



3^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle



REIMS
2010

COMMENT ACCOMPAGNER UN COUPLE EN DIFFICULTÉ, RELATIONNELLE OU SEXUELLE ?

Philippe BRENOT (Paris)

Psychiatre et sexologue, directeur du DIU de sexologie de l'université Paris Descartes.

Exerce son activité en cabinet libéral.

Ancien vice-Président et membre du CA de l'AIHUS.

Président de l'Observatoire International du Couple et du Congrès Marocain de sexologie.

Mail : phlavis@gmail.com

RÉSUMÉ

CONCEPTION ET RÉALISATION DE L'ATELIER : Cet atelier a été conçu et validé sur l'expérience de nombreuses formations assumées par cet expert depuis plus de dix ans auprès de groupes de médecins et de psychologues, formés ou non à la sexologie. Il est fondé sur cette expérience issue de la pratique et à partir des interrogations des praticiens. Il répond à une lacune des formations générales, médicales et psychologiques, qui n'intègrent pas de formation sur la sexualité ni sur le couple.

JUSTIFICATIONS ET INTENTIONS GÉNÉRALES DU PROJET DE FORMATION : Cette formation s'adresse à des praticiens (qu'ils aient ou non été formés à la sexologie) pour leur permettre d'améliorer leur prise en charge des troubles sexuels dans le couple et surtout leur prise en charge des couples en difficulté.

Les notions théoriques recommandées pour suivre cet atelier sont les données scientifiques issues essentiellement des écoles systémiques et tout particulièrement de l'école de Palo Alto sur le mode des thérapies stratégiques de Nardone et Watzlawick. C'est une formation théorique qu'ont reçu de nombreux sexologues et psychothérapeutes afin de dépasser le cadre habituel de la thérapie duelle pour gérer la dyade du couple.

Au cours de cet atelier seront évoqués l'apport historique de Masters et Johnson en ce qui concerne le suivi des couples en difficulté, les approches stratégiques et systémiques de Palo Alto, la connaissance sociologique de la dynamique interne aux couples (typologie de Kellerhalls et Widmer).

FORMAT PÉDAGOGIQUE : Il s'agit d'un atelier de trois heures, pouvant faire suite au précédent atelier par le même animateur aux deuxièmes Assises de Lille (qui était, lui, organisé sur le mode de la formation primaire). Il se déroulera en trois temps :

- 1 - Introduction et émergence des questions pratiques et des demandes de la part des auditeurs.
- 2 - Formation de sous groupes (la taille idéale est de sept à dix participants par sous-groupe) qui travailleront pendant une heure sur les divers points et questions retenus et sur un (ou des) cas cliniques proposé par l'expert, en fonction de leur pratique et de leur expérience. Ils auront à définir les conduites à tenir et les attitudes qu'ils auraient devant ces cas cliniques.
- 3 - Remontée de l'ensemble des réponses par les rapporteurs de chaque groupe pour permettre une discussion générale et des réponses spécifiques de l'expert afin que toutes les interrogations soient satisfaites.

MÉTHODE PÉDAGOGIQUE : La méthode sera celle du dialogue et de l'émergence des réponses nourries dans un premier temps par l'expérience des auditeurs, pour les confronter aux références et à l'expérience de l'expert. L'illustration par des cas cliniques et des situations vécues sera privilégiée afin de rendre vivant l'apport théorique de l'expert. Cet atelier tentera enfin de formuler des recommandations pour le suivi et le traitement des difficultés, sexuelles et relationnelles, dans le couple, à titre d'exemple :

- Nécessité d'évaluation du couple et de sa sexualité
- Nécessité de formuler un diagnostic conjoint, sexologique et relationnel
- Formulation d'un cadre thérapeutique pouvant devenir par la suite le cadre conjugal
- Définition des objectifs mutuels des partenaires
- Formulation des règles internes au couple
- Ebauche et création d'un nouveau couple fonctionnel

N°1

ATELIER
Formation Continue



3^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle



REIMS
2010

COMMENT ACCOMPAGNER UN COUPLE EN DIFFICULTÉ, RELATIONNELLE OU SEXUELLE ? (SUITE)

MOTS CLÉS

Couple, sexualité, violence, dysfonction sexuelle.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Antoine P., Christophe V., Nandrino J-L., *Echelle d'ajustement dyadique : intérêts cliniques d'une révision et validation d'une version abrégée*, L'Encéphale, 2008, 34, pp. 38-46.
- Brenot P., *Inventer le couple*, Odile Jacob, 2001.
- Brenot P., *La violence ordinaire des hommes envers les femmes*, Odile Jacob, 2008.
- Clement U., *Sex in Long-Term Relationships : A Systemic Approach to Sexual Desire Problems*, Arch. Sex. Behav., 2002, 31, 3, pp. 241-246.
- Delage M., *La thérapie du couple et de la famille revisitée à travers la théorie de l'attachement*, Thérapie familiale, 2005, 26-4, 407-425.
- Harway M., *Handbook of Couples Therapy*, John Wiley and sons, Hoboken, 2005.
- Kellerhals J. et Widmer E., *Mesure et démesure du couple*, Payot 2002.
- Masters W. M. et Johnson V. E., *les Mésententes sexuelles*, Robert Laffont, 1970.
- Nardone G. et Watzlawick P., *l'Art du changement*, 1992.

N°1

ATELIER
Formation Continue



3^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle



REIMS
2010

RÉPERCUSSION DE LA VIOLENCE SEXUELLE SUR LE COUPLE ET PRISE EN CHARGE SEXOLOGIQUE

Maryvonne DESBARATS

Psychologue, Sexologue Enseignante DIU Sexologie.

Expérience professionnelle du traitement de la violence sexuelle (agresseurs - victimes)

Centre de Consultations Sexologiques à Toulouse

Mail : maryvonne.desbarats@wanadoo.fr

RÉSUMÉ

- L'enquête CSF de 2006, avec Nathalie Bajos et Michel Bozon, confirme l'enquête ENVEFF de 2000, au sujet de la violence sexuelle vécue par des hommes et des femmes, soit dans leur enfance, soit avant de se mettre en couple, soit de la violence vécue dans le cadre de leur couple (9993 plaintes pour viol en 2005)

- Pour Sharman Levinson : « des traumatismes passés, qu'ils soient anciens ou récents, peuvent marquer l'expérience sexuelle présente. Avoir vécu, des rapports sexuels forcés ou des tentatives de rapports contraints est ainsi associé à des difficultés de la fonction sexuelle pour les hommes comme pour les femmes ».

Sharman Levinson rapporte que 28% des hommes victimes sexuelles ont des troubles de l'érection (seulement 16,3 % dans la population normale) et 24% des femmes victimes sexuelles ont des problèmes de rapports sexuels douloureux (dyspareunies, manque de lubrification, vaginisme) (seulement 15% dans la population normale)

Pour Trudel (2003) les femmes victimes sexuelles souffrent de troubles du désir.

Pour Mac Cabe et Jupp (1989), et Mac Cabe (2001), ces problèmes de troubles du désir aggravent les autres dysfonctions sexuelles et les problèmes du couple. Mac Cabe (1992) affirme que « toute expérience négative en rapport avec la sexualité provoque des attitudes sexuelles négatives et favorise un problème de désir ».

- Il est donc important que les sexologues prennent en compte, pour les patients victimes sexuelles, les répercussions sur leur vie sexuelle, personnelle et de couple et apprennent à y répondre.

- Les patients peuvent avoir été victimes

- Dans leur enfance
- Ou avant leur couple actuel
- Ou pendant leur vie de couple, avec une agression extérieure au couple
- Ou agressés par leur partenaire actuel (30% Basile, Chen et Saltzman, 2007)
- Ou les deux du couple peuvent avoir été victimes sexuelles

- Il s'agit donc d'un réel problème de santé publique et en particulier de santé sexuelle

MÉTHODE PÉDAGOGIQUE :

- A partir de jeux de rôles les participants seront invités à développer une écoute empathique permettant seule le dévoilement de l'agression, (conférence consensus FFP « Conséquences des Maltraitements Sexuels » 2003), l'expression des émotions douloureuses, des représentations négatives de la sexualité, des sensations corporelles pénibles.

- Ils s'entraîneront par des études de cas apportées par le formateur à évaluer la sexualité présente, ses échecs comme ses réussites, et à permettre une relance du développement psychosexuel personnel, puis dans le couple.

- Les participants peuvent eux-mêmes apporter des exemples de cas issus de leur pratique pour chercher ensemble des options thérapeutiques pratiques.

N°2

ATELIER
Formation Continue



3^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle



REIMS
2010

RÉPERCUSSION DE LA VIOLENCE SEXUELLE SUR LE COUPLE ET PRISE EN CHARGE SEXOLOGIQUE (SUITE)

L'atelier proposé dure 3 heures, avec une demi-heure de présentation du travail, présentation du formateur et des participants.

Puis chaque thème sera travaillé successivement sur un mode interactif :

- Jeu de rôle 1/2 heure,
- Cas 1/2 heure,
- Cas des participants 1 heure,
- puis discussion, échange de documents pédagogiques

MOTS CLÉS

Violence sexuelle, santé sexuelle, couple, victime sexuelle, thérapie sexologique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BAJOS Nathalie, BOZON Michel - « *Enquête sur la sexualité en France* » - La Découverte, 2008
- BERTHOZ Alain, JORLAND Gérard - « *L' empathie* » - Odile Jacob 2004
- « *Cerveau et Psycho* », revue scientifique n°6, juin 2004 - Dossier « Cerveau et émotions »
- *Conférence de Consensus FFP* - édition John Libbey 2006 - Site FFP : <http://psychodoc-fr.broca.inserm.fr>
- Congrès Reims 15-16 Octobre 2009 « *Prévenir et prendre en charge les violences sexuelles des mineurs* ». DESBARATS Maryvonne, « *L' accompagnement sexologique de la victime mineure* »
- DESBARATS Maryvonne, « *Corps violés, corps brisés : le masculin* » - Actes Congrès ASCLIF - Marseille 2008
- DESBARATS Maryvonne, PLANTE Pierre, « *Prise en charge sexologique des victimes sexuelles masculines* » - Congrès International CIFAS, Paris 2005
- DION Jacinthe, CYR Mireille and Co, « *Différences individuelles et techniques d'entrevues : effets sur la déclaration d'une agression sexuelle* » Actes Congrès CIFAS - <http://www.cifas.ca/PDF>
- FASSIN Didier, RECHTMAN Richard « *L'empire du traumatisme, enquête sur la condition de victime* » - Flammarion 2009
- GAGNON John : « *Les scripts de la sexualité* » - Payot 2008
- LAMEYRE Xavier : « *Les violences sexuelles* » - Les Essentiels Milan 2008
- LEMELIN Jacinthe, BOUCHER Sophie and Co, Congrès International CIFAS – Montréal 2009
- TISSERON Serge, « *La Résilience* » - QSJ 2007
- TRUDEL Gilles, « *La baisse de désir sexuel* » - MASSON 2003

N°2

ATELIER
Formation Continue



3^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle



REIMS
2010

LE SENTIMENT AMOUREUX, LE DÉSIR AMOUREUX, APPRENDRE À L'ÉVALUER...

Claude ROUX DESLANDES (Pau)

Membre de l'Asclif, vice présidente du Cifres, membre titulaire de l'Aihus
Présidente d'honneur de l'Isi, chargée de cours du DIU de Toulouse et à la faculté de Barcelone.
Mail : clauderoux.deslandes@wanadoo.fr

RÉSUMÉ

Après avoir entendu, à de multiples reprises le questionnement de patients, de patientes (seuls ou en couple) :

- « est-ce que je l'aime encore ? »
- « est-ce que je l'aime suffisamment ? »
- « si je l'aimais vraiment ? »
- « est-ce que nous nous aimons encore ? »
 - « je n'aurai pas cette difficulté sexuelle »
 - « j'aurais du désir »
 - « il (elle) n'aurait pas ce comportement »

Phrases entendues dans le secret de nos cabinets ...

Phrases « porteuses » d'interrogations, d'incompréhensions et souffrances personnelles et dans le couple. Ces interrogations, ces souffrances sont causes de conflits dans les couples.

Cet état de fait m'a poussée à réfléchir sur :

- Comment aider ces personnes ?
- Comment trouver des outils pour qu'elles fassent la part entre leurs interrogations, leur dynamique sexuelle et psychoaffective personnelle et conjugale ?
- Comment les y accompagner ?

A partir de ma pratique clinique, de mes différentes formations, des cours d'éducation sexuelle pour adultes et de mes lectures, j'ai essayé de trouver des pistes d'aide. J'ai donc systématisé, modélisé une grille d'évaluation du sentiment amoureux, du désir amoureux pour que chacun puisse se reconnaître, s'évaluer, se situer.

Bien sûr il n'est pas question de mettre « l'amour en cage » mais de lui donner au contraire un contenu, des ailes, un espace de vie...

Dans un atelier INTERACTIF, je propose pour chacun de développer : un savoir, un savoir être, un savoir faire pour être aidant et accompagnant avec nos patients.

Cet atelier se déroulera en trois temps un temps théorique, un temps pratique, une évaluation du travail effectué.

Un SAVOIR :

- comment est construite cette grille, les points essentiels, les comprendre pour savoir les utiliser, les intégrer dans notre pratique de sexologue clinicien.

Un SAVOIR FAIRE :

- s'initier
- s'entraîner à appliquer la grille à partir de « mini-jeux de rôles » cliniques

Un SAVOIR ETRE :

- évaluer : comment je me situe face à cet outil

N°3

ATELIER
Formation Continue



3^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle



REIMS
2010

LE SENTIMENT AMOUREUX, LE DÉSIR AMOUREUX, APPRENDRE À L'ÉVALUER... (SUITE)

MOTS CLÉS

Violence sexuelle, santé sexuelle, couple, victime sexuelle, thérapie sexologique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Serge Tisseon. *Vérités et mensonges de nos émotions*. Albin Michel 2005,
- Dominique Chapot. *Emoi en moi*. Seuil janvier 2005,
- François Lelord - Christophe André. *La force des émotions Amour, colère, joie*. Odile Jacob, avril 2003.
- Helen Fisher. *Pourquoi nous aimons ?* Robert Laffont 2006.
- François-Xavier Poudat. *La dépendance amoureuse, quand le sexe et l'amour deviennent des drogues*. Odile Jacob août 2009.
- Francesco Alberoni. *Le choc amoureux*. Ramsay 1981.
- Willy Pasini. *Le temps d'aimer*. Odile Jacob ; août 1997.
- Psychologies, hors-série. *Le guide de la rencontre amoureuse*. Numéro avril/mai 2008.

N°3

ATELIER
Formation Continue



3^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle



REIMS
2010

PRISE EN CHARGE DES CAS COMPLEXES OÙ, EN SURFACE, LA FEMME EST DOMINANTE ET L'HOMME EST SOUMIS

François de CARUFEL, Ph. D.

Docteur en psychologie et Sexologue. Il a enseigné pendant plus de dix ans au Département de Sexologie de l'Université du Québec à Montréal. Il enseigne maintenant à la Faculté de psychologie de l'Université catholique de Louvain ainsi qu'à la Faculté de médecine de l'Université de Casablanca. Il a été rédacteur en chef de la revue Réalités en Gynécologie-Obstétrique/Sexologie publiée à Paris et est actuellement chef clinique de l'Unité de sexologie fonctionnelle de l'Hôpital de Waterloo en Belgique.

Tél : 32 (02) 389 02 55

Fax : 32 (02) 389 04 11

GSM : 32 (0) 479 24 06 15

Mail : francois.decarufel@uclouvain.be

RÉSUMÉ

Plusieurs dysfonctions sexuelles sont causées par une répartition asymétrique du pouvoir à l'intérieur du couple. Parmi les cas les plus difficiles à traiter, on retrouve ceux où la femme est dominante et l'homme est effacé.

Il est de plus en plus admis à l'heure actuelle que la prise en charge de ces troubles nécessite une approche globale et intégrative. Cet atelier s'inscrit dans cette optique. Il présente un modèle qui incorpore l'ensemble des aspects périsexologiques et sexologiques influençant le fonctionnement sexuel du couple. Ce modèle permettra aux participants de mieux comprendre la problématique dominance/soumission et leur procurera des moyens concrets pour l'évaluer et la traiter.

Le cadre théorique de cet atelier tire ses origines de l'approche cognitive comportementale contextuelle (Epstein et Baucom, 2002), de l'approche intersystémique (Weeks et Cross, 2004) et du modèle de fonctionnalité sexuelle (de Carufel, 2009). Ce cadre théorique permet d'analyser les liens entre les systèmes individuels, relationnels, générationnels et culturels qui tissent la toile de fond des interactions sexuelles et non sexuelles entre les conjoints. Il confère également des outils thérapeutiques sexologiques et périsexologiques pour traiter chaque système et trouver des solutions aux désordres sexuels découlant d'une dynamique de couple marquée par des inégalités de pouvoir.

Les procédés pédagogiques employés au cours de cet atelier incluent un exposé théorique, des cas cliniques, des jeux de rôle, des exercices pratiques et des applications cliniques.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

THÉRAPIE COGNITIVE COMPORTEMENTALE CONTEXTUELLE

- Epstein, N. B. et Baucom, D. H. (2002). *Enhanced Cognitive-behavioral Therapy for Couples: A Contextual Approach*, Washington, American Psychological Association.
- Epstein, N. B., Baucom, D. H. et Wright, J. (2008). « L'évaluation et la modification des cognitions en thérapie conjugale. Une approche cognitive comportementale contextuelle » dans J. Wright, Y. Lussier et S. Sabourin (dir), *Manuel clinique des psychothérapies de couple*, Québec, Les presses de l'Université du Québec, P. 313-358.
- Wright, J., Lussier, Y. et Sabourin, S. (dir) (2008). *Manuel clinique des psychothérapies de couple*, Québec, Les presses de l'Université du Québec, P. 313-358.

THÉRAPIE INTERSYSTÉMIQUE

- Hertlein, K. M., Weeks, G. R. et Gambescia, N. (2009). *Systemic Sex Therapy*, New York, Routledge.
- Strong, S. et Claiborn, C. (1982). *Change through Interaction: Social psychological Process of Counseling and Psychotherapy*, New York, Wiley.
- Weeks, G. (1994). « The intersystem model: An Integrative Approach to Treatment » dans G. Weeks et L. Hof (dir), *The Marital-Relationship Therapy Casebook: Theory and Application of the Intersystem Mode*, New York, Brunner/Mazel, p. 3-34.
- Weeks, G. et Cross, C. (2004). *The Intersystem of Psychotherapy: An Integrated Systems Approach*. *Guidance and Counseling*, 19, 57-64.

N°4

ATELIER
Formation Continue



3^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle



REIMS
2010

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES (SUITE)

THÉRAPIE SEXOFONCTIONNELLE

- de Carufel, F (2009). *L' éjaculation précoce. Compréhension et traitement par la thérapie sexofonctionnelle*, Louvain la Neuve, Les presses universitaires de Louvain.
- de Carufel, F. *L'approche sexo-corporelle et la fonctionnalité sexuelle*. Cahiers des Sciences Familiales et Sexologiques, 13, 109-119, 1990.
- de Carufel, F. et Trudel, G. *Effects of a new functional-sexological treatment for premature ejaculation*. Journal of Sex & Marital Therapy, 32, 97-114, 2006.

N°4

ATELIER
Formation Continue



3^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle



REIMS
2010

SEXUALITÉ DU COUPLE ET PASSÉ DE VIOLENCES SEXUELLES DANS L'ENFANCE : RÔLE DU SEXOLOGUE

GAMET Marie-Laure

Médecin sexologue.

Activité en faveur des mineurs dans le cadre de la Cellule Départementale d'Accompagnement du Développement de la Sexualité au Conseil Général de la Marne pour une prise en charge de victimes et d'auteurs de violences sexuelles .

Activité libérale en faveur des adultes : prise en charge individuelle ou de couple.

Formatrice en éducation de la sexualité des professionnels de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, des conseils généraux.

Mail : marie-laure.gamet@wanadoo.fr

RAMSEYER François

Gynécologue-obstétricien sexologue.

Activité libérale en faveur des adultes : prise en charge individuelle ou de couple.

Mail : francoisramseyer@wanadoo.fr

JUSTIFICATION ET INTENTION GÉNÉRALE

Notre société est confrontée à une réalité affligeante : celle de la violence sexuelle subie par les mineurs. L'Organisation Mondiale de la Santé, en 2007, estimait à partir des études faites dans le monde que 20% des femmes et 5 à 10% d'hommes étaient victimes de violences sexuelles lors de leur enfance. En France, les chiffres avancés sont d'environ 10% de femmes et 5% d'hommes.

Le sexologue est régulièrement confronté dans sa pratique à la prise en charge de femmes ou d'hommes présentant des difficultés sexuelles avec le constat que l'une ou les deux personnes ont un passé de violences sexuelles dans leur enfance. Ces violences peuvent avoir été révélées avant l'arrivée des personnes en consultation de sexologie. Elles peuvent aussi être révélées à l'occasion de cette prise en charge.

Cet atelier vise pour les participants à :

- Comprendre les difficultés sexuelles de l'adulte en lien avec un passé violent : un rappel sera fait sur la notion de traumatisme et son impact sur le développement de la sexualité ainsi que sur la difficulté des révélations. Cette dernière notion sera particulièrement discutée dans cet atelier puisque le silence sur le vécu d'abus sexuels peut expliquer pour une part les difficultés sexuelles, leur aggravation dans le temps et le retard à la prise en charge.
- Savoir évaluer la part des difficultés sexuelles liées au passé et la part de ces difficultés liées à la construction de la sexualité du couple elle-même, comme pour tout couple.
- Donner des principes de base de la prise en charge thérapeutique dans ce contexte de violences sexuelles.
- Donner des principes de base aux participants pour « affronter la violence » qui peut se dégager dans ce type de consultation.

MÉTHODE PÉDAGOGIQUE

Donner des outils aux participants à partir de cas cliniques mais aussi de jeux de rôle pour évaluer la situation tout en mettant à jour l'émotion, les peurs voire la détresse qui se sont jouées dans les difficultés suivantes :

- De révéler par la victime à son conjoint-e les violences subies
- De parler pour la victime à son conjoint-e de ses difficultés sexuelles
- D'exprimer pour la personne non victime sa culpabilité à ne pas avoir deviné les souffrances de la victime
- D'exprimer pour la personne non victime sa culpabilité à ne pas avoir su épanouir la sexualité de sa ou son conjoint-e et d'être soi-même aux prises avec des difficultés sexuelles

Donner des outils à partir de cas cliniques sur l'espoir de (re)construire une sexualité du couple.

N°5

ATELIER
Formation Continue



3^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle



REIMS
2010

MOTS CLÉS

Violences sexuelles - développement de la sexualité - difficultés sexuelles - couple - thérapie sexuelle.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Maex E. *Mindfulness : apprivoiser le stress par la pleine conscience*. Bruxelles : De Boeck ; 2007.
- Coutanceau R. 2004. *Vivre après l'inceste*. Desclée de Brouwer.
- Najman J., Dunne, M. and Purdie, D., Boyle F. and Coxeter, P., 2005, *Sexual Abuse in Childhood and Sexual Dysfunction in Adulthood: An Australian Population-Based Study*. Archives of Sexual Behavior, 34(5): 517-526.
- Rumstein-McKean O., et Hunsley J. 2001. « *Interpersonal and family functioning of femal survivors of childhood sexual abuse* », Clinical Psychology Review, 21 (3): 471-490.
- Spiering, M., Everaerd, W., Karsdorp, P., Both, S., Brauer, M. (2006) *Non conscious Processing of Sexual Information: A Generalization to Women*. The Journal of Sex Research, 43(3), 268-281.
- Zajonc R.B., 1984, "On primacy of affect", in Scherer C.E.K.R. et Ekman O. (Eds), *Approaches to emotion*: 259-270. Théorie des émotions.

N°5

ATELIER
Formation Continue



3^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle



REIMS
2010

RÉPONDRE À LA PLAINTÉ SEXUELLE DU COUPLE EST ENTENDRE LE CONTEXTE SOCIO-FAMILIAL : UNE APPROCHE EN THÉRAPIE SYSTÉMIQUE DE COUPLE

Myriam GINDT

Médecin sexologue, thérapeute individuel et de couple.

Diplôme de formation complémentaire (Master en sexologie) ; licenciée en sciences familiales et sexologiques, orientation biomédicale ; diplômée de l'université catholique de Louvain en 1981 (UCL). Auteur dans de nombreuses revues collectives ou livres d'auteurs, et auteur de nombreuses conférences.

Mail : gindt.m@yucom.be

RÉSUMÉ

ENJEU DE CET ATELIER :

Transmettre un savoir professionnel reçu et acquis tant théoriquement que cliniquement : Savoir délivré par des formateurs, par des maîtres à penser et par une pratique clinique professionnelle personnelle de trente ans axée sur la difficulté des personnes à exercer leur vie sexuelle, tant à titre individuel que relationnel.

OUVRIER LA DIFFICULTÉ SEXUELLE PAR UNE APPROCHE EN THÉRAPIE SYSTÉMIQUE

Analyser le contexte dans lequel la difficulté sexuelle se manifeste, prendre en compte différents facteurs de la vie relationnelle socio- familiale qui empêchent le sujet d'exercer sa sexualité et ce : en une époque, un temps et un lieu donné. Comment est formulée une demande, hier et aujourd'hui ? Quel impact ont les nouvelles normes sociales en matière de sexualité sur les conjoints ?

MÉTHODE PROPOSÉE : DES SITUATIONS CLINIQUES

Lancer la discussion par quelques vignettes cliniques de situation de couple en difficulté sexuelle et poursuivre avec des situations des participants.

La méthode cherche à comprendre l'enjeu de la difficulté sexuelle pour un système socio familial déterminé. Il s'agit d'abord de relever qui demande de l'aide, qui souffre du dysfonctionnement sexuel et qui consulte. De là, sera posée l'indication de thérapie individuelle ou conjointe. La proposition thérapeutique retient – elle l'accord des patients ? Comment répondre le plus adéquatement à la demande ? Comment le thérapeute formé à l'écoute du symptôme sexuel et du couple entend- il la demande, selon la formation professionnelle et son modèle thérapeutique de référence et selon le niveau de savoir et de connaissance actuelle sur ce sujet ? Quelles sont les hypothèses de travail qu'il élabore au cours du traitement et comment les ajuste-t'il ? Quand, où et comment réfère - t'il une demande de relation d'aide à d'autres professionnels pour le bon déroulement de la prise en charge du patient ?

CONCLURE PAR DES STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES :

Comment un sexologue – thérapeute peut-il agir seul ou en interaction avec d'autres professionnels de la santé sexuelle, pour le plus grand bien du patient qui consulte seul ou en couple pour un dysfonctionnement sexuel ?

MOTS CLÉS

Pouvoir, savoir, sexe, individu, système social, modèles thérapeutiques, références, référent.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- *Violences et agressivités au sein du couple* : Patrick de Neuter et Nathalie Frogneux, éd 2009 academia.bruylant.be
- *Normes Et Conduites Sexuelles - Approches Sociologiques Et Ouvertures Pluridisciplinaires collectif* avec Jacques Marquet éd 2004 academia-bruylant.be
- *L'inattendu : ce qui se joue dans la relation soignant - soigné* : Philippe van Meerbeek et Jean-Pierre Jacques, éd 2009 de boek université Bruxelles
- *L'irrationnel dans le couple et la famille* : Robert Neuberger, éd ESF, Paris 1998
- *Un et un font trois : le couple révélé à lui – même* : Philippe Caillé, éd Paris ESF 1991
- *Le sacré, cet obscur objet du désir ?* collectif dont JC Guillebaud , éd Albin Michel 2009
- *Plaisir et Politique*, éditeur invité Chris Paulis N°9 – 2007, éd Université Mons- Hainaut
- *La trans-parentalité* par le Docteur Pierre Fossion co-écrit avec Mari-Carmen Rejas, Siegi Hirsch, Boris Cyrulnik et Pierre Segond éd L'Harmattan 2009.

N°6

ATELIER
Formation Continue



3^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle



REIMS
2010

MÉTHODE RELATIONSHIP ENHANCEMENT® :

QUELQUES ÉLÉMENTS DE RÉPONSES AU THÈME « LES COMPLEXITÉS DU COUPLE ET DE SA PRISE EN CHARGE »

Nicole SARRADON GIRBAL

Psychologue psychothérapeute (Marseille)

DESS de psychologie clinique (1968 Aix-Marseille). Présidente de l'IFRE.

Formation à la méthode Relationship Enhancement (« Embellissement de la Relation ») aux USA à parti de 1993 et formateur.

Tel 33(0)4.91.78.03.02 et 33(0)6.85.13.75.57

Mail : nicolesarradon@gmail.com

MÉTHODE PÉDAGOGIQUE

- La partie « présentation théorique » sera largement illustrée d'exemples pris dans la pratique (la mienne, celle des participants à l'atelier). Y compris sur les limites d'utilisation.
- La partie « expérientielle », avec des exercices occupera la moitié du temps.

Celle-ci consiste en exercices - démonstration (3-4 personnes font l'exercice devant l'assemblée) et en exercices - expérimentation pour tous ceux qui le désirent (depuis sa place, avec le voisin qui est prêt aussi à le faire). Les observateurs sont également les bien venus car ils apporterons des informations et commentaires utiles.

Ce ne sont pas des jeux de rôle mais des exercices ou des mises en situation. Chaque exercice donnera lieu à remarques, échanges et commentaires. La manière de donner des feedback sera précisée (certaines règles seront données).

- Les questions - réponses permettront aussi d'ajuster l'information.

NB. Il sera demandé confidentialité pour les exercices.

Des documents dont une bibliographie et un article de synthèse sur les résultats des différentes recherches seront remis aux participants.

RÉSUMÉ

LES OBJECTIFS DU TRAVAIL PRÉSENTÉ

Sensibiliser à une approche opérationnelle - Relationship Enhancement® - qui permet d'aborder le couple dans sa complexité, et qui donne les moyens de travailler sur/avec/pour la relation du couple.

Cette méthode est utile quelque soit le couple, les personnalités qui le composent et quelque soit l'importance du problème relationnel par rapport à l'objet de la consultation.

Elle rend possible d'entreprendre un travail avec les couples (traitement de la sexualité, de la stérilité, entre autres) dans un cadre où la qualité de la relation est porteuse (et non dépendante) de la mise en place de solutions ou de traitements.

Contre-indication : couples dont la rupture affective est effective.

LES ARGUMENTS SCIENTIFIQUES

Cette méthode est basée sur des principes largement validés : Rogers, Sullivan (c'est la relation qui construit la personne), les théories psycho dynamiques, Skinner et les théories de l'apprentissage, le Constructivisme (le langage construit la pensée). Elle est en cohérence avec l'approche systémique et les thérapies brèves.

Le processus qu'elle instaure est puissant. Il constitue un programme psycho éducatif qui donne au couple les moyens de restaurer la relation.

Elle est utilisée aux Etats Unis depuis les années 1950 et en France depuis 1995.

Ma pratique et celle de collègues en confirment l'efficacité, la subtilité et la simplicité d'utilisation, y compris dans des situations complexes.

N°7

ATELIER
Formation Continue



3^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle



REIMS
2010

RÉSUMÉ (suite)

CONCLUSION

Les modalités de la pratique sont données avec précision, tant pour le thérapeute que pour le couple. C'est un outil sécurisant, utilisable même dans des situations complexes, à risque. Il permet au thérapeute de travailler de manière plus sereine et pertinente dans toutes sortes de contextes (même avec des personnes/couple en grande difficulté et fragilité).

Le « protocole » est basé sur 10 -15 séances, et peut également être adaptée à une, deux ou trois séances. Il est aussi pertinent pour des situations telles que : une personne vient sans son partenaire, ou le couple vit un conflit ouvert pendant la consultation.

Il ne demande pas de faire appel à l'histoire individuelle ou du couple. Et est bien toléré par les rebelles à l'introspection.

MOTS CLÉS

Couple, relation, intimité, gestion des conflits, sentiments.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Accordino, M. P., & Guerney, B. G., Jr. (2001). *The empirical validation of Relationship Enhancement7 couple and family therapy*. In D. J. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice*. Washington, D.C.: American Psychological Association, 403-442.
- Bernard G. Guerney Jr: *Relationship Enhancement Skill training programs for therapy, Problem Prevention and Enrichment*. 1977.
- Ginsberg, B.G (2000) Relationship Enhancement in F.M.Dattilio and L.J. Bevilacqua (Eds), *comparative Treatments for Relationship Dysfunction*. New York: Springer, 273-3000.
- B.G.Ginsberg, Ph.D: *Relationship Enhancement Family Therapy*. Relationship Enhancement Press Doylestown Penns 2004.
- Rob F: Scuka Relationship Enhancement therapy: Healing through Deep Empathy. Ed ROUTLEDGE, New York 2005.
- Site internet : WWW.NIRE.org (National Institute of Relationship Enhancement)
- Snyder, M (2000)*The loss and recoveryof erotic intimacy in primary Relationship: Narrative therapy and Relationship Enhancement*. in The Family Journal: counseling and therapy for couples and families 8(1),37-46.

N°7

ATELIER
Formation Continue



3^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle



REIMS
2010

INTÉRÊT DE LA THÉRAPIE NEURO-ÉMOTIONNELLE EMDR DANS LES THÉRAPIES DE COUPLE

Steven REICHENBACH

Psychiatre, Pédopsychiatre, Sexologue, Praticien EMDR depuis 2001.
Installé en libéral à Cannes.

Président de l'Association des Sexologues de la Côte d'Azur.

Intervenant dans le DIU de Sexologie de la Faculté de Médecine de Reims.

Mail : reichenbach.steven@wanadoo.fr

JUSTIFICATION ET INTENTION GÉNÉRALE

La thérapie neuro-émotionnelle EMDR est un traitement intégré au carrefour des thérapies comportementales, d'hypnose ericksonienne et de soutien. Elle a été développée au départ à la fin des années 1987 pour agir sur les traumatismes psychiques (Syndrome de Stress Post Traumatique). Les vétérans du Vietnam ont profités de cette thérapie. Dans la vie civile, ce sont surtout les victimes de violences physiques, sexuelles et émotionnelles qui trouvent le plus grand bénéfice dans cette thérapie.

L'atelier se propose de relater l'expérience d'un psychiatre-sexologue libéral dans le maniement de cette thérapie. Cette psychothérapie est la seule à avoir été validée avec les thérapies cognitivo-comportementales dans le traitement des traumatismes psychiques (Haute Autorité de la Santé, 2007).

Son mérite principal est sa nature brève, son efficacité, sa capacité à agir sur un des partenaires ou sur le couple dans son ensemble et sa nature intégrative dans les autres formes de sexothérapies (psychothérapies comportementales, traitement médicamenteux).

MÉTHODE PÉDAGOGIQUE

Elle repose sur des vidéos et sur des discussions de cas cliniques.

RÉSUMÉ

Le Docteur Steven Reichenbach est Psychiatre, Pédopsychiatre et Sexologue à Cannes. Il organise depuis 5 ans, dans le cadre de l'Association des Sexologues de la Côte d'Azur (ASCA), des journées sur le couple sous l'égide de l'AIHUS. Au sein de son association « Aimer, c'est facile ! » il anime des séances de thérapie de couple de groupe pour promouvoir la communication et gérer les conflits.

Il est formé à la thérapie neuro-émotionnelle (EMDR) depuis 2001. Il intervient régulièrement sur ce thème de l'application de l'EMDR en sexologie : C'est ainsi qu'il a animé un atelier au Congrès de l'AIHUS à Marseille en 2006 et est intervenu au 10^e Congrès EMDRIA Europe à Amsterdam en juin 2009.

Il se propose à partir de son expérience de psychiatre-sexologue libéral de montrer comment l'EMDR peut être utile par une intervention sur le ou la partenaire séparément ou par sur son utilisation conjointe sur le couple.

La thérapie neuro-émotionnelle EMDR (Eye Movement Desensibilization Reprocessing) est un traitement intégré situé au carrefour des thérapies comportementales, d'hypnose ericksonienne et de soutien. Développée en 1987 par la psychologue américaine Francine Shapiro pour agir sur les Syndromes de Stress Post Traumatique (SSPT) des Vétérans de la guerre du Vietnam, elle est actuellement utilisée dans la population civile dans les traumatismes simples ou complexes trouvant leurs racines dans l'enfance et réactivées par les conflits de couple (violences ou carences physiques, sexuelles et émotionnelles) L'EMDR est une thérapie neuro-émotionnelle consistant en des stimulations bilatérales alternées (visuelles, auditives ou autres) afin de permettre un traitement adapté de l'information bloqué dans le cerveau par un traumatisme. La mobilisation de ressources psychiques et la restauration d'une estime de soi déficiente expliquent également son efficacité. Cette technique fait partie des thérapies brèves. Elle permet parfois de dynamiser une psychothérapie qui parfois tourne en rond.

L'EMDR est une méthode thérapeutique reconnue efficace, avec les thérapies comportementales et cognitives par la Haute Autorité de la Santé depuis juin 2007, dans le traitement des traumatismes psychiques. Depuis sa création, de nombreuses méta-analyses ainsi que des études randomisées ont montré son efficacité.

N°8

ATELIER
Formation Continue



3^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle



REIMS
2010

N°8

ATELIER
Formation Continue

RÉSUMÉ (suite)

En sexologie, des progrès importants ont été faits ces dernières années pour comprendre la physio-pathologie des dysfonctionnements sexuels notamment érectiles. Quant à la thérapie, après une tendance psychothérapeutiques dans les années 70-80, une tendance organique est réapparue dans les années 90 avec la découverte du Sildenafil. Nous voudrions montrer que l'EMDR peut représenter une troisième voie en sexothérapie de par son action sur l'impact émotionnel et donc physique des dysfonctions sexuelles. En sexothérapie, son utilisation est particulièrement adaptée, car elle s'adresse à d'autres canaux que ceux du cerveau cortical. La thérapie neuro-émotionnelle agit sur les émotions, les sensations physiques qui restent bloquées et participent, comme l'ont montré Masters et Johnson, aux symptômes anxieux responsables d'un nombre élevé de symptômes sexuels. Les émotions, les sensations physiques permettent de remonter au cerveau cortical. Certaines émotions permettent de retrouver des scènes traumatiques anciennes disparues de la conscience.

Son utilisation sur le couple est particulièrement pertinente de par son action sur les émotions. Et l'on sait depuis les travaux de Gottman (1994) que l'expression physiologique de fortes émotions négatives lors de conflits dans le couple est un facteur prédictif important de souffrance et de séparation du couple.

L'EMDR peut être utilisée en première intention sur le couple après une information préalable. Depuis les travaux de Protinsky et col (2001), l'EMDR permet la création d'un sentiment de sécurité, un changement émotionnel, l'intervention sur des traumatismes affectifs ou physico-sexuels anciens réactivés par les conflits de couple, la création d'une meilleure intimité.

Elle peut s'adresser à l'individu présentant un traumatisme dans son enfance réactivé par les problèmes de couple (antécédents d'abus sexuels, émotionnels, affectifs). En sexologie, les différentes dysfonctions sexuelles peuvent représenter eux même de véritables traumatismes pour l'individu et pour le couple avec la constitution notamment de l'anxiété d'échec et de performance qui va entretenir la dysfonction.

L'EMDR peut également s'adresser au couple de façon conjointe. L'intérêt est de permettre au partenaire d'augmenter son sentiment d'empathie donc l'intimité vis-à-vis de son conjoint(e).

Cet atelier après un rappel théorique de la thérapie EMDR, à partir de cas cliniques, de vidéos, et d'exercices pratiques a pour ambition de montrer la pertinence de cette approche émotionnelle dans une prise en charge ambulatoire dans un cabinet de psychiatrie et de sexologie libéral. Les indications, les résultats, les limites seront abordés.

MOTS CLÉS

Couple - Sexologie -Thérapie - Dysfonction sexuelle - Syndrome de Stress Post Traumatique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Edmond T., Sloan L., McCarty D. 2004 "Sexual abuse survivors' perception of the effectiveness of EMDR and eclectic therapy: A mixed-methods study", *Research on Social Work Practice*,14:259-272.
- Inserm (2004). *Psychothérapie : Trois approches évaluées*. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Paris France.
- Marcus S., Marquis P., Sakai C. 1997 « *Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting* », *Psychotherapy*, 34 :307-315.
- Protinsky H., Sparks J., Flemke K. 2001 "Using EMDR to enhance treatment of couples", *Journal of marital and family therapy*, 27(2),157-164.
- Roques Jacques, 2004. « *L'EMDR, une révolution thérapeutique* », la Méridienne-Desclée de Brouwer, Paris
- Servan-Schreiber David,2003 « *Guérir* », Collection Réponses, Robert Laffont, Paris
- Shapiro F 1989 « *Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories* ». *Journal of Traumatic Stress Studies*,2:199-223.



3^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle



REIMS
2010

PRISE EN CHARGE DES COUPLES CULTURELS MIXTES

Hossein FARAHMAND

Médecin sexologue, a développé une expérience particulière en ethnopsychiatrie. Il prend en charge des "couples mixtes" depuis 8 ans.

Mail : hosfar@hotmail.com

Jacques VERGRIETE

Médecin sexologue et andrologue, organisateur/animateur de FMC depuis 3 ans à l'AFML.

Mail : j.vergriete@yahoo.fr

MÉTHODE PÉDAGOGIQUE

- Accueil, présentation, recueil des attentes.
- Organisation en séances plénières et en sous-groupes à partir de cas proposés ou jeux de rôles.
- Remise de clés USB ou autre moyens informatiques pour accéder à l'ensemble des documents présentés.

RÉSUMÉ

Le couple culturel mixte est un nouveau défi pour le sexologue.

Il définit une union conjugale conclue entre personnes appartenant à des ensembles géographiques, nationaux différents.

Dans notre société, le nombre de couples mixtes augmente, de façon constante, de 14% par an. L'augmentation des flux migratoires et l'enracinement progressif des migrants sont les principales raisons de cet accroissement inéluctable.

L'hétérogamie, par rapport aux autres types d'union conjugale, induit la mise en cause des traditions et l'invention de nouveaux espaces de communication. Chacun des partenaires y propose et parfois impose un modèle intériorisé de sa culture.

Face à ces nouveaux couples, le thérapeute est mis en difficulté par son propre mode de décryptage. Il peut éprouver des entraves à identifier les raisons du dysfonctionnement et commettre des erreurs dans la « mise en forme » de sa réponse thérapeutique.

Apprendre à ne pas mettre l'accent sur l'unique modèle « Républicain » d'intégration et d'assimilation, donner suffisamment d'importance aux singularités de chaque récit, spécifiques à chaque culture sont les objectifs de cet atelier.

Aux travers de cas cliniques interactifs nous proposons d'apprendre à évaluer la pénétrance des facteurs de l'« hétérogamie » dans le déclenchement et l'installation de la conjugopathie.

Successivement sont abordés le rôle des comportements sexuels traditionnels, des modèles éducatifs des enfants, la notion de projet marital et l'important concept social des rôles femme/homme dans les différentes cultures.

La résolution des conflits des couples mixtes demande une souplesse dans l'articulation entre deux mondes et la mise en jeu consciente de l'interculturel.

CONCLUSION

La connaissance des principaux pôles de tension culturelle (comme la place de la femme, le contraste famille nucléaire ou famille étendue, l'opposition infidélités des uns et polygamie des autres) permettra au sexologue d'écarter ses propres préjugés.

Le sexologue aura une attention particulière à l'écoute de chaque « récit ». Il fera en sorte que ses propositions thérapeutiques « à l'occidentale » soient divulguées avec parcimonie.

L'importance de la première séance de thérapie est capitale, le sexologue devra respecter les codes de conduites des deux cultures, il sera attentif aux aspects transculturels de sa prise en charge.

MOTS CLÉS

Mariages mixtes, couples mixtes, couples transculturels, mariages arrangés, religion et sexualité.

N°9

ATELIER
Formation Continue



3^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle



REIMS
2010

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- C. Attias-Donfut, *Sociologie des générations. L'empreinte du temps*, Paris, Presses universitaires de France, 1988.
- Catherine Delcroix, Anne Guyaux, Amina Ramdane et Evangelica Rodriguez, « *Mariage mixte, rencontre de deux cultures tout au cours de la vie* », Enquête, Biographie et cycle de vie, 1989, [En ligne].
- Abdelhafid HAMMOUCHE Les recompositions culturelles, *Sociologie des dynamiques sociales en situation migratoire* 2007.
- Mara Tognetti Bordogna : *Les mariages mixtes, un laboratoire transculturel* ; L'autre - n°19.
- Barbasch, T. (1993). Jewish-Christian Dual Heritage: *The Subjective Experience of 10 College- age Children of Inter-marriage*, Th. Doct. Psychology. University of Pennsylvania.
- Lévy I. ; *Vivre en couple mixte : quand les religions s'emmêlent...* Presse de la Renaissance, 2007.

N°9

ATELIER
Formation Continue



3^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle



REIMS
2010

Formation Continue AIHUS :

Cet atelier pourra ouvrir à l'obtention de points de FMC pour les médecins participants.

CAUSES ORGANIQUES DES DYSPAREUNIES D'INTROMISSION

Micheline MOYAL BARRACCO

Dermatologue, spécialiste de pathologie vulvaire, présidente de l'ISSVD (International Society for the Study of Vulvovaginal Disease), exercice libéral, une vacation hospitalière (hôpital Tarnier-Cochin).

Mail : micheline@barracco.net

Sophie BERVILLE-LEVY

Gynécologue, spécialiste de pathologie vulvaire (notamment chirurgie), exercice libéral, une vacation hospitalière (hôpital Tarnier-Cochin).

Mail : sophie.berville@wanadoo.fr

Anne DUMARTINEIX et Lucette DUBAUT

Kinésithérapeutes, exercice libéral, expérience importante de la prise en charge des patientes dyspareuniques.

Mails : mi.neix@wanadoo.fr

lucettedubaut@aol.com

RÉSUMÉ

La dyspareunie d'intromission est communément considérée comme une dysfonction sexuelle. Pourtant ce symptôme peut aussi être le fait de maladies vulvaires relevant d'un traitement spécifique efficace. Notre intention est de présenter aux participants l'éventail des affections vulvaires responsables de dyspareunie dans des consultations spécialisées en pathologie vulvaire: infections, maladies inflammatoires, tumeurs, vulvodynies. Le traitement chirurgical et l'abord physiothérapique (évaluation et traitement) seront particulièrement développés par des intervenants très expérimentés dans ces domaines.

Notre expérience en pathologie vulvaire, nos contacts réguliers avec des spécialistes internationaux, et nos connaissances scientifiques basées sur la lecture régulière d'articles scientifiques nous autorisent, nous semble t il, à communiquer avec des praticiens confrontés à la prise en charge des dyspareunies.

Notre atelier sera basé sur la présentation de cas cliniques interactifs qui alternera avec de brefs exposés. L'intervention de l'auditoire sera sollicitée aussi souvent que possible.

CONCLUSION : Toute dyspareunie d'intromission mérite d'être explorée sur le plan somatique même si ce symptôme nécessite une approche globale, à la fois somatique, psychique et sociale. Il serait regrettable en effet que la patiente perde une chance de guérir simplement et rapidement d'une dyspareunie de cause primitivement somatique.

MOTS CLÉS

Dyspareunie, intromission, physiothérapie, chirurgie, candidose, lichen scléreux, vulvodynie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 2006 ISSVD *classification of vulvar dermatoses: pathologic subsets and their clinical correlates*. Lynch PJ, Moyal-Barracco M, Bogliatto F, Micheletti L, Scurry J. J Reprod Med. 2007 ;52:3-9.
- 2003 ISSVD *terminology and classification of vulvodinia: a historical perspective*. Moyal-Barracco M, Lynch PJ. J Reprod Med. 2004;49:772-7.
- *Diagnosis and therapy of anogenital lichen planus*. Moyal-Barracco M, Edwards L. Dermatol Ther. 2004;17:38-46.
- *The surgical management of vulvar lichen sclerosus refractory to medical management*. Rojavin Y, Salgado CJ, Hsu PW, Liu J, Aikins JK. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2008 Jul;61:848-9.
- *Vulvovaginal candidosis*. Sobel JD. Lancet. 2007, 9;369:1961-7.

CONFLITS D'INTÉRÊT

Le docteur Moyal Barracco est consultante pour le laboratoire Phytea, et pour le laboratoire Procter et Gamble.

N°10

ATELIER
Formation Continue AIHUS



3^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle



REIMS
2010

Formation Continue AIHUS :

Cet atelier pourra ouvrir à l'obtention de points de FMC pour les médecins participants.

SEXUALITÉ, COUPLE ET DÉPRESSION : QUELLE ÉVALUATION ET QUELLE PRISE EN CHARGE ?

Michel AUBRY (Marseille)

Psychiatre et sexologue, enseignant au sein du DIU de sexologie de Nîmes-Marseille.

Exerce son activité en cabinet libéral. Ancien membre du CA de l'AIHUS.

Mail : m.aubry3@wanadoo.fr

Audrey GORIN-LAZARD (Marseille)

Chef de clinique de psychiatrie, enseignante du DIU de sexologie de Nîmes-Marseille.

Exerce son activité au sein de l'unité fonctionnelle de sexologie et de dysphorie de genre, dirigée par le Dr Bonierbale (Service du Pr Lançon).

Mail : audreygorin@yahoo.fr

JUSTIFICATION ET INTENTION GÉNÉRALE

La prévalence de la dépression, en population générale, est de l'ordre de 15% en vie entière. Elle représente, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la première cause de handicap. Dans le domaine de la sexologie, la dépression est associée à une surreprésentation des dysfonctions sexuelles selon des mécanismes bien connus mais la problématique du couple reste peu abordée.

Pourtant, les situations cliniques conjuguant dépression, difficultés sexuelles et/ou de couple sont fréquentes. Elles peuvent revêtir différents masques et tromper ainsi le thérapeute. Connaissance théorique, évaluation clinique et prise en charge de qualité sont nécessaires pour appréhender et gérer la complexité de telles consultations.

Cette formation a pour objectif de proposer des modèles:

- de dépistage d'une problématique dépressive en consultation de sexologie,
- d'évaluation de son retentissement sur le couple et son intimité,
- de prise en charge intégrative, à la fois individuelle et de couple, médicamenteuse et psychothérapeutique.

SUPPORTS PÉDAGOGIQUES - MÉTHODOLOGIE

Le contenu de l'atelier s'appuie sur la littérature actuelle et notre expérience clinique. Les supports pédagogiques privilégieront l'interaction avec les participants, avec notamment jeux de rôle et échange d'expérience clinique. Le public étant de formation hétérogène, une courte présentation power point sera proposée afin d'assurer les pré-requis nécessaires à cet atelier.

RÉSUMÉ

Plusieurs mécanismes sont mis en évidence pour expliquer la surreprésentation des dysfonctions sexuelles chez les patients déprimés:

- La symptomatologie dépressive elle-même. Environ 45% à 65% des patients déprimés non traités expérimenteraient au moins une DS. Tous les stades du cycle sexuel peuvent être touchés.
- Le traitement médicamenteux est aussi incriminé puisque les antidépresseurs, comportent des effets secondaires sexuels reconnus qui toucheraient 30-60% des patients. Les IRS et les tricycliques seraient les plus délétères sur la qualité de vie sexuelle.
- La dépression comme conséquence de difficultés sexuelles et/ou de couple.

Alors que de nombreuses études se sont intéressées aux rapports entre dépression, antidépresseurs et sexualité, peu de travaux abordent l'impact de cette pathologie sur les couples. Or, par les bouleversements qu'elle implique chez un individu, la dépression peut induire une déstabilisation des modalités relationnelles, des modifications des rapports de force ainsi que des conflits eux même générateurs de difficultés sexuelles au sein d'un couple jusqu'alors épanoui.

Si la dépression est une cause « classique » de dysfonction sexuelle, son diagnostic et la mise en évidence de son implication dans de telles difficultés peuvent s'avérer difficiles en consultation de sexologie et en thérapie de couple. En effet, la dépression peut revêtir des formes cliniques atypiques, pouvant tromper le partenaire et le praticien (irritabilité, hostilité, repli, ruminations anxieuses, jalousie...).

N°11

ATELIER
Formation Continue AIHUS



3^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle



REIMS
2010

RÉSUMÉ (SUITE)

Ces différents éléments soulignent la nécessité d'un dépistage systématique basé sur une évaluation clinique approfondie devant toute dysfonction sexuelle et/ou conjugopathie. Cette évaluation peut s'aider d'échelles psychométriques comme celles de Beck et d'Hamilton par exemple, mais ces outils ne sauraient remplacer la richesse de l'expérience clinique et une bonne connaissance des différentes expressions dépressives. Cette évaluation clinique doit initialement s'intéresser aux problématiques individuelles afin de mieux appréhender la dynamique du couple qui consulte.

La prise en charge du partenaire déprimé relève alors d'un travail en réseau, le patient devant être adressé à un psychothérapeute afin que le travail de couple puisse se poursuivre dans un lieu et avec un praticien qui lui sont consacrés. La prise en charge est alors double :

- individuelle: psychothérapie +/- recours à des antidépresseurs bien tolérés sexuellement (Duloxétine, Mirtazapine...)
- Thérapie de couple qui, notamment, cherchera à rétablir une communication de qualité et à réinstaurer une dynamique de couple adaptée aux ressources deux conjoints, sans stigmatiser ni culpabiliser le partenaire déprimé.

MOTS CLÉS

Dépression, couple, sexualité, antidépresseurs.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Angst J. *Sexual problems in healthy and depressed persons*. International Clinical Psychopharmacology, 1998; 13 Suppl 6:S1-4.
- Bonierbale M., Lançon C, Tignol J. *The ELIXIR study: Evaluation of sexual dysfunction in 4557 depressed patients in France*. Current medical research and opinion, 2003; 19(2):114-124.
- Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Rico-Villademoros F. *Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients*. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. Journal of Clinical Psychiatry, 2001; 62 Suppl 3:10-21.
- Williams VS, Baldwin DS, Hogue SL, Fehnel SE, Hollis KA, Edin HM. *Estimating the prevalence and impact of antidepressant-induced sexual dysfunction in 2 European countries: a cross-sectional patient survey*. Journal of Clinical Psychiatry, 2006; 67(2): 204-10.
- Worsham, Bishop, & Ellingrod. *Antidepressant associated sexual dysfunction: a review*. JCPNP, 2007.

N°11

ATELIER
Formation Continue AIHUS



3^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle



REIMS
2010

Formation Continue AIHUS :

Cet atelier pourra ouvrir à l'obtention de points de FMC pour les médecins participants.

L'ÉCLECTISME EN SEXOTHÉRAPIE POUR RÉPONDRE À LA COMPLEXITÉ DU COUPLE

Catherine CABANIS

Médecin gynécologue et sexologue.

Exercice libéral et hospitalier (CHU de Toulouse).

Responsable d'enseignement au DIU de sexologie de Toulouse.

Expérience en sexothérapie depuis 1978.

Mail : catherine.cabanis@wanadoo.fr

Jean PEYRANNE

Médecin et sexologue.

Exercice libéral et hospitalier (CHU de Toulouse).

Chargé de cours au DIU de sexologie de Toulouse.

Expérience en sexothérapie depuis 1990.

Mail : j.peyranne@free.fr

JUSTIFICATION GÉNÉRALE DU PROJET

Face à la complexité du couple et de sa sexualité, et quelque soit la plainte sexuelle initiale, pour répondre aux dimensions intégrées,

- Du corps
- De l'érotisme
- De l'identité
- De la fonctionnalité sexuelle
- De la relation à l'autre

plutôt qu'une méthode uniciste, seule une approche éclectique nous semble adaptée, face aux besoins des patients, mais aussi face aux attentes des thérapeutes, eux mêmes confrontés à une transdiscipline, la sexologie, dont le but est d'appréhender le fait sexuel, sa complexité et celle du couple. C'est ce qui justifie ce travail.

MÉTHODES PÉDAGOGIQUES

- 1/ Exposé par les intervenants des principes de base de l'approche éclectique.
- 2/ Présentation de cas cliniques par les intervenants, à partir de trois pathologies fréquemment rencontrées :
 - Troubles du désir
 - Dysérection
 - Dyspareunie

Ces cas cliniques serviront de support pour un travail interactif avec les participants pour l'évaluation en sexologie pour l'élaboration du projet thérapeutique.

- 3/ Des jeux de rôles seront proposés pour évaluer en pratique l'intérêt de cette approche.

RÉSUMÉ

La sexologie est donc une transdiscipline où chaque thérapeute, en fonction de sa formation initiale et de ses acquis, a développé une ou plusieurs approches préférentielles. L'objectif de cet atelier est de s'approprier un mode d'intervention différent, intégratif, afin de prendre en compte tous les aspects de la vie sexuelle du couple et de ses difficultés.

L'éclectisme préconise de décloisonner les différentes approches du sexothérapeute pour mieux adapter la prise en charge à chaque patient et à chaque couple.

Dans cette perspective, les références théoriques passent au deuxième plan, laissant la première place à l'expertise clinique du thérapeute. L'éclectisme n'est pas une énième approche mais une nouvelle manière de concevoir la pratique : ce mouvement est né aux USA il y a plus de trente ans, concernant à cette époque la psychothérapie. L'éclectisme n'est pas non plus un amalgame de recettes, un copié-collé de techniques existantes. Au contraire, il doit reposer sur des référentiels prenant en compte l'interaction entre :

- Le masculin et le féminin
- Le corps

N°12

ATELIER
Formation Continue AIHUS



3^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle



REIMS
2010

RÉSUMÉ (suite)

- L'érotisme et sa dimension imaginaire
- Le rapport à l'autre
- La fonctionnalité sexuelle du patient et du couple

Autant un trouble sexuel est-il la résultante de multiples facteurs (ceux de l'apprentissage et du développement psycho sexuel, ceux liés à l'affectif, au cognitif, au relationnel, au social et ceux plus somatiques), autant un modèle éclectique peut-il répondre à tous ces facteurs, non pas séparément mais en interaction.

Les moyens pédagogiques utilisés seront les exposés théoriques et l'analyse des cas cliniques déjà cités.

Les participants à l'issue de cet atelier devront :

- avoir une vision globale de l'approche éclectique et intégrative.
- et à partir de tel ou tel trouble sexuel se servir de cette méthode pour optimiser leur projet thérapeutique.

MOTS CLÉS

Sexothérapie, éclectisme, intégratif, expertise clinique, complexité du couple.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Sexe et Guérison. « *Du symptôme et de la guérison dans l'approche intégrative en sexothérapie* » Ed° L'Harmattan. 1998.
- Mari-Cardine M., Chambon O. « *les bases de la psychothérapie. Approche intégrative et éclectique* » Ed° Dunod 2003.
- Norcross J.C, Goldfried M.R. « *Psychothérapie intégrative* » Desclée de Bouvier 1998.
- Castonguay L.G., Leconte C., morin G., « *Rapprochement et intégration en psychothérapie* » 1987.
- Kaplan H.S. « *la nouvelle thérapie sexuelle* » Ed° Pouchet Chastel. 1979.
- Trudel G. « *Les dysfonctions sexuelles* » P.U.Q. 2000.

N°12

ATELIER
Formation Continue AIHUS



3^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle



REIMS
2010

Formation Médicale Continue SFSC validante (réservée aux médecins ; financée par le FAF-PM ouvrant droit à des crédits dans le cadre de la FMC obligatoire)

EFFETS IATROGÈNES SEXUELS DES MÉDICAMENTS

Expert : Arnaud SEVENE (secrétaire général de la SFSC, médecin sexologue)

Mail : arnaud.sevене@free.fr

Animateur : David ZAROUK

Mail : david.zarouk@gmail.com

Organisateur/animateur : Laurent CARLOTTI (secrétaire général de la SFSC)

Mail : carlotti.l@wanadoo.fr

MÉTHODES PÉDAGOGIQUES

La majeure partie du séminaire est interactive avec des quizz ou des ateliers avec jeux de rôle.

JUSTIFICATION ET INTENTION GÉNÉRALE

Cette formation a pour objectif de réduire la non observance liée aux effets sexuels iatrogènes des médicaments, améliorer la qualité de vie des patients et éviter le vagabondage médical. A l'issue de cette formation, les médecins devront :

- Connaître les médicaments à risque de troubles sexuels iatrogènes.
- Savoir identifier leur responsabilité dans les troubles observés.
- Savoir adapter la prise en charge médicale d'un patient présentant des troubles sexuels en rapport avec un médicament (arrêt du traitement, changement de molécule, association de médicaments d'aide pour la sexualité, solutions alternatives à la médicalisation).

RÉSUMÉ

La iatrogénie sexuelle des médicaments est mal connue par les praticiens. Lorsque l'on parle d'hypertenseurs, les premiers produits incriminés par les médecins sont les bêtabloquants. Hors les effets secondaires sexuels des bêtabloquants sont surévalués (1) alors que ceux des diurétiques sont sous-estimés. Selon l'un des ouvrages de référence en matière d'effets indésirables (Davies's Textbook of Adverse Drug Reactions), les classes médicamenteuses les plus souvent incriminées dans la survenue des troubles sexuels sont les suivantes : Les antihypertenseurs, les psychotropes dont en particulier les antidépresseurs, les benzodiazépines et les neuroleptiques, et divers autres dont la cimetidine, la cyproterone, le ketoconazole et les oestrogènes. Mais les statines sont aussi citées comme étant à l'origine de troubles sexuels ainsi que des traitements utilisés dans l'hypertrophie bénigne de la prostate (finasteride en particulier) et des agents cytotoxiques.

Il s'agit là de classes thérapeutiques largement prescrites dans toutes les spécialités et d'usage habituel en médecine générale. Ces prescriptions entrent pour un grand nombre d'entre-elle dans le cadre des recommandations : anticholestérolémiants dans les recommandations de bonne pratique dans la prise en charge thérapeutique d'un patient dyslipidémique (Afssaps 2005), antiangoreux et antihypertenseurs dans les recommandations dans la prise ne charge thérapeutique d'un patient atteint d'insuffisance coronarienne chronique (guide de l'HAS mars 2007), prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire (HAS mars 2008), recommandations dans l'insuffisance cardiaque systolique symptomatique chronique (Guide HAS mars 2007), antidépresseurs dans les recommandations dans la prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé de l'adulte (HAS avril 2007) antihypertenseurs, inhibiteurs de la pompe à protons, statines.

Par ailleurs nous savons que les maladies susceptibles d'être traitées sont en elle-même pourvoyeuses de troubles de la sexualité.

Le bénéfice thérapeutique imputable à un médicament dépend du rapport tolérance/efficacité. Si les effets sexuels de certaines classes thérapeutiques sont mieux connus que d'autres (par exemple ceux des neuroleptiques et des antidépresseurs par les psychiatres), l'interrogatoire sur la fonction sexuelle comme l'information des patients concernant les éventuels effets secondaires sur la sexualité des traitements prescrits est rarement fait que ce soit en médecine générale ou en psychiatrie.

N°13

ATELIER

Formation Médicale Continue SFSC



3^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle



REIMS
2010

N°13

ATELIER

Formation Médicale Continue SFSC

RÉSUMÉ (suite)

En plus de l'obligation pour le médecin de délivrer les informations concernant les éventuels effets secondaires des médicaments qu'il délivre, l'absence de connaissance adéquate des médecins (4) comme l'apparition de troubles sexuels secondaire à la prise des médicaments sont des motifs puissants de non observance (2). Ainsi l'étude de Lowentritt (3) montre que sur 959 patients qui ont présenté une DE, 87% ont arrêté d'eux-mêmes leur antihypertenseur, 54% leur hypolipémiant et 43% leur antidiabétique (y compris l'insuline !).

La formation privilégiera une formule interactive soit en séance plénière (quizz) soit sous la forme d'ateliers avec des jeux de rôles.

Il convient donc, à la fois pour des raisons médico-légales (droit à l'information du patient) que du maintien d'une bonne observance des traitements largement prescrits en médecine générale mais aussi en spécialité, et en particulier dans le cadre des recommandations de bonne pratique, de connaître, d'informer et de dépister les éventuels troubles sexuels secondaires aux traitements. Par ailleurs l'abandon de certaines thérapeutiques, comme les antipsychotiques, n'a pas comme « simple » conséquence une augmentation de la morbidité et du coût social qui en résulte mais entraîne une désocialisation de certains patients avec des suites dramatiques.

MOTS CLÉS

latrogène. Inobservance. Effets indésirables sexuels. Troubles sexuels secondaires. Médicaments.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1) Dennis T. Ko, MD; Patricia R. Hebert, PhD; Christopher S. Coffey, PhD; Artyom Sedrakyan, MD; Jephtha P. Curtis, MD; Harlan M. Krumholz, MD. *Beta-Blocker Therapy and Symptoms of Depression, Fatigue, and Sexual Dysfunction*. JAMA. 2002;288:351-357.
- 2) Lisa A. Cooper, MD, MPH, Discussant. *A 41-Year-Old African American Man With Poorly Controlled Hypertension*. Review of Patient and Physician Factors Related to Hypertension Treatment Adherence. JAMA. 2009;301(12):1260-1272.
- 3) Lowentritt BH, Skar GN, *the effects of erectile dysfunction on patient medication compliance* AUA 2004, poster (extrait consultable à : <http://www.spese.fr/html/pourvous/pdf/Comment-aborder-la-sexualite.pdf>)
- 4) McGinnis B, Olson KL, Magid D; et al. *Factors related to adherence to statin therapy*. Ann Pharmacother. 2007;41(11):1805-1811.
- 5) C. Pause, D. Chatton et M. Archinard. *Effets secondaires médicamenteux et dysfonctions sexuelles*. Med Hyg 2000; 58: 1129-32.

Il s'agit d'une formation agréée FAF donnant lieu à des crédits de formation. Ces séminaires, ayant reçu l'agrément du FAF-PM, ne sont ouverts qu'aux médecins ayant un exercice (au moins partiellement) libéral et ce, quel que soit le secteur d'installation.

L'inscription préalable auprès du secrétariat de la SFSC est obligatoire.

L'inscription préalable est obligatoire (nombre de places limitées) et doit être adressée au secrétariat de la SFSC accompagnée impérativement :

D'une photocopie de l'attestation du règlement annuel de la cotisation FAF (URSSAF) 2009.

D'une feuille de soins barrée (pour les médecins remplaçant : photocopie de la licence de remplacement ou attestation de l'ordre départemental des médecins).

D'un chèque de caution de 100€ à l'ordre de la SFSC qui ne sera pas encaissé et qui sera restitué à l'issue de la formation.

Secrétariat de la SFSC : 32 avenue Carnot 75017 - PARIS - Tél : 01 45 72 67 62.



3^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle



REIMS
2010

Formation Médicale Continue SFSC validante (réservée aux médecins ; financée par le FAF-PM ouvrant droit à des crédits dans le cadre de la FMC obligatoire)

PRISE EN CHARGE DE LA DYSFONCTION ÉRECTILE CHEZ LE PATIENT DIABÉTIQUE

Expert : Antoine FAIX (Urologue - Andrologue - Sexologue)

Mail : a.faix@languedoc-mutualite.fr

Organisateur/animateur : Nicole ARNAUD-BEAUCHAMPS (Vice-présidente de la SFSC - Médecin sexologue)

Mail : nicoleab@free.fr

MÉTHODES PÉDAGOGIQUES

La majeure partie du séminaire est interactive avec des cas cliniques ou des ateliers avec jeux de rôle.

RÉSUMÉ

Le diabète est une maladie chronique à prévalence élevée dans le monde. Il est reconnu que la dysfonction érectile apparaît plus fréquemment et plus rapidement (c'est à dire à un âge plus jeune) chez les diabétiques insulino-dépendants mais surtout non insulino-dépendants par rapport à une population non diabétique. Cette dysfonction érectile est corrélée à l'ancienneté du diabète, au mauvais contrôle glycémique, (1) mais aussi aux effets secondaires de certains traitements spécifiques (antihypertenseurs, hypolipémiants...).

La prévalence de la dysfonction érectile chez les diabétiques varie de 20 à 67,4 % selon les études. L'incidence de la dysfonction érectile étant de 68 pour mille hommes-année contre 25,9% dans la population générale. (2, 3). Les problèmes sexuels sont considérés par 70% des patients diabétiques comme retentissant sur leur qualité de vie. (4). Ils altèrent la compliance aux traitements : 87% des patients arrêtant un traitement antihypertenseur, 43% un traitement antidiabétique, 54% un traitement hypolipémiant, motivent cet arrêt par la survenue de troubles de l'érection (5).

Il importe donc de prendre en compte cet élément afin d'améliorer l'adéquation des patients à la prise en charge de cette pathologie chronique et au respect des règles hygiéno-diététiques, facteur déterminant de la prévention de cette complication.

D'autre part des études récentes ont montré que la survenue de troubles de l'érection est un marqueur précoce de l'atteinte endothéliale précédant de quelques années la survenue d'atteintes cardiovasculaires (6, 7, 8).

Outre l'importance du retentissement sur la qualité de vie, ces nouvelles données impliquent donc que la recherche des dysérections fasse partie de la check-list habituelle de dépistage précoce des complications du diabète.

Or 60% des patients n'évoquent pas cette question auprès de leur médecin traitant dont 14% du fait de l'absence de réponse de leur médecin traitant (9). Il est donc nécessaire que les médecins traitants et diabétologues ou cardiologues prenant en charge ces patients recherchent systématiquement cette complication et pour cela sachent aussi prendre en charge bilan et traitement de la dysfonction érectile. (10)

Les intentions générales de cette formation sont :

- a) Sensibiliser les médecins traitants et diabétologues à l'importance d'intégrer la question de la fonction sexuelle au questionnaire systématique du bilan du diabète.
- b) En se basant sur les recommandations de l'HAS et les données de la littérature médicale, savoir prescrire les examens complémentaires de bilan.
- c) En se basant les recommandations de l'HAS et sur les données de la littérature médicale, connaître les arbres décisionnels de traitement.

Cette formation s'adresse aussi aux urologues qui souhaiteraient compléter leurs connaissances sur le sujet.

MOTS CLÉS

Diabète. Dysfonction érectile. Dysfonction endothéliale. Glycémie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1) Bennett 1994. *Impotence: Diagnosis and Management of Erectile Dysfunction*. Philadelphia, W.B. Saunders Company.
- 2/ Fedele et al. 2001: "Incidence of erectile dysfunction in Italian men with diabetes." *J Urol* 166(4): 1368-71.

N°14

ATELIER

Formation Médicale Continue SFSC



3^{es} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle



REIMS
2010

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES (SUITE)

- 3/ Feldman et al. 1994 "Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study." J Urol 151(1): 54-61.
- 4/ Lemaire A et al L'expérience de l'ADIRS : Réseaux Diabète - Septembre 2003.
- 5/ Lowentritt BH et al Impact de la DE sur la compliance aux traitements. Abstract AUA 2004.
- 6/ Gazzaruso et al. Relationship between erectile dysfunction and silent myocardial ischemia in apparently uncomplicated type 2 diabetic patients. Circulation 2004; 110: 22-26,
- 7/ P. Montorsi et al. Is Erectile Dysfunction the "Tip of the Iceberg" of a Systemic Vascular Disorder? European Urology 44 (2003) 352-354.
- 8/ A. Pohnolzer et al. Is Erectile Dysfunction an Indicator for Increased Risk of Coronary Heart Disease and Stroke? European Urology 48 (2005) 512-515.
- 9/ P. Desvaux - A. Corman 2004 "érectile en pratique quotidienne : Etude PISTES." Progrès en urologie: 512 - 520.
- 10/ AHIUS Recommandations aux médecins généralistes pour la prise en charge de première intention de la dysfonction érectile 2005.

N°14

Il s'agit d'une formation agréée FAF donnant lieu à des crédits de formation. Ces séminaires, ayant reçu l'agrément du FAF-PM, ne sont ouverts qu'aux médecins ayant un exercice (au moins partiellement) libéral et ce, quel que soit le secteur d'installation.

L'inscription préalable auprès du secrétariat de la SFSC est obligatoire.

L'inscription préalable est obligatoire (nombre de place limitées) et doit être adressée au secrétariat de la SFSC accompagnée impérativement :

D'une photocopie de l'attestation du règlement annuel de la cotisation FAF (URSSAF) 2009.

D'une feuille de soins barrée (pour les médecins remplaçant : photocopie de la licence de remplacement ou attestation de l'ordre départemental des médecins).

D'un chèque de caution de 100€ à l'ordre de la SFSC qui ne sera pas encaissé et qui sera restitué à l'issue de la formation.

Secrétariat de la SFSC : 32 avenue Carnot 75017 - PARIS - Tél : 01 45 72 67 62.

ATELIER

Formation Médicale Continue SFSC