie à différents niveaux, e.g. famille) et portant autant sur l'orientation sexuelle que le parcours de vie.

Conclusion:

Si les biais existants seront détaillés (recrutement, population, auto-sélection, etc.), la dimension exploratoire de cette étude mixte contribue à une meilleure compréhension des intrications entre parcours de vie, construction subjective et possible symptômes ou difficultés liées à la sexualité. Les enjeux cliniques, notamment de prévention et de prise en charge, seront abordés.

MOTS CLÉS:

HSH, violence sexuelle, addiction sexuelle, stigmatisation

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

de Becker E. Agression sexuelle et homosexualité à l'adolescence. Psychothérapies. 2004;24(2):87-92.

Karila, L., Wéry, A., Weinstein, A., Cottencin, O., Petit, A., Reynaud, M., & Billieux, J. (2014). Sexual addiction or hypersexual disorder: Different terms for the same problem? A review of the literature. Current pharmaceutical design, 20(25), 4012-4020.

Massonnat-Modolo I, Chevalier A, Chollier M. Exploration de la dimension d'addiction sexuelle dans une population d'HSH en consultation de dépistage IST/VIH. Sexologies. 2020 Jul 1;29(3):146-53.

Parsons JT, Grov C, Golub SA. Sexual compulsivity, co-occurring psychosocial health problems, and HIV risk among gay and bisexual men: further evidence of a syndemic. American journal of public health. 2012 Jan;102(1):156-62.

Rooney BM, Tulloch TG, Blashill AJ. Psychosocial syndemic correlates of sexual compulsivity among men who have sex with men: a meta-analysis. Archives of Sexual Behavior. 2018 Jan;47(1):75-93.

Tisseron S. De la honte qui tue à la honte qui sauve. Le coq-heron. 2006(1):18-31.

Forum interactif

Secret et PMA

- Levée de l'anonymat dans le cadre du don de gamètes en France ; quels enjeux psychologiques ?
 - Mme Marie-Atéa de POURTALES, psychologue, Grenoble
- Le secret vu par la biologiste Cecos
 - Pr Célia RAVEL, biologiste médical, Rennes
- PMA et Secret : problèmes croisés d'identité, d'éducation et de mentalités
 M. Sylvain BOSSELET, philosophe, Paris

Levée de l'anonymat dans le cadre du don de gamètes en France ; quels enjeux psychologiques ?

Marie-Atéa de Pourtalès Psychologue au sein du CECO du CHU de Grenoble-Alpes marie.atea1@gmail.com

Introduction

« Le poids est trop lourd à porter, je veux être en vérité avec mes enfants, en vérité avec moimême ». Voilà les propos exprimés par une femme de 61 ans venant consulter au CECOS après avoir eu 3 enfants de 33, 30 et 28 ans par don de sperme dans les années 80 et qui vient interroger cette lourde question du secret.

La nouvelle Loi de Bioéthique votée cet été va largement changer notre pratique au sein des CECOS en rendant possible la levée de l'anonymat des donneurs. Cela engendre nécessairement de réinterroger la question du secret et la place de la parole dans le couple receveur, et pour l'enfant à venir.

Méthode

A travers une revue de la littérature des impacts psychologiques autour de la question de la révélation ou non du mode de conception d'un enfant issu d'un don en AMP et de notre expérience clinique, nous tenterons de cerner les enjeux psychologiques de cette question pour les couples, les enfants et les donneurs.

Résultats

Actuellement, la loi ou le guide de bonnes pratiques cliniques et biologiques en AMP ne donnent aucune indication quant à l'intérêt d'informer ou de ne pas informer les enfants sur leur mode de conception.

Il y a 30 ans, les pratiques semblaient plutôt encourager le maintien d'un secret qui aurait « protégé » l'enfant à venir, ses liens avec ses parents ou encore le narcissisme de la personne infertile. On sait aujourd'hui la douleur des porteurs de secrets de famille pathogènes. (Tisseron, 2011)

Cela fait près de 47 ans que le don de gamètes est régi par trois principes fondamentaux : la gratuité, l'anonymat et le volontariat. Ces principes ont même été finalement intégrés aux différentes lois de bioéthiques votées tous les 8 ans. Et c'est un de ces triptyques qui est aujourd'hui remis en question, bouleversant totalement nos pratiques. L'anonymat du donneur de gamètes, tout comme celui du donneur de sang dans le domaine de la transfusion sanguine, protège les receveurs d'une dette morale impossible à rembourser.

Les études portant sur l'intention de révéler aux enfants leur mode de conception et celles portant sur le fait d'avoir réellement expliqué les choses à l'enfant ont des résultats qui varient considérablement selon les pays et selon le temps (Brewaeys A., 1996 ; Readings J., 2011). Ainsi, les études entre 1980 et 1995 montraient plutôt une tendance nette à privilégier le maintien du secret alors que cette tendance semble s'inverser dans les études plus récentes (on passe en effet de 47 à 92% de parents selon les études qui souhaitaient maintenir le secret dans les années 80-90 ; alors que 39 à 90% des parents ont l'intention de révéler à leur enfant son mode de conception selon des études menées dans les années 2010). Ce qui nous frappe

surtout dans ces études, c'est le décalage entre l'intention de dire et la révélation effective qui ne va concerner au final que 5 à 30% des enfants (selon les études).

Que vient dire ce décalage entre l'intention de dire les choses et le fait de ne finalement rien dire, des processus psychologiques en jeu dans l'accomplissement de la parentalité de ces parents ?

Dans notre clinique, et ce qui est d'ailleurs confirmé par les études ainsi que le rappelle M. Canneaux (M. Canneaux, 2016), différents motifs sont évoqués par nos couples en faveur du maintien du secret : en ne disant rien, ils pensent protéger l'enfant, leur relation avec cet enfant, se protéger eux-mêmes des stigmates de l'infertilité, protéger les liens avec la famille (parfois certains ont peur que les grands-parents « fassent des différences » avec leurs autres petits enfants). Ils sont également incertains quant au meilleur moment pour annoncer les choses à l'enfant et le fait de retarder cette révélation peut finir par entretenir le secret. Comme le souligne Karpel (Karpel L. 2005), tout cela peut venir témoigner de mécanismes inconscients et conscients qui activent le secret. Du point de vue conscient, les parents énoncent surtout 2 sources pouvant être à l'origine de leur souhait de soumettre l'enfant au secret : La blessure narcissique et la honte qu'entraîne la « stérilité » et la figure de l'inquiétante étrangeté que représente l'enfant né du don. En effet, on peut voir la projection à l'œuvre dans le fait que certains parents expriment leur peur que l'enfant se sente différents des autres, alors que ce serait plutôt leur peur que leur enfant soit différent d'eux. Ceci venant illustrer leur crainte par rapport au donneur, cet inconnu, source de nombreux fantasmes.

D'un point de vue inconscient, 2 autres sources peuvent être à l'origine du silence des parents : le tabou de l'inceste (« si mon parent n'est pas mon parent génétique, sera-t-il encore interdit aux fantasmes oeidipiens ? ») et la répétition trans-générationnelle (de nombreux couples nous ont en effet rapporté que ce don venait répéter ou au contraire éviter la répétition d'histoires familiales tragiques – abandons, secrets autour de naissances dans la famille par inceste...).

D'autres en revanche expriment leur volonté de dire les choses à l'enfant au nom du droit de l'enfant à connaître la vérité, parce qu'ils veulent favoriser l'honnêteté dans la relation avec leur enfant, qu'ils ont peur de l'effet dévastateur des secrets de famille, peur qu'un tiers révèle le secret, mais aussi parce qu'ils ne se sentent pas remis en question dans leur statut de parent de cet enfant.

Ces couples qui ne veulent pas maintenir le secret ont pu élaborer un certain nombre de problématiques : l'infertilité, les représentations liées au don, la « rivalité » avec le donneur dont l'identité pourra être révélée à l'enfant à sa majorité (conférant ainsi une dimension de réalité à ce donneur anonyme) et la place du lien génétique souvent érigé en unique véritable filiation (parents qui souhaitent que ce soit le même donneur pour leur 2ème enfant, créant ainsi une « véritable fratrie », quitte à conférer une place trop importante au donneur).

Pouvoir élaborer la douleur liée à l'infertilité c'est pouvoir ensuite raconter cette période à leurs enfants, en en faisant une partie intégrante de leur histoire. L'enfant a peu besoin finalement du récit de l'acte procréatif, il a surtout besoin du récit du désir de sa propre conception. À travers la question de l'origine des bébés, l'enfant questionne son histoire, voire sa préhistoire.

Conclusion

Nous sommes donc confrontés à l'ambivalence entre le fait de vouloir tout dire dans une forme de transparence ne permettant pas de préserver l'intime ; et le maintien du secret, protégeant l'intime mais ne respectant pas le droit de l'enfant. A. Carel dans son article de 2010, nous propose de construire une topique interpsychique sous la forme d'une trilogie nous permettant en tant que cliniciens de travailler cette conflictualité avec nos couples.

Il définit ainsi trois espaces psychiques: l'espace intime (c'est l'espace du « quant à soi, du for intérieur, du jardin secret »), l'espace public (« qualifié par la valeur de la transparence; (...) où l'ensemble des données sont connues et connaissables »), et l'espace privé qui serait un « espace intermédiaire et médiateur entre les deux autres ». Nous cherchons donc à travailler à favoriser cet espace privé pour nos couples afin de leur permettre de protéger leur espace intime tout en autorisant une certaine ouverture : protéger leur sexualité mais autoriser l'enfant à connaître son histoire.

MOTS CLÉS:

Secret, psychologie, don de gamètes, anonymat, information.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Brewaeys A. Donor insémination, the impact on family and child development. J Psychosom Obtstet Gynaecol 1996; 17(1): 1-13.

Canneaux M, Nobilinsky N, Wolf J P, Golse B, Beauquinier-Maccotta B. Information, transmission, secret : quel discours pour les enfants nés par don de gamètes ? Gynecol Obstetric et Fertilité 2016 ; 44 : 410-416.

Carel, A. L'intime secret, le privé discret et le public transparent. Une topique à l'épreuve de l'institutionnel. Cliniques 2020 ; (19) : 33-44.

Karpel L, Flies-Trèves M, Blanchet V, Olivennes F, Frydman R. Don d'ovocytes : secrets et mensonges. J. Gynecol Obstetric Biol Reprod 2005 ; 34 (6) : 557-67.

Readings J, Blake L, Casey P, Javda V, Golombok S. Secrecy, disclosure and everything inbetween: décisions of parents of children conceived by donor insémination, egg donation and surrogacy. Reprod Biomed Online 2011; 22(5): 485-95.

Tisseron S. Les secrets de famille. Paris : Presses universitaires de France ; 2011.

Secret et don de gamètes

Célia Ravel PU-PH, Laboratoire de Biologie de la reproduction-CECOS CHU de Rennes, 16 Bd de Bulgarie, 35000 Rennes celia.ravel@chu-rennes.fr

Comme toute technique d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP), le don de gamètes est strictement encadré par la loi relative à la bioéthique répondant aux grands principes de gratuité et anonymat, au même titre que le don de tout élément ou produit du corps humain. Ce principe est inscrit dans le code civil et le code de la santé publique, loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain, loi n° 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal. Cette loi de Bioéthique a été établie sur le modèle de prise en charge instaurée par les Centres d'Etude et de Conservation des Œufs et du Sperme humains (CECOS). Sous l'impulsion du Pr Georges David, le premier CECOS a été créé en 1973 au Kremlin Bicêtre, fort de son expérience acquise dans la transfusion sanguine, permettant ainsi la mise en place du cadre de la prise en charge des couples infertiles. Dans les années 70, le don de spermatozoïdes était tabou, entouré d'un secret soigneusement préservé par l'institution médicale. Les médecins recommandaient alors de ne surtout pas en parler hors du couple. la société considérant le parallèle avec l'adultère. La prise en charge de l'infertilité s'est construite sur l'anonymat et l'appariement des caractéristiques morphologiques du donneur en fonction du receveur, dans le but d'occulter la notion biologique. Au fil des années, les CECOS ont développé le don d'ovocytes et l'accueil d'embryons. En décidant d'imposer l'anonymat dans la loi de Bioéthique de 1994, le législateur français pensait maintenir l'unité et la vraisemblance de la famille légale, qui pouvait ainsi choisir de révéler ou non l'existence d'un tiers donneur. Ce choix de l'anonymat se fonde sur le droit au respect de la vie privée des couples receveurs pour leur permettre de construire leur famille sans aucune interférence extérieure. Ce principe d'anonymat mettait également le donneur et sa famille à l'abri de toute tentative de reconnaissance ou de recherche en paternité de l'enfant issu de son don.

Aujourd'hui la société française a évolué et le don de gamètes n'est plus un tabou. Les couples receveurs sont clairement informés qu'il est préférable de révéler le plus tôt possible à leur enfant le mode de conception avec tiers donneur. Les modèles familiaux ont été bouleversés et l'AMP va désormais être autorisée pour les couples de femmes et les femmes seules (Neyroud et al. 2019). Avec les tests génétiques, les donneurs peuvent être identifiés, ils ne sont plus anonymes et peuvent être facilement retrouvés (Neyroud et al, 2020). Plusieurs études ont bien montré que la recherche d'informations sur les donneurs était particulièrement forte chez les mères célibataires ayant bénéficié d'un don. Ces femmes souhaitent un contact direct avec le donneur et sont plus susceptibles de rechercher l'identité du donneur car il n'y a pas de menace pour un parent génétiquement non apparenté, comme cela pourrait être le cas pour les couples hétérosexuels ou les couples de femmes (Dempsey et al, 2019 ; Frith et al, 2018 ; Scheib et al, 2017). Pourtant, avec les modifications de la prochaine loi de Bioéthique qui devrait permettre la levée de l'anonymat du don, les couples hétérosexuels sont à nouveau tentés de garder le secret du mode de conception de leur enfant. La transparence, qui est opposée à l'anonymat, limite tout un pan de liberté et d'intimité du couple receveur et de son projet familial. En effet, l'expérience des couples infertiles français est plutôt en faveur de l'anonymat du donneur. Les parents acceptent la transmission d'informations médicales mais pas d'informations autres (Kalampalikis et al, 2018). Des mécanismes de défense incitent certains couples à garder le secret du mode de conception, voire à partir à l'étranger. La

situation actuelle est particulièrement difficile vis-à-vis des anciens donneurs pour lesquels une relation de confiance avec le médecin du CECOS avait été établie et à qui une information claire garantissant l'anonymat avait été donnée. Cependant, les donneurs de sperme indiquent souvent qu'ils sont disposés à partager des informations sur demande (Kirkman et al, 2014). Se pose ainsi la question du respect du droit de la vie privée en référence aux limites des informations auxquelles les autres ont accès. Le droit à la vie privée du donneur de gamètes implique son droit de conserver l'anonymat. Le droit à la vie privée des receveurs de gamètes leur permet de ne pas divulguer d'informations sur les circonstances de sa conception à leur enfant conçu par don.

Conclusion

Aujourd'hui, en 2020, à l'heure de l'intelligence artificielle et des réseaux sociaux, il devient difficile de garder un secret concernant la conception par don de gamètes. Les couples receveurs d'un don de gamètes doivent être clairement informés que l'ADN de leur enfant révèlera son mode de conception. Pour protéger parents et enfants, le don doit rester anonyme au moment de l'attribution des gamètes. Il faut toutefois permettre au projet parental de se mettre en place sans l'interférence d'un tiers. La mise en place d'un registre national est demandée depuis de nombreuses années par les professionnels. Enfin, les nouveaux donneurs doivent être informés de la possibilité pour l'enfant majeur d'accéder à leur identité (Neyroud et al, 2019). Les discussions et modifications régulières de la loi de Bioéthique devraient permettre de trouver la meilleure façon de promouvoir et sauvegarder les intérêts des personnes conçues par don tout en protégeant ceux des donneurs. Il est indispensable de veiller aux droits à la vie privée des enfants, des parents et des donneurs. Le projet de loi relatif à la Bioéthique est actuellement en cours de finalisation et permettra désormais l'accès aux origines des personnes conçues par un recours au don.

MOTS CLÉS:

Don de gamètes, anonymat, secret

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Dempsey D, Kelly F, Horsfall B, Hammarberg K, Bourne K, Johnson L. Applications to statutory donor registers in Victoria, Australia: information sought and expectations of contact. Reprod Biomed Soc Online 2019;9:28-36. doi:10.1016/j.rbms.2019.08.002.

Frith L, Blyth E, Crawshaw M, van den Akker O. Secrets and disclosure in donor conception. Sociol Health Illn. 2018;40:188-203. doi: 10.1111/1467-9566.12633.

Kalampalikis N, Doumergue M, Zadeh S; French Federation of CECOS. Sperm donor regulation and disclosure intentions: Results from a nationwide multi-centre study in France. Reprod Biomed Soc Online 2018;5:38-45. doi:10.1016/j.rbms.2018.02.001.

Kirkman M, Bourne K, Fisher J, Johnson L, Hammarberg K. Gamete donors' expectations and experiences of contact with their donor offspring. Hum Reprod 2014;29:731-8. doi: 10.1093/humrep/deu027.

Neyroud AS, Thomas J, Ravel C. Le don de gamètes et le droit de connaître son origine génétique : comment protéger les parents et les enfants ? Médecine de la Reproduction 2019;21:242-248. doi:10.1684/mte.2019.0759

Neyroud AS, Roche M, Domin M, Jaillard S, Ravel C. [Anonymity of gamete donation and genetic testing]. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2020;48:820-826. doi: 10.1016/j.gofs.2020.06.006.

Scheib JE, Ruby A, Benward J. Who requests their sperm donor's identity? The first ten years of information releases to adults with open-identity donors. Fertil Steril 2017;107:483-493. doi: 10.1016/j.fertnstert.2016.10.023.

PMA et Secret : problèmes croisés d'identité, d'éducation et de mentalités

Sylvain Bosselet
Agrégé de philosophie
Docteur en psychologie
Académie de Versailles
bosseletsylvain@gmail.com

Introduction

En France actuellement, la loi sur la PMA impose au donneur de sperme de rester anonyme. Il ne connaîtra pas l'identité de son fils biologique, et réciproquement. Cette situation technique et légale est historiquement nouvelle. Elle pose de nouveaux problèmes. Elle pose le problème de l'identité de l'enfant par rapport à son père biologique, puis celui du déploiement de son identité avec un « père culturel », à travers son éducation. Enfin, cette éducation se déploie sur un fond de mentalités bien enracinées, véhiculant des croyances parfois discutables.

Méthode

Pour réfléchir à ces nouveaux problèmes d'un point de vue philosophique et psychologique, nous pouvons nous appuyer sur la comparaison à une situation déjà connue et proche de celle de la PMA : le cas où une femme est séparée (très tôt) du géniteur de son enfant, puis éduque cet enfant avec un autre homme. Celui-ci endosse le rôle de père adoptif, que ce soit sur le plan légal ou factuel. Nous proposons quelques éléments d'analyse de ces situations comparables selon trois thèmes successifs : l'identité, l'éducation et les mentalités.

Résultat

1/ L'identité.

La question de l'identité est particulièrement problématique. Pascal nous montre à quel point l'identité d'une personne est difficile à connaître : derrière ses apparences physiques et psychologiques, qui changent sans cesse au fil du temps, le « moi » profond semble toujours nous échapper.

Certains pensent pouvoir trouver ce moi – cette identité stable –, dans leur ADN. Or cet ADN a pour source les parents biologiques. Les humains aiment à connaître leurs origines, croyant notamment pouvoir se connaître eux-mêmes par ce moyen. Pourtant, sur le plan purement biologique, la recombinaison des gènes qui a lieu à chaque génération dilue très rapidement les gènes des ancêtres. Dawkins montre comment calculer le lien de parenté (comme probabilité de gènes en commun). Par exemple, entre cousins germains, ou entre petit-fils et arrière-grand père, il n'est que de 1/8.

Sartre critiquerait lui aussi à sa manière l'espoir de se définir par son héritage génétique, en affirmant que nous nous définissons par ce que nous faisons. Nous demeurerions libres de choisir ce que nous voulons faire (de nous-mêmes), par-delà tout déterminisme. 2/ L'éducation.

Sur le plan psychologique, Lacan a montré que le « moi » du très jeune enfant se construit comme dans un jeu de miroir, par identification et projections avec les parents. Dans le cas de la PMA comme de l'adoption, le père présent ne lui « ressemble » pas (quant à ses traits physiques au moins). Et le père censé lui ressembler est absent. Ce

père biologique risque alors de nourrir une image fabulée chez l'enfant, bien difficile à gérer pour le père adoptif.

Durant son éducation, l'enfant va construire son identité. Quand lui faire part de cette vérité importante sur lui-même ? Selon l'âge auquel on lui annonce, selon ses capacités mentales et son savoir sur l'origine des enfants, il risque de construire l'idée binaire d'un « vrai père » (biologique) et d'un « faux père » (le Beau-père). Dès lors, à chaque inévitable tension éducative, il pourrait dévaloriser le « faux père » au nom du « vrai » — idéalisé mais parfaitement inconnu (plus encore dans la PMA que dans l'adoption, puisque la mère peut dévaloriser le géniteur dont elle est séparée). 3/ Les mentalités.

Cette dévalorisation du « faux père » est injuste, dans la mesure où c'est lui qui porte l'effort éducatif, à la place du père biologique absent (*a fortiori* dans le cas de l'adoption, où le père biologique n'a pas tenu son rang, pour une raison ou pour une autre). Cette dévalorisation tourne parfois au mépris social, et s'appuie sur le cliché du tout-déterminisme (ou « tout-inné »). La mentalité dominante continue à favoriser le lien génétique et le trouver « normal », au détriment du lien affectif. Pourtant, à l'avenir, au vu de la baisse générale de la fertilité, nous devons envisager une société où la PMA occuperait une place de plus en plus prépondérante.

Inversement, nous ne devons pas céder à la nouvelle mode du « tout acquis ». Certes, la grande plasticité neuronale et la lente maturation propres à l'espèce humaine plaident en faveur de l'importance de la culture. D'après Gould, l'homme naîtrait et demeurerait très immature, autrement dit « néoténique ». Mais la culture constitue elle-même un produit émergent au sein de la nature. De plus, Piaget montre que tout individu se construit par interaction entre structures mentales (déjà en place) et actions sur la réalité. En termes biologiques, nous pourrions parler de la construction de l'identité dans un perpétuel aller-retour entre héritage génétique et apport culturel. Cette source génétique est un peu connue dans l'adoption, et totalement inconnue dans la PMA.

Conclusion

De nos jours, les tests génétiques se multiplient pour retrouver ses origines (certes illégalement en France). Bien des enfants adoptés retrouvent leurs parents biologiques par ce moyen. Un jour viendra peut-être où les ADN de tous les individus seront connus et répertoriés, soit par des entreprises privées, soit par des instances gouvernementales et juridiques, qui pourraient ainsi virtuellement connaître toutes les filiations de sa population.

Dans ces conditions, nous plaidons pour un changement de loi sur la PMA : si le père biologique en est officiellement d'accord, l'enfant devrait avoir le droit, à sa majorité, d'en demander l'identité. Celui-ci trouverait ainsi une histoire réelle pour fonder sa propre origine biologique. Mais avant cela, un grand travail devrait être accompli pour changer les mentalités et couper court à certaines croyances fausses sur l'identité, l'hérédité et le rôle éducatif.

Il n'y a pas de « vrai père » ou de « faux père », mais dans le meilleur des cas un généreux donateur et un père aimant, tous deux indispensables à la vie de l'enfant issu de PMA. S'il fallait vraiment y avoir un « vrai père », ne devrait-il pas être le père qui aime ? Et fort de cet amour, l'enfant ne devrait-il pas pouvoir affronter toutes les vérités sur son identité ?

MOTS CLÉS:

identité, éducation, mentalité, hérédité, PMA

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Dawkins, Le gène égoïste, Chapitre VI, « La parenté génique », Paris, Odile Jacob, 2003.

Gould, *Ontogeny and phylogeny*, Chapitre X « Retardement et néoténie dans l'évolution humaine », Cambridge, The Belknap Press of Harvard University Press, 1977.

Lacan, « Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je, telle qu'elle nous est révélée, dans l'expérience psychanalytique », Communication faite au XVIe Congrès international de psychanalyse, à Zurich le 17 juillet 1949 ; Première version parue dans la *Revue Française de Psychanalyse*, 1949, volume 13, no 4, p. 449-455.

Pascal, Pensées (1670, posthume).

Piaget, L'épistémologie génétique, Paris, PUF, Que sais-je ?, 1970.

Sartre, L'existentialisme est un humanisme (1945)



Forum interactif

Sexualité et handicap

Modérateur : Dr Philippe LE CAVORZIN, médecin, Rennes

- Santé sexuelle, vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap
 - M. François CROCHON, directeur du CeRHeS, Lyon
- Accompagnement à la sexualité des personnes en situation de handicap dans le secteur médico-social

Mme Annick DELVOSAL, sexologue, Bruxelles, Belgique

Sexualité & handicap

Philippe Le Cavorzin médecin de Médecine Physique & Réadaptation, Sexologue Rennes philippe.lecavorzin@fsef.net

Au cours de ce forum interactif, nous aborderons, en privilégiant le dialogue avec les participants, les questions liant sexualité (affectivité) et handicap en France, à partir des diverses expériences des orateurs, dans une approche de terrain, éthique et sociétale, voire citoyenne, plus que médicale.

Des éclairages tels que l'impact de la norme sociale en terme de sexualité, les questionnements de genre à l'adolescence, l'éducation à la sexualité, les concepts de santé et droits sexuels, de qualité de la vie, d'identité, d'image du corps et d'estime de soi, de représentation sociale du handicap, de transmission familiale pourront servir de canevas aux discussions. Le rôle des associations et les ressources disponibles en termes de réflexion et d'action viendront enrichir la discussion, de même que des outils philosophiques.

MOTS CLÉS:

Norme, éducation, droits, éthique

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Le Cavorzin P, Leblong E, Dessaux N. La Lettre & le Sexe. Pour une approche (méta)philosophique et littéraire de la sexualité. Sexualités Humaines 2015, n°24-25.

Accompagnement à la sexualité des personnes en situation de handicap dans le secteur médico-social

François Crochon Sexologue clinicien, enseignant et conférencier, Lyon Directeur du CeRHeS® France Secrétaire Général de l'ASCliF francois.crochon@cerhes.org

Estimant que la « société a mûri » sur ce sujet, même s'il reste « tabou » Sophie Cluzel, secrétaire d'état des Personnes Handicapées, a saisi le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) le 2 février 2020 à propos du recours à l'assistance sexuelle des personnes en situation de handicap¹.

Elle s'est dit « très favorable à ce qu'on puisse accompagner cette vie intime, affective et sexuelle ». « L'enjeu de la façon dont je mène ma politique, c'est de remettre les personnes handicapées en pleine citoyenneté dans le respect et dans la dignité. (...) C'est aussi le droit à une vie intime, affective et sexuelle », a-t-elle justifié.

Dépassant cette notion d'« assistance sexuelle » venant souvent faire écran à une approche holistique de la vie intime, affective et sexuelle des personnes en situation de handicap, nous nous attacherons à dessiner les contours d'un véritable « accompagnement » dans le cadre de la santé sexuelle par les sexologues et les professionnel·le·s de l'accompagnement et du soin.

Nous nous appuierons sur l'expertise du Centre Ressources Handicaps et Sexualités[®] (CeRHeS[®] France) qui propose, depuis plus de 10 ans, des formations auprès des professionnel·le·s du sanitaire et du médico-social, des interventions à destination des associations gestionnaires et de l'entourage, et met également, à disposition de tou·te·s, des ressources mutualisées et des outils accessibles sur son site internet : www.cerhes.org.

MOTS CLÉS:

Santé sexuelle, personne en situation de handicap, vie intime, affective et sexuelle, ressources, éthique

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

François Crochon, *Vie Affective et sexuelle, Série Pour Comprendre*, en collaboration avec Santé Publique France, Le Planning Familial et Médecins du Monde, 4 vidéos et un livret, 2018 : http://inpes.santepubliquefrance.fr/accessible/vie-affective-sexuelle/index.asp

Gilles Ferréol, Sarah Maurice, François Crochon, Contribution à l'ouvrage *Handicap et sexualité*, , EME éditions, Proximités Sociologie, août 2017.

Georges EID (dir), François Crochon, Contribution à l'ouvrage Handicap et sexualité : *Déni, oubli et reconnaissance*, Chroniques Sociales, janvier 2017.

Ryadh SALLEM, Valérie DELATTRE, François Crochon, Vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap : le Centre Ressources Handicaps et Sexualités, un outil

¹ https://www.francetvinfo.fr/sante/handicap/le-gouvernement-se-dit-tres-favorable-a-l-assistance-sexuelle-despersonnes-handicapees_3819929.html

au service des ESSMS, in Handicap, sexualité, dignité, "les défis de civilisation", Paris 2013, page 127

Élisa BRUNE, *La révolution du plaisir féminin – Sexualité et orgasme*, Odile Jacob, François Crochon, contribution : *Comme tout le monde, Femmes en situation de handicap et sexualité*, 2012

Accompagnement à la sexualité des personnes en situation de handicap dans le secteur médico-social

Annick Delvosal

Sexologue clinicienne et formatrice à la Fédération Laïque des Centres de Planning Familial (FLCPF), Bruxelles - BELGIQUE Directrice du Centre Sésame, Bruxelles annickdelvosal@homail.com

Un parcours engagé, depuis une dizaine d'années, vers la prise en compte « positive » de la santé sexuelle des bénéficiaires dans l'espace institutionnel.

- Intervenante et formatrice auprès des professionnels du secteur médico-social et de responsables d'établissements ;
- Collaboratrice au sein du CEDIF Bruxelles (Centre de Documentation et d'information de la FLCPF) lors de la réalisation d'outils pédagogiques adaptés en lien avec la promotion de la santé sexuelle.

MOTS CLÉS:

santé sexuelle, personne en situation de handicap, vie intime, affective et sexuelle, ressources, éthique



Résumés des SESSIONS ASSOCIATIONS JF3S



Session association - en partenariat avec la Chaire Unesco Santé Sexuelle

L'éducation à la santé sexuelle par la promotion des droits humains

Modérateur : Dr Michel LOMBARD, médecin sexologue, Gagny

 Quels sont les nouveaux enjeux de l'éducation à la santé sexuelle en regard des droits humains ?

Pr Thierry TROUSSIER, Titulaire de la Chaire UNESCO Santé Sexuelle & Droits humains, Paris

 Quelle articulation entre les valeurs des droits humains et les difficultés sexuelles des femmes ?

Mme Joëlle MIGNOT, psychologue sexologue, Paris

Quelle forme d'éducation des Droits humains en direction des jeunes ?
 L'exemple de l'Instagram Mysexmyrights

Mme Ingrid GERAY, avocate, Saint-Etienne

Quels sont les nouveaux enjeux de l'éducation à la santé Sexuelle en regard des Droits humains ?

Thierry Troussier
Titulaire de la Chaire UNESCO Santé Sexuelle & Droits humains
Paris
thierry.troussier@santesexuelle-droitshumains.org

Introduction:

Les indicateurs des risques sanitaires liés à la sexualité persistent pour tous les publics. Les enjeux de l'éducation à la santé sexuelle, ne se réduisent pas aux comportements sexuels dans leur dimension physique. La santé sexuelle intègre dans sa dimension mentale les valeurs éthiques et la spiritualité qui sont des enjeux dans l'interaction entre soi et l'autre. Vivre un bien être sexuel, c'est avoir une sexualité autonome, sécuritaire et satisfaisante, objectifs à atteindre dans une santé sexuelle épanouis tels que nous le définie l'OMS. Cela nécessite la promotion par l'information et l'éducation des valeurs des Droits humains, adapté à tous les âges de la vie. Ce qui nous fait être humain dans ce monde, c'est de pouvoir maitriser nos instincts primaires que nous portons tous en nous.

Méthode:

Les « Droits de l'homme » sont une culture qui se veut universelle, ils regroupent de nombreuses valeurs sociétales, représentant le fondement de l'éthique, notamment : L'article 1er : Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité. L'article 16 : Le mariage ne peut être conclu qu'avec le libre et plein consentement des futurs époux. L'article 26 : L'éducation doit viser au plein épanouissement de la personnalité humaine et au renforcement du respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Elle doit favoriser la compréhension, la tolérance et l'amitié entre toutes les nations et tous les groupes raciaux ou religieux. Le Programme de développement durable est un plan d'action pour l'humanité, la planète et la prospérité. Il vise aussi à renforcer la paix partout dans le monde dans le cadre d'une liberté plus grande. Le Programme de développement durable est un plan d'action pour l'humanité, la planète et la prospérité. Il vise aussi à renforcer la paix partout dans le monde dans le cadre d'une liberté plus grandeLes Objectifs du Développement Durable 2030 : « 3, le bien être en santé », « 4, l'éducation de qualité pour tous », « 5, l'égalité entre les sexes », « 10, la réduction des inégalités », « 16, une justice équitable pour tous, et « 17, partenariat et solidarité » concourent à repenser profondément l'éducation et notamment l'éducation à la sexualité.

Résultats:

Comprendre le sens de la sexualité, c'est avoir une approche globale et positive de la sexualité dans toutes les dimensions. Le bien être sexuel c'est reconnaitre ses droits sexuels et ceux des autres permettant une vie sexuelle saine et sécuritaire, satisfaisante et autonome. Comprendre le sens de sa sexualité, s'est être libre et responsable de ses actes, pour partager réciproquement une sexualité épanouie et conscient d'accepter une éducation sexuelle complète. le sens de nos actions pour contribuer aux objectifs de développement durable doivent être intégrées et indissociables, en effet, ces ODDs sont « par essence globaux et applicables universellement ».

Conclusion:

Les objectifs de développement durable, en septembre 2015 ont permis à la Chaire UNESCO de revoir la nature de ses actions, la façon d'atteindre ses objectifs et l'identité des partenaires avec qui elle contractualise pour répondre à ses missions et participer à une mise en œuvre des Objectifs du Développement Durable pour les 15 prochaines années. Le MOOC la santé sexuelle pour tous avec 26 000 apprenants a été l'une des actions phares de ces dernières années (2017-2019), de même que la création de la News letter en juin 2018 "santé sexuelle pour tous" diffusée à plus de 9 000 personnes et la création plus récémment d'un Instagram en direction des jeunes sur l'éducation aux droits sexuelles ont été des actions ciblés sur les Droits humains et les objectifs du Développement Durable 2030.

Si nous désirons, relever les défis des ODD 2030 pour une humanité meilleure et plus juste nous devons faire plus d'éducation :

- sur le plan Publique faire la promotion des droits humains et des valeurs humanistes
- Sur le plan individuel transmettre à nos enfants et proches les nos valeurs morales.
- sur le plan de l'intime, il n'y a pas de liberté sans égalité dans les relations, ces deux valeurs sont indissociables pour une sexualité épanouie et une vie réussie.

MOTS CLÉS:

santé sexuelle, droits huamins, éducation, objectifs du développement durable 2030

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

- (1) Blessinger, P., & Bliss, T. J. (2016). Introduction to open education: towards a human rights theory. Open education: international perspectives in high education. Cambridge, Reino Unido, Openbook Publishers, 11-30.
- (2) Cole, M. (2017). Education, equality and human rights: issues of gender, 'race', sexuality, disability and social class. Routledge.
- (3) World Health Organization. (2015). Sexual health, human rights and the law. World Health Organization.
- (4) United Nations General Assembly resolution A/RES/70/1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations; 2015 (http://www.un.org/en/ga/search/view doc.asp?symbol=A/RES/70/1&referer=http://www.un.org/en/ga/70/resolutions.shtml&Lang=E).
- (5) human rights. Article 2. New York: United Nations; 2016 (http://www.un.org/Overview/rights.html#a1).

Quelles articulations entre les valeurs des droits humains et les difficultés sexuelles des femmes ?

Joëlle Migno
Psychologue sexologue
Paris
joelle.mignot@wanadoo.fr

Introduction:

Les enjeux en matière de santé sexuelle, en lien avec les Droits humains regroupe la promotion de

- une vie reproductive sécuritaire qui repose presque toujours sur la femme.
- une vie sexuelle satisfaisante, sûre, responsable et autonome
- une vie sexuelle et reproductive sûre et satisfaisante :

Si les résultats ne sont pas pleinement atteint (l'épidémie du VIH se poursuit dans les populations clés, les jeunes sont souvent atteint d'IST, les grossesses non prévues restent stables, le nombre d'IVG aussi, les violences sexuelles sont toujours présentent et touchent plus particulièrement les femmes et les jeunes), les dysfonctions sexuelles restent aussi très fréquentes chez les femmes. Ces résultats non satisfaisant sont le reflet des peurs profondes que nous avons en fonction de notre vécu, de notre éducation, de notre culture familiale et collective. Ces peurs peuvent être un frein à toutes les nouveautés ou toutes les revendications que font naitre comme nous l'avons vu la mise en œuvre des droits humains au quotidien comme :

v la remise en cause des stéréotypes de genre, construit par la société : masculin, féminin, indéterminé voir trans,

v le changement de notre regard sur les orientations sexuelles et l'intégration de leurs droits, v les difficultés d'aborder les notions de plaisirs et d'orgasme support des valeurs de liberté, d'autonomie voir d'autosatisfaction..

v si la sexualité est universelle ses expressions sont aussi multiples qu'il y a d'individu s'en est de même de l'amour, comment l'aborder avec soi, avec l'autre dans l'éducation à la sexualité sans remettre en cause sa propre construction

v l'autonomie des femmes et la place de l'homme, il y a plus que des réajustement à faire, il y a aussi à dépasser des siècles de domination masculine dans notre pays, quelle société allons nous laisser à nos jeunes, à nos enfants. Cette autonomie des femmes ne peut se vivre sans l'égalité des sexes, sans le respect et la promotion des droits sexuels et reproductifs, mais pour qui ? autant pour la femme que l'homme, ce dialogue qui a toujours existé et à varié dans le temps de façon cyclique est aujourd'hui à réinventer, l'intégration des déterminants contenus dans les ODD sont l'une des clés pour repenser nos relations, nos rapport à soi à l'autre à son environnement.

Méthode:

La valeur est une qualité qui confère aux choses, aux faits ou aux personnes une estimation, soit positive soit négative. Le terme de valeur peut renvoyer à une certaine « morale » qui ne colle pas avec la position des droits humains et du respect des cultures. Ici nous parlerons donc des valeurs au sens de l'éthique, dans sa dimension positive

Ainsi les valeurs des droits humains dites « universelles » sont :

- Dignité

- Égalité
- Intégrité
- Liberté
- Responsabilité
- Solidarité.

Ces valeurs des droits humains permettent de promouvoir les valeurs des droits sexuels qui sont :

- L'autonomie sexuelle
- Le consentement sexuel
- La réciprocité sexuelle
- La sécurité sexuelle
- La satisfaction sexuelle

Résultats:

Si les difficultés sexuelles restent pour les femmes les mêmes (troubles du désir et du plaisir, anorgasmie, douleurs, vaginisme...), on peut observer une évolution dans leur demande et dans l'expression de leurs attentes quant à la résolution de ces problématiques en lien avec l'évolution des Droits Humains et leur implication dans la sexualité individuelle et de couple.

Les notions d'égalité et de liberté de choix connotent de plus en plus fortement les demandes de consultations comme ce que nous pourrions appeler une « ouverture du champ de conscience sexuel » sur trois plans : la quête d'une meilleure connaissance du « soi sexuel » qui anime la demande et met en perspective les valeurs blessées, un processus d'autorisation interne d'opposition face aux croyances imposées et enfin un dépassement de la peur (peur de la perte, peur de ne pas être loyale avec des valeurs imposées par la nature du lien, peur de ne plus être aimée...).

Conclusion:

La circulation plus rapide de l'information, les différentes campagnes de sensibilisation ainsi que la parole d'autres femmes qui « osent dire » font aussi partie de ces articulations entre les valeurs des Droits sexuels qui doivent être défendus et la complexité de la sexualité dans le vécu quotidien que nous rencontrons dans la clinique.

MOTS CLÉS:

droits humains, santé sexuelle, dysfonctions féminine, valeurs humanistes

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Mignot J, Troussier T, coll (2015), Santé sexuelle et Droit Humains, un enjeu pour l'humanité, De Boeck

Mignot J., Troussier T. et coll, (2015) Santé sexuelle pour tous , Cycles de conférences, Complicités

(1) Fukuda-Parr, S. (2016). From the Millennium Development Goals to the Sustainable Development Goals: shifts in purpose, concept, and politics of global goal setting for development. Gender & Development, 24(1), 43-52.

- (2) Blessinger, P., & Bliss, T. J. (2016). Introduction to open education: towards a human rights theory. Open education: international perspectives in high education. Cambridge, Reino Unido, Openbook Publishers, 11-30.
- (3) Cole, M. (2017). Education, equality and human rights: issues of gender, 'race', sexuality, disability and social class. Routledge.
- (4) World Health Organization. (2015). Sexual health, human rights and the law. World Health Organization.

Quelle forme d'éducation des Droits humains en direction des jeunes ? L'exemple de l'Instagram Mysexmyrights

Ingrid Geray Avocate Saint-Etienne ingrid.geray@gmail.com

Introduction:

Aujourd'hui, nous sommes face à une réalité alarmante : violences, abus, harcèlement et discriminations liées à son identité sont les effets de ne pas avoir les capacités d'exercer et d'appliquer ses Droits sexuelles.

Or, nous souhaitons que les nouvelles générations puissent s'épanouir à travers leur vie sexuelle et vivre avec bien-être.

La chaire Unesco Santé Sexuelle et Droits Humains promeut les droits sexuels à travers la connaissance des lois et l'éducation aux valeurs humanistes.

Les enjeux en matière de santé sexuelle, en lien avec les Droits humains regroupe la promotion de :

- une vie reproductive sécuritaire : contraception, espacement des naissances, soins obstétrique et post natal, prévention de la sub-fertilité et infertilité, santé reproductive et santé mental
- une vie sexuelle satisfaisante, sûre, responsable et autonome : offre de service pour les troubles liés à la sexualité, et pour les liens entre santé mentale et santé sexualité
- une vie sexuelle et reproductive sûre et satisfaisante : prévention combinée VIH et IST et prévention des séquelles, prévention des violences de genre, prévention des avortements non médicalisés, lutte contre les stigmatisations et discriminations liées aux genres et aux orientations sexuelles, prévention et lutte contre les mutilations sexuelles traditionnelles.

Pourtant les résultats ne sont pas pleinement atteint : I 'épidémie du VIH se poursuit dans les populations clés, les jeunes sont souvent atteint d'IST, les grossesses non prévues restent stables, le nombre d'IVG aussi, les violences sexuelles sont toujours présentent et touchent plus particulièrement les femmes et les jeunes. Ces résultats non satisfaisant sont le reflet des peurs profondes que nous avons en fonction de notre vécu, de notre éducation, de notre culture familiale et collective. Ces peurs peuvent être un frein à toutes les nouveautés ou toutes les revendications que font naitre comme nous l'avons vu la mise en œuvre des droits humains au quotidien. De plus, les nouveaux modes de rencontres et les nouveaux codes amoureux pourrait mettre en péril les liens émotionnels des nouvelles générations.

Méthode:

Quel est le meilleur moyen pour transmettre aux jeunes générations la connaissance et les éduquer à leurs droits sexuels ?

Actuellement il existe :

- L'éducation sexuelle à l'école : elle s'avère hétérogène et insuffisante;
- Des sites internet gérés par des institutions : peu attrayant avec un langage non adapté aux jeunes;
- Des réseaux sociaux militants : attrayant, favorisant la prise de conscience et libérant la parole mais souvent trop ciblés à une cause.

Ainsi, l'un des meilleurs moyens semble être les réseaux sociaux et plus particulièrement Instagram qui est très populaire auprès des 18-30 ans.

Résultats:

Un compte Instagram a été créé en novembre 2019, il est dédié aux droits sexuels et nommé. « Mysexmyrights ». Ilest géré et animé par des acteurs sensibilisés de moins de 30 ans. Ce compte à pour Vision de promouvoir les droits sexuels à travers la connaissance des lois et l'éducation aux valeurs humaines.

Ses missions:

- promouvoir les droits sexuels par la publication d'images, d'interviews, de sondages et de quizz;
- permettre aux jeunes de s'interroger sur leurs droits sexuels et dialoguer entre eux.

Via ce compte, nous publions des images, des sondages, proposons des quizz relatifs aux droits sexuels afin d'interpeller ces nouvelles générations et les amener à s'interroger sur leurs droits et dialoguer entre elles.

En 3 mois, ce compte Instagram compte 32 publications, 212 abonnés et 533 abonnements, les utilisateurs de ce compte sont majoritairement des jeunes de 18 à 30 ans

Conclusion:

Ce compte renvoie au site de la chaire UNESCO pour des informations fiables sur les lois et les valeurs éthiques.

Devant la réussite de la fréquentation de ce compte Instagram, nous souhaitons mettre en lien les autres réseaux sociaux de la Chaire UNESCO (type FaceBook, Twitter, Youtube) afin d'élargir à terme la tranche d'âge de notre cible et promouvoir les droits sexuels auprès de l'ensemble de la population». La journée internationale de la Chaire UNESCO sera dédiée aux comptes Instagram qui promeuvent l'éducation à la sexualité et aux droits humains.

MOTS CLÉS: Education / Droits Humains / Jeunes/ Medias sociaux

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Mann Jonathan, Santé publique et Droits de l'Hommme, collection Espace Ethique, 8-9 nov 1996

WHO, 2014, Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services, Guidance and recommendations 2014

Sexual Health, Human Rights and the Law, World Health Organization (2015)

Global Commission on HIV and the Law. HIV and the law: risks, rights and health. New York (NY): United Nations Development Programme; 2012

Geray I., (2015) « La protection des droits sexuels », « Perspectives et avenirs des droits sexuels » in Santé sexuelle & Droits Humains : un défi pour l'Humanité, March 2015, ed De Boeck



Session association - en partenariat avec CFSF

«Maux du corps, honte, non dits»: les stratégies du sexocorporel pour retrouver une image de soi positive et libérer la parole

 Mme Catherine BASSEREAU, sage femme, sexologue, sexologue clinicienne en Sexocorporel, vice présidente du CFSF, St Grégoire

Honte, non-dits, petits maux du corps aux grandes conséquences : stratégies du sexocorporel pour retrouver une image de soi positive.

Catherine Bassereau et l'équipe du CFSF Rennes catherine.bassereau@wanadoo.fr

Paroles de patient.e.s :

« Je suis grosse, je suis trop grande, je suis poilue, je transpire, je n'ai pas de seins, j'ai un sein plus gros que l'autre, j'ai des petites lèvres énormes, j'ai des pets vaginaux pendant les rapports, mon sexe coule abondamment quand je suis excitée... » pour les femmes.

« Je suis trop petit, je suis maigre, j'ai les mains moites, j'ai mauvaise haleine, je n'ai pas de poils, mon pénis est trop petit, mon sexe est courbé, mes testicules pendent, mon sexe sent fort... » pour les hommes.

Nous allons nous intéresser à ces « petits maux du corps » dévoilés à demi-mots, au détour d'une phrase, au thérapeute qui a bien voulu les entendre ou qui a appris à les décrypter. Ces singularités corporelles peuvent rester sous silence ou s'exprimer tardivement dans la prise en charge. Ces troubles au fort retentissement subjectif sur l'image de soi, sur le corps vécu, sont sources d'affects pénibles qui altèrent la constitution du sujet, limitent sa créativité érotique, entravent le jeu d'exploration des habiletés corporelles et relationnelles. C'est bien de la honte du patient qu'il s'agit, aux prises avec un corps qui semble interdire tout jeu érotique, toute séduction qui entrave durablement sa désirabilité, sa dynamique d'estime et d'affirmation de soi avec des conséquences délétères jusqu'à sa fonction d'excitation génitale. Ce sentiment de honte peut installer le patient dans des stratégies comportementales de camouflage ou d'évitement qui au sein même d'une prise en charge complexifiera la compréhension du sujet.

Pour aborder cette problématique, le **Sexocorporel** est un outil de choix et le praticien en Sexocorporel dispose :

- d'une spécificité dans la **lecture corporelle objective** lui permettant de décrypter avec précision le langage non verbal ;
- **d'une évaluation sexologique précise** pour structurer sa collecte sémiologique avec rigueur favorisant le diagnostic et le traitement ;
- d'outils thérapeutiques qui, en passant par le corps, permettent de favoriser les sensations du corps réel, en mettant à distance les distorsions cognitives du corps désinvesti (ancrage, posture, exploration et utilisation de l'espace, respiration...);
- d'outils cliniques précieux pour favoriser la libération des non-dits, renforcer l'assertivité sexuelle du patient, l'aider à réinvestir une génitalité positive, retrouver une fonction d'excitation sexuelle satisfaisante, développer l'érotisation dans ses dimensions sensorielles, symboliques et relationnelles.

Déroulement:

Cette présentation sera interactive, intégrative et expérientielle.

Nous distinguerons:

- un temps théorique portant sur la complexité de la thématique et sur les spécificités du Sexocorporel ;
- un temps d'expérimentation de la lecture corporelle, d'outils corporels avec partage des observations ;
- un temps d'illustration avec un cas clinique ;
- un temps de synthèse collective.

MOTS CLÉS:

corps, sexocorporel, lecture corporelle, évaluation sexologique, honte, assertivité.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

- 1-Benoist, P. (2011). Vous avez dit Sexocorporel ? D'un lien si étroit entre le corps et le cerveau. Sexualités Humaines, N°11 ;50-61.
- 2.Bischof, K. (2012). Sexocorporel in the promotion of sexual pleasure. Pleasure and Health (Proceeding of the Nordic Association for Clinical Sexology NACS), ed. Kontula, p.59-68.
- 3. Chatton, D, Desjardins, JY, L, Tremblay ? M. (2005). La sexologie clinique basée sur un modèle de Santé Sexuelle. Psychothérapies, Vol.25,2005, N°1, pp.3-19
- 4. Desjardins, JY. (2007). L'approche Sexocorporelle. La compétence érotique à la portée de tous. In El Feki, M. La sexothérapie, ed. De Boeck
- 5. Tisseron, S. (1992). La Honte. Psychanalyse d'un lien social, ed. Dunod
- 6. Wunsch, S. (2014). Comprendre les origines de la sexualité humaine, ed. L'esprit du temps.
- 7.Zwang, G. (2001). Eloge du con. Défense et illustration du sexe féminin, ed La Musardine.

Session association - en partenariat avec CIFFRES

Dire ou ne pas dire : quelle posture pour le sexothérapeute et l'éducateur à la sexualité ?

 Comment le langage non verbal révèle-t-il les secrets du non-dit dans ses contradictions ou incongruences ?

Quelles pistes cliniques offre-t-il?

Mme Claude ROUX DESLANDES, sexologue clinicienne, Pau

Mme Marie-Line LASSAGNE, sexologue psychothérapeute, Bruges

• Éduquer à la sexualité : intimité(s) préservée(s) ?

Quelle posture éducative ?

Mme Farida GAYRARD, sexologue, Toulouse

Mme Marie-Line LASSAGNE, sexologue psychothérapeute, Bruges

Comment le langage non verbal révèle les secrets du non-dit dans ses contradictions ou incongruences. Quelles pistes cliniques offret-il ?

Claude Roux Deslandes Sexologue, Médecin, Formatrice ISI en Sexocorporel, Chargée de cours au DIU de sexologie Toulouse III,Pau (64) claude.roux.deslandes@orange.fr

Marie-Line Lassagne

Sexologue, Psychothérapeute, Formatrice ISI en Sexocorporel, Chargée de cours au DIU de sexologie et au Master d'Education à la Sexualité Toulouse II et III, Soyaux (16) et Bruges (33) ml-lassagne@neuf.fr

Introduction

Grâce à de nombreuses études, la reconnaissance de l'importance du langage corporel est désormais acquise. Quelques applications circulent. Elles concernent surtout les techniques de communication et de séduction qui en font une exploitation plutôt limitée.

Par ailleurs, dans la vie quotidienne, nous sommes nombreux à savoir capter intuitivement les signaux corporels discordants qui accompagnent des propos. C'est une compétence qui s'acquiert à notre insu dans notre environnement familial et éducatif.

Pourtant la richesse que peut apporter la lecture du langage corporel est bien plus grande.

Dans l'accompagnement sexothérapeutique, savoir-faire une lecture précise et rigoureuse du langage du corps est un outil professionnel précieux, notamment dans le champ de la sexualité.

Problématique

En quoi la lecture du langage non verbal peut-elle révéler des incongruences en clinique sexologique ? Quelles pistes offre-t-elle ? Et avec quelle méthodologie la pratiquer ?

Méthode

Dans le cadre d'un atelier exploratoire, nous découvrirons en quoi consiste précisément le langage non verbal et nous mettrons en évidence la nécessité d'avoir une grille rigoureuse comme celle établie par le Sexocorporel, qui s'appuie sur les trois lois du corps.

Nous verrons à quelles hypothèses cette lecture corporelle, notamment concernant le vécu émotionnel et sexuel d'une personne et dans quelle posture thérapeutique l'exploiter.

Nous aborderons la question du langage corporel du thérapeute, ce qu'il apporte au patient et en quoi il possède un potentiel inductif pour lui permettent d'évoluer (neurones miroir).

Enfin, nous ferons des liens entre certaines postures de patient et certains troubles sexuels.

Conclusion

Faisant l'objet d'un apprentissage rigoureux, la lecture corporelle est un outil précieux dans tous les temps thérapeutiques : l'évaluation, le diagnostic, et en tant qu'inducteur d'apprentissages chez nos patients.

MOTS CLÉS

Langage corporel, langage non-verbal, sexothérapie, évaluation, sexocorporel

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Tonella Guy, Heinrich Clauer Vita. Aux fondements des thérapies psychocorporelles, l'analyse bio énergétique de Lowen à nos jours. Enrick Éditions, 2015

Célestin Lhopiteau Isabelle, Wanquet Thibault Pascale. Guide des pratiques psychocorporelles, ressources pour les soins et la santé. Elsevier, 2018

Desjardins Jean-Yves. Approche sexocorporelle, la compétence érotique à la portée de tous. in La sexothérapie, direction El Feki M.. de Boeck, 200

Panini W., Andreoli A.. Éros et changement. Le corps en psychothérapie. Payot,1981

Éduquer à la sexualité : intimité(s) préservée(s) ? Quelle posture éducative ?

Farida Gayrard

Sexologue, Chargée de cours au DIU de sexologie et au Master d'Education à la Sexualité, Toulouse II et III Toulouse (31) fbenimah@free.fr

Marie-Line Lassagne

Sexologue, Formatrice ISI en Sexocorporel, Chargée de cours au DIU de sexologie et au Master d'Education à la Sexualité Toulouse II et III, Soyaux (16) et Bruges (33) ml-lassagne@neuf.fr

Introduction:

Il est fréquent de lire, d'entendre plusieurs arguments s'opposant à l'éducation sexuelle, qui revendiquent le droit à l'intimité. Ce qui est précisément évoqué c'est le droit et le devoir de préserver l'intimité des personnes éduquées, que ce soient des enfants, des adolescents, des adultes, en situation de handicap ou non, ou le risque de laisser transparaitre sa propre intimité de la part des professionnels.

Selon G. Eid, l'intimité sexuelle est le fondement de l'intime (Eid, 2001). Elle se construit tout au long de la vie, de manière variable en fonction des cultures, l'intimité étant un concept culturel. Et elle évolue par périodes selon le modèle proposé par Erikson en 1968 pour le développement de l'identité.

Cette intimité est souvent « intimement » liée au secret.

Mais cela conduit inévitablement à garder sous le couvert du secret, des souffrances relationnelles, des violences sexuelles, des vécus intimes non-dits, des apprentissages sexuels non faits, de l'ignorance... des croyances, des représentations erronées, des mythes...

La conséquence est le maintien du secret concernant le plaisir sexuel.

L'Organisation mondiale de la santé donne une définition intégrative de la sexualité (1974, 2002). Il en découle que l'intime s'exprime par le corps, les pensées et les émotions

Selon Willy Pasini (1991), entrer en intimité c'est avoir la capacité de partager pensées, émotions, sentiments privés avec une personne privilégiée et qui « compte »

On peut ajouter que certains comportements ou attitudes peuvent être considérées comme intimes selon la perception de chaque une personne.

Problématique

Comment conjuguer l'éducation à la sexualité avec le respect de l'intime ? Quelle est la place de l'éducation dans l'intime et la place de l'intime dans l'éducation ?

Méthode

La circulaire 2003-027 du 17 février 2003, indique que « l'éducation à la sexualité doit trouver sa place sans heurter les familles ou froisser les convictions de chacun ».

Nous verrons comment il possible de parler de sexualité sans que l'éduqué.e ni l'éducateur.trice ne livrent leurs intimités : quels outils et quelle posture éducative rendent possible le fait de toucher le plus intime de l'individu (ses pensées, ses émotions, son vécu

corporel et relationnel), sans qu'il ou elle soit amené.e à l'évoquer, et sans évoquer non plus sa propre intimité en tant que professionnel.le

Nous passerons en revue différentes postures en les interrogeant. Et nous verrons quels savoirs et savoir-faire donnent les clés d'un savoir-être et d'une posture qui permet à l'éducateur.trice à la sexualité de ne pas laisser transparaitre son intimité et d'offrir à l'individu la possibilité de préserver ce qu'il choisit de considérer comme son intimité.

MOTS CLÉS:

Posture éducative, intimité sexuelle, éducation sexuelle, éducation à la sexualité, outils pédagogiques

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

- 1- Eid Georges ; L'intimité ou la guerre des sexes : le couple d'hier à demain. Paris : L'Harmattan.187 p, 2001
- 2- Erikson E.H.. Adolescence et crise, la quête de l'identité. Paris. Flammarion, 1972
- 3- Tisseron Serge. L'intimité surexposée. Hachette Littérature, 2008
- 4- Colson Marie-Hélène. Âge et Intimité Sexuelle. Fond. Nationale de Gérontologie | « Gérontologie et société ». 2007/3 vol. 30 / n° 122 | pages 63 à 83
- 5- Biscarrat Laetitia. Montrez ce sexe que je ne saurais voir : Genre et sexualité Dans la série Sex Education (NETFLIX, 2019) La Découverte | « Mouvements » 2019/3 n° 99 | pages 104 à 110
- 6- Gagnon M, Thériault J.. Intimité et relation de couple. Bulletin de psychologie 2006/1

Session association - en partenariat avec ANCCEF

« Jardin secret » dans nos pratiques de conseillers conjugaux et familiaux

- Anne DUBOIS-DEJEAN, CCF, thérapeute de couple et sexologue, présidente de l'Anccef, Clermont-Ferrand
- Bruno MONTEL, conseiller conjugal et familial, thérapeute de couples et sexothérapeute, Chambéry
- Christine LEFEBVRE, conseillère conjugale et familiale, sexologue, vice présidente de l'Anccef, Amiens

Le « Jardin secret » dans nos pratiques de Conseil Conjugal et Familial

Anne Dubois-Dejean CCF, thérapeute de couple et sexologue, présidente de l'Anccef Clermont-Ferrand anneduboisdejean@gmail.com

Bruno Montel Conseiller conjugal et familial, thérapeute de couples et sexothérapeute Chambéry montel.ccf@gmail.com

Christine Lefebvre
Conseillère conjugale et familiale, sexologue, vice présidente de l'Anccef
Amiens
chri80.lefebvre@gmail.com

Introduction:

Le conseil conjugal et familial est un métier au carrefour de la sexualité, du conjugal et du parental, au travers d'exemples cliniques, de jeux interactifs avec la salle, trois CCF vous proposent un échange sur leurs pratiques et « le secret » qui vient pousser dans leurs jardins que ce soit en entretien de couple ou en animation collective ou en centre de planification...

Déroulement de l'atelier en plusieurs temps :

Le conseil conjugal et familial, un métier dont le nom encore aujourd'hui entraine des amalgames

Quelles sont les représentations communément admises de cette profession ? Si ces missions ne sont pas secrètes elles semblent parfois méconnues...

Un débat mouvant est proposé au public pour réfléchir collectivement sur des questions très concrètes du métier de Conseiller Conjugal et Familial, dans leurs différentes missions, autour du thème du jardin secret. Chacun des trois intervenants anime un débat mouvant et partage immédiatement des éléments de sa pratique.

- Une présentation de nos vécus lors des interventions d'Education à la Vie Relationnelle Affective et Sexuelle en milieu scolaire viendra illustrer nos limites, notre place. Qu'il s'agisse du cadre de l'intervention, de la gestion de l'intimité de la vie sexuelle du jeune dans la sphère privée, de la difficulté de la confrontation à l'intimité des parents ou de l'émergence de secrets au cours de la séance, la question du jardin secret est omniprésente.
- Les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF), lieux « secrets » : secret visà-vis des parents, de l'institution. Comment composer avec le mineur, qu'il s'agisse du secret garanti au jeune pour la prescription de moyens de contraception ou dans le cadre d'une Interruption Volontaire de Grossesse, ou de la conciliation du respect du secret dans le cadre d'un espace public : « jardin secret ou jardin public ».
- Enfin, dans les consultations de conseil conjugal comment travailler avec tous les secrets : secret de l'histoire de chacun, secret dans l'actualité du couple, secret du cadre de travail ou

de la confidentialité des éléments apportés en séances, la question du jardin secret est omniprésente.

Conclusion : A chaque étape de la vie affective, relationnelle et sexuelle les CCF sont parfois les dépositaires de secrets : qu'ils gardent secrètement, partagent parfois et écoutent toujours...

MOTS CLÉS:

jardin secret, éducation sexuelle, IVG, consultations conjugales

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

M. Challan-Belval. Osez en parler ! Savoir Parler d'amour et de sexualité avec ses enfants. Interéditions ; 03- 2019

- C. Kruse, B. Bastard. Il faut qu'on en parle, Editions du Rocher ; 11-2019
- F. Peltier. Donnez du bonheur à votre couple, Edition Dunod 03- 2019
- « e-Différences » ; Revue numérique de l'Association Nationale des Conseillers Conjugaux Et Familiaux : https://www.anccef.fr



Prix du Meilleur **MÉMOIRE**

Prix du Meilleur Mémoire

E. Huyghe / P. Desvaux

 Comportements sexuels d'adultes présentant un trouble du spectre de l'autisme et un handicap intellectuel : État des lieux et perspectives pour le sexologue

Romain Taton - Université de Paris. Pôle Santé sexuelle, Sexologie et droits humains

• Sexualité des personnes souffrant de troubles psychiques : De la difficulté à la dysfonction sexuelle

Imane Benradia - Université de Lille-Faculté de médecine d'Amiens

• Enquête sur la satisfaction sexuelle féminine : Quelle place pour les sensations génitales ?

Agnès Begarin - Université de Nantes

• Le diabète en toute intimité : La santé sexuelle dans le suivi médical des femmes diabétiques

Isabelle Chanoine - Université de Toulouse III Paul Sabatier

Rôle de l'éducation à la sexualité dans la pratique de la fellation par les femmes, en France

I Angèle Hery-Schaeffer - Université de Lorraine

Comportements Sexuels d'Adultes présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme et un Handicap Intellectuel : Etat des lieux et Perspectives pour le Sexologue

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE DE SEXOLOGIE & D'ETUDES DE LA SEXUALITE HUMAINE

UNIVERSITE DE PARIS - Pôle Santé Sexuelle, Sexologie et Droits Humains Promotion 2018-2020 : Simone et Antoine Veil

Romain Taton romain.taton@ch-lerouvray.fr

Introduction:

Les recommandations actuelles relatives à l'accompagnement des adultes avec un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) et une Déficience Intellectuelle (DI) préconisent la prise en compte des besoins en matière de santé sexuelle et de l'éducation spécialisée nécessaireà l'épanouissement de leur sexualité (Anesm, 2010). Parallèlement, les données relatives à un état des lieux des conduites sexuelles, des pratiques d'interventions et des besoins concernant la sexualité de ces personnes sont pratiquement inexistantes (HAS, 2017).

Ce travail a pour objectif de proposer une enquête portant sur les conduites sexuelles et les dimensions susceptibles de permettre l'ébauche d'une identification du profil sexuel et des besoins des adultes avec Autisme et DI accompagnés dans des établissements médicosociaux.

A travers cette approche il s'agit également d'y interroger le positionnement, les missions et les interventions du professionnel sexologue.

Méthode:

La méthodologie retenue consiste à diffuser un questionnaire original permettant le recueil et l'analyse de données anonymées afin de mieux appréhender les comportements, les profils et les antécédents sexuels de 87 adultes avec TSA et DI ainsi que ceux de deux groupes de comparaisons : 30 adultes avec DI sans TSA et 32 neurotypiques, soit 149 sujets au total.

Résultats:

Les résultats permettent l'identification de particularités chez les personnes avec TSA et DI, selon leurs profils sensoriels, cognitifs et parfois leur sexe, qui peuvent les distinguer des personnes avec DI sans autisme comme des personnes neurotypiques. Ces dimensions sont autant d'axes d'interventions auquel le professionnel sexologue pourra s'efforcer de répondre.

Conclusion:

Les résultats issus de notre enquête exploratoire figurent parmi de trop rares premières étapes vers une meilleure connaissance des conduites sexuelles et des manifestations de la sexualité des personnes avec TSA et DI. Elles sont pourtant nécessaires à l'amélioration des modalités d'accompagnement proposées dans les structures spécialisées qui accueillent ces personnes.

MOTS CLÉS:

Autisme, TSA, Déficience Intellectuelle, Sexualité, Comportements Sexuels.

Sexualité des personnes souffrant de troubles psychiques : de la difficulté à la dysfonction sexuelle

DIPLOME INTERUNIVERSITAIRE DE SEXOLOGIE UNIVERSITÉ DE LILLE, FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNES, FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS 2017-2020

Imane Benradia ibenradia@epsm-lm.fr

Introduction:

Les troubles sexuels sont fréquemment observés en psychiatrie et en santé mentale. Ils impactent significativement le vécu du trouble psychique et se voient aggravés par certains traitements psychotropes. Les autorités sanitaires recommandent une meilleure prise en compte de la qualité de vie sexuelle des personnes souffrant de troubles psychiques. Le pôle de santé mentale de la banlieue Est de Lille (59G21) intègre l'abord des difficultés sexuelles lors de l'entretien d'accueil des patients. L'objectif de ce travail est d'apprécier la qualité de vie sexuelle de ces patients en étudiant les « difficultés sexuelles » abordées en entretien « nouvelle demande » et en évaluant les « dysfonctions sexuelles » féminines et masculines avec des questionnaires diagnostiques validés.

Matériel et outils :

Une première étude des « difficultés sexuelles » a été réalisée à partir de 716 entretiens d'accueil des patients consultant pour un trouble psychique. Vingt-quatre variables sociodémographiques, d'antécédents somatiques, de consommation de traitements, d'exposition à la violence et de difficulté sexuelle ont été recueillies à partir du dossier patient informatisé. Les diagnostiques de troubles psychiques ont été identifiés à partir du questionnaire Mini (Mini International Neuropsychiatric Interview). Une seconde étude évaluant les « dysfonctions sexuelles » a été réalisée auprès de 62 patients ayant accepté de renseigner les questionnaires sexologiques : le FFSI pour les femmes et le MSHQ pour les hommes. Les données sociodémographiques et de santé ont été recueillies selon la même procédure que dans la première étude.

Résultats:

Etude (1) : dix-sept pour cent des patients rapportent une difficulté sexuelle. La principale difficulté exprimée est une libido perturbée. L'expression d'une difficulté sexuelle est liée à l'âge et à la présence d'un trouble de l'humeur. Les facteurs de risque de rapporter une difficulté sexuelle sont : être en couple, consommer un traitement ayant un effet indésirable sur la sexualité, notamment les antidépresseurs, avoir un antécédent de pathologie somatique impliquant la sphère uro-génitale/gynécologique et avoir été exposé à la violence physique ou verbale.

Etude (2): les prévalences des dysfonctions sexuelles sont de 73% chez les femmes selon le FSFI et de 72% chez les hommes selon le MSHQ. La fréquence de difficulté sexuelle est de 54% chez les hommes et de 32% chez les femmes. Un besoin de suivi sexologique a été exprimé par 30% des patients présentant une dysfonction sexuelle.

Conclusion:

L'exploration de la difficulté sexuelle et l'évaluation des troubles sexuels ont confirmé l'importance des troubles sexuels chez des patients souffrant de troubles psychiques.

L'identification des facteurs liés aux traitements ayant un effet indésirable sur la sexualité et la santé somatique témoignent de l'intrication de facteurs psychologiques, somatiques et socioculturels. L'articulation des soins des troubles psychiques avec la sexologie serait ainsi un enjeu considérable, notamment pour l'optimisation de la compliance aux soins en santé mentale.

MOTS CLÉS:

Difficulté sexuelle, dysfonction sexuelle, troubles psychiques, facteurs de risque, sexologie.

Enquête sur la satisfaction sexuelle féminine : Quelle place pour les sensations génitales ?

DIPLOME INTERUNIVERSITAIRE DE SEXOLOGIE Université de Nantes Année universitaire 2019-2020

Agnès Begarin cabinetmedical@begarin.fr

Introduction:

L'objectif est de réaliser un état des lieux de la satisfaction sexuelle au sein de ma patientèle. Déterminer l'importance des sensations génitales dans la satisfaction sexuelle. Tirer des conclusions de l'enquête permettant la mise en place d'actions à visée de ma patientèle mais également du grand public au sein de mon établissement de santé

Méthode:

Enquête en ligne au sein de ma patientèle mais également de l'entourage professionnel et amical auprès de femmes de plus 18 ans quelle que soit leur orientation sexuelle, à partir d'un questionnaire auto-administré.

Résultats :

768 réponses dont 487 questionnaires exploitables. 72,69% des participantes satisfaites de leur sexualité avec une note moyenne de 6,63(sur 10).

Facteurs influençant positivement la satisfaction sexuelle : se sentir désirable, exprimer ses besoins sexuels, prendre soin de soi,.

Conclusion:

Cette enquête a permis de mettre en évidence un taux de satisfaction sexuelle élevée dans cette population. Le lien a été établi avec les sensations génitales.

Des actions à visée d'un plus large public peuvent permettre d'améliorer ces chiffres de satisfaction sexuelle.

MOTS CLÉS:

Sensations génitales, satisfaction sexuelle, apprentissages, agentivité sexuelle, santé sexuelle

Le diabète en toute intimité. La santé sexuelle dans le suivi médical des femmes diabétiques

Isabelle Chanoine Sage-femme Toulouse Lasibel.sf@gmail.com

Introduction:

L'objectif de cette étude est de mieux comprendre les caractéristiques de la santé sexuelle des femmes diabétiques et d'évaluer si celles-ci sont prises en compte dans le suivi médical. La littérature sur les hommes diabétiques est très riche sur ce sujet, alors que seules quelques études se sont intéressées aux femmes. A notre connaissance, il n'existe aucune recherche française sur ce sujet. Il s'agit du premier article français qui se focalise sur des données permettant d'améliorer la prise en charge sexologique des femmes diabétiques.

Méthodologie:

Il s'agit d'une étude transversale, à la fois quantitative et qualitative, visant à mesurer l'impact du diabète sur la sexualité des femmes. Cet impact est étudié en comparant les résultats du score FSFI avec des cofacteurs tels que l'état de santé (évalué par la collecte des données médicales) et l'équilibre psychologique mesuré par le questionnaire HAD. Les questionnaires ont été distribués par internet. Les données extraites ont été exploitées sous Excel®. Quant aux tests statistiques, ils ont été traités avec le site Biostatgv, le logiciel Stata®, le test t de student et le test de Mann-Whitney.

Résultats :

Le nombre total de réponses était de 258, 129 femmes diabétiques et 129 femmes témoins appariées. Les âges allaient de 17 à 72 ans. Les femmes diabétiques étaient plus susceptibles que les femmes non diabétiques de souffrir de dysfonctionnement sexuel (p=0,002). Cette différence est principalement liée aux comorbidités : troubles psychologiques (p<0,001), complications ophtalmologiques (p=0,011), infections génito-urinaires récurrentes (p=0,027). 47% des femmes diabétiques étaient conscientes de l'impact du diabète sur leur sexualité, mais seulement 18% (contre 51% des femmes non diabétiques) avaient pu discuter de la sexualité lors de leur visite médicale.

Conclusion:

Notre étude a confirmé une fréquence plus élevée de difficultés sexuelles pour les diabétiques, notamment en termes de lubrification, de douleur et de satisfaction. Il semble important d'améliorer la santé et la qualité de la sexualité chez les femmes diabétiques. La mise en place de services multidisciplinaires réunissant les spécialités impliquées dans le traitement des patients diabétiques serait optimale. Le suivi médical de ces femmes, ainsi que leur ressenti, pourraient faire l'objet d'études approfondies.

MOTS CLÉS: d

Diabète - Femmes - Sexualité - Suivi médical - Dysfonction sexuelle Diabetes - Women - Sexuality - Medical care - Sexual Dysfunction

Rôle de l'éducation à la sexualité dans la pratique de la fellation par les femmes en France

Angèle Hery-Schaeffer Reims-Metz schaeffer.angele@orange.fr

Objectif du mémoire :

Faire un état des lieux des habitudes et du ressenti des femmes vis-à-vis de la fellation au sein de leur couple et évaluer le rôle de l'éducation à la sexualité dans cette pratique, de sorte à permettre aux sexologues d'accompagner au mieux les patientes qui le souhaitent.

Résultats:

Notre étude qualitative, descriptive et déclarative a été menée auprès de 884 femmes âgées de 18 à 73 ans. Elle montre qu'une grande majorité des femmes apprécie la fellation, avec un impact de l'âge tant au niveau de la pratique que de ce qui la motive. On retient une influence de l'éducation à la sexualité reçue en milieu scolaire, mais rien de significatif concernant l'apport familial. La curiosité pour la sexualité de manière générale est un facteur favorisant la pratique de la fellation, que les femmes voient comme un apport à l'équilibre de leur couple. Les répondantes désireuses de plus amples informations ne se tournent pas vers les sexologues, mais choisissent plutôt le dialogue avec leur conjoint ou leurs amies.

Discussion:

L'éducation à la sexualité reçue en milieu scolaire, ainsi que les informations recueillies tout au long de leur vie, permettent aux femmes de pratiquer la fellation avec plaisir au sein de leur couple. Mais malgré le souhait des Autorités de dispenser les informations nécessaires à l'amélioration de la santé sexuelle de la population, des progrès sont encore à faire et les sexologues y ont une place de choix.

MOTS CLÉS: d

Fellation, éducation à la sexualité, couple, sexologue



Résumé des COMMUNICATIONS LIBRES

Communications Libres

Session 1

Modérateurs : Jean Roger DINTRAS, psychiatre, Paris – Nadia FLICOURT, infirmière sexologue, Astaffort

- «Jouir d'avoir mal» : Comment comprendre les pratiques sexuelles masochistes ?
 - Olivia BENHAMOU, psychologue clinicienne, Rouen
- Création d'un « Escape Game pédagogique » et d'un quizz numérique sur la vie affective et sexuelle dans un lycée
 Corinne KNAFF, cadre supérieur de santé, Massy
- Une équipe de 39 professionnels unis contre les violences sexuelles
 Sophie ROCHER, Cholet
- Etude comparative des motivations sexuelles auto-déclarées de jeunes adultes et des représentations de motivations sexuelles de professionnels intervenants en éducation sexuelle
 Brice GOUVERNET, maître de conférences en psychologie, Rouen
- De quelques atteintes au secret de l'instruction ou le secret de polichinelle
 - Jacques DELGA, professeur, Paris

"Jouir d'avoir mal" : Comment comprendre les pratiques sexuelles masochistes ?

Olivia Benhamou Psychologue & Sexologue Rouen, France olivia.benhamou@wanadoo.fr

Introduction

Les pratiques sexuelles masochistes relèvent du champ des paraphilies et d'un monde sexuel sinon secret, du moins, mystérieux. La rencontre avec un patient masochiste suivi en psychothérapie a attiré notre attention sur cette sexualité, jusqu'alors totalement inconnu de nous.

Pour cet homme, vivre des séances régulières avec une Domina qui lui donnait des ordres, exigeait sa nudité, l'attachait, lui bandait les yeux, lui pinçait le sexe et les tétons avec des ustensiles, l'humiliait verbalement, était indispensable mais... n'était acceptable qu'à condition de comprendre pourquoi il en avait besoin et à quoi cela lui servait. Il nous a inspiré cette recherche dont les objectifs étaient d'apporter des éléments de réponse aux questions suivantes :

- -En quoi consistent les pratiques sexuelles masochistes et comment les comprendre ?
- -Quelle est la genèse du fantasme de masochisme sexuel ?
- -A quel moment de l'existence se crée-t-il ?
- -Peut-on repérer des éléments communs dans la biographie des masochistes sexuels ? Nos hypothèses étaient les suivantes :
- 1.Les pratiques sexuelles masochistes contribueraient à l'équilibre psychique de leurs adeptes.
- 2.Les pratiques sexuelles masochistes seraient une solution de compromis à une difficulté ou un problème posé au sujet.
- 3. Par rapport à la douleur, les pratiques sexuelles masochistes seraient-elles l'expression d'un besoin d'éprouver/ de (re)trouver des sensations fortes, en lien avec un évènement traumatique passé ? Y-aurait-il une dimension traumatophilique dans cette recherche de la douleur physique, et parfois morale ?

Méthode

En deux ans de recherche active via des clubs BDSM, des auteurs de livres sur le sujet et des Dominas, nous avons obtenu les témoignages de 16 sujets ayant des pratiques sexuelles masochistes. Il s'agit de 6 femmes et 10 hommes, âgés de 21 à 85 ans. Nous leur avons fait passer un questionnaire dont la spécificité repose sur la mise en perspective entre les pratiques et l'itinéraire de vie des sujets. La question centrale étant : y-a-t-il des évènements de vie particuliers, ou des configurations familiales spécifiques chez les pratiquants du masochisme sexuel.

Le recueil des données s'est fait par entretiens téléphoniques, enregistrés, puis décryptés et retranscrits. Chaque entretien a duré entre 1h30 et 2h30. Les résultats de ce travail de recherche sont présentés sous forme d'analyse de contenu, thématique, en listant les thèmes explorés tout au long du questionnaire et en intégrant également ceux abordés par les sujets, non anticipés par nos hypothèses.

Résultat

Tous nos sujets affirment que ces pratiques remplissent une fonction pour eux, leur permettant de trouver un certain équilibre.

Les pratiques sexuelles masochistes peuvent constituer une solution à un trouble d'ordre sexuel, dégageant notamment le sujet de la responsabilité d'une « performance sexuelle », et/ou permettant d'avoir une relation intime et érotique avec un partenaire malgré ce trouble - en particulier un trouble de l'érection rendant impossible la pénétration.

Les pratiques sexuelles masochistes peuvent représenter une solution à un conflit psychique de type phobique : permettant d'être en relation à l'autre tout en évitant un contact trop proche dont le « rapport sexuel », ou coït classique, craint pour différentes raisons.

Les pratiques sexuelles masochistes auraient à voir avec une modalité relationnelle précoce expérimentée dès la petite enfance. Du côté du « trop » ou du « pas assez », la majorité des sujets de notre étude ont eu à faire avec une instabilité relationnelle par carence de soins ou excès de violence-excitation. Les pratiques sexuelles du registre masochiste semblent dans ce contexte représenter un moyen de symboliser et de métaboliser ces effractions traumatiques expérimentées dès leur prime enfance.

Ces pratiques auraient ainsi une fonction principalement anxiolytique permettant de faire baisser leur niveau d'angoisse, et une fonction d'exutoire, toutes deux auto-thérapeutiques. Il s'agirait donc de jouer et de rejouer activement une scène traumatique, pour tenter de la vider de sa substance mortifère (qui réduit la victime à un statut de passivité) en en tirant une jouissance érotique, du côté de la pulsion de vie.

La douleur dans le contexte des pratiques SM pourrait permettre de retrouver des sensations perdues du fait de la dissociation traumatique vécue à répétition pendant les abus subis par le sujet.

Il faut relativiser la place des abus sexuels, en tant qu'éventuel facteur déterminant pour des pratiques sexuelles ultérieures du registre SM, en la mettant en perspective avec la question du modèle familial de nos sujets.

En effet, 14 sujets sur 16 ont grandi dans des familles à fonctionnement pathologique, et plus précisément, 11 sujets ont grandi dans des familles où régnaient une violence physique et/ou psychologique avec relation d'emprise, donnant lieu à des expériences traumatiques répétées. Dans leur témoignage, ils établissent tous (plus ou moins explicitement) un lien entre ce qu'ils ont vécu dans leur histoire personnelle, et ce qu'ils recherchent dans leurs pratiques sexuelles, notamment, en termes d'abus consentis, de quête de la contrainte, de la peur, de l'humiliation... Ils chercheraient ainsi à revivre dans leur sexualité, sous différentes formes, le rapport de forces inégal expérimenté dans l'enfance, soit en tant que témoin face à des violences conjugales ou visant la fratrie, soit en tant que victime de ces violences physiques et/ou psychologiques. Mais en étant cette fois acteurs, actifs, et non plus témoins passifs, soumis à une effraction traumatique imprévisible et débordante. La sexualité SM offrirait ainsi la possibilité de retrouver cette intensité via des messages contradictoires (alternance de douleur et de tendresse) comme source d'excitation sexuelle.

Conclusion

S'il existe indéniablement un lien entre les pratiques sexuelles masochistes et un vécu traumatique passé, celui-ci ne repose pas uniquement sur des abus sexuels mais aussi sur un environnement familial pathologique générateur de traumatismes répétés dans l'enfance. L'influence de la constellation familiale et des expériences relationnelles précoces est donc centrale, dans la genèse des fantasmes sexuels et dans le vécu ultérieur de nos sujets, voire plus importante que celle des abus sexuels.

Il nous paraîtrait très intéressant de mener à l'avenir la même étude auprès de sujets se reconnaissant sous le qualificatif de dominateurs.trices/sadigues, pour tenter de comprendre

leur cheminement personnel et le comparer ainsi, aux résultats obtenus dans cette étude sur les masochistes sexuels.

MOTS CLÉS:

Masochisme, douleur, jouissance, violence, fantasmes, sexualité

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

- 1-André J. (Sous la dir.), 2000, L'énigme du masochisme, PUF, Petite Bibliothèque de psychanalyse
- 2-Bonnet G., 2008, La perversion, se venger pour survivre, PUF, Bibliothèque de psychanalyse.
- 3-Bonnet G., 1983, Les perversions sexuelles, PUF, Que sais-je?
- 4-Burch N., 2015, L'amour des femmes puissantes : introduction à la viragophilie, Editions EPEL
- 5-Crépault C., 2007, Les fantasmes, l'érotisme et la sexualité, Editions Odile Jacob
- 6-Croset-Calisto M., 2017, Bondage, théorie érotique des cordes et de l'attachement, La Musardine.
- 7-Deleuze G., 1967, Présentation de Sacher Masoch, le froid et le cruel, Editions de Minuit.
- 8-Doppet F.-A., 1788, Traité du fouet, 2011, Payot. Préface, Brenot P.
- 9-Faure-Pragier S., 2000, Être pervers pour exister. Klim, l'homme aux deux noms, Presses Universitaires de France, pp. 9-30.
- 10-Fur G., 2016, Dictionnaire du BDSM, La Musardine
- 11- Holzmann D. & Kulish N., 2014, The clinical problem of masochism, Ouvrage collectif, Ed. Rowman & Littlefield
- 12-Jauffret R., 2010, Sévère, Seuil.
- 13-Krafft Ebing R. Von, 1895, Psychopathia sexualis, Camion Noir Éditions, 2012
- 14-Love B., 1992, Dictionnaire des fantasmes, perversions et autres pratiques de l'amour. Éditions Blanche, 1997.
- 15-Réage P. 1954, Histoire d'O., Le Livre de Poche, 1999.
- 16-Rousseau J-J, 1782, Les Confessions
- 17-Sacher Masoch L. Von, 1870, La Vénus à la fourrure, Pocket Editions, 2013.
- 18-Stoller R., 1975, « La perversion, forme érotique de la haine », 1975. Petite Bibliothèque Payot, Essais. 2007.
- 19-Ungerer T., 1976, « S.M., Les anges gardiens de l'enfer », 2000. Cherche Midi Éditeur.
- 20-Yxes & Bier, 2018, SM le Maudit, Éditions Dynamite/La Musardine

Articles

1-De Eugenio Perez G., 2017, « Le parcours du masochiste : de la perversion à la transgression », Criminocorpus (en ligne), Sujets déviants, sujets pervers. Pathologie mentale, sexualité et expérience de l'autre, Communications.

http://journals.openedition.org/criminocorpus/3430

- 2-De M'Uzan M., 1972, « M. le Maso, Un cas de masochisme pervers, esquisse d'une théorie », in De l'art à la mort, Paris, Gallimard, 1977, pp125-150.
- 3-Degryse L., 2002, « Mystiques et libertés sado-maso », Le philosophoire, Vrin, 2002/1 n° 16 | pages 55 à 70.
- 4-Freud S., 1905, « Les aberrations sexuelles », in Trois essais sur la théorie de la sexualité
- 5-Freud S., 1919, « Un enfant est battu, contribution à la connaissance de la genèse des perversions sexuelles », Payot.
- 6-Freud S., 1924, « Le problème économique du masochisme », Payot.
- 7-Senzo M., 2014, « La communication codifiée du BDSM », Hermès, La Revue 2014/2 (n° 69), p. 59-61.
- 8-Weiss, J., 1998, « Bondage Fantasies and Beating Fantasies ». Psychoanal Q., 67(4):626-644.

Création d'un « Escape Game pédagogique » et d'un quizz numérique sur la vie affective et sexuelle dans un lycée

Corinne Knaff
Direction de la protection maternelle et infantile et de la santé
Conseil départemental de l'Essonne
cknaff@cd-essonne.fr

Introduction

Afin de répondre aux objectifs de la stratégie national de santé sexuelle 2018 - 2020 et la stratégie nationale de santé 2018-2022 (axe 1 .Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive) les équipes du CeGIDD/CSS, du CPEF et de l'éducation nationale ont créer un escape game pédagogique sur la thématique de la santé sexuelle auprès de 3 classes de seconde.

Les objectifs de l'escape game :

- Eduquer les jeunes à la sexualité, à la santé sexuelle et aux relations entre les personnes,
- améliorer l'impact des informations en SS, en paticulier chez les jeunes
- améliorer l'information en SS en utilisant les nouveaux outils de communication : favorisant les changements de comportements par des jeux de loisirs éducatifs qui on pour objectifs l'autonomie, la satisfaction et la sécurité en lien avec la sexualité (dépistages IST, information contraception, etc.)

Cette action remplace les forums organisés les années précédentes et qui ne répondaient plus aux attentes des élèves.

Méthode

Action en 2 temps : Escape game et Kahoot

1/ L'escape game pédagogique est un jeu grandeur nature dans lequel les élèves doivent résoudre des énigmes en 60 minutes, le tout dans un contexte pédagogique (utilisation du nom du lycée "René Cassin" pour construire les 9 énigmesde l'escape game).

Les élèves mènent l'enquête en circulant librement dans les différents espaces des lieux. Les joueurs, par groupe de 4 doivent chercher des indices qui sont autant de jeux logique, d'observation, de réflexions disséminés, puis les combinent entre eux pour pouvoir résoudre l'enquête principale.

L'intervention d'acteurs (professionnels du CeGIDD, du CPEF, de l'éducation nationale (professeurs SVT, infirmière scolaire, CPE, élèves de la vie scolaire), Club de prévention, Csapa, interviennent et guident les joueurs au fur et à mesure.

2/ Kahoot : plate-forme d'apprentissage ludique, utilisée comme technologie éducative sur le dépistage, la contraception , les IST, la prévention combinée, les lieux ressources. Les médecins du CeGIDD et CPEF ont apportés des compléments d'informations et répondaient aux questions.

Tenu d'un stand avec des préservatifs , plaquettes et flyers sur le dépistage, les outils de contraception, les premières fois, les addictions, la prévention combinée.

Résultat

Utiliser cet outil permet de penser la formation autrement de manière ludique et interactive. Les 9 énigmes pour trouver "René Cassin" étaient sur les sujets suivants : respect, haine, enceinte, contraception, Simone Veil, sida, infection IST. Le facteur temps est important et donne un challenge supplémentaire : palmarès des 3 meilleures équipes. Ce jeu entraine une cohésion de groupe et une réflexion collective.

Le jeux sur l'application Kahoot est aussi un jeu d'équipe avec un classement de la meilleure équipe, il apporte de la connaissance sur les structures gratuites (CPEF et CeGIDD), sur les différent moyens de contraception, sur la prévention combinée et sur les nouveaux messages de prévention.

Ces jeux d'évasion sont des outils qui favorisent l'engagement des élèves par les motivations intrasèque et extrinsèque mais aussi par dla collaboration au sein du travail de groupe permettant aussi le développement de compétences des élèves.

Conclusion

Les années antérieures les interventions étaient sous le format de forum et ne correspondaient plus à l'attente des jeunes. Pour nous acteurs de la prévention il s'agit de se réinventer et de s'emparer des outils numériques et activités ludiques avec une dimension pédagogique pour faire passer nos messages de prévention.

L'escape game est un des outils qui favorise l'engagement des élèves dans l'apprentissage avec les équipes pédagogique, les professionnels de santé et les acteurs de prévention. Il permet aux élèves de développer d'autres compétences comme l'observation, l'attention, l'esprit critique et l'utilisation d'outils numériques.

MOTS CLÉS:

Escape game, numérique, jeux, pédagogie

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Références de publications, recherches, expériences :

Stratégie nationale de santé 2017 – 2022

Stratégie nationale de santé sexuelle 2017 – 2030

Biographie de René Cassin

Escape game « Opéra Garnier », Paris

« Kahoot » plate-forme d'apprentissage ludique

Tous unis contre les violences sexuelles

Sophie. Rocher Libérale Cholet, France sophierocher49@orange.fr

Introduction

La violence sexuelle détruit les êtres humains, et condamne la victime au silence. Nous savons maintenant qu'elle engendre d'authentiques maladies, que nous retrouvons au quotidien chez nos patients.

L'omerta dans les institutions, le silence et la peur font le lit des pathologies chroniques, le corps parle.

Les compétences transversales pluriprofessionnelles sont une évidence nécessaire face à ce fléau.

Une Maison de Santé pluri professionnelle s'est lancé.

Méthode

A l'origine du travail collectif, une **prise de conscience individuelle déclic** lors d'une consultation par la sage femme sexologue. Passer d'un accompagnement individuel à un accompagnement coordonné entre professionnels permet de mieux repérer les situations, de mieux les prendre en charge, voire d'intervenir sur un axe préventif. La Maison de Santé constituant un espace sécurisant pour les patients, il a semblé évident de porter un projet au sein de celle-ci.

Le protocole pluriprofessionnel est un outil d'organisation et de répartition des étapes d'une prise en charge ou d'une procédure collective entre professionnels de santé de métiers différents. Il est réalisé par et pour l'équipe à partir d'un constat de problématiques d'organisation, de prise en charge, de demandes récurrentes de patients... Il aide les professionnels à se coordonner entre eux sur une thématique précise: ici le repérage des violences sexuelles chez tout patient présentant des douleurs chroniques.

Un important travail de recherche documentaire dans la rédaction du protocole a été nécessaire.

Un protocole présente au moins un avantage de taille, celui de fédérer, d'éclairer et d'harmoniser les pratiques autour d'un même objectif, sans le risque de « bricoler » avec ses propres représentations. Il a néanmoins un inconvénient, celui que chacun devienne un technicien du protocole et en oublie le côté humain nécessaire à l'abord du sujet des violences sexuelles. C'est pourquoi il est important que ce protocole ne se substitue pas à la **formation des professionnels**, qui est un outil sur lequel s'appuie l'organisation de la prise en charge.

La formation prépare également les professionnels de santé à mener une consultation d'orientation auprès du patient en cas d'antécédents de violences sexuelles. Cette consultation est une des étapes du protocole pluriprofessionnel.

Au cours de **cette consultation d'orientation**, qui dure une heure environ, le professionnel de santé fait le point avec le patient sur :

- le diagnostic aujourd'hui
- le lien entre la pathologie chronique et les antécédents de violences sexuelles
- la compréhension du mécanisme neurobiologique du traumatisme
- le décryptage et l'explication des mécanismes d'emprise
- les mécanismes de défense et de protection mis en place par la victime
- les stratégies de l'agresseur
- les ressources (humaines, sociales, familiales) sur lesquelles la victime peut s'appuyer

- le degré d'urgence de la prise en charge au moment de la consultation
- les projets de la victime
- les pistes de réparation (il y en a toujours au moins une)

Résultat

Le suivi du protocole pluriprofessionnel a permis d'aider une cinquantaine de personnes en 6 mois par un travail de coopération interne et externe.

A terme, il pourrait être envisagé d'étendre le protocole au-delà des patients victimes de douleurs chroniques, et de poser la question des antécédents à tout patient de la MSP.

La mise en œuvre des partenariats a également mis en exergue certains besoins non couverts. Il a notamment été constaté qu'il existe une très bonne prise en charge sur les domaines juridique, psychologique, médical et social, mais qu'il n'y a actuellement que peu de prise en charge des traumatismes corporels subis par les victimes.

Conclusion

Toute personne peut guerir des pathologies liées aux violences sexuelles. La réparation, démarche sur mesure, demande un travail d'équipe pluridisciplinaire dans un parcours de soins structuré.

La prévention reste un axe prioritaire, par la formation des professionnels.

MOTS CLÉS:

violences sexuelles, secret, prévention, protocole, pluriprofessionnel

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Le groupe de travail s'est appuyé notamment sur plusieurs sites pour trouver des informations : www.stopauxviolencessexuelles.com

MIPROF[1]: <u>www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/le-secretariat-d-etat/instances/miprof-mission-interministerielle-pour-la-protection-des-femmes-victimes-de-violences/</u>

https://stop-violences-femmes.gouv.fr/

IREPS Pays de la Loire : www.irepspdl.org

[1] Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains

Etude comparative des motivations sexuelles auto-déclarées de jeunes adultes et des représentations de motivations sexuelles de professionnels intervenants en éducation sexuelle

Brice Gouvernet Cfrdp Université De Rouen Normandie Mont Saint Aignan (France) brice.gouvernet@univ-rouen.fr

Introduction

Les motivations sexuelles sont multiples et variées (Hatfield et al., 2012). Leur investigation est déterminante pour comprendre les problématiques individuelles ou les problèmes de couple L'étude des motivations sexuelles est également importante pour rendre compte des comportements sexuels sains ou à risque (Cooper et al., 1998; Péloquin et al., 2013; Stephenson et al., 2011). Les recherches actuelles sont principalement focalisées sur les motivations sexuelles auto-rapportées de jeunes adultes, majoritairement en Amérique du Nord (Gouvernet et al., 2016), plus rarement en France (Gouvernet et al., 2017). Aucune, à notre connaissance, ne porte sur la perception qu'ont les intervenants en santé sexuelle des motivations sexuelles de ces mêmes jeunes adultes. Existe-t-il un écart entre la représentation que se font ces professionnels des motivations sexuelles de jeunes adultes et les motivations auto-déclarés des jeunes adultes?

Méthode

Sujets: Quatre-vingt-neuf intervenants en santé sexuelle, majoritairement des femmes (n = 82), exerçant la profession d'infirmier/infirmière scolaire (n =55), âgés de 43 ans en moyenne, ont eu à compléter une version adaptée du Reason for Having Sex Questionnaire (YSEX, Meston et Buss, 2007, trad. Française: Gouvernet et al., 2017) afin d'évaluer la représentation qu'ils avaient des raisons pouvant conduire des jeunes adultes à adopter des relations sexuelles. Les réponses de ces 89 professionnels ont été comparées aux réponses données par 470 jeunes adultes francophones au YSEX (âge moyen: 21 ans).

Matériel : Le YSEX est constitué de 140 items recensant 140 motivations différentes pouvant conduire à la sexualité. Initialement, les sujets doivent indiquer sur une échelle de Lickert en 5 points la fréquence à laquelle chacune des motivations les a conduits à des relations sexuelles. Afin d'étudier les représentations des professionnels, la consigne initiale du YSEX a été adaptée afin qu'ils indiquent, sur une échelle en 5 point, la fréquence à laquelle chacune des motivations proposées a pu conduire des jeunes adultes, c'est-à-dire des adultes âgés entre 18 et 25 ans, à adopter des comportements sexuels. Les 140 motivations du YSEX sont catégorisées en 13 dimensions aux qualités psychométriques satisfaisantes (α >.70 pour la version américaine comme pour sa traduction française) : Réduction du stress, plaisir, désir, recherche d'expérience, acquisition de ressources, recherche de statut social, revanche, utilitaire, amour et engagement, expression des émotions, valorisation de l'estime de soi, pression et obligation, garder le/la partenaire.

Organisation des Analyses: Deux types d'analyses ont été menées. Nous avons dans un premier temps comparé les moyennes aux 13 dimensions pour nos deux groupes de sujets. Dans un second temps, des analyses des interrelations entre motivations ont été conduites dans la continuité des propositions de Gouvernet et collaborateurs (Gouvernet et al., 2016). Il s'agissait ici d'envisager les motivations sexuelles comme un système de motivations interdépendantes dont nous souhaitions déterminer l'organisation et la structure.

Traitement statistique des données: Les comparaisons multiples de moyennes ont été effectuées à l'aide du test t de student (ajustement de Holm). L'importance des différences a été évaluée avec l'indice g de Hedges. Les analyses d'interrelations ont été conduites à partir d'analyses en réseau menée sur les matrices de corrélations partielles (algorithme Glasso) entre motivations. Nous avons comparé l'importance des corrélations en deux temps. Au niveau global, le test de similarité de deux matrices de corrélations de Jennrich a été utilisé. Cette analyse globale a été complétée par des comparaisons des corrélations entre motivations par paires entre les deux groupes à l'aide de transformation z de fisher. Nous avons par ailleurs étudié les variables les plus importantes d'un point de vue systémique à l'aide des coefficients d'influence attendue.

Résultat

Comparaison de moyennes

Sur les 13 dimensions étudiées, nous observons 8 différences significatives entre nos deux groupes de sujets. L'importance moyenne des différences, évaluée à l'aide de l'effet calibré g de Hedges est de 1.13, ce qui, par convention, correspond à une différence importante entre les deux groupes. LE tableau présente les moyennes obtenues pour chacun des groupes. Les trois différences les plus importantes entre les deux groupes concernent, par ordre d'importance, les motivations orientées vers l'amélioration du statut social (g = 3.12), les motivations mues par la crainte de perdre son partenaire (g = 2.31), et l'adoption de comportements sexuels par pression ou obligation (g = 2.26). Pour ces trois motivations, les professionnels ont des scores plus élevés que les jeunes adultes. Les motivations les moins discriminantes sont celles concernant le désir, le plaisir ou l'amour et l'engagement. Pour ces trois motivations, les différences entre les deux groupes sont faibles (g < .20) et non significatives (p > .05).

Tableau 1 - Comparaisons de moyennes

Analyse en réseau

Les matrices de corrélations entre motivations différent entre les deux groupes (test de Jennrich : chi²(156) = 1152, p<.001), plaidant en faveur d'un écart entre le système motivationnel des jeunes adultes et la représentation qu'en ont les professionnels. Dix-sept corrélations sont identiques au deux groupes, 8 sont spécifiques au groupe de professionnel, 7 sont spécifiques au groupe des jeunes adultes. La figure 1 présente le réseau des corrélations significatives entre motivations pour les deux groupes de sujet. Les 3 corrélations les plus fortes communes aux deux groupes, concernent les liens entre :

- Motivations par amour et motivations pour exprimer ses émotions (professionnels : r = .68, jeunes adultes : r = .53), Ces corrélations ne diffèrent pas entre les deux groupes (z = 1.87, p > .05);
- Une sexualité motivée par une volonté de réduire son niveau de stress et une sexualité utilitaire (professionnels : r = .82, jeunes adultes : r = .70). L'intensité de ces corrélations diffère cependant entre les deux groupes (z = 2.69, p < .05) ;
- Les motivations orientées vers le plaisir et celles orientées vers la recherche d'expérience (professionnels : r = .77, jeunes adultes : r = .71). Ces corrélations ne diffèrent pas entre les deux groupes (z = 1.10, p > .05).

Les deux principales corrélations entre motivations spécifiques au groupe des professionnels concernent les liens entre motivations pour statut social et l'adoption de comportements sexuels en raison de pressions et obligations (r=.27) ainsi que les relations entre motivations par amour et engagement d'une part et valorisation de soi d'autre part (r = .23). Notons également une corrélation négative, spécifique au groupe de professionnel, celle existant entre amour / engagement et pression/obligation (r = -.17).

Les corrélations entre motivations spécifiques au groupe de jeunes adultes sont davantage centrées sur la question du plaisir. Ainsi, observe-t-on des liens entre plaisir et désir (r=.30),

plaisir et amour (r = .16). Nous trouvons également une corrélation significative spécifique au groupe des jeunes adultes : celle unissant négativement les motivations pour acquérir du statut social et les motivations par amour ou engagement.

Figure 1 : réseaux motivationnels

Les analyses des motivations les plus centrales pour la cohérence des réseaux motivationnels montre des différences entre les deux groupes en terme de structure des réseaux motivationnels. Pour les professionnels, les 3 motivations les plus centrales, évaluées à l'aide de l'indice d'influence attendue – sont la recherche d'expérience, le désir de garder son partenaire et la valorisation de soi. Pour les professionnels, le plaisir ne joue qu'un rôle minime, étant la motivation la moins influente des 13 considérées. Comme pour les professionnels, la recherche d'expérience est la motivation la plus centrale du réseau motivationnel. Le plaisir arrive quant à lui en second par ordre d'importance et non en dernier. Les motivations mues par la volonté de réduire le niveau de stress arrive en troisième position pour les jeunes adultes.

Conclusion

La perception qu'on les intervenants en santé sexuelle des motivations à la sexualité des jeunes adultes différent pour partie des motivations auto-déclarées par des jeunes adultes. Ces différences s'observent lorsque l'on considère les motivations indépendamment les unes des autres ou que l'on considère la structure des motivations, c'est-à-dire lorsqu'est privilégiée une approche plus globale des motivations à la sexualité. Les représentations des professionnels semblent davantage marquées par une conceptualisation centrée sur les potentiels enjeux identitaires et sociaux des motivations sexuels. Si aucune différence entre les deux groupes n'est à observer concernant le désir, le plaisir ou l'amour et l'engagement lorsque les motivations sont considérées isolément, Des différences peuvent être mise en valeur lorsqu'est privilégiée une approche systémique. La question du désir devient alors centrale pour les jeunes adultes et beaucoup plus périphérique pour les intervenants en santé sexuelle. Des questions émergent de ces résultats. Sont-ils le reflet d'un écart entre la réalité des jeunes adultes et les représentations des intervenants ou reflètent-ils un écart entre ce que les jeunes adultes perçoivent de leurs motivations et la réalité telle qu'elle émerge de l'expertise des intervenants?

MOTS CLÉS:

motivations sexuelles, éducation sexuelle, représentations de la sexualité

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Cooper, M. L., Shapiro, C. M., & Powers, A. M. (1998). Motivations for sex and risky sexual behavior among adolescents and young adults: A functional perspective. Journal of Personality and Social Psychology, 75(6), 1528. https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.6.1528

Gouvernet, B, Combaluzier, S., Chapillon, P., & Rezrazi, A. (2016). Sexual motivations: A critical review. Sexologies, 25(1), e24–e28. https://doi.org/10.1016/j.sexol.2015.08.002

Gouvernet, B., Combaluzier, S., Sebbe, F., & Rezrazi, A. (2017). Plurality and prevalence of sexual motivations in a sample of young francophone adults. Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology, 67(5), 231–245. https://doi.org/10.1016/j.erap.2017.08.002

Hatfield, E., Luckhurst, C., & Rapson, R. L. (2012). A Brief History of Attempts to Measure Sexual Motives. Interpersona, 6(2). https://doi.org/10.5964/ijpr.v6i2.96

Péloquin, K., Brassard, A., Lafontaine, M.-F., & Shaver, P. R. (2013). Sexuality Examined Through the Lens of Attachment Theory: Attachment, Caregiving, and Sexual Satisfaction. Journal of Sex Research, 1–16. https://doi.org/10.1080/00224499.2012.757281

Stephenson, K. R., Ahrold, T. K., & Meston, C. M. (2011). The association between sexual motives and sexual satisfaction: Gender differences and categorical comparisons. Archives of Sexual Behavior, 40(3), 607–618. https://doi.org/10.1007/s10508-010-9674-4

Dimensions	Jeunes Adultes		Professionnels				
	Moyenne	sd	Moyenne	sd	g	t	p
Réduction du stress	1,78	0,69	1,95	0.66	0,24	2,03	ns
Plaisir	3,27	0,82	3.16	0,68	0.14	1,36	ns
Désir	2,31	0,88	2,4	0,85	0,10	0,86	ns
Recherche d'expérience	2,3	0,79	2,67	0.72	0,48	4,19	+++
Acquisition de ressources	1,05	0,13	1,45	0,45	1,88	7,79	***
Statut social	1,11	0,24	2,06	0,55	3,12	15,02	***
Revanche	1,16	0,33	1,94	0,55	2,11	12,34	***
Utilitaire	1,26	0,37	1,54	0,55	0,69	4,37	
Amour et engagement	3,02	0.85	3,16	0,74	0,17	1,58	ns
Expression émotionnelle	1,96	0,75	2,13	0,85	0,23	1,74	ns
Valorisation de soi	1,75	0,63	2,32	0,68	0,89	6,96	***
Pression et obligation	1,33	0.41	2,29	0.53	2,26	15.57	***
Garder son partenaire	1,42	0,52	2,65	0,61	2,31	17,08	**:

Tableau 1 – Comparaisons de moyennes

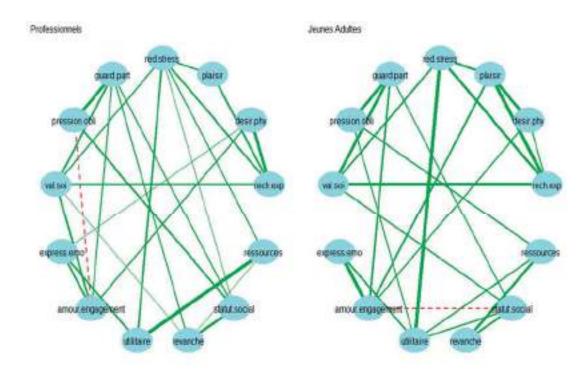


Figure I - Réseaux des motivations sexuelles

De quelques atteintes au secret de l'instruction ou le secret de polichinelle

Jacques Delga Essec Barreau Paris - Cergy-Pontoise (France) jacques.delga@orange.fr

Introduction

Le secret professionnel pourrait être appréhendé comme l'obligation de ne pas révéler les confidences que certains reçoivent dans l'exercice ou à l occasion de leurs fonctions sauf les cas prévus par la loi. Ainsi le prêtre ne devrait pas révéler le secret de la confession, le médecin la maladie de son patient, l'avocat les détournements ou même les crimes commis par son client. Les grands principes de silence liés à ces secrets ont été prévus le plus souvent par le législateur et ou le règlement intérieur des professions. A défaut de respect de ces principes il existerait une perte de confiance et de crédibilité envers ceux a qui on a pu se confier. Mais de nos jours il existe une évolution liée à divers facteurs. Il peut s'agir de a législation pour des raisons par exemple de santé publique (ex Sida syphilis), de protection générale d autrui (pédophilie) de lutte contre la fraude et le terrorisme (art 40 du code pénal /dénonciation d'infractions) Il peut s'agir aussi plus simplement de pratiques qui ne permettent plus de garantir de manière absolue le secret professionnel. Il peut s'agir enfin de l'évolution des mœurs ou de la morale qui tend à un souci plus grand de transparence

Cette évolution à ses avantages et ses inconvénients. Elle peut être bénéfique (lanceur alerte) Elle n'est pas sans danger (arbitraire, atteinte la présomption d'innocence)

Nous avons choisi dans le cadre de cette étude d'évoquer les atteintes au secret de l instruction parce que liées à la justice elles illustrent le mieux et en quelques mots l'évolution générale

I Cas généraux d'atteinte au secret professionnel lors de l'instruction Raison et historique du secret de l'instruction

La situation générale et équivoque des avocats au regard du secret

Comment un avocat ne peut il pas révéler à la famille les charges qui pèsent sur le détenu ? Le viol usuel du secret de l'instruction par d'autres que les avocats

Toutes les personnes ne sont pas tenues au secret notamment les témoins et parties civiles La situation libérale de la presse écrite ou parlée au regard du secret de l'instruction

La découverte de documents et procès verbaux ignorés par l'avocat lors d'une célèbre émission de télévision « Affaire non élucidée »

La médiatisation peut générer un renversement de la présomption d'innocence mais peut aussi servir la personne poursuivie (affaire Outreau)

Il De quelques cas particuliers et nouveaux d'atteinte au secret professionnel

Les atteintes au secret en cas d'écoute du cabinet d'avocats ou de perquisition du cabinet d avocat

L affaire Bismuth /Sarkozy ou la possibilité d'écoutes incidentes d'avocats

La perquisition d'un cabinet d'avocat permet de facto au juge la connaissance de documents pourtant couverts par le secret professionnel

La dénonciation obligée de son client par l'avocat lui même (déclaration de soupçon au bâtonnier)

Forte possibilité d'atteinte ces dernières années au respect du secret professionnel du fait notamment de la reconnaissance du lanceur d'alerte

Conclusions Un secret mis de plus en plus à mal Regards vers les pays étrangers

Méthode

Les atteintes au secret peuvent avoir pour causes des maladresses,y compris du juge, des infractions volontaires à la loi etc etc) Elles peuvent aussi légitimement provenir de la presse qui a une législtion specifique et protectrice en la matière qui sera évoquée Seront cités dans le cadre de l'exposé relatif aux atteintes au secret des cas médiatiques ou des cas de jurisprudence en privilégiant ceux liés au milieu médical ou à la sexologie (violences sexuelles, pornographie, vie érotique, sado masochisme etc)

Résultat

Les atteintes au secret sont de plus en plus nombreuses au point de se demander si le principe du secret de l'instruction doit être conservé

La confidentialité des échanges néessite de nos jours une protection particuliere voire pour certains l'utilisation de méthodes dignes des services secrets

Conclusion

La transparence n'est pas nécessairement un bien Regards vers les pays etrangers tels l'Angeterre ou les Etats Unis

MOTS CLÉS:

droit et sexologie, secret de l'instruction, atteintes au secret, atteinte à la présomption d'innocence, avocats

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Manuel de L' innocent, Jacques Delga, Editions Eska 2008

Le secret médical, André Demichel, Les Editions Hospitalieres 2001

Almanach Droit et Sexualité, Jacques Delga, MA Editions 2018

Le secret de l'instruction doit il s'inciner devant la liberté d'informer, Vincent Brengarth, Dalloz Actualité du 24/12/2019

Communications Libres

Session 2

Modérateurs : Pierre DESVAUX, médecin sexologue, Paris – Carine MARTIN, gynécologue sexologue, Lille

 Enquête sur la notion de normalité au sujet de la sexualité des français en 2019.

Définition de « la sexualité normale », représentation du genre et de l'orientation sexuelle. Focus sur deux activités : masturbation et activité anale.

Evan LEFER, psychologue, sexologue, Mont de Marsan

 Qualité de vie sexuelle, qualité de vie globale et qualité de la relation de couple chez des femmes ménopausées atteintes d'un cancer du sein métastatique vivant en couple

Myriam DUBUC, psychologue clinicienne, Auch

Derrière le tabou de la pédophilie : définitions, épidémiologie,
 interventions sexologiques, présentation du dispositif de numéro
 d'appel unique

Ingrid BERTSCH, Tours

 Mesure de l'impact des programmes de prévention en santé sexuelle chez les lycéens martiniquais en 2006 et en 2017

Catherine BONNIER, médecin, Fort de France

Et si le secret était levé sur les origines des préférences sexuelles ?
 Moufid STITI, Psychiatre et sexologue, Toulon

Enquête sur la notion de normalité au sujet de la sexualité des français en 2019

Définition de « la sexualité normale », représentation du genre et de l'orientation sexuelle. Focus sur deux activités : masturbation et activité anale

Evan Lefer
Psychologue, sexologue
Mont de Marsan
contact@EvanLefer-sexologue.fr

M.L. Lassagne ¹, T. Almont ², E. Huygues ¹

¹Groupe De Recherche Et D'éducation En Andrologie, Urologie Et Sexologie, Centre Hospitalier Universitaire De Toulouse - Toulouse (France), ²Centre Hospitalier Universitaire En Martinique, Fort-De-France, Martinique - Martinique (France)

Introduction

Ce travail a été entièrement autofinancé et réalisé par l'auteur principal, Evan LEFER. Notre recherche a pour objectif d'étudier et d'appréhender la notion de normalité au sujet de la sexualité, telle qu'elle est perçue par les personnes interrogées.

L'objectif de cette recherche est de montrer qu'une activité sexuelle, est représentée très différemment entre l'individu, son idée que son entourage en fait, ce que l'individu pense de ce que l'entourage en fait, et ce qu'il pense de ce qu'il en est en France actuellement. De plus, travailler sur deux activités sexuelles distinctes, l'une très étudiée et majoritairement pratiquée réalisée (la masturbation) et une autre activité sexuelle peu étudiée et peu pratiquée (la réceptivité anale de l'homme hétérosexuel). Ce choix des deux activités n'est pas anodin. La première est une activité témoin, permettant de regarder les évolutions des représentations, la deuxième contrebalançant les variables de genre (la femme devient « pénétrante » et l'homme « pénétré »). De plus, d'autres thèmes sont étudiés :

- Une nouvelle réflexion du genre, en ne restant pas sur un schéma binaire homme/femme mais un continuum sur lesquels chacune des personnes interrogées devaient se positionner. De plus, plusieurs dimensions étaient étudiées pour ne rien omettre et laisser les individus se positionner de la manière la plus réelle possible (continuum homme /femme; masculin / féminin).
- L'orientation sexuelle est étudiée sur différents continuums, permettant de l'envisager sous différentes dimensions (représentations et activités sexuelles en lien avec l'orientation sexuelle).
- La définition d'une sexualité normale pensée par les personnes interrogées, avec des exemples d'activités normales et ou anormales.
- Deux activités sexuelles précises (masturbation; activité sexuelle anale et plus particulièrement la réceptivité anale chez l'homme hétérosexuel) ont été analysées et exploitées aussi précisément que possible, concernant la représentation que les répondants avaient au sujet de ces pratiques. Une analyse plus précise de l'activité anale chez l'homme hétérosexuel (pénétré par sa partenaire), était au cœur de cette étude, cherchant à comprendre les représentations d'une activité sexuelle qui inverserait les rôles sexuels entre « pénétrants » et « pénétrés ». Les différentes méthodes d'investigation du critère de normalité ont été analysées selon quatre représentations :
- La première reste l'autoreprésentation du caractère normatif d'une activité sexuelle,

- La deuxième est la perception des répondants concernant la réalisation d'une activité par leur entourage,
- La troisième est la représentation qu'ils ont de leur entourage concernant une activité,
- Enfin la représentation de cette activité en France actuellement.

D'autres dimensions ont été envisagées, mais n'ont été que partiellement traitées.

Méthode

Notre enquête s'appuie sur le protocole expérimental de données en cascades à l'aide du support informatique. Pour faciliter le remplissage des questionnaires, la rédaction des questions ont été réalisées via un logiciel SphinxDeclic®. Ce logiciel d'enquête en ligne nous a permis d'intégrer différents types de variables et d'analyses (quantitative avec des questions fermées et qualitatives avec des questions ouvertes). Le questionnaire a été mis en ligne à compter du 21 février 2019 jusqu'au 21 mars 2019. Chacune des personnes interrogées devaient répondre à un questionnaire de six grandes parties découpées en 79 questions, analysant différentes dimensions :

- Les données sociologiques (6 questions fermées
- Autoreprésentation sur continuum (4 questions en continuum)
- La représentation qu'aurait leur entourage selon deux dimensions analysées précédemment (2 questions en continuum)
- La représentation de la sexualité normale (1 question fermée + 4 questions ouvertes)
- Détails des activités considérées comme normales et anormales (2 questions ouvertes)
- Deux activités sexuelles étudiées précisément:

Une grande partie de ce questionnaire interrogeait le critère de normalité sous trois à quatre dimensions (« je trouve normal de ... » ; « je trouve normal qu'une personne de mon entourage puisse ... » ; mon entourage considère ... comme une activité sexuelle normale » ; « en France, actuellement, ... est considérée comme une activité sexuelle normale ») sur une échelle de Likert, à 4 dimensions, allant de « tout à fait d'accord » à « pas du tout d'accord ».

- Masturbation : 24 questions fermées et 3 questions ouvertes

Le concept de masturbation est étudié selon plusieurs déclinaisons :

- La masturbation d'un point de vue général
- La masturbation en l'absence de son partenaire
- La masturbation pour les femmes
- La masturbation pour les hommes
- Une estimation de la fréquence de leur activité masturbatoire au cours des 6 derniers mois
- L'intervalle de fréquence de la masturbation considérée comme anormal
- Variation possible si en couple
- Différence entre hommes et femmes
- Obligatoire
- Indispensable
- Importante
- Activité sexuelle anale : 23 questions fermées

Le concept de l'activité anale est étudié selon plusieurs déclinaisons :

- La réceptivité anale chez l'homme dans un couple hétérosexuel
- La réceptivité anale chez la femme dans un couple hétérosexuel
- La réceptivité anale chez l'homme dans un couple homosexuel
- La réceptivité anale chez la femme dans un couple homosexuel
- L'orientation sexuelle de la réceptivité anale chez l'homme dans un couple hétérosexuel
- Activité sexuelle en général (6 questions fermées + 4 questions ouvertes)

Résultat

Un total de 344 réponses reçues et 342 résultats ont été exploités (2 répondants ne respectaient pas nos critères de sélection).

Au vu des résultats, il y a eu plus de réponses de personnes se considérant comme étant totalement femme (50.6%) contre les personnes se considérant comme totalement homme (23.7%).

Seuls les trois quarts des personnes se positionnent que sur les extrémités, donc une personne sur trois ne se considère donc pas, comme exclusivement homme ou femme.

Il y a eu plus de réponses de personnes se considérant comme étant totalement féminin (26.6%) contre les personnes se considérant comme totalement masculin (10.8%). Les résultats totalement masculin / 1 / 2 sont assez homogène, comme les résultats 6 et 7.

Il est à noter que les résultats des « totalement masculin/féminin » à la question « Vous considérez vous comme ? » suivent la tendance de la courbe des réponses de « totalement homme / totalement femme » mais à des degrés différents.

Près de la moitié des répondants (46.5% n=159), se considèrent comme hétérosexuel et 4.1% (n=14) comme homosexuel, mais pour la question : « considérez-vous votre activité sexuelle ? », une majeure partie des répondants considèrent leur activité comme totalement hétérosexuel (70.5% n=241).

Le terme revenu le plus souvent pour la définition d'une sexualité normale et la notion de plaisir et de désir, suivi par le concept de consentement (respectivement : 15.5% et 15.2%).

La notion de respect, d'épanouissement, de partage et d'amour ont été les termes cités aussi en grand nombre (représentent en tout près de 25% des termes cités).

Le terme revenu le plus souvent pour la définition d'une sexualité anormal est l'activité sexuelle de la zoophilie. Il est apparu près de 96 fois, contre 89 fois pour le terme de la pédophilie. Pour les termes les plus cités, nous retrouvons : Le « non-consentement » qui est apparu 68 fois, le « viol » 50 fois, les « rapports sadomasochistes » 42 fois, le critère d'« humiliation » 42 fois, « accompagnés de violences » 38 fois, « la scatophilie » 31 fois.

Pour l'activité sexuelles de la masturbation, 94.4% (n=304) des personnes considèrent comme normal le fait de se masturber contre 3.2 (n=11). A la question concernant la représentation de son entourage, il est intéressant de constater qu'une légère augmentation des personnes considèrent comme tout à fait normal qu'un membre de l'entourage puisse se masturber (90.3% n=309) contre 1.2 (n=4) la considérant comme tout à fait anormale. Moins de la moitié des répondants (43.9 n=150) pensent que l'entourage considère la masturbation comme une activité sexuelle tout à fait normale. D'un point de vue général, plus de deux répondants sur trois (68.7% n=235), pensent que leur entourage considère la masturbation comme une activité sexuelle comme normale contre 7.6% (n=26). D'un point de vue général, une majeure partie des répondants pense qu'en France la masturbation est considérée comme normale (66.7% n=228) contre 18.1% (n=62) la jugeant anormale.

Pour l'activité sexuelle anale, cette pratique est considérée en majorité comme une activité sexuelle normale pour 63.7% (n=218) des répondants, et particulièrement pour 43% (n=147) des personnes qui sont tout à fait d'accord dans le critère de normalité. Pour l'entourage, presque autant de personnes n'ont pas su répondre à la question (32.7%, n=112) et pensent qu'elle est considérée comme anormale (52.3%, n=179). Ceci particulièrement pour 31.0% (n=106) qui la considèrent comme « tout à fait anormale ». Un ensemble de 14.1% (n=48) pense qu'elle est considérée comme normale et ce particulièrement par 6.8% (n=23) personnes. Pour la représentation des répondants de cette activité en France actuellement une majorité pense que cette activité est considérée comme anormale pour 68.1% (n=227) et particulièrement pour une majorité d'entre eux, qui ne sont pas du tout d'accord selon le critère de normalité (47.9%, n=164). Seul un faible taux de la population interrogée pense que cette activité sexuelle est considérée qu'en France actuellement, cette activité est considérée comme normale (7,6% n=26), et plus particulièrement pour 3,2% (n=11) qui sont tout à fait d'accord concernant ce critère de normalité.

Conclusion

Nos données révèlent que plus on s'éloigne du cercle individuel, concernant la sexualité, plus la représentation est jugée négativement concernant l'ouverture des pratiques. D'autre part, pour les deux activités sexuelles étudiées, plus on s'éloigne de cette auto-représentassions plus une activité sexuelle est considérée comme de moins en moins normale et de plus en plus difficile à décrire. Concernant la sexualité, la grande majorité des répondants s'associent avec le regard qu'ils portent sur leur entourage mais se distinguent concrètement avec le regard que leur entourage porte sur la sexualité ou bien du point de vue culturel et social de la sexualité.

De plus, les individus ne se considérant pas comme hétérosexuel, ont en majorité, une activité sexuelle qu'ils considèrent comme hétérosexuelle il est important de comprendre que ces réponses favorisent notre idée que l'orientation sexuelle n'est pas le vecteur de pratiques mais bien une catégorie dans laquelle chaque individu se situe.

Aussi, pour le critère de normalité, pour plus d'une personne sur quatre, lorsque l'on pose la question « quelles seraient les pratiques sexuelles anormales ? », les individus avec qui l'activité sexuelle est l'indicateur de référence concernant le critère de normalité. Ce n'est ni la manière de faire, ni une activité particulière, ni la notion individuelle qui prime, mais bien l'individu avec qui l'acte est réalisé.

Pour l'activité sexuelle anale chez l'homme hétérosexuel, cette pratique représente une activité sexuelle pouvant contrebalancer la notion de genre. L'homme pénétré, la femme pénétrante, semble se conforter dans une incompatibilité biologique, en restant dans des schémas préconstruits de stéréotypie. Encore une fois la distinction concrète qui existe entre l'autoreprésentation et la représentation générale de cette pratique amène à des résultats très opposés. Cette activité serait considérée comme pas du tout normale de manière générale mais tout à fait normale pour les individus eux-mêmes.

Nous terminerons notre travail de recherche par l'idée qu'une personne aura plus tendance à considérer comme normales les activités sexuelles pratiquées par son entourage, plutôt que celles qui sont dites normales d'un point de vue culturel et social. Enfin, nous proposons une définition possible de la « sexualité normale » : La référence du « normal » pourrait être plus juste quand elle couvre des activités sexuelles pratiquées par l'entourage proche et non pas quand elle touche des activités sexuelles pratiquées à titre personnel ou quand on fait référence à une normalité culturelle et sociale.

MOTS CLES:

sexualité normale, normalité, masturbation, activité sexuelle anale, réceptivité anale, orientation sexuelle, masculin féminin, homme femme

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Bajos, N., Bozon, M., & Beltzer, N. (2008). Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Lectures, Publications reçues.

Blachère, P., & Cour, F. (2013). Pratiques sexuelles déviantes, paraphilies, perversions. Progrès en urologie, 23(9), 793-803.

Crépault, C. (2013). Sexualité masculine (La). Odile Jacob.

Crozier, I., & Bonis, O. (2003). La sexologie et la définition du «normal» entre 1860 et 1900. Cahiers du genre, (1), 17-37.

Foucault, M. (1976). Histoire de la sexualité (Tome 1)-La volonté de savoir (Vol. 1). Gallimard.

Giami, A. (1991). De Kinsey au sida: l'évolution de la construction du comportement sexuel dans les enquêtes quantitatives. Sciences sociales et santé, 9(4), 23-56.

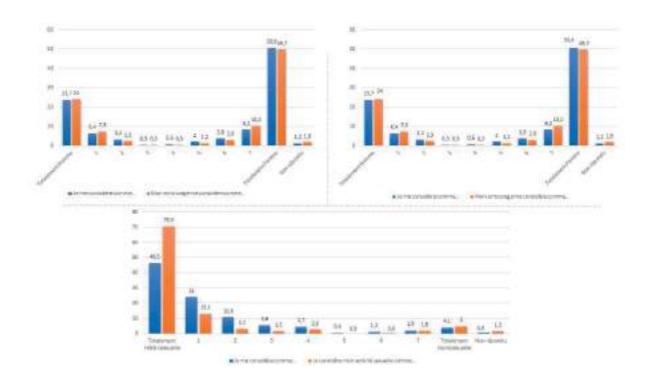
Lopès, P., & Poudat, F. O. X. (2013). Manuel de sexologie. Elsevier Health Sciences.

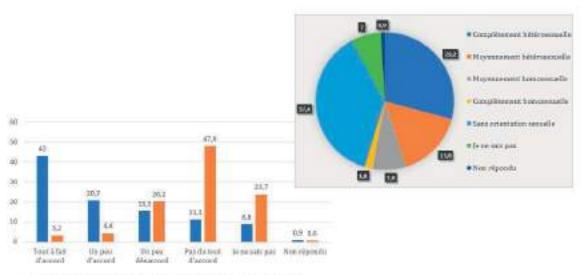
Mazaleigue-Labaste, J. (2010). "Histoire de la perversion sexuelle. Émergence et transformations du concept de perversion sexuelle dans la psychiatrie de 1797 à 1912"(Doctoral dissertation, Université de Picardie Jules Verne).

Simon, Le rapport Simon sur le comportement sexuel des Français. Pierre Charron, René Julliard, 1972.

Spira, A. (1993). Les comportements sexuels en France. Rapport au Ministre de la Recherche et de l'Espace. La Documentation Française.

Wunsch, S. (2010). Évolution du comportement de reproduction hétérosexuel des mammifères vers la bisexualité érotique humaine. Journal of Bisexuality, 10(2).





En Print a untacherant, in horana recovant inte plantization analis per su partenaire (fenune) set considérée continue une pratique accuelle sormale.

Qualité de vie sexuelle, qualité de vie globale et qualité de la relation de couple chez des femmes ménopausées atteintes d'un cancer du sein métastatique vivant en couple

Myriam Dubuc Psychologue clinicienne Auch myriam dubuc@yahoo.fr

C. Brunaud Oncologue Radiothérapeute - Vandoeuvre Les Nancy (France)

J. Salleron Biostatisticien Méthodologiste - Vandoeuvre Les Nancy (France)

Introduction

La maladie cancéreuse, ses traitements et le caractère d'incurabilité lors d'un diagnostic de cancer du sein métastatique peuvent perturber de façon importante la vie sexuelle des patientes et leur qualité de vie. La chronicité touche de plus en plus de patientes atteintes d'un cancer du sein. En effet, les progrès thérapeutiques ont permis un allongement notable de l'espérance de vie en situation métastatique. Pour ces patientes, la qualité de vie, dans toutes ses composantes, est une question majeure. Or, les conséquences du cancer du sein métastatique sur la sexualité et sur la relation de couple des personnes qui en sont atteintes sont encore trop souvent sous-évaluées et insuffisamment prises en charge.

Méthode

Aucune étude quantitative sur l'aspect sexologique n'ayant été menée à ce jour dans cette population, cette étude pilote a eu comme objectifs principaux de mesurer la qualité de vie sexuelle des femmes ménopausées atteintes d'un cancer du sein métastatique vivant en couple, de mesurer leur qualité de vie globale, de mesurer la qualité de leur relation de couple et enfin de mettre en lien la qualité de vie sexuelle féminine, la qualité de vie globale et la qualité de la relation de couple. Cette étude a permis également d'évaluer l'acceptabilité des patientes à ce type de recherche par le taux de remplissage des auto-questionnaires.

Il s'agissait d'une étude observationnelle transversale prospective monocentrique non interventionnelle de catégorie 3 concernant les patientes ménopausées de 50 à 70 ans vivant en couple. Elle a été réalisée en utilisant les auto-questionnaires BISF-W, QLQ-C30 BR23 et PFB qui ont permis d'évaluer respectivement la qualité de vie sexuelle féminine, la qualité de vie globale et la qualité de la relation de couple.

Résultat

L'étude a inclus 30 patientes entre le 12 mars et le 13 avril 2018. Une très bonne participation des patientes à l'étude est à souligner ainsi que la rapidité de leur inclusion, s'échelonnant sur 5 semaines. Bien que le niveau de significativité ne soit pas atteint pour toutes les dimensions de la qualité de vie, il existe un lien entre la qualité de vie sexuelle des femmes atteintes d'un cancer du sein métastatique et leur qualité de vie globale. La quasi-totalité des domaines de la sexualité est altérée chez ces patientes. Les domaines les plus affectés sont la fréquence de l'activité et les problèmes affectant la sexualité. La douleur, l'image corporelle et la perspective future viennent impacter également l'excitation sexuelle, la réceptivité et le plaisir. Par ailleurs, plus la qualité de la relation de couple est altérée, plus la qualité de vie sexuelle

est altérée. La dimension « tendresse » est corrélée positivement avec la qualité de vie sexuelle féminine, tandis que la dimension « conflit » est corrélée négativement avec cette dernière. Enfin, en analyses multivariées, la dimension « tendresse » du PFB et l'item « douleur » du QLQ-C30 expliquent à eux seuls 54% du score total du BISF-W.

Conclusion

L'identification de ces liens et de ces associations a une importance majeure pour un accompagnement sexologique mais aussi une prise en charge globale de qualité des patientes atteintes d'un cancer du sein métastatique. En effet, ces résultats donnent des leviers, des pistes de prise en charge à la fois sexologique, psychologique et médicale auprès des patientes afin d'améliorer leur qualité de vie globale et sexuelle dans ce temps compté de vie. La tendresse se révèle être un indicateur prédictif positif de la qualité de vie sexuelle chez ces patientes atteintes d'un cancer du sein métastatique. Cette étude aurait pu gagner en puissance et en représentativité si l'échantillon de patientes avait été plus important. Le taux de participation et d'adhésion a été très bon dans un laps de temps très réduitet permet donc d'envisager d'autres études.

MOTS CLÉS:

cancer du sein métastatique, qualité de vie sexuelle, femmes ménopausées, qualité de vie, qualité de la relation de couple

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Badr H, Shen MJ. Pain catastrophizing, pain intensity and dyadic adjustment influence patient and partner depression in metastatic breast cancer. Clin J Pain. 2014; 30(11):923-33.

Bondil P, Habold D. Développement de l'oncosexualité et de l'oncofertilité en France ; pourquoi maintenant ? aspects culturels et psychosociologiques. Psychosociology.2015; 9:230-9.

Bondil P, Habold D, Carnicelli D. Cancer et sexualité : Le couple, un déterminant trop souvent négligé. J Sexol. 2016; 25(2):65-68.

Dragomir BI, Fodoreanu L. Correlations between state anxiety and quality of life in metastatic breast cancer patients. Rev Med Chir Soc Med Nat Lasi. 2013; 117(3):610-5.

Falconier MK, Jackson JB, Hilpert P, Bodenmann G. Dyadic coping and relationship satisfaction: A meta-analysis. Clin PsycholRev. 2015; 42(12):28-46.

Habold D, Chaban MN. Les maladies chroniques invalidantes : comment prendre en charge le couple ? Sexualités Humaines. 2017 ; 33 :16-21.

MacClelland S."I wish I'd know":patients'suggestions for supporting sexual quality of life after diagnosis with metastatic breast cancer. J Sexual and Relationship Therapy. 2016; 31(4):414-31.

MacClelland SI, Holland KJ, Griggs JJ. Vaginal dryness and beyond: The sexual health needs of women diagnosed with metastatic breast cancer. J Sex Res. 2015; 52(6):604-16.

Référentiel inter-régional de Soins Oncologiques de Support. Cancer, vie et santé sexuelle. AFSOS. 2019 (réactualisation de 2010).

Senkus E. Lacko A. Over-treatment in metastatic breast cancer. The Breast. 2016; 31(07):309-17.

Vitrano V, Catania V, Mercadante S. Sexuality in patients with advanced cancer: A prospective study in a population admitted to an acute pain relief and palliative care unit. Am J HospPalliat Care. 2011; 28(3):198-202.

Derrière le tabou de la pédophilie : définitions, épidémiologie, interventions sexologiques, présentation du dispositif de numéro d'appel unique

Ingrid Bertsch Criavs Centre Val de Loire Tours i.bertsch@chu-tours.fr

C. Miele ^{1,*}, M. Chollier ², A. Maquigneau ^{2,*}, M. Lacambre ³, F. Clergue ²
¹Chu Clermont-Ffcriavs - Clermont-Ferrand (France), ²Crir-Avs Paca - Marseille (France),
³Criavs Languedoc-Roussillon - Montpellier (France)

Introduction

Appelé "pédophilie" par l'opinion publique et les professionnels non spécialistes chez qui elle sucite le plus souvent dégout et effroi, le trouble pédophilique est un des troubles paraphiliques définis dans le DSM-5. Elle relève en effet du soin et en particulier de l'évaluation et de l'intervention sexologiques. En effet, le trouble pédophilique n'est pas nécessairement mis en acte et les sujets qui sont attirés par les enfants ont besoin de l'aide de professionnels compétents pour leur permettre de ne jamais faire de victime. La demande existe et les études tendent à mettre en évidence qu'un pourcentage non négligeable de la population est concerné. Pourtant, la stigmatisation (souvent liés aux confusions avec la pédocriminalité qui - quant à elle - ne relève pas nécessairement de la pédophilie mais plus fréquemment de la perversion) et le manque de formation des professionnels font obstacle à la demande de soin. Cette communication propose de revenir sur les définitions liées à la pédophilie et d'en réaliser le différentiel clair, de présenter une revue de la littérature quant aux données épidémiologiques et cliniques, et les recommandations de bonnes pratiques, de proposer des modalités d'intervention sexologique en veillant à respecter un cadre éthique rigoureux, et de présenter les ressources à disposition des professionnels, en particulier le numéro d'appel unique d'évaluation et d'orientation des personnes attirées par les enfants en cours d'expérimentation sur 5 régions en France avec le soutien du secrétaire d'état à la protection de l'enfance.

Données épidémiologiques :

3 études sur plusieurs échantillons mettant en évidence le pourcentage de sujets attirés par les enfants, et permettent d'identifier un besoin : Figure 1.

Une étude plus récente de Wurtele, Simons et Moreno (2013) nous permet par ailleurs d'affirmer que les sujets pédophiles ne sont pas exclusivement des hommes. Bien que moins repérées, les femmes aussi sont concernées.

S'il convient de rappeler que les sujets présentant un trouble pédophilique ne sont pas tous sujets au passage à l'acte sur les enfants et que, dans la réciproque, tous les agresseurs sexuels d'enfants ne sont pas attirés de manière préférentielle par les enfants, le numéro unique cible une population vulnérable (en souffrance et/ou/donc à risque) et apporte ainsi une réponse en matière de prévention, d'autant plus que la population ciblée est demandeuse d'aide.

A ce titre, l'étude de Volet, Courvoisier et Aebi (2011) au sujet de dispositifs à l'étranger met en évidence que :

50,9% des appelants recherche une aide faisant suite à une crainte de passage à l'acte 54,7% des appelants dit avoir cherché une aide professionnelle préalable.

Enfin, notons que les personnes attirées sexuellement par les enfants sont identifiées dans d'autres réseaux d'aide : SOS Amitié, L'Ange Bleu, demandes spontanées à chaque ouverture d'établissement spécialisé.

Les interventions sexologiques :

Les interventions sexologiques dans le domaine sont de plusieurs niveaux : la prévention, la sensibilisation, l'information, l'éducation, et enfin la prise en charge. L'éducation et la prise en charge posent des questions éthiques puisqu'elle vient interroger la normalisation de la sexualité. Il convient donc de définir précisément le cadre et les objectifs de travail du sexologue afin qu'il puisse se frayer un chemin clinique qui ne tombe pas dans les écueils qui le guette : libéralisation de la pédophilie vs normalisation du patient pédophile. De là, il importe de réaliser une évaluation sexologique rigoureuse qui saura tenir compte de la complexité de la sexualité des patients et proposer des stratégies cliniques compatibles avec l'abstinence stricte à l'égard des enfants.

Le projet de numéro unique :

Le projet a pour visée la création d'un numéro de téléphone unique et non surtaxé, national, permettant d'écouter et orienter si nécessaire les personnes attirées sexuellement par des enfants, vers les dispositifs d'évaluation et de soins adaptés.

Ce projet répond aux recommandations émanant des professionnels et des politiques impliqués dans la prévention des violences sexuelles et la protection de l'enfance, et restitués dans les 2 derniers rapports de référence dans le domaine :

Proposition n°14 du rapport de la commission de l'audition publique « Auteurs de Violences Sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge », qui s'est tenue les 14 et 15 juin 2018 au Ministère des Solidarités et de la Santé, préconisant la création d'un numéro de téléphone unique pour les personnes souffrant de trouble pédophilique. Cette audition publique a été réalisée à l'initiative de la FFCRIAVS et a été menée par 15 structures spécialistes du champ des violences sexuelles. Les recommandations ont été élaborée par une commission indépendante sous la présidence de M. Jean-Marie Delarue.

Proposition n°10 de la Mission Commune d'Information « Infractions sexuelles sur mineurs commises par des adultes dans le cadre de leur métier ou de leur fonction » du Sénat préconisant la création d'une structure dédiée à l'écoute et l'accompagnement des personnes pédophiles afin d'éviter tout passage à l'acte. Cette commission a auditionné un ensemble d'experts sur la guestion, dont la FFCRIAVS suite à l'audition publique sus-citée.

Ce type de dispositif existe déjà depuis plusieurs années dans d'autres pays, en Allemagne par exemple, où il a largement fait ses preuves en terme de prévention. Depuis 2005, le dispositif mis en place par l'équipe de l'hôpital de la Charité (Berlin), intitulé «Dunkelfeld» (champ sombre), cible des sujets présentant des symptômes pédophiles et/ou hébéphiles (attirance pour des sujets pubères en début d'adolescence). Cette campagne avait bénéficié du soutien du Ministère de la Justice, de plusieurs Universités (Berlin, Hambourg et Leipzig) et des oeuvres privées ou fondations (Wolkswagen ou UBS Optimus Foundation).

Le dispositif Dunkelfeld s'est appuyé sur une campagne médiatique conséquente (spots tv à des heures de grande écoute, affiches...) associant des slogans efficaces (« aimez-vous les enfants plus qu'il ne le faudrait ? » « Que devrait-on faire d'un homme attiré par les enfants? ...l'aider »).

En mars 2018, 9515 contacts téléphoniques ont été recensés, et ont donné lieu à 2894 évaluations et 1554 offres de thérapie.

Projet auto-financé pour l'instant, en attente d'un soutien ministériel pour l'année à venir, abstract non soumis précédemment.

Méthode

Approche épistémologique : cadre médico-légal, histoire du concept, diagnostics différentiels Epidémiologie actualisée France et international

Revue actualisée de la littérature scientifique et des recommandations de bonnes pratiques. Cas cliniques. Réflexion théorico-clinique sur le rôle du sexologue. Considérations éthiques. Expérimentation d'un numéro d'appel unique pour les personnes attirées par les enfants, grille d'évaluation.

Résultat

L'expérimentation du numéro unique pour les personnes attirées par les enfants est en cours (le rationnel en revanche a été réalisé).

Conclusion

La sensibilisation des professionnels, notamment à travers la formation, ne peut que participer à la levée du tabou des personnes atteintes de trouble pédophilique, et ainsi les sortir du silence pour demander de l'aide. Et le sexologue a un rôle fondamental à jouer dans l'évaluation et la prise en charge de ces troubles.

MOTS CLÉS:

pédophilie, trouble pédophilique, perversions, pédocriminalité, prévention, intervention sexologique, numéro unique

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

M. CHOLLIER, A. MAQUIGNEAU, C. MIELE. (2019) La sexologie dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles in *Sexualités et transgressions*. Paris : Dunod.

- P. BLACHERE. Éthique et sexologie in Fondement de la pensée sexuelle, loi et éthique
- P. BLACHERE (2012). Sex offences: Perpetrators and victims. What role can sexology play ? Sexologies (Vol. 21 N° 3, Juillet-Septembre 2012)
- P. BLACHÈRE (2018). La sexologie légale : une approche scientifique indispensable pour dépasser les clivages idéologiques en matière d'infractions à caractère sexuel. *Sexologies* (Vol. 27 N° 2, Avril-Juin 2018)
- A. GIAMI (2019). Des perversions sexuelles aux troubles paraphiliques : comment le consentement s'est imposé comme la valeur centrale dans les classifications médicales

DOMBERT B, SCHMIDT AF, BANSE R, et coll. (2016) How Common is Men's Self-Reported Sexual Interest in Prepubescent Children? *J Sex Res.* 2016;53(2):214-23

- H. DELAVENNE, S. LAMY, F. THIBAUT (2014). Pédophilie ; diagnostic et traitement. La lettre du psychiatre, Vol. 10 N° 4-5.
- C. BALIER (1993). Pédophilie et violence. L'éclairage apporté par une approche criminologique. Revue Française de Psychanalyse, Vol. 57 N° 2
- R. PAGES (2018). La pédophilie : médicalisation d'un désir interdit. Thèse.

- G. BONNET (2015). Les perversions sexuelles. Paris : PUF.
- P. VERDRAGER (2013). L'enfant interdit : Comment la pédophilie est devenue scandaleuse. Paris : Armand Colin
- K. BEIER (2019). Preventing child sexual abuse and the use of child abuse images: the Prevention Project Dunkelfeld as an international perspective. *The international journal of forensic psychotherapy*.
- K. BEIER (2016) "Just dreaming of them": The Berlin Project for Primary Prevention of Child Sexual Abuse by Juveniles (PPJ). Child abuse & neglect 52:1-10

Coll. (2018) Auteurs de violences sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge. FFCRIAVS.

épidémiologie pédophilie

spiderillologie	pedoprinie					
	Attirés par les petits enfants	Fantaisies sexuelles envers les enfants	Masturbations en pensant aux enfants	Tout acte sexuel (si personne ne pouvait le découvrir) avec des enfants		
Brière et Runtz (1989)	21% (n=40)	9% (n=17)	5% (n=8)	7% (n=13)		
Smiljanich et Briere (1996)	22, 2% (n=22)	4% (n=11)	6% (n=17)	3% (n=8)		
Becker-Blease, Friend et Freyd (2006)	7% (n = 37)	18% (n = 95)	8% (n = 42)	4% (n = 21)		

Mesure de l'impact des programmes de prévention en santé sexuelle chez les lycéens martiniquais en 2006 et en 2017

Catherine Bonnier
Médecin
CHU Martinique - Fort De France
catherine.bonnier@chu-martinique.fr

A. Miel CHU Martinique - Fort De France

Introduction

La santé sexuelle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladies ou d'infirmités. Dans ce cadre, l'éducation à la sexualité est une manière d'aborder la sexualité et les relations interpersonnelles fondées sur l'égalité des sexes, adaptées à l'âge, basées sur des informations scientifiques et sans jugement de valeur. Depuis 2003, tous les établissements scolaires du second degré français sont tenus d'appliquer un programme d'éducation à la santé sexuelle. Il s'appuie sur l'enseignement des sciences de la vie et de la terre, mais aussi sur des séances d'éducation à la sexualité. Chez nous, ces 15 dernières années, on note une montée en puissance des séances de prévention à la santé sexuelle , coordonnée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) en partenariat avec divers acteurs locaux comme le Rectorat et les associations agréées. Pourtant, la situation épidémiologique locale demeure problématique si on la compare au reste de la France, au regard des données relatives aux Infections Sexuellement Transmissibles (IST) aux grossesses précoces, aux taux de recours à l'avortement ou encore aux violences sexuelles. Ces éléments réaffirment la nécessité d'une politique concrète et efficace en matière de santé sexuelle.

Objectifs de la recherche : l'objectif principal compare les connaissances et attitudes relatives à la sexualité chez les lycéens des classes de seconde et première en filière générale et technologique en 2006 et en 2017. L'objectif secondaire examine ces mêmes connaissances et attitudes selon le sexe.

Méthode

En 2006, des lycéens de 64 classes (lycées général + technologique) ont été interrogés sur leurs connaissances, attitudes et pratiques relatives à la sexualité par le biais d'autoquestionnaires (52 questions au total). Chaque questionnaire était anonyme. Étaient inclus les élèves âgés de 18 ans au maximum, choisis au hasard par le logiciel Excel, à partir des données fournies par le Rectorat. En 2006, 1294 questionnaires ont été exploités et en 2017, selon le même protocole, 1143 questionnaires. Les données portaient sur les caractéristiques socio-démographiques, les sources d'information sur la sexualité, les connaissances et attitudes contraceptives, la physiologie de la reproduction. Il était demande aux élèves l'âge de leur premier rapport sexuel, s'il était protégé, les attitudes et pratiques contraceptives et, en cas de grossesse, l'issue de cette dernière.

Il s'agit d'une étude observationnelle de type transversale visant à comparer les données de ces deux études descriptives, menées par le biais des mêmes questionnaires en 2006 et en 2017.

Résultat

Les caractéristiques de la population étudiée selon les sexes étaient a)744 filles et 550 garçons en 2006; 646 filles et 497 garçons en 2017. b) l'âge moyen était de $16,32\pm0,46$ ans en 2006 et de $16,32\pm0,24$ ans en 2017. c) un élève sur 3 était issu d'une famille monoparentale (33.9% vs 32% en 2017). Selon les lycéens, les interventions scolaires restaient le premier moyen de diffusion d'une information sur la sexualité (80% vs 82,6% en 2017; p<0,001). Les connaissances contraceptives étaient solides avec peu de différence entre 2006 et 2017. Néanmoins les filles (64.2% vs 71.7%) et les garçons (52.9% vs 72.8%) étaient, en 2017, plus nombreux à savoir qu'un accord parental n'était PAS nécessaire pour la prise d'une pilule contraceptive.

Les réponses des élèves interrogé-e-s sur leurs connaissances de la physiologie de la reproduction (règles, ovulation, cycle) révélaient des résultats décevants. En 2017, 3 lycéennes sur 10 connaissaient le sujet des règles contre 1 sur 10 en 2006.

Les élèves étaient sexuellement moins actifs en 2017 (53% vs 40% en 2017 ; p <0,001). L'âge du 1er rapport sexuel restait stable chez les garçons alors qu'il devenait plus précoce chez les filles (15±1,92 vs 14,3±1,23 en 2017). L'utilisation d'une contraception au 1er rapport était bien meilleure chez les lycéennes en 2017 (79.6% vs 88% en 2017) contrairement aux garçons (84.1% vs 75.7% en 2017) Dans les deux sexes l'utilisation du préservatif dominait à plus de 90%.

L'utilisation du condom à chaque rapport augmentait avec le temps, principalement chez les filles (52% vs 60% en 2017). Le principal frein à son utilisation systématique était une diminution du plaisir (pour les filles : 45% vs 60.5% en 2017 et 62.7% vs 78% en 2017 pour les garçons).

En cas de rupture de capote, les lycéen-n-es adoptaient une attitude plus adaptée en ayant recours à la contraception d'urgence : 35 % vs 65 % en 2017 (p<0.001) et une attitude plus responsable puisqu'ils étaient 2 fois moins à poursuivre le rapport sans protection (23.10% vs 10.20% en 2017).

Le nombre de grossesses précoces menées à terme avait nettement diminué en 10 ans. Le recours à l'avortement était quasi systématique chez les adolescentes en 2017.

Conclusion

Notre étude rapporte un bon taux de participation pour ces 2 années témoins. Nos lycéens plébiscitent les interventions scolaires comme moyen le plus efficace pour diffuser l'information sur la sexualité, de préférence réalisées par des professionnels de santé. Même si le nombre d'interventions scolaires a augmenté pendant cette décennie, il n'en est pas moins que leur première source d'information reste les médias. Ce fait marquant de notre étude déconstruit la légende urbaine sur le manque de sérieux supposé de nos élèves puisque : a) plus de 8 sur 10 disent utiliser le préservatif, b) ils ont une meilleure connaissance de la pilule et de la contraception d'urgence en 2017, c) on note une diminution du nombre d'avortements et de celui des grossesses menées à terme. Néanmoins leurs connaissances sur la physiologie restent extrêmement décevantes.

Les dispositions légales, au niveau national, ne sont pas respectées puisque le rapport du Haut Conseil à l'Egalité (HCE) de 2016 montrait que 4 établissements scolaires sur 10 n'avaient pas mis en place de séances d'éducation affective et sexuelle (EAS).

D'autres études montrent qu'il faut davantage d'éducation à la santé sexuelle pour que « sa première fois » soit une expérience positive, heureuse, corrélée à une meilleure satisfaction, une meilleure estime de soi, tout au long de sa vie sexuelle.

Afin que l'éducation à la sexualité soit efficace, les séances doivent être répétées, et l'engagement quotidien, à l'instar de l'apprentissage de la conduite automobile.

MOTS CLÉS:

contraception, éducation à la vie sexuelle et affective, infections sexuellement transmissibles, grossesses précoces, interruption volontaire de grossesse

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

La santé sexuelle pour tous : un défi pour les professionnels de santé 2030. Pr Thierry Troussier; Pr Antonio Gerbase. 2018;MOOC.

Stratégie nationale de santé sexuelle. Ministère des Aff Soc la Santé [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 24];67. Available from: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie nationale sante sexuelle.pdf

Rapport relatif à l'éducation à la sexualité, HCE 2016.

Guillet Sylvain J, Jourdan D, Parayre S, Pizon F, Berger D. Éducation À La Santé En Milieu Scolaire, Mise En Perspective Historique Et Internationale. Carrefours de l'éducation. 2011;32(2):105–27.

AUBIN Claire, JOURDAIN MENNINGER Danièle, CHAMBAUD Laurent. La prévention des grossesses non désirées: information, éducation et communication - IGAS - Inspection générale des affaires sociales.

Vergnaud L. Contraception et IVG: l'expérience du CHU de Fort de France. :102.

SINTUREL MP, AUBERT L, MELIN M, CAZEIN F. | Surveillance des infections à VIH et Sida dans les territoires français d'Amérique |. :35.

INSEE R. Familles de Martinique : vers une évolution des modèles familiaux. 2017;

National C du S et des hépatites virales. Avis et recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST en Guyane et dans les Antilles Françaises. Conseil national du sida et des hépatites virales. 2018.

Évaluation Des Programmes D" Éducation Complète À La Sexualité: Une approche centrée sur les résultats en matière d'égalité des genres et d'autonomisation. Fonds des Nations Unies pour la Popul. 2015;

Halfen, Sandrine NL. Les habitants des Antilles et de la Guyane face au VIH/SIDA et à d'autres risques sexuels. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, editor. 2014.

Ketsia DUBO. Evaluation des moyens de prévention des grossesses précoces dans les collèges et lycées de la Martinique. 2016;

Beltzer.N. Les facteurs sociaux de vulnérabilité au VIH à partir des enquêtes KABP métropole et Antilles-Guyane. Rev Epidemiol Sante Publique [Internet]. 2008;56(6):S374–5. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0398762008007219

Kojchen L. Connaissances des femmes sur les organes reproducteurs et la reproduction: étude transversale multicentrique réalisée sur un échantillon de 249 femmes consultant dans les services d'IVG dans le Sud et l'Ouest de l'île de la Réunion. 2015:

Déculty C, Bernard S. État Des Lieux Des Connaissances Sur La Reproduction Et La Contraception , Des Lycéens Du Lycée De Passy (74), Présentée Pour L'Obtention Du Doctorat En Médecine Sur La Reproduction Et La Contraception , Des Lycéens Du Lycée De Passy (74), Et Compar. 2012;(74).

Lydié N, Halfen S. Enquête KABP 2011-2012. Les populations des Départements Français d'Amérique face au VIH / sida. Guadeloupe, Martinique et Guyane. Inpes. 2013;1–10.

Godeau E, Liz D, Alfaro P, Ehlinger V. La santé des collégiens en France. Relations amoureuses et sexualité. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in school-aged Children. Sante Publique (Paris). 2014;

Godeau E, Vignes C, Duclos M, Navarro F, Cayla F, Grandjean H. Facteurs associés à une initiation sexuelle précoce chez les filles : données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)/OMS. Gynecol Obstet Fertil. 2008;36(2):176–82.

Beltzer N, Féron V, Vincelet C. Sexualité, contraception et prévention en Île-de-France: résultats de l'enquête Inpes-Baromètre Santé de 2010. 2010;20. Available from: http://www.ors-idf.org/index.php

Infections sexuellement transmissibles (IST): Préservatif et dépistage, seuls remparts contre leur recrudescence. Santé Publique Fr. 2018;

Estimations nationales et régionales du nombre de diagnostics d'infections à Chlamydia et Gonocoque en France en 2016. Santé Publique Fr. 2017;

Antilles C, Guyane C. Bulletin de veille sanitaire — N ° 3 / Décembre 2016 / IST -VIH. 2016;1–35.

Enjeux d'une prévention en santé sexuelle en Martinique : Etat des connaissances et utilisation de la contraception chez les L1 en 2017-2018. NOUAT-BOEYE Manon. 2018;1:1–116.

Connaissances des jeunes sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles (Thèse en médecine). Camille GROS. 2011;82.

Presse C, Agency WE, Berger M, Loubi E. Enquête SMEREP "Santé des Etudiants & des lycéens." :1–46.

LMDE. La Santé des étudiants en france-4ème enquête nationale. 2016;

Santé des Etudiants et des Lycéens. Enquête SMEREP. 2017;29-30.

Cheynel C, Fouet A. Entrée dans la sexualité des adolescent \cdot e \cdot s : la question du consentement Enquête en milieu scolaire auprès des jeunes et des intervenant \cdot e \cdot s en éducation à la sexualité. 2015;

Mise en oeuvre du service sanitaire pour les étudiants en santé. Profr Loïc Vaillant, Anne-Carole Bensadon, Hamid Siahmed [Internet]. 2018; Available from: http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Etudes_de_sante/25/2/Rapport_service_sanitaire_(appui_au_Pr_Vaillant)_90225 2.pdf

Éducation sexuelle complète : Nouveaux élements d'information, enseignements et pratiques. Une étude mondiale. Organ des Nations Unies pour l'éducation, la Sci la Cult. 2015.

Et si le secret était levé sur les origines des préférences sexuelles ?

Moufid Stiti
Psychiatre et sexologue, Toulon
Enseignant au DIU de sexologie de Nice
moufidstiti@yahoo.fr

Introduction: Ce travail universitaire qui est récemment publié sous forme d'un ouvrage pose le cadre d'une vaste réflexion autour des processus qui sous-tendent le développement et la dynamique des pratiques sexuelles humaines sous l'angle de la préférence. Son objectif est l'étude de paramètres qui influencent les processus d'érotisation ou non des diverses pratiques sexuelles. Dans quelles mesures ces paramètres permettent-ils d'orienter, tisser et fixer les comportements sexuels de chacun devenant ainsi des préférences sexuelles. L'intérêt de ce travail en santé sexuelle est de faciliter l'analyse d'une plainte sexuelle quand elle s'attache à une pratique sexuelle et quand l'origine organique exclusive est écartée (ex; vaginisme, éjaculation prématurée d'origine psychogène ou encore l'impact ou non d'un abus sexuel). Par ailleurs le témoignage des participants à l'enquete qui viennent de l'occident et de l'orient soulève le voile sur le secret et les tabous de la sexualité humaine et traite la question non seulement des gouts et du vécu sexuel, mais aussi de l'inceste, des abus sexuels, du genre et de l'orientation sexuelle. Une conceptualisation originale de la fixation des préférences sexuelles et des outils pédagogiques figurant dans ce travail apporte sans doute un intérêt supplémentaire pour les professionnels de la santé sexuelle.

Méthode: Nous avons effectué une étude qualitative de type transversale constituée d'un échantillon de 8 hommes, 7 femmes, 1 personne transgenre et 1 personne non binaire. Les données ont été collectées à l'aide de deux questionnaires. Le premier est destiné à explorer les histoires psychosexuelles des participants et il est inspiré de la grille d'évaluation de Catherine CABANIS. Le deuxième est le BASIC IDEA et il permet d'évaluer les dix pratiques sexuelles. Les participants ont été interviewés de manière directe, en face à face pour 12 participants et en webcam pour les 5 autres.

Résultats et synthèse: L'enquête a été réalisée de janvier 2018 à avril 2019. Parmi les participants, 35.3 % ont grandi en Afrique du nord contre 29.4 % en Ile de France et 23.5 % en Occitanie. 52, 9 % n'étaient pas personnellement croyants, contre 47.1 %. 82,3 % étaient issus d'une famille croyante contre 17, 7 %. Trois axes de synthèse sont développés. Le premier étant l'influence sur le vécu sexuel de la nature du lien dans la petite enfance. Le deuxième axe développe l'importance des expériences sexuelles et des apprentissages dans la période de l'enfance (mais aussi l'âge adulte). L'axe III constitue une synthèse des 10 pratiques sexuelles, issue des résultats de l'enquête. Il semble par exemple que la fellation est la pratique sexuelle la plus érotisée chez l'homme, pendant que le coït vaginal ne fait pas l'Unanimité chez les femmes. Une grille de lecture des 10 pratiques sexuelles est enfin proposée ainsi qu'une proposition de modélisation de la fixation des préférences sexuelles.

MOTS CLÉS:

Sexualité, sexologie, affectivité, éducation sexuelle, érotisation.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

- 1- LANGIS P. GERMAIN B. La sexualité humaine, 2015
- 2- WUNCH S, le développement des activités autoérotiques. Une analyse transdisciplinaire et transculturelle, 2016

- 3- ELIOT L, cerveau rose, cerveau bleu,2009
- 4- FREUD Trois essais sur la théorie sexuelle, 1987
- 5- BARHTOLOMEW K et Col. Attachement styles among young adults,1991
- 6- KINSEY et coll, Le comportement sexuel de l'homme. Rayonnement de la pensée, 1948
- 7- SANDFORT et Coll ,Children sexuality : normal sexual behaviour and developpement ,2000
- 8- YATES A, Biologic perspective on early erotic development, Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 2004
- 9- CREPAULT, L'Imaginaire érotique et ses secrets,1981
- 10- Chandra et coll, sexual behavior, sexual attraction, and sexual identy in the united states, 2011

Communications Libres

Session 3

Modérateurs : Michèle BONAL, gynécologue sexologue - Montrabe - Nathalie DESSAUX, psychologue sexologue, Rennes

 Incontinence urinaire de la femme : enquête d'impact sur la fonction sexuelle

Amine MOATAZ, doctorant, laboratoire de santé sexuelle, Casablanca, Maroc

- Connaissances, Attitudes et Pratiques des Jeunes en Matière de Sexualité
 Youssef BENCHERKI, urologue, Casablanca, Maroc
- L'inceste : sexualité sous silence
 Alice CHENU, psychologue sexologue, Paris
- L'impact des actes à caractère homophobe vécus avant 18 ans et à l'âge adulte sur la santé mentale et sexuelle des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes en France

Alexandre POPA, médecin psychothérapeute TCC et sexologue, Paris

Incontinence urinaire de la femme: enquête d'impact sur la fonction sexuelle

Amine Moataz Laboratoire De Santé Sexuelle Casablanca (Morocco) amine.moataz@gmail.com

I. Berrada ¹, M. Graouid ¹, Z. Serhier ², M. Dakir ¹, R. Aboutaieb ¹

¹Laboratoire De Santé Sexuelle - Casablanca (Morocco), ²Service D'informatique Médicale - Casablanca (Morocco)

Introduction

L'incontinence urinaire est un problème de santé en recrudescence à travers le monde. Considérée comme un problème de santé publique, elle affecte la qualité de vie de milliers de femmes. En effet, elle atteint 25 % à 45 % des femmes de la population générale et sa prévalence augmente avec l'âge jusqu'à environ 65 ans [1]. D'autres dysfonctions du plancher pelvien, notamment l'incontinence anale et le prolapsus génital, sont souvent associés à l'incontinence urinaire et peuvent affecter la qualité de vie des femmes [2].

Ces conditions débilitantes interfèrent non seulement avec le bien-être social, allant de l'inconfort physique léger à des effets sociaux et professionnels marqués, mais sont aussi associées à des dysfonctions psychologiques et sexuelles. De très nombreuses études ont abordé ce sujet sans pour autant donner une importance à la fonction sexuelle accompagnant cette incontinence. Le but de notre étude est de déterminer l'impact de l'incontinence urinaire sur la fonction sexuelle.

Méthode

Nous avons réalisé une enquête, sur une période de 6 mois, entre Septembre 2018 et Mars 2019, auprès de 50 femmes souffrant d'incontinence urinaire. Premièrement, nous avons comparé les caractéristiques socio-démographiques et cliniques entre les femmes avec et sans activité sexuelle. Ensuite, nous avons comparé les variables sus-citées avec le score total du questionnaire spécifique à la fonction sexuelle des incontinentes PISQ-12 (Pelvic Organ Prolapse and/or Urinary Incontinence Sexual Questionnaire).

Le PISQ-12 est un questionnaire de santé sexuelle créé en 2003 et revu en 2004 par Rogers et al. [3]. Auto-administré, validé et adapté à la pathologie en question, il évalue la fonction sexuelle des femmes souffrant d'incontinence urinaire et/ou de prolapsus génital [4,5]. Trois principaux domaines sont évalués en 12 questions : comportements/émotions (questions 1 à 4) ; aspects physiques/corporels (questions 5 à 9) ; aspects liés au partenaire (questions 10 à 12). Le score total maximum est de 48 points. Plus le score est élevé, meilleure est la fonction sexuelle, et inversement.

L'analyse statistique des résultats et le data management ont été faits à l'aide du logiciel SPSS, version 16.0, en 2 temps : dans un premier temps, une comparaison des caractéristiques socio-démographiques et cliniques entre les femmes avec et sans activité sexuelle a été faite ; dans un second temps, le taux de réponse et les informations socio-démographiques et cliniques ont été comparés avec le score total PISQ-12 des femmes sexuellement actives. Le test t de Student, l'ANOVA et le test de Mann Whitney ou Kruskal Wallis ont été utilisés pour les variables continues de 2 groupes ou plus. Le test χ^2 (ou le test exact de Fisher) a été utilisé pour les variables qualitatives. Le test Spearman a été utilisé pour les variables numériques, en considérant une différence statistique de p < 0,05 significative.

Résultat

Notre population d'étude se caractérisait par une moyenne d'âge de 53 ans, une nette prédominance de femmes mariées et en période d'activité génitale, très souvent multipares. Quelques comorbidités favorisantes de tels troubles étaient également présentes. L'incontinence urinaire la plus fréquente chez nos patientes est de type urgenturie IUU (incontinence urinaire par urgenturie), suivie de celle à l'effort IUE (incontinence urinaire d'effort) et de l'incontinence urinaire mixte IUM. Les prolapsus des organes pelviens étaient présents chez 52% de nos patientes. L'impact négatif de l'incontinence urinaire sur la fonction sexuelle a été mis en évidence par le bas score moyen PISQ-12 de 28,45 de nos patientes. Les questions du domaine comportemental (désir, orgasme, excitation et satisfaction) sont celles qui ont enregistré les scores les plus bas. Les femmes ménopausées avec une IUU avaient une meilleure fonction sexuelle que celles avec une IUE ou IUM.

Conclusion

L'un des points forts de ce travail est la mise en évidence de la forte dysfonction sexuelle qui résulte de l'incontinence urinaire qui, a un impact significatif sur la qualité de vie des patientes. Il est nécessaire de chercher l'incontinence urinaire cachée par les patientes pour la prendre en charge et éviter les dysfonctions sexuelles en résultant. La qualité de vie et la fonction sexuelle féminine sont fortement altérées tous types d'incontinence confondus et il est nécessaire de prendre en compte les recommandations et les mesures préventives pour ne pas tomber dans la dépression.

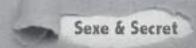
MOTS CLÉS:

incontinence urinaire, dysfonction sexuelle, PISQ-12, santé publique

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

- 1. Huskaar S, Burgio K, Clark A, et al. Epidemiology of Urinary and Fecal incontinence and Pelvic Organ Prolapse In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds. Incontinence. Basics & Evaluation, 2005:265-280.
- **2**. Kammerer-Doak D. Assessment of sexual function in women with pelvic floor dysfunction. International Urogynecology Journal 2009; 20 (Suppl. 1):S45–50
- **3**. Rogers RG, Coates KW, Kammerer-Doak D, Khalsa S, Qualls C. A short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). International Urogynecology Journal 2004 May-June;15(3):219.
- **4**. M. M. Shaaban, H. A. Abdelwahab, M. R. Ahmed, E. Shalaby. Assessment of female sexual function among women with pelvic organ prolapse or urinary incontinence via an Arabic validated short-form sexual questionnaire. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2014; 124: 24–26
- **5**. B. Fatton, V. Letouzey, E. Lagrange, P. Mares, B. Jacquetin, R. de Tayrac. Validation linguistique en français de la version courte du questionnaire sur la sexualité (PISQ-12) chez les patientes présentant un prolapsus génital et/ou une incontinence urinaire. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2009) 38, 662—667.





score total PISQ 12 chez les femmes sexuellement actives

Score total PISQ-12 chez les femmes sexuellement actives selon leurs caractéristiques cliniques et socio-démographiques.

Caractéristiques cliniques et socio- démographiques		PISQ-12 Md*	PISQ-12 Min ^b	PISQ-12 Max ^e	P
	Analphabète	26	12	41	
Niveau scolaire	Primaire	30,5	17	44	0,572*
	Collège	21,5	19	24	
	Lycée	29	17	38	
	Etudes supérieures	30	17	39	
Type d'IU	IUE	25	12	38	0,057*
	IUU	32	19	44	
	IUM	24	17	41	
Prolapsus	Présence	24,5	12	39	0,121*
	Absence	30,5	17	44	
Statut pondéral	Maigreur	*	20	- 2	0,456*
	Corpulence normale	30	17	39	
	Surpoids	24,5	12	41	
	Oběsítě modérée	31,5	24	39	
	Oběsité sévère	29	17	44	
	Obésité morbide		2	2	

^{*}Test de Mann Whitney, a Médiane, b Minimum, c Maximum

Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en matière de sexualité

Youssef Bencherki Urologue Casablanca, Maroc youssefbencherki@gmail.com

E. Wichou, A. Moataz, M. Hamirifou, R. Aboutaieb Laboratoire De Santé Sexuelle Faculté De Médecine De Casablanca Université Hassan li Casablanca, Morocco elmehdiwichou@gmail.com

Introduction

Le tiers de la population mondiale se compose de personnes âgées de 10 à 24 ans. Au Maroc, les jeunes de 15-34 ans représentent un tiers de la population. (1)

La jeunesse est considérée comme la phase la plus critique de la vie des individus. C'est une phase pendant laquelle les garçons comme les filles subissent des changements physiologiques et psychologique considérables.

De ce fait les jeunes sont plus vulnérables que toute autre couche de la population aux risques des maladies sexuellement transmissibles.

De nombreux jeunes ne possèdent pas d'informations complètes ou correctes en matière de santé sexuelle et reproductive, pour vivre leur sexualité de manière sûre et satisfaisante.

C'est dans ce contexte que notre enquête s'est intéressée aux connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en matière de sexualité. En somme, cet article vise à évaluer le niveau des connaissances et attitudes des jeunes de Casablanca sur la santé sexuelle et reproductive.

Méthode

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique, étalée sur une période de 5 mois (à partir de Novembre 2016), menée auprès de 210 jeunes âgés de 16 à 30 ans, résidant dans la ville de Casablanca. Était exclu tout jeune ne souhaitant pas participer à l'enquête ou ne répondant pas aux critères d'âge (16 à 30 ans) ni de résidence.

Le recrutement des participants a eu lieu dans divers milieux de travail et milieux de formation (lycée, universités, centres de formation professionnelle)

L'Outils de collecte était composé majoritairement des questions fermées (choix de réponse fixe) ou des questions préformées (réponses possibles rédigées par avance, ou formes des réponses définies par la question).

L'Analyse des données a été faite par le logiciel de statistique SPSS.

L'objectif visé à travers cette étude n'était pas la représentativité au sens statistique du terme, mais bien plus l'analyse de la situation des jeunes, notamment le niveau d'acquisition des compétences aux défis de la santé sexuelle.

Ce travail avait pour objectifs:

- 1- Evaluer les pratiques sexuelles au sein de notre échantillon
- 2- Déterminer le niveau d'information des jeunes sur la sexualité et la reproduction
- 3- Identifier les besoins de ces jeunes en matière d'éducation et de santé sexuelle.

Résultat

1- Caractéristiques sociodémographiques des jeunes enquêtés

Au total, 210 jeunes de 16 à 30 ans ont été interrogés, dont 142 garçons (67.6 %) et 68 filles (32.4%).

L'âge moyen de notre échantillon était de 19 ans. La majorité des jeunes interviewés (93,3%) avait le niveau d'instruction correspondant au secondaire (64,5%) et universitaire (29,9%). Enfin, 86 % des enquêtés cohabitaient avec au moins un parent biologique ou un tuteur. Concernant les habitudes toxiques : 10% des jeunes étaient tabagiques et 11,4 % toxicomanes. La religion occupe une place importante dans la vie courante des jeunes dans 68%, alors que seulement 46.6% des enquêtés étaient pratiquants.

(Le tableau I-Figure 1) résume la structure de la population des jeunes selon les principales caractéristiques sociodémographiques.

2- Pratiques sexuelles

Selon nos résultats, 40% des jeunes admettent avoir eu des rapports sexuels (68% des garçons et 32% des filles). L'âge du premier rapport se situait entre 13 et 22 ans avec un pic de fréquence des rapports entre 16 et 19 ans. Ce premier rapport sexuel était consentant dans presque la majorité des cas (93%).

En ce qui concerne le type du partenaire : le premier rapport sexuel s'est fait entre amis (76,4%), 12% ont eu des relations sexuelles avec les professionnels de sexe, alors que dans presque 11%, le premier rapport était avec un fiancé, un membre de la famille ou une connaissance...

La fréquence des rapports sexuels était de façon occasionnelle dans 88% ; alors qu'elle était régulière chez 11%.

Concernant le partenaire, presque la moitié des jeunes interviewés rapporte un partenaire unique (51%). (Tableau 2- Figure 2)

L'utilisation du préservatif ne semble pas encore systématique chez les jeunes. Les résultats reflètent la réalité vécue : très peu de gens utilisent le préservatif, 50% d'entre eux ont affirmé avoir l'utilisé lors du dernier rapport sexuel.

3- Connaissances en matière de grossesse et de contraception

Pour évaluer les connaissances en matière de contraception et de grossesses, les jeunes de notre enquête ont été amenés à répondre à quelques questions.

Parmi les 210 jeunes de l'enquête, 44% pense qu'une grossesse peut survenir lors du premier rapport sexuel.

Nos résultats avaient montré que 94.2 % des enquêtés avaient déjà entendu parler des méthodes contraceptives. La contraception est bien connue chez les jeunes (fruit d'une longue stratégie gouvernementale afin de réduire le taux de fécondité qui est passé de 7 à 2,2 en l'espace de plusieurs années).

La méthode la plus connue est l'abstinence (70%). Le condom masculin, la pilule et les injectables sont relativement connus. Pour les jeunes de l'enquête, 33% pense que le préservatif n'est pas un moyen sur de protection contre la grossesse. Cette connaissance reste très faible après un test d'identification car moins de 19% des interviewés ont pu citer deux méthodes de contraception.

4- Connaissance en matière d'infections sexuellement transmissibles (IST) et de protection

Selon nos résultats, L'existence des maladies sexuellement transmissibles (MST)n'est pas bien connue pour l'ensemble des jeunes de l'enquête. En effet, seulement 46% connaissent les IST (48% sexe masculin et 52% sexe féminin).

Pour ceux qui connaissent les IST, on leur a demandé quels types de maladies sexuellement transmissibles vous connaissez : 90 % n'ont cité que le VIH.

Les moyens de prévention des MST ne sont pas bien connus, environ 64% n'ont aucune idée, 20% des jeunes ne connaissent que le préservatif, le reste estime que la religion et l'abstinence permettent une prévention contre les IST.

Source d'information et besoins en sexualité

Les sources d'informations étaient variées. Les ami(e)s constituent la principale source d'information (44.3%), suivi par les enseignants (16.2%) et la famille (14,8%). Même si on est dans l'aire du numérique et des téléphones portables connectés au réseau, l'internet ne représente que 14,8%.

Presque 73% des jeunes de notre enquête ont exprimé un besoin de nécessité à un accès à une éducation sexuelle. Ce besoin était essentiellement motivé pour une protection cotre les IST et un épanouissement sexuel.

Conclusion

Au terme de la collecte des données, il ressort que le niveau de connaissance des thèmes retenus est variable.

Les connaissances à elles seules n'entraînent pas de façon systématique des changements de comportements, cependant, elles constituent un préalable essentiel pour faire adopter des comportements à moindres risques.

Au regard de tout ce qui précède, il est nécessaire d'instaurer les stratégies qui pourraient aider à promouvoir la santé sexuelle et reproductive des jeunes en particulier les adolescents tant en milieu scolaire qu'extrascolaire, universitaire et professionnelle.

MOTS CLÉS:

jeunes, santé sexuelle, connaissances, sexualité

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

(1) Centre des etudes et des recherches demographiques haut commissariat au plan, démographie marocaine : tendances passées et perspectives d'avenir, isbn 9954-405-28-3. N° Dépôt Légal 2005/2616.





		N/N	N/II
NITAL .		140006	W 100 K
Engaport ann	Call Nan	1717116 10146-00	19110
Mayment	remier report	18 mm	19 in
Type ée part	divided Professionant for some Autres (function, communication,)	46 (201-07) 30 (4),76); 4 (2 8/6)	0-(0) 0-(0) 0-(1-10)
Partmake	Tempor Tempor	mpare manage	70,000 10,00
Tréquence	Coursewale Enginee	99 (84-20) 937-930	20,000-00

L'inceste : sexualité sous silence

Alice. Chenu Criavs Idf - Paris (France) a.chenu@criavs.fr

Thématique : Violences sexuelles et de genre / Education sexuelle / Prévention / Vie relationnelle et intime.

Etat d'avancement : en cours.

Le projet est financé par le CRIAVS Île de France (Centre Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles).

Un quart des violences sexuelles ont lieu dans le cadre familial. Une part considérable de ces violences relève de l'inceste, relation sexuelle entre des individus liés par un certain degré de parenté. Qui sont ces familles qui n'ont pas su voir ou qui n'ont rien dit ? Comment protéger les enfants qui vivent une sexualité secrète et interdite, au sein de leur propre famille ?

Dans la majeure partie des sociétés, l'inceste est interdit fondamental. Et pourtant, l'inceste concerne 4 millions de personnes en France et existe dans tous les milieux. Dans un contexte historique d'évolution de la famille, il existe différents types de relations incestueuses : d'un enfant avec un parent (mère, beau-père, oncle, grand-mère...), mais aussi d'un enfant avec un autre enfant (frère, demi-sœur, cousin...). D'un point de vue législatif, le mot « inceste » figure dans le code pénal² depuis 2010, non pas en tant qu'infraction mais comme simple qualification juridique, avec une définition englobant notamment l'inceste parent-enfant ou adelphique (au sein de la fratrie).

Pourquoi certaines familles vivent des incestes et pas d'autres? La question de la dynamique familiale et de la place de la sexualité au sein de la cellule familiale sont au cœur des éléments de réponse. Les relations incesteuses arrivent le plus souvent au sein d'un climat familial incestuel, c'est-à-dire d'un climat où souffle le vent de l'inceste sans qu'il y ait effectivement inceste à proprement parlé. Les dynamiques en jeu viennent alors questionner l'intime en instillant du soupçon, du silence et du secret.

Les relations incestueuses peuvent correspondre à une seule relation, comme elles peuvent durer des années. Pour l'enfant, elles sont dans tous les cas des relations pour lesquelles ils n'ont pas la maturité physique, ni émotionnelle pour s'y opposer. Les victimes de ces relations sexuelles sont souvent partagées entre l'incompréhension, la honte, la soumission et le besoin d'affection. Les auteur.e.s vivent la plupart du temps ces relations en confondant le silence de l'enfant avec son consentement, tout en cessant de le voir comme un membre de la famille.

Qui n'a pas été saisi d'effroi devant le film « Festen » de Thomas Vinterberg, illustrant magistralement l'effet dévastateur des relations incestueuses, mais aussi la sidération, le silence, le déni, qui les entourent ? Il est extrêmement difficile de briser le silence dans les situations d'inceste. Comment oser parler quand on craint d'envoyer en prison sa tante, son grand-frère ? La crainte de briser sa famille ostracise souvent celle ou celui qui voudrait parler. Et quand-bien même la victime révèlerait des faits, comment la croire quand elle désigne son propre frère ou sa propre sœur ? La révélation d'inceste génère nécessairement une crise

223

familiale et de forts sentiments de culpabilité qui amènent parfois à préférer les secrets et les non-dits.

Comment permettre aux individus de briser l'omerta ? Comment éviter ces violences sexuelles vécues sous le sceau du secret, au sein d'une famille ? La prévention est bien évidemment le terreau de la libération de la parole. Il est également fondamental de faire évoluer les représentations des violences sexuelles : il s'agit d'expliquer aux enfants que des personnes gentilles peuvent faire des choses méchantes ou interdites. Et l'inceste amène des questionnements complexes autour du plaisir et des relations. En effet, on peut être victime et y avoir pris du plaisir malgré soi ; on peut être très attaché à une personne même si cette dernière nous a violé ou agressé.

Concernant les prises en charge des auteur.e.s et des victimes d'inceste, il existe tout un panel de possibilités permettant à la famille de dépasser la sidération, le rejet ou l'enfermement suite à une révélation. Les réponses sont envisageables des points de vue psychologique, systémique, juridique et bien entendu sexologique.

Pour les victimes comme pour les auteur.e.s, penser la sexualité après un vécu d'inceste permet à la fois de prévenir d'une répétition, mais aussi d'envisager de se reconstruire pour pouvoir associer la sexualité et les relations intimes comme vecteur d'épanouissement.

¹ Loi n° 2010-121 du 8 février 2010 tendant à inscrire l'inceste commis sur les mineurs dans le code pénal et à améliorer la détection et la prise en charge des victimes d'actes incestueux.

MOTS CLÉS:

Inceste, incestue, tabou, sexualité, violence sexuelles

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Ayoun, P., Romano, H. Inceste, lorsque les mères ne protègent pas leur enfant. Editions Eres. Paris. 2013.

De Moura Freire, S. Massardier L. Femme et mère après l'inceste. Editions Eres. Paris. 2019.

Mann, S. Immediate Family. Aperture. New York. 1992.

Racamier, P-C. L'inceste et l'incestuel. Dunod, Paris. 2010.

Thiery, D. Frères et sœurs, Inceste sous silence. Le bord de l'eau. 2018.

Kiss Goodnight, 1988. Sally MANN. Immediate Family



Kiss Goodnight, 1988. Sally MANN. Immediate Family

L'impact des actes à caractère homophobe vécus avant 18 ans et à l'âge adulte sur la santé mentale et sexuelle des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes en France

Alexandre Popa*
Médecin
Psychothérapeute TCC et Sexologue
Paris
dr.alexandre.popa@gmail.com

Introduction:

Cette étude a pour objectif principal l'analyse des conséquences sur la santé mentale et sur la santé sexuelle des agressions à caractère homophobe avant 18 ans et à l'âge adulte. La littérature scientifique montre qu'en effet les personnes non-hétérosexuelles ont plus tendance à développer des pathologies touchant à la santé mentale comme la dépression ou l'anxiété, et une hypothèse est l'exposition à la stigmatisation et à l'homophobie (Meyer, 2003). Les objectifs secondaires sont d'étudier le lien entre les conséquences des actes à caractère homophobe et l'estime de soi, l'homophobie internalisée et la qualité de la vie sexuelle.

Méthodes:

Un sondage en ligne anonyme comprenant 73 questions a été utilisé. Dans cette étude, les actes homophobes sont décrits en fonction de plusieurs critères comme la fréquence, le type, l'identité de l'agresseur, l'appel à l'aide, la protection reçue et la peur ressentie lors de l'agression. Des échelles visuelles analogiques de 0 à 100 ont été utilisées pour mesurer l'impact négatif de l'homophobie sur la santé sexuelle et mentale.

Résultats:

La base de données finale comptait 342 répondants. Environ 70 % des participants, ont vécu des agressions homophobes avant 18 ans. À l'âge adulte, autour de 65 %, ont été exposés à ce type d'agression. 52% ont vécu des agressions homophobes avant 18 et à l'âge adulte. Enfin, seuls 18% n'ont jamais vécu d'agression homophobe.

20 % des participants ont déclaré avoir vécu régulièrement des actes homophobes avant 18 ans contre 2 % à l'âge adulte (p < 0.05).

L'âge du coming-out varie de manière statistiquement significative en fonction de la fréquence d'exposition aux agressions homophobes avant 18 ans. Ainsi, ceux qui n'ont jamais vécu ce type d'agressions ont tendance à faire leur coming-out nettement plus tard (21,3 ans en moyenne) par rapport à ceux qui ont subi des agressions homophobes de manière régulière (18,9 ans en moyenne).

L'impact négatif le plus important sur la santé mentale est constaté pour les actes homophobes vécus régulièrement à l'âge adulte, évalué à une moyenne de 61,1 sur 100. Concernant la santé sexuelle, l'impact négatif le plus important est retrouvé pour les actes homophobes vécus régulièrement avant 18 ans : une moyenne de 51,3 sur 100 (fig. 1).

Cette distinction entre les conséquences des agressions avant 18 ans et à l'âge adulte peut s'expliquer en partie par le fait que les agressions à caractère homophobe avant 18 ans ont lieu au moment du développement de l'identité sexuelle. La littérature à ce sujet montre que

le développement de l'identité sexuelle non hétérosexuelle peut être per se vécue de manière négative, et l'exposition à des agressions à caractère homophobe à ce moment de la vie peut en effet amplifier les conséquences négatives, notamment sur la santé sexuelle à court et à long terme (Chung, 2012).

Le type d'agression le plus courant est l'agression verbale, suivie par les agressions sociales, physiques et sexuelles. Nous observons pour tous les types d'agressions que les participants ont été moins exposés à l'âge adulte qu'avant 18 ans. Nous avons retrouvé le plus de conséquences négatives dans les groupes ayant subi des agressions sexuelles avant et après 18 ans suivies des agressions physiques avant 18 ans et des agressions sociales à l'âge adulte.

L'analyse quant à l'identité de l'agresseur nous permet de dire que si des personnes du cercle de confiance (famille, amis) deviennent des agresseurs, alors les conséquences négatives sont plus importantes que si un détachement émotionnel existe vis-à-vis de l'agresseur.

En ce qui concerne l'alerte, les personnes choisissent rarement de le faire mais l'interlocuteur principal est le cercle d'amis, pour les agressions avant 18 ans et pour celles à l'âge adulte. Les amis sont ceux qui ont le plus tendance à écouter et à prendre des mesures pour arrêter les agressions.

Nous avons pu identifier qu'approximativement la moitié de ceux ayant subi des agressions ont ressenti au moins une fois la peur pour leur intégrité physique et approximativement 20% ont ressenti au moins une fois la peur de mourir.

Dans cette étude, nous nous sommes également intéressés à l'homophobie internalisée. A ce sujet, la littérature montre que l'homophobie internalisée serait un facteur de risque dans le développement du syndrome de stress post-traumatique chez les jeunes adultes non hétérosexuels (Dragowski et al., 2012). De plus, des études ont montré également que l'homophobie internalisée et une estime de soi basse seraient en lien avec l'apparition ou le maintien des troubles psychiatriques comme l'anxiété et la dépression (Newcomb, 2010, Blais, 2014).

Notre étude a constaté que 60% des personnes présentent un certain degré d'homophobie internalisée et que, plus l'homophobie internalisée est importante, plus l'estime de soi et la qualité de la santé sexuelle sont basses. En analysant l'estime de soi en fonction de la fréquence des actes homophobes, nous avons mis en évidence que plus les personnes sont exposées à l'âge adulte, plus l'estime de soi est basse. Aucune tendance n'a été retrouvée en lien avec les agressions homophobes avant 18 ans (fig. 2).

Conclusions:

Les caractéristiques et l'intensité des conséquences des actes à caractère homophobe sont différentes en fonction du moment de la vie de la victime (avant 18 ou à l'âge adulte). La prise en charge en sexologie des hommes non-hétérosexuels doit inclure systématiquement la recherche des antécédents de confrontation à des actes à caractère homophobe avant 18 et à l'âge adulte, leur description et les éventuelles mesures de protections mises en place par l'individu. Également, il est important de rechercher, caractériser et quantifier les éventuelles conséquences sur le plan de la santé mentale et de la santé sexuelle.

Lors de l'entretien en sexologie des hommes non-hétérosexuels, l'évaluation de l'estime de soi et la recherche de l'homophobie internalisée sont des éléments à prendre en compte. Le sexologue devrait se positionner comme l'interlocuteur privilégié des personnes ayant subi des agressions homophobes pour évaluer les conséquences et pour proposer des mesures

individuelles de thérapie et d'accompagnement, ainsi que des mesures collectives pour combattre les préjugés, les stéréotypes et la stigmatisation.

MOTS CLÉS:

Homophobie, conséquence, santé sexuelle, santé mentale, stigmatisation

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Blais, M., J. Gervais, and M. Hebert, Internalized homophobia as a partial mediator between homophobic bullying and self-esteem among youths of sexual minorities in Quebec (Canada). Cien Saude Colet, 2014. 19(3): p. 727-35.

Chung, Y., D. Szymanski, and E. Markle, Sexual orientation and sexual identity: Theory, research, and practice. APA handbook of counseling psychology, 2012. 1: p. 423-451.

Dragowski, E.A., et al., Sexual orientation victimization and posttraumatic stress symptoms among lesbian, gay, and bisexual youth. Journal of Gay & Lesbian Social Services, 2011. 23(2): p. 226-249.

Meyer, I.H., Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. Psychol Bull, 2003. 129(5): p. 674-97.

Newcomb, M.E. and B. Mustanski, Internalized homophobia and internalizing mental health problems: a meta-analytic review. Clin Psychol Rev, 2010. 30(8): p. 1019-29.

Figure 1: L'impact de l'homophobie vécue

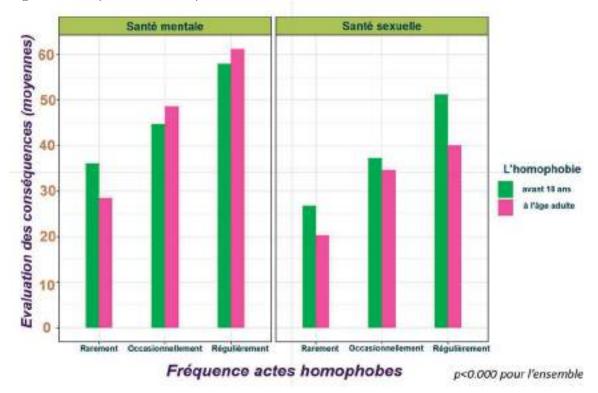
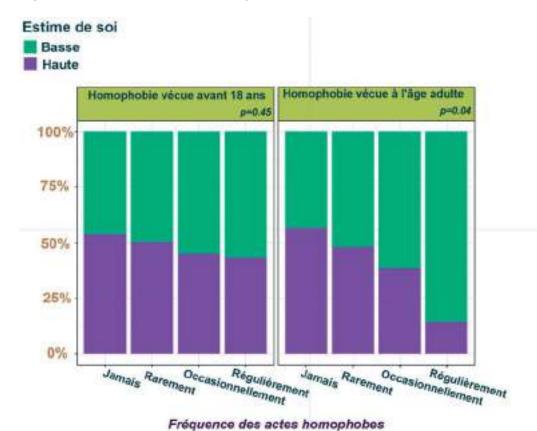


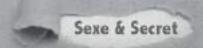
Figure 2: L'estime de soi et l'homophobie vécue





Liste des PARTICIPANTS





Α

Olfa ABASSI Saint-Egrève Abdelillah **ABDELILLAH** Longvic Marlène **ABONDO** Saint-Grégoire

Déborah **ADDE** Fatima **ADJOUD** Argenteuil Talence Charles **AGOGUÉ**

AGRAPART Véronique

Marie AHOUANTO-CHASPOUL **Paris** Elise AIMÉ Annecy **ALLAIRE** Fresnes Christine Aloga **ALOGA** Yaoundé

Céline Le Poiré Sur Vie **AMELIN**

Diane AMIE NEE ABDUL SAMAD Trange Gabriel ANDRÉ Strasbourg **Echandens**

Amélie ANDREANI JARDOT Séverine ARNOULD

Paris Alexandre **ASLAN** Fabiano **ASSUELLI** Bassecourt Kévin **AUDEBERT** Torcy Colombe **AUGRIS Antony AUPOMEROL Paris** Marion

В

Jérémie **BACHET** Reims Olivia Reims **BACHET** Caroline **BACLET ROUSSEL Paris**

Ariane **BAHRAMI** Sainte-Foy-Lès-Lyon Cesson-Sévigné Arnaud BALCON

Jacques **BALTHAZART** Liège

Marie-Laure **BARANNE** Marie **BAREAUD Nantes** Catherine **BASSEREAU** Saint Grégoire Bischwiller Caroline BATZENHOFFER

Damaris Neuilly Sur Marne BAUER Jonathan **BEASSE** Bécherel

Adeline **BEATO** Marine **BEAUMONT** Nancy

Chambray-Les-Tours Aanès BEGARIN Annaba Anis **BELBAHI**

Kamel **BEN NAOUM** Béatrice **Paris** BENAMEUR

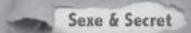
Olivia **BENHAMOU** Rouen Armelle St Dié Des Vosges BERGER

Jennifer **BERNARD** Tours Camille **Nantes** BERNAUD Marie-Gabrielle **BEROUL** Lorient

Pauline **BERTHERAT** La Rochelle Sophie Paris BERVILLE

Alix Villneuve Lecussan BESSE





Myriam Silvère Valérie Sophie Marie Véronique Claire Ludovic Cyrille Loyse Julie Béatrice Michèle Pierre Catherine Blandine Sylvain Monya Farah Ségolène Laura Stéphane Elise Karen

Cécile Renaud Nadine Blandine Philippe Saskia **Betty** Mathilde Michel Sophie Myriam Nadine Laurence Julia Carole Cerise

Aurélie

Cécile

BESSE Rennes **BIAVAT** Chambéry **BIGNON Plourivo BINET** Beauvais **BINET** Pechbonnieu **BLANCHIER BLANCKAERT** Ghyvelde **BLÉCOT** Lens **BLION** Nîmes **BODROS** Meaux

BOLEY
BOMBRE
Digne Les Bains
BONAL
Montrabe
BONDIL
Chambéry
BONNIER
Fort De France
BOQUET
Paris
BOSSELET
Nogent Sur Seine

BOTTAN BOUTERA
BOUAZZA
BOUCLY
BOULIERAC
BOULIERAC
BOULIERAC
BOULIERAC
BOULIERAC
BOULIERAC
BOULIERAC

BOUNAN Saint Denis
BOUQUET Cysoing
BOUQUET Aix Les Bains
BOURMAUD Paris

BOUTAULT

BUSTARRET

BOUTIGNON Soissons **BOUVET** Rennes BRAMOULLÉ CATTEAU **Pluneret BRANCHEREAU Nantes BRENOT Paris** Nice **BRESCH** BRETEL Calais Courbevoie BRETEL **BRETHEZ** Liège Bern **BRISCHOUX**

BROGNÉ Saint Rémy Lès Chevreuse

Brest

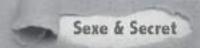
Orléans

BRUN Montpellier
BRUNET Paris
BUREAU NENNOT Nantes
BURTÉ Draguignan

C

Morgane **CADU Toulouse** Anne-Lise **CAILLOD Paris** Chitlada **CALVIER** Vincennes **CALY** Catherine Limoges Hugues **CALY** Limoges Sébastien **CAMBAU** Lyon Claudine CANCE Agen





Laura Marie-Dominique

Laura Nathalie Rosa Marianne Maria Vittoria

Sophie
Ludivine
Marie
Christèle
Alain
Michel
Dorian

Nicolas Marie-Noëlle Raphaëlle Marie-Laure Isabelle Stéphane Patrice Lucile Christian

Axelle Alice Christine Alexandre Sylvie Frédéric Sarah Clotilde

Alaa

Delphine

Marie Danielle Lucie Virginie Karine Renato Emilie

Marta Caroline

Francis Mathilde Dorothée Katell Catherine Marie-Hélène

Armelle Delphine Pascal Apolline CANDEL

CANTAL-DUPART CAPIEZ CAPRINI CARBALLEDA CARLIER CARLIN

CART-GRANDJEAN

CASLOT

CAZEAUDUMEC CEDAT

CÉLESTINE CELSE CESSA

CESSON CHABAN CHALARD

CHANDEZON-PAGE CHANOINE

CHARASSE CHARBONNEL CHARGE

CHAUVIN CHEIKHELARD CHENE CHENOZ

CHENU
CHERIOT
CHEVALIER
CHEVASSUS
CHOISNEL
CHOLLET

CHOLLET VOURC'H

CHOLLIER
CHOUCROUN
CLAUDE-DESP

CLAUDE-DESPRÉS CLAUDEL

CLEMENTE COLAMARINO COLIN

COLIN COLL NICOLAU COLLADO COLLIER COLLIGNON COLLIN

COLLIN COLLOMBAT COLSON

COMBE CONNOIS COQUIART CORDIER St Laurent D'aigouze

Paris Lille Blanquefort Grenoble Nice Paris

Rouen Angers Tours Paris

Bourg La Reine Paris

Marseille Castanet Tolosan La Couronne

La Couronne Libourne Arpajon Toulouse Aix En Provence

Rennes
Paris
Ermont
Paris

Ermont Paris Ruaudin Paris Saint-Mai

Saint-Maurice Troyes Lyon Marseille Grenoble Frossay

St Cyr Sur Loire Marseille Luxembourg Aubergenville

Ramonville-Saint-Agne St Pourcain Sur Sioule

Saint Egrève Paris Vannes Lille Sautron

Saint Pierre Les Nemours

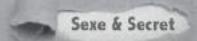
Compiègne Colmar Marseille

Le Perreux Sur Marne

Thuin

Sarreguemines





Cécile André **Emilia** Marine Andréa Anne Kadiatou Audrey François Alexandra Béatrice

CORDON-LESIEUX CORMAN CORTBAOUI COSTA **COSTA DOS SANTOS** COTTARELLI COULIBALY

COURBIN BEASSE CROCHON CUEUILLE **CUZIN**

DADILLON

Longpont-Sur-Orge Toulouse Paris **Bourges** Paris Plan Les Ouates

Aulnay Sous Bois La Celle Saint Cloud Villeurbanne

Carbonne Lyon

Versailles

Nanterre

Montreuil

D

Hervé Maryline Vincent Marianne Ouarda Anne Gwendoline Claire Zoé Marie-Atéa Jennifer Capucine Clotilde Claire Evelyne Coraline Laure Sophie Emmanuelle Elisabeth Silène

Annick Raphael Charlotte Thibaut Emmeline Myriam Chantal **Philippe** Charlotte Adèle Anne Lucie Nathalie Pierre

Hervé

Véronique

Caroline

Guy

DAMOTTE DANELUZZI **DARNAND** DAVID DE GOUY - LOISELLE DE GUENYVEAU DE LA BARBÉE **DE ORY** DE POURTALÉS **DEAUTEUR DEGOUVE DELAPORTE DELATTRE DELAUNEY DELEBARRE DELERCE DELERUE** DELIÈGE **DELMAS DELORME DELVOSAL DEMETTRE** DEMONTE

DEPREZ DEROIN DERRADJI DESBRÉE LE PALLEC **DESCAMPS DESPLANTES DESSAINT DESSAPT DESSAUX DESVAUX DETTLOFF DEVAUD DEVEL**

Reims **Tourcoing** Aubergenville Montrouge Grenoble Bonsecours Arras Rouen **Bois Bernard** Vannes **Paris** Pringy Proville Liège Caen **Paris**

Bruxelles

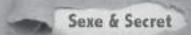
Liège

Bar Le Duc

Herblay Capavenir Vosges **Paris Angers** Boos Rennes Thomery Rennes **Paris** Colmar Angoulême Theux Honfleur

DEVISME





Johann Jean Roger Sara Caroline Laurence Anne-Lyse Kristelle Lucile Laurence **Panagiotis** Mireille Anne Myriam Marion Stéphanie Cécile Delphine Christelle Charlotte Stéphanie Marion Roger Jean-Baptiste Catherine Colette Anne Marie Nadia Alexandra

DIDIER Villé **DINTRANS Paris DISCOURS** Trevoux **D'IVERNOIS** Bayonne **DORE** Aix En Provence **DORNIER** Chaumont **DOUILLET** Cesson-Sévigné DOUSSET Frossay Montrouge **DREYFUS DROLAPAS** Bruxelles **Paris DUBOIS CHEVALIER DUBOIS-DEJEAN DUBUC** Auch **DUBUISSON** Talence DUC **DUCLAIR** Libourne **DUENAS** St Laurent Du Maroni **DUFOSSE** Saint Maxent **DUFRENE Paris DUGAST** Chateaubriant **DUMONTAUD** Marseille **DUPUY** Esbly Schiltigheim **DURAND** Versailles **DURAND DUROU-DELANOË** Bavonne **EBEL** Bischwiller Garges Les Gonesse **EL BOUGA** Rimogne **ENGEL ERIC-ALAIN** Montigny Le Bretonneux **ERKEL** Oeting **ESTEVENON** St Chély D'apcher

F

Junes

André

Marie

Catherine

Marie-Pierre

Lila
Antoine
Dagmara
Sandra
Nathalie
Véronique
Stéphanie
Solenne
Nadia
Nicole
Maëva
Evelyne
Aurore
Anaïs
Catherine

David

FACHENA FAIX **FERAY FERNANDEZ** FERRANT DEOTROMIN **FERRÉ** FEZZOLI-BRIARD **FICHET FLICOURT FLORENTINY FONS FOSSEY** FOUILLÉ **FOUSSIER FREY FRIBOULET**

ESTRABAUT

EVENO

Paris
Montpellier
Rouen
Montaigu
Dreux
Angers
Caen
Toulouse
Astaffort
Ste Suzanne
Talence
Paris
Clichy

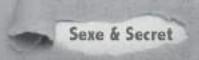
Fabregues

Grand-Champ

Parcé Sur Sarthe

Paris





HélèneFRIOTParisAstridFROTIERNantes

G

Brigitte GABRIEL
Carole GAFFURI LEGENT Villers Bretonneux
Myriam GAGÂA LAVAL Castanet Tolosan
Loic GALES Privas
Jennifer GALLAY Paris

Frédéric GALTIER Clermont-Fd Marie-Laure GAMET Lille

ChrystelleGANKEYSaint Pierre Des CorpsAubinGARCIAMontrougeAurélienGARROSLyon

Maria GAULARD Magny Le Hongre Farida GAYRARD Gugnaux

Madeleine GERARDIN TORAN Nîmes
Marc GERAUD Compiègne
Ingrid GERAY Paris
Noémie GERBOIN Tours

Joselyne-Jeanne GHÉDIGHIAN COURIER Saint Mandé

Alain GIAMI Paris
Claude GIORDANELLA Paris

CélineGIRARDLa Roche Sur YonMarieGIRAUDParis

Paris
Patricia GIULIANI Arras
Nadège GLOCKSEISEN Boulo

Nadège GLOCKSEISEN Boulogne Billancourt
Séverine GODARD Luxembourg
Volégie

ValérieGOHELCherbourgCharlineGORILognesIsabelleGOUPILLEHérouville Saint Calir

Brice GOUVERNET Mont Saint Aignan Cedex

J. Gilles GRATTON Annemasse
Fanny GRAU-COPPETIERS Nîmes
Jean-Pierre GRAZIANA Lorient
Solène GREGOIRE Paris

Françoise GREGORY Villeurbanne Stéphane GRELAUD Lucie GROUSSIN Paris 19

Virgile GUILLOU Paris
Arnaud GUIONIE Bègles
Catherine GUY Le Pont De Beauvoisin

Valérie GUYAUX Montigny-Le-Bretonneux Nathalie GUYOMARD Arpajon

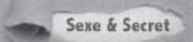
Azziza HAJJI Rosny Sous Bois Karim HAMIDI Neuilly Sur Seine

LaurenceHAMONRennesGaëlleHANCENancy

Н

Jean-Philippe HARLICOT Rennes Stéphane HEAS





Adeline **HEDREUL** Serge HEFEZ Isabelle **HEMAR-FOLLIOT** Léa HEN Dorothée HENNEBELLE Cindv **HENNER MAAS** Martin HERMSTRÜWER Rafael HERRERO Olivier HEYE Odile **HEYMES** Laure **HICKEL** Gaëlle **HLADKI** Monique **HOARAU** Silvia **HORSMAN** Alène **HOUNGBEDJI** Jennifer **HUET** Hélène HUGLA Eric **HUYGUE**

Nogna Paris Saint Pierre Des Corps Lavigny Saint Maurice Boulav Moutier Paris La Possession Malzeville Verdun Saint-Amand Plouarzel **Paris** Saint Nom La Bretèche **Paris**

Toulouse

Anne-Elisabeth

INGOLD

Saint Eloy Les Mines

J

Gaelle **JACOB** Montreuil Marylène JACQ FOUCHER St Herblain Marion JACQUEMIN Coueron Bertrand **JACQUES** Tournai Saint Christol Lés Ales Dominique JAKOVENKO Patricia JAMOULLE Charleville Mezieres Nathalie JAN Loches Sophie JANIN Dubai Muriel **JANVIER** Dinan JARAMAGO CADÉ Élodie Villeurbanne **JAWHARI** Dijon Dany Armelle **JAYET** Pantin Pascale **JEHANNIN** Emmanuelle **JOIRIS** Seraing Marie Sophie **JOURDREN** Fabienne JUNCKER-QUAINON

Rennes Luxembourg

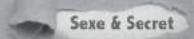
K

Benoît **KAAS** Tours **Emilie KAISER** Luxembourg Alain **KARAOUNI** St André De Sangonis **KASTLER** Ancy-Dornot Déborah Boulogne Billancourt Sandrine KEIFLIN Philippe **KEMPENEERS** Liège

Nolwenn KEREBEL

Nathalie **KERN** Hohengoeft St André Des Eaux Elodie **KERSCAVEN**





Corinne Catherine Amoin Louise Vincent

Vincent Pauline Karl KNAFF KNIPPING KOUASSI KOUVAHE KRISTNER KUBAT Massy Nantes Sannois

Bussy-Saint-Georges Épernay Vienne

L

Marie Hélène Virginie Charline Pauline Claude Pascal

Anne-Laure Marie-Flore Marie-Line Elodie Alexis Françoise Philippe

Sabine
Ghyslaine
Loi
Ludivine
Alix
Laurent
Catherine

Sonia

Annaia

Mélisande Mélanie Amandine Valérie Peggy Christine

Evan Dominique Hervé Karine Estelle

Ghislaine Rachel Annick Cécile Ariane Charlotte Milène

Brigitte André Fanny LAMBOLEZ LANG

LANG MEYER LANGGUTH LANGLADE LANNOY LARDELLIER

LARDELLIER
LASFAR
LASLANDES
LASSAGNE
LAUMENERC'H
LAUMONT
LE BLOA

LE CAVORZIN LE DEMEZET-FLEURY

LE DOZE LE GOUGUEC LE GRAS LE GUEVELLO LE PALEC

LE SAINT LEBOULLENGER LEBREUILLY LECLÈRE

LECLÈRE

LECOCQ LEDOUR

LEFEBVRE LEFEBVRE

LEFÈVRE LEJEUNE

LEFER

LEJEUNE LELONG LEMAIRE LEMARQUAND

LENORMAND LEPAYSAN LEPOINT LERHO LERICHE LEROY LETOMBE

LETZEL LEUTRAT PLOUGASTEL Vandoeuvre Les Nancy

Talange Enchenberg Illange Lille

Woluwe-Saint-Pierre

Dijon

Strasbourg Bruges Rennes Montrouge

Rennes Colombes Granville Tours Lorient

Montfort-L'amaury Luxembourg Chatou Augervilliers Fontet

Villiers-Sur-Morin

Tours Paris

St Nicolas De Port

Amiens Garein

Nogent-Sur-Marne

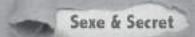
Lyon

Strasbourg Massy Saint Denis Nantes Paris Lyon

Clermont-Ferrand

Lille Hermès Rennes





Ghislaine Nacima Laurence Marjorie Michel Florence **Patrice** Isabela Laure Carole

LHEZ LIN LOEFFLER-LABORDA **LOMBARD LOMBARD** LOOS **LOPES LORENTE** LOUETTE LUCAS

Toulouse Marseille Rueil-Malmaison Roubaix Gagny Genval Saint-Herblain La Roche Sur Yon

Doullens

M

Meriem Meriem Anaïs Gabrielle Aline Valérie

Kathleen Navanita

Aurélie Raphaëlla Céline Ségolène Laurence Geneviève Stéphanie Roselyne Carine Karine Karine François Léa Pierre

Capucine Sarah Déborah Margot Franck Juliette Sylvie Lisette Nadia Jean-Siméon Amélie Delphine

Sylvie

Pierre-Yves Laure Christine Guillaume Lucille

MAHBOULI **Tunis** MAHBOULI MAHJOUB **Tunis MALBOS** Draveil Trelissac **MALLET MALPESA** Besançon **MALPHETTES** Albi Dieulefit **MANKE MAQUIGNEAU** Marseille

MARCHAL-DIDIER Villé **MARCHAND Tigery** Lunéville **MAREUSE MARKOVIC** Naives Rosières **MARQUAT** Aix En Provence **MARSAIS** Montfort-L'amaury MARTEL Albertville

MARTIN Lille **MARTIN MARTIN**

MARTINEAU MARTINVALET MARTIN-VAUZOUR

MARTINY MASSU MATHIEU MATHURIN MAUREL MAURICE MAURO MAZEAUD

MBAYA

MEBARKA MENOREAU MENUEY CATROU **MERCIER MERCIER MERI MERIOT**

MEURETTE MEYER-LEGENTIL Saint-Etienne

L'Argentière La Bessee

Paris Paris Bordeaux Willerwald Eaubonne Ploemeur Sainte Savine Puteaux St Leu La Foret

Vanves **Brest** Liège Agen Nantes **Paris**

La Rochelle **Avranches Cedex**

Tours Nantes Granville



Montpellier

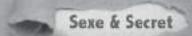
Clermont-Ferrand

Basse-Goulaine

Forbach

Paris

Saint-Etienne-De-Tulmont



Véronique Michaelle Cathy Cécile Joëlle **Boris** Marie Mitawa Haitham Amine Isabelle Inès Evgenia Bruno Laurence Nadia Céline Clémentine Patricia Martine Raphaël Evelyne Elise Isabelle Samira Sophie Sylvie Damien Patrice

MICHAUX MICHELIN MIECH **MIELE MIGNOT MILJANOVIC MILLIERE** MILLIN MISSONTSA MIRGHANI MOATAZ **MODOLO** MOLOUFOUKILA MOMOTOVA MONTEL MONTELLA LEFORT **MORAND MOREAU MOREL** MOREL **MORELLEC** MORENO

MORIN

MOSCONI

MOUHIB

MOULY

MOUTON

MURET

MUZADI

M'ZOUGHI

MOURTOUX

MOTEL-PICARD

Roanne Chantilly **Paris** Casablanca Vincennes Les Pavillons Sous Bois Chambéry **Paris Entrelacs** Angers Arpajon Fontenay Sous Bois Amiens **Paris** St-Mande Meudon Lvon Pierrefitte Sur Seine Saint Pathus Mezidon Canon Lille Besançon Viry-Châtillon Rillieux La Pape

N

Yowa

Nadia

Thérèse
Michele
Alain
Olivier
Anelya Espoir
Israël
Sophie
Tania
Sarah
Marie-Charlotte

Р

Philippe

Corinne Johanna Amélie Eleonore Chloé Sylvie N GUETTA
NAOURI
NAPOLEONI
NÉROT
NGOMA NTSIMBA
NISAND
NOEL
NORMANDIN
OBERGFELL
ODDON

PAILLARD PAIN PANNOUX PARLABENE PAROT PASQUINO

OTMESGUINE

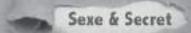
Noisy Le Grand Paris Dijon Lyon Brazzaville Strasbourg Etterbeek Paris Strasbourg Vincennes Paris

Montfort Sur Meu Lisieux Paris Maubeuge Embrun



Toulouse

Salon De Provence



Wilfrid **PAVAGEAU Paris** Sylvie **PENNEC Nantes** Aurélie **PEROCHE** Tours **Alexia PERRET** Laury **PHOMMA** Sophie **PIC LAFON** Bordeaux Blandine PICHOT-POIRIE Dammartin En Serve **PIEROG** Catherine Lauterbourg Villefranche De Rouergue Emmanuelle PIETRI **PIGEON** Espaly St Marcel Laure Varades Bénédicte PIGNIER-BELJEAN Montpellier **PIQUARD** Jean-Claude Corinne **PLISSON** Soissons Stéphane **PLOTEAU Nantes** Marie **PLUMAIL** Bischwiller Estelle **POIGNET** Rosières En Santerre Cécile **POILROUX** La Varenne Valentine POIRÉE **Nantes** Jean-Marc **POLESEL** Marseille PONCET-BERNARD Valentine Rennes **Paris** Alexandre **POPA** Carmen **PORRETTI** Bordeaux Paulina **POZO** Ghislaine **PRADO Paris** Lorette PROROGA-PITON Estampes PRUM-PETITBERGHIEN Cambrai Lucie Ιv **PSALTI** Bruxelles Saint Jean D'aulps Sylvie **PUGIN-BRON**

PUJOL-GUILLEVIC

Q

Hélène

Gladys

Virginie QUERARD-CLARENC Locquirec Yann QUINTILLA Montpellier

PYOT

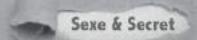
R

Jean-Luc

Florence **RABILLER** Nantes Eliane **RAMUZ** Nîmes Nathalie RAPHAËL LE DOCTE Bourg En Bresse Célia **RAVEL** Rennes Yaël RAY Lyon **RAYMOND** Marseille Justine Béatrice **REKLEWSKI** Grenoble Émilie **REMY** Marly **RENAUD** Frouzins Laetitia Angèle Saint-Nazaire RENOULT Geneviève **RETORNAZ** Lyon RÉVEILLÉ Maud Cazeres Manon **RIANT** Rennes Gérard **RIBES** Lyon Frédéric **RIMETZ** Arras Marseille

ROBERT





Nastasia Sophie Sophie Sylviane Julie Marlène Sophie Rebbouh **Betty** Mylène Géraldine Alexandra Cécile Marine Catherine Claude

ROBERT-TISSOT Coutiches Cholet **ROCHER ROCHET** Lyon **RONDET** Le Chatelet En Brie **RONY-CARROUGET** Angers Bourg En Bresse **RONZON ROQUELIN** Cormeilles Dreux **ROSA**

ROSSIN-AMAR Marseille
ROULAND Chail
ROUMY
ROUSSEAU Paris
ROUSSEAU Bellaire
ROUSSEAU Troyes
ROUX Crest
ROUX DESLANDES Pau

S

Isabelle
Salama
Dominique
Muriel
Marine
Clémence
Sylvie
Anne-Sophie
Noel
Bruno
Véronique
Angèle

Annick Carole Dominique Caroline Alice

Anne Laure
Solène
Laure
Lenaig
Magali
Jade
Jérémie
Johana
Véronique
Laurence
Gaelle
Marie-Noëlle
Moufid

Geneviève

Véronique

SABAN SALAMA SALOMEZ SANCHEZ SANLAVILLE SAPET SAPIN

SAPIN
SARRADEL
SARRADEL
SAUSSEAU
SCATOLI
SCHAEFFER
SCHIFANO
SCHMITT

SCHNEIDER

SCHOCH SEBILLE SEDDA SÉMIRAMOTH SENEMAUD-CARRIQUIRY SERAZIN-ORSINI SERGENT SERIEYS SILES SIMAO

SIROIT SITBON SOLSTICE AUBRY STITI STOCK

SIMONNOT

SUQUET ALLEHAUT

Perpignan Chatou Bruxelles

Tassin La Demi Lune

Ixelles
Nantes
Pordic
Ville Di Pietrabugno
Erbalunga

Erbalunga Saint Pierre St Egrève Reims

La Grande Motte

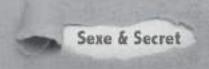
Nancy Antony Puteaux

Marolles En Hurepoix

Lille
Bordeaux
Vincennes
Aubagne
Granville
Paris
Lutzelbourg
Paris
Montfermeil
Poissy
Montreuil
Eurre
Toulon
Verdun

Fontenay-Sous-Bois





Т

Lucie **TAQUIN** Waremme Fabien **TASTET** Passv Romain **TATON**

Sotteville-Lès-Rouen Sébastien **TEILLOUT**

Julien **TEITGEN** Florange Boulogne Billancourt Margaux **TERROU**

Gaelle Lunel **TEXIER** Marie-Noelle **TEYNIER** Viroflav **THEPAULT** Saint Nazaire Katell

Paris Florence THIBAUT Agathe THIERRY DEFLOU Montville Ludivine **THILMANT** Tournai

Tournai Jessica **THIRY** André **THOMAS** Lille Jean François TISSIER Bagneux Gerard **TIXIER Paris**

Océane Marmande **TOURE** Nathalie TRIGNOL - VIGUIER Tours Frédérique TRONSON Orvault **Paris** Thierry

TROUSSIER Marie-Claude **TUSCHER** Plomeur

U

Elisa **UNG Paris**

V

Géraldine **VAN BRAEKEL** Namur Valentine VAN RYCKEGHEM Tournai Blain Anna VANDERQUAND Alexandra **VATIMBELLA Paris** Christel **VENDRISSE** Nice Béatrice **VERMOOTE** Barly

Catherine VERNOUX Agnès **VERROUST Paris** Claire **Paris** VERSINI Solène **VIGOUREUX Paris** Elodie Vichy

VINCENT Merschweiller Flore **VINCENT-VIRY Poitiers** Nelly VIROULET

Claudie Olonne-Sur-Mer **VRIGNON**

W

Sophie **WANNIN Angers** Marie-Laure Tucquegnieux WARIN **Echallens** Marie-France **WEBER**

Z

Safia ZAH Arcueil **ZELER** St Jean De Vedas Arnaud



Sexe & Secret

