



L'EMDR APPLIQUÉE AU SYNDROME POST TRAUMATISME SEXUEL

Cyril TARQUINIO

Professeur des Universités à l'UPV de Metz - Unité de Recherche APEMAC EA 4360 - Equipe Psychologie de la santé. Spécialisé dans la prise en charge psychothérapeutique des troubles réactionnels, l'ensemble des travaux et publications du Pr Cyril Tarquinio traite de l'évaluation des nouvelles formes de prise en charge, notamment l'EMDR dont il est devenu spécialiste.

Mail : ctarquinio@aol.com

Steven REICHENBACH

Psychiatre, Pédopsychiatre et Sexologue depuis 1992 à Cannes.

Président de l'Association des Sexologues de la Côte d'Azur, il organise depuis 5 ans des journées sur le couple avec le concours d'orateurs de l'AIHUS. Il intervient comme enseignant au DIU de Sexologie de Reims (Pr Tarquinio, Pr Staermann).

Mail : reichenbach.steven@wanadoo.fr

OBJECTIFS DU TRAVAIL PRÉSENTÉ

- Identifier les contours théoriques et cliniques de la psychothérapie EMDR.
- Présenter l'intérêt de l'approche dans la prise en charge des troubles réactionnels.
- Présenter les résultats quantitatifs et qualitatifs de travaux montrant l'intérêt de l'EMDR dans la prise en charge du syndrome post-traumatique.

ARGUMENTS SCIENTIFIQUES QUI LE SOUS-TENDENT (LITTÉRATURE, EXPERTISE PERSONNELLE, ETC...)

La thérapie EMDR est une nouvelle approche de psychothérapie qui utilise la stimulation sensorielle bilatérale, soit par le mouvement des yeux soit par des stimuli auditifs ou cutanés, pour induire une résolution rapide des symptômes liés à des événements du passé. Cette thérapie poursuit le mouvement de recherche clinique et de soins inaugurés par la psychanalyse, la thérapie cognitive comportementale, les traitements par exposition, la médecine humaniste, les thérapies systémiques et les psychothérapies brèves centrées sur la personne. La thérapie EMDR a été créée à la fin des années 80 dans la Baie de San Francisco. En moins de 10 ans, elle est devenue un des modes de traitement psychothérapeutique du PTSD (ou ESPT : État de Stress Post-Traumatique) ayant donné lieu au plus grand nombre d'études cliniques. Ses initiales viennent de son appellation anglo-saxonne : Eye Movement Desensitization and Reprocessing, ou Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires, même si la méthode ne se limite désormais plus à l'utilisation des mouvements oculaires. Le protocole de la thérapie EMDR repose sur un ensemble de principes qui sont essentiels à une approche humaniste et intégrative de la médecine et de la santé : la confiance dans la capacité d'auto-guérison propre à chacun, l'importance de l'histoire personnelle, une approche centrée sur la personne, un pouvoir restauré, l'importance du lien corps-esprit, un bien-être et une amélioration des performances.

Plusieurs études contrôlées ont démontré la remarquable efficacité de la thérapie EMDR pour la résolution des états de stress post-traumatiques (ESPT en français, PTSD dans la littérature anglo-saxonne), autant chez les victimes de traumatismes civils (viols, accidents, deuils) que chez les vétérans de la guerre du Vietnam ou les victimes de conflits dans les pays en voie de développement. De fait, à ce jour, la thérapie EMDR est une des méthodes de traitement des états de stress post-traumatiques (ESPT ou « PTSD ») les mieux documentées par la littérature scientifique.

MOYENS PÉDAGOGIQUES

Moyens pédagogiques mis en jeu par rapport à l'objectif : vidéos, exercices pratiques, présentation de résultats de recherche et discussions de cas cliniques.

MOTS-CLÉS

Agression sexuelle - Cerveau - EMDR - Psychotraumatisme - PTSD - Trouble réactionnel





L'EMDR APPLIQUÉE AU SYNDROME POST TRAUMATISME SEXUEL (SUITE)

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES PRINCIPALES

- 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

ATELIER



N°1





LA THÉRAPIE SEXOFONCTIONNELLE

Pascal de SUTTER

Sexologue

Université Catholique de Louvain

Place du Cardinal Mercier - B-1348 LOUVAIN-LA-NEUVE - BELGIQUE

Mail : pascal.desutter@uclouvain.be

OBJECTIFS DE L'ATELIER

- Comprendre la spécificité de la thérapie sexofonctionnelle
- Initiation au diagnostic sexologique spécifique
- Initiation à la compréhension, l'analyse et la modification des modèles d'interaction sexuels et affectifs des membres du couple et leur communication sexuelle
- Développer des habiletés corporelles de base telles que l'exploration du mouvement et de la respiration dans un cadre sexothérapeutique

ARGUMENTS SCIENTIFIQUES

Le but premier de la thérapie sexofonctionnelle, développée par François de Carufel, est de répondre avec efficacité à la demande des patients. Les patients qui consultent pour des problématiques sexuelles espèrent un traitement rapide, efficace et dont les effets perdurent dans le temps.

C'est pour cela que la thérapie sexofonctionnelle maintient un lien permanent avec la recherche scientifique. Ainsi, la thérapie sexofonctionnelle est en permanente évolution. Elle n'est pas limitée par des dogmes ou des aprioris inamovibles. Par exemple, nos recherches sur le désir sexuel hypoactif féminin nous ont permis de remettre en cause certains de nos préceptes initiaux et de développer de nouvelles approches sexocliniques. Sur le plan théorique, la thérapie sexofonctionnelle repose sur un modèle de fonctionnalité sexuelle issu de la recherche en médecine et psychologie. Ce modèle tient compte des dimensions biologiques, psychologiques, relationnelles et sociales de la sexualité. Elle met l'accent sur le développement du potentiel sexuel de la personne, plutôt qu'exclusivement sur la modification de ce qui est dysfonctionnel chez le sujet. La thérapie sexofonctionnelle offre des traitements complets, structurés et très détaillés. Le thérapeute peut, dépendamment des besoins de ses patients, appliquer ces traitements en entier, les modifier ou les intégrer à l'intérieur d'une démarche plus globale. Grâce à notre collaboration avec les universités, nous avons pu expérimenter et valider plusieurs traitements sexofonctionnels détaillés. Nous avons pu voir ce qui fonctionnait le mieux et ce qui était moins efficace.

MOYENS PÉDAGOGIQUES

L'atelier proposera un bref exposé théorique suivi de mises en situations à partir de cas apportés par les participants. A partir de ces situations réelles vécues au quotidien par les sexologues cliniciens, une lecture sexofonctionnelle de ces différentes problématiques sera apportée au groupe. Ensuite, nous proposerons un diagnostic sexologique spécifique. Enfin, des pistes de traitement sexofonctionnels seront apportées. L'atelier proposera aussi aux participants de découvrir par eux-mêmes quelques uns des exercices sexofonctionnels à utiliser en sexothérapie.

CONCLUSIONS

La thérapie sexofonctionnelle est à la fois intégrative et spécifique. Elle inclut et intègre des apports issus de l'anatomie, de la neurophysiologie, de la bioénergie, de l'approche sexocorporelle, des thérapies cognitivo-comportementales, de la pleine conscience et d'autres approches scientifiquement fondées.

Mais l'originalité et l'efficacité de la thérapie sexofonctionnelle est de « sexologiser » la sexologie ! Ainsi, le sexologue formé à la thérapie sexofonctionnelle s'intéressera en premier lieu au fonctionnement sexuel de ses patients. Ce n'est qu'ensuite qu'il portera attention aux facteurs psychologiques et relationnelles passés ou présents.

La spécificité de la thérapie sexofonctionnelle, c'est aussi de ne pas considérer le patient (ou le couple) avec une difficulté sexuelle comme « malade ». C'est pourquoi nous ne parlons pas de « pathologies sexuelles » mais de « dysfonctionnements sexuels ». Et nous essayons d'obtenir une amélioration du dysfonctionnement sexuel dans des délais brefs et des coûts raisonnables pour les patients.





LA THÉRAPIE SEXOFONCTIONNELLE (SUITE)

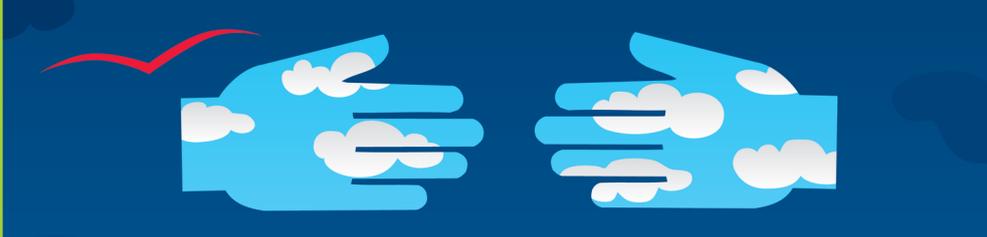
MOTS-CLÉS

Efficacité - Intégration - Recherche clinique - Spécificité

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- De Carufel F. (2009) L'éjaculation prématurée : Compréhension et traitement par la thérapie sexofonctionnelle. Ed. Presses universitaires Louvain.
- De Sutter P. (2009) La sexualité des gens heureux. Ed. Les Arènes. Paris
- Carr F. & Sutter P. (2000) Confidential File 101. Anglehart Press. New York.
- De Sutter P. & Reynaert C. Bibliotherapy: a tool in sex-therapy. Journal of the British Association for Sexual and relationship Therapy. Vol 19. 2004. U.K.
- De Sutter, P., Reynaert C., Van Broeck, N., De Carufel, F. Traitement de l'éjaculation précoce par une approche bibliothérapeutique cognitivo-comportementale sexologique. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 12,4,131-136. 2002. France.





L'ACCOMPAGNEMENT STRATÉGIQUE DU COUPLE (MODULE 2)

Philippe BRENOT

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

CONCEPTION ET RÉALISATION DE L'ATELIER

Cet atelier a été conçu et sera réalisé par Philippe Brenot, médecin psychiatre, directeur des enseignements de Sexologie et Sexualité Humaine à l'Université Paris Descartes et président de l'Observatoire International du Couple, sur l'expérience de nombreuses formations assumées par ce praticien depuis dix ans auprès de groupes de médecins et de psychologues, formés ou non à la sexologie. Il est fondé sur une expérience issue de la pratique, à partir des interrogations des praticiens, et s'appuie sur les études les plus récentes en matière de conjugalité. Il répond enfin à une lacune des formations générales, médicales et psychologiques, qui n'intègrent pas de formation sur l'accompagnement thérapeutique du couple.

JUSTIFICATIONS ET INTENTIONS GÉNÉRALES DU PROJET DE FORMATION

Cette formation s'adresse à des praticiens (formés ou non 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. (Particulièrement aux praticiens qui ont déjà suivi le module 1 de cet atelier)

Les notions théoriques recommandées pour suivre cet atelier sont les données scientifiques issues 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. Au cours de cet atelier seront évoqués les apports historiques de Masters et Johnson en ce qui concerne le suivi des couples en difficulté, les approches stratégiques et systémiques, la connaissance sociologique de la dynamique interne aux couples.

FORMAT PÉDAGOGIQUE

Il s'agit d'un atelier de trois heures, pouvant faire suite au précédent atelier (module 1) par le même animateur lors des troisièmes Assises de Metz, 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 travaillent pendant une heure sur les divers points et les questions retenus et 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 tel cas clinique.
- 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 pratique et directement utile l'apport théorique de l'expert.

MOTS-CLÉS

Couple - Dysfonction sexuelle - Mésentente - Sexothérapie - Systémique

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BRENOT P., *l'Accompagnement Stratégique du Couple*, Reims, 2009 (et à paraître)
- HARWAY M., *Handbook of Couples Therapy*, Wiley, NY, 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*, L'Esprit du Temps, 1992.





LE CONSENTEMENT EN SEXOTHÉRAPIE

Jean Siméon MENOEAU

Psychologue Clinicien

Sexothérapie - Psychothérapie - Approche sexocorporelle NANTES

Mail : jean-simeon.menoreau@wanadoo.fr

OBJECTIF

Si le concept de transdisciplinarité est une réponse adaptée à la notion de complexité inhérente à toute problématique sexuelle, elle ne semble pas moins difficile à mettre en œuvre. En effet la transdisciplinarité présente deux écueils majeurs : elle s'oppose à la tentation de la simplification et elle peut amener à la division.

- En sexothérapie, le consultant attend souvent une réponse simple et rapidement efficace au symptôme qu'il présente
- La transdisciplinarité expose au morcellement de la démarche sexologique, à l'hétérogénéité des discours, à l'éclatement causé par la multiplicité des intervenants.

La démarche de consentement dans une sexothérapie intégrative répond à ces deux risques.

La sexothérapie intégrative permet dans un seul et même cadre de référence de rassembler des concepts et techniques venant de plusieurs méthodes nécessaires à la compréhension et à la prise en charge de la complexité des problématiques sexuelles en les organisant dans un ensemble cohérent référencé à la sexologie clinique.

La démarche de consentement est indispensable à l'intérieur même de la sexothérapie ainsi que dans la notion de réseau et de partenaires.

- En sexothérapie cette démarche permet de passer de l'attente d'une réponse simple et rapide à une alliance pour une thérapie intégrative.
- Dans la nécessité de partenaires éventuels (Médecins psychiatres, urologues, psychologues, etc.) cela permet d'être dans un consenti à 3 (consultant, sexothérapeute et partenaires) qui laisse l'espace sexothérapeutique maître d'œuvre de la réponse globale à la problématique sexuelle.

EN CONCLUSION

On peut dire que cette conception du consentement peut nous permettre d'une part que les consultants deviennent acteurs de leur santé sexuelle et d'autre part continuer à définir la spécificité de la sexologie clinique et aussi montrer qu'aujourd'hui et demain elle pourrait être une réponse dans le domaine de la santé sexuelle, à cet impérialisme du consentement, à cette judiciarisation du consentement, et, plus largement, à cette démagogie politique du consentement.

NOTRE PÉDAGOGIE

Interactive avec la salle, elle s'organisera autour de 3 grands thèmes, qui prendront source à la fois dans la littérature et dans une expérience clinique personnelle

- De la complexité à la transdisciplinarité.
- Les réponses de la sexologie clinique aux ambiguïtés du concept de consentement.
- Comment le consentement en sexothérapie débouche sur le consentement dans la notion de réseau et de partenaires.

MOTS-CLÉS

Complexité - Consentement - Sexothérapie - Transdisciplinarité intégrative

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Geneviève FRAISSE : « *Du consentement* » SEUIL 2007
- Marcela JACUB Patrice MANIGLIER « *Antimanuel d'éducation sexuelle* » BREAL 2005
- Michela MARZANO : « *Je consens donc je suis* » PUF 2006
- Martha NUSSBAUM : « *Sex and Social Justice* » 1999
- Ruwen OGIEN : « *L'éthique aujourd'hui. Maximalistes et Minimalistes* » 2007
- Irène THERY : *Congrès de Criminologie* Lille 2001





CANCER GYNÉCOLOGIQUE ET SEXUALITÉ

Daniel HABOLD

Praticien hospitalier - Chef de service médecine - Soins de support SAICSSO
au Centre Hospitalier de Chambéry 73011,
Association : Réponse Onco-Sexo des Alpes
Mail : daniel.habold@ch-chambery.fr

L'atelier se limitera au champ de la spécialité gynécologique : affections cancéreuses de l'appareil génital féminin : Sein, col de l'utérus, corps de l'utérus, ovaire. Seront donc provisoirement exclues les autres localisations (cancer colorectal, poumon, hémopathies, lèvre-bouche-pharynx, etc...) retentissant également sur la qualité de vie sexuelle. Par contre l'approche de la sexualité imposera que l'on s'intéresse certes à la patiente, mais aussi au partenaire.

OBJECTIFS

- 1/ Repérer grâce à des connaissances interdisciplinaires partagées en onco-sexologie les impacts possibles de chaque cancer gynécologique et de ses traitements sur la sexualité de la femme et du couple.
- 2/ Définir la place du sexologue dans le conseil des équipes soignantes et dans la prise en charge des patients.

ARGUMENTAIRE SCIENTIFIQUE

Pour des raisons d'épidémiologie, de progrès médicaux, et de pression sociétale, il est légitime et du devoir des soignants de s'intéresser à la vie et santé sexuelle des patients malades du cancer. Cependant et alors même que patients et soignants estiment tous qu'à l'instar de la douleur ou de la fatigue, la santé sexuelle doit être abordée, la prise en charge reste très insuffisante. En lien avec les éléments fournis par les enquêtes patients et associations, par l'Institut National du Cancer, les données de la littérature par organe, et les référentiels en Soins Oncologiques de Support, la lisibilité de l'offre de soins dans cette dimension de la Santé et du bien être tout au long du parcours personnalisé de soins du patient doit s'améliorer. Partager et diffuser les savoirs, encourager chaque maillon soignant ou professionnel attaché au cancer à être proactif sans être intrusif, en restant dans le champ de sa compétence de soignant ou accompagnant, orienter au-delà de l'information les patients en souffrance, sont un nouvel enjeu pour les soignants. Pour laisser la parole et le dialogue s'installer, les savoir-faire, et savoir-être des sexologues doivent aider les équipes de soins de support à organiser la prise en charge. Sortir du double tabou du Cancer et de la Sexualité à partir d'arguments de l'observation médicale et psychologique, dans le but d'informer, repérer, et d'accompagner, font partie des attentes formulées dans la prise en charge globale et humaniste, complément indispensable à la médecine spécialisée et technique.

MOYENS PÉDAGOGIQUES

La construction de tableaux d'analyse des impacts possibles par cancer sur la sexualité, permet de pointer les dysfonctions sexuelles induites par le cancer et ses protocoles thérapeutiques. Quelque soit l'âge ou le stade pronostic de la tumeur, il s'agira d'intégrer ces schémas en fonction du terrain, du repérage de vulnérabilités antérieures, de l'intérêt sexuel, des projets et capacités de vie des patientes et des couples.

L'identification dans le Parcours Personnalisé de Soins des différents temps d'intervention est indispensable, alors que le conflit entre hiérarchie de priorités et nécessaires information, prévention, et accompagnement perturbe les soignants dans l'abord du sujet.

CONCLUSION

Une meilleure connaissance interdisciplinaire des troubles sexuels dans les cancers gynécologiques, une bonne synchronisation de l'information et de l'offre tout au long du parcours de soins, le conseil des sexologues en appui de toute la chaîne des soins et pour prendre en charge les cas compliqués, constituent les fondamentaux modernes des soins oncologiques de support pour une meilleure santé.

MOTS CLÉS

Cancer - Interdisciplinarité - Parcours Personnalisé de Soins - Santé sexuelle - Soins Oncologiques de Support





CANCER GYNÉCOLOGIQUE ET SEXUALITÉ (suite)

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES PRINCIPALES

- P BONDIL, D HABOLD, *Réseau Régional de Cancérologie Rhône Alpes* : « Cancer, vie et santé sexuelle », Référentiel 2010, Association Francophone des Soins Oncologiques de Support, www.AFSOS.org
- A.G. LE CORROLLER-SORIANO, L MALAVOLTI, C MERMILLIOD, DREES-INSERM : « La vie deux ans après le diagnostic de cancer », collection études et statistiques, La documentation française, 2008
- INCA Cancer info – *Etudes, guides ALD, et recommandations de l'Institut national du Cancer*, www.e-cancer.fr





LES VIOLENCES SEXUELLES CONJUGALES

Patrick BLACHÈRE

Psychiatre, sexologue, expert judiciaire.

73100 Aix-les-Bains

Mail : blacheraix@wanadoo.fr

ARGUMENTAIRE

La question des violences sexuelles n'est plus un tabou depuis des années, il n'en est pas de même des violences sexuelles entre conjoints.

Ce n'est qu'en 1980 que la cour d'appel de Grenoble a renvoyé pour la première fois en cour d'assises un mari, ayant en compagnie d'un autre homme imposé à sa femme des relations sexuelles accompagnées d'actes de violence caractérisés. ⁽⁴⁾

Mais, ce n'est que depuis la loi du 4 avril 2006 que le viol ou les agressions sexuelles peuvent être poursuivis "quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime y compris s'ils sont unis par les liens du mariage".

Il n'y a donc que très peu de temps que la société et la justice s'intéressent à cette forme de délinquance.

Les victimes sont pourtant nombreuses.

Au début des années 2000 l'enquête nationale sur les violences faites aux femmes révèle des chiffres inquiétants ; dans les 12 mois précédant l'enquête 1,2 % des femmes de moins de 25 ans et 06 % des femmes de plus de 45 ans reconnaissent avoir été victime d'agression sexuelle au sein de leur couple.

Nous le voyons, la question des violences sexuelles conjugales est un réel problème de santé publique, c'est une question essentielle en matière de santé sexuelle.

OBJECTIFS DE L'ATELIER

En matière de savoir :

- connaître les dispositions législatives et réglementaires en matière de violence sexuelle entre conjoints aussi bien en ce qui concerne les auteurs que les victimes.
- connaître les facteurs de vulnérabilité des victimes.
- connaître les profils psychopathologiques des auteurs.
- repérer les facteurs environnementaux favorisant les violences conjugales.
- connaître les difficultés particulières de la reconnaissance et de la prise en charge des violences intra conjugales.

En matière de savoir-faire :

- savoir repérer les signes ou symptômes qui dans une consultation doivent nous faire suspecter des violences sexuelles intra conjugales
- savoir orienter et prendre en charge une victime d'agression sexuelle entre conjoints .
- savoir orienter et prendre en charge un auteur d'agression sexuelle sur conjoint .

En matière de savoir être :

- développer ses capacités d'empathie à l'égard des auteurs
- améliorer sa capacité d'écoute à l'égard des victimes.

MOYEN PÉDAGOGIQUE : ÉTUDE DE CAS CLINIQUES

L'atelier sera bien entendu interactif avec la présence d'un rapporteur. Pour atteindre les objectifs chaque participant aura la possibilité de présenter un cas clinique d'auteur ou de victime. A défaut les cas présentés seront choisis par le responsable de l'atelier.





LES VIOLENCES SEXUELLES CONJUGALES (SUITE)

CONCLUSION

Le sexologue, l'éducateur sexuel, ne peuvent ignorer la question des violences sexuelles entre conjoints. Nous souhaitons grâce à cet atelier avoir sensibilisé les thérapeutes et éducateurs à cette question.

MOTS CLÉS

Auteur - Conjoints - Prévention - Repérage - Traitement - Victime - Violence sexuelle.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- BENSUSSAN P. *Le viol entre époux ; le désir est-il toujours au rendez-vous ?* Assises de sexologie de Strasbourg de 2008 sexologos n°31 juin 2008
- 2- BARILLON. J, BENSUSSAN. P *Le nouveau code de la sexualité.* Odile Jacob 2007
- 3- CIAVALDINI. A *Psychopathologie des agresseurs sexuels.* MASSON 2001
- 4- FILLARD P. *Le viol entre époux ; en faire la preuve* Assises de sexologie de Strasbourg 2008 sexologos n°31 juin 2008





ALIÉNATION PARENTALE

Paul BENSUSSAN

13 rue de la Pourvoirie - 78000 Versailles

Tél. 01 39 53 33 33 - Port. 06 20 30 45 41

Mail : courriel@paulbensussan.fr

www.paulbensussan.fr

PRÉSENTATION

En dépit d'une proportion croissante de divorces conclus par consentement mutuel, de plus en plus d'enfants perdent le contact avec l'un de leurs parents après la séparation. Les moyens de se déchirer ne sont pas si nombreux : les procédures judiciaires les plus acharnées concernent des litiges relatifs à la résidence des enfants et à l'exercice de l'autorité parentale.

Les conflits parentaux ont de graves conséquences sur la vie des enfants. Lors d'une séparation très conflictuelle, un parent en difficulté psychique peut prendre son enfant en otage ou, plus naïvement, tenter de s'en faire un allié. Que l'enfant soit instrumentalisé dans une stratégie de vengeance personnelle ou qu'il se donne lui-même la mission de soutenir le parent perçu comme victime importe au fond assez peu. Soumis à un subtil chantage psychologique, l'enfant va devoir se rallier corps et âme au parent manipulateur, jusqu'à devenir captif de son mode de pensée et rompre à plus ou moins longue échéance tout lien affectif avec son autre parent.

Preuve de son caractère pathologique, ce rejet s'étend aux figures autrefois aimées : grands-parents, oncles et tantes, cousins... L'enfant pris dans ce processus ne rompt pas qu'avec un parent : il rejette en bloc toute la famille de celui-ci. L'attitude de ces enfants est alors en complète rupture avec la nature de la relation d'autrefois. Certains, parfois très jeunes, se comportent avec une violence et une dureté inouïes, dignes tantôt d'un justicier, tantôt d'un terroriste. Plus banalement, il se présente comme froid, distant, insensible aux manifestations affectives du parent qu'il rejette, qui, impuissant, ne peut que constater la dissolution du lien. Jadis aimé, le parent rejeté devient au pire un ennemi, au mieux un étranger.

OBJECTIFS PRECIS DE LA PRÉSENTATION EN ATELIER

- 1) Organiser la médiation d'un couple parental dysfonctionnel
- 2) Évaluer les symptômes de souffrances physique et / ou psychique de l'enfant et évoquer un syndrome d'aliénation parentale en temps utile : **car le pronostic est étroitement lié à un diagnostic précoce et à mise en œuvre des mesures appropriées.** Mais pour « reconnaître », encore faut-il « connaître ». Ce qui, pour une pathologie méconnue, est souvent trop tardif...

Voici donc les messages que je voudrais faire passer à tous les participants à cette formation :

- L'enfant est toujours la première victime d'un divorce très conflictuel : dans cette guerre, il n'y a que des perdants ;
- La parole de l'enfant impliqué dans un tel conflit demande tact et expérience pour être décryptée. L'interpréter de façon littérale revient à inscrire l'enfant dans une situation de toute-puissance : transformé en « enfant-soldat », il perd alors définitivement son statut d'enfant. Inversement, ne pas tenir compte des signaux d'alarme expose à des complications à court terme.
- Il existe des moyens de prévention (conseils à donner aux parents qui se séparent) et des critères diagnostiques permettant un repérage précoce. Le pronostic est radicalement différent si le diagnostic est posé rapidement.
- Mieux comprendre les polémiques, résistances et controverses au sujet du SAP :
 - Recoupement avec les allégations d'abus sexuels
 - Polémiques sexistes
 - Divergences sur l'intérêt de l'intervention judiciaire (vs thérapeutique)
 - Divergences sur la conduite à tenir : faut-il contraindre les enfants à rendre visite au parent rejeté ?





ALIÉNATION PARENTALE (SUITE)

Ma présentation sera sous-tendue par plusieurs publications sur le sujet, en particulier, parmi les plus récentes, la participation à un ouvrage collectif paru en octobre 2010 aux Etats-Unis, comportant plus de 600 références bibliographiques.

BIBLIOGRAPHIE

- BENSUSSAN Paul, (1999) *Inceste, le Piège du Soupçon*, Ed. Belfond,
- BENSUSSAN Paul & Florence RAULT, (2002) *la Dictature de l'Émotion*, Ed. Belfond
- BENSUSSAN Paul, (2007) *Expertises en affaires familiales : quand l'expert s'assoit dans le fauteuil du juge*, *Annales Médico-Psychologiques*, Vol 165, numéro 1 pages 56-62 (janvier 2007)
- BERNETT, B. (2008) *Parental Alienation Disorder and DSM-V*. *The American Journal of Family Therapy*, 36 :349-366, 2008
- BERNETT B., Wilfrid v. BOCH-GALHAU, Joseph KENAN, Joan KINLAN, Demosthenes LORANDOS, Richard SAUBER et al. (2009) *Parental Alienation Disorder and DSM-V*. Proposal submitted to the Disorders in Childhood and Adolescence Work Group for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition
- DELFIEU, J.-M. (2005) *Le syndrome d'aliénation parentale. Diagnostic et prise en charge médico-juridique*. *Experts*, n° 67, juin, pp 24-30
- DESPERT, JL , (1953) *Children of divorce*. New York, Doubleday
- GARDNER, R. (1992). *The parental alienation syndrome*. Creskill : Creative therapeutics
- VON BOCH-GALHAU, W. (2002) *Le SAP : Impacts de la séparation et du divorce sur les enfants et sur leur vie d'adulte in Synapse*, n°188, septembre 2002
- VON BOCH-GALHAU, W. & KODJOE U. (2003) *The Parental Alienation Syndrome : an interdisciplinary challenge for professionals involved in divorce*. Berlin : Verlag für Wissenschaft and Bildung





PRÉVENTION DES TROUBLES SEXUELS SURVENANT APRÈS LA NAISSANCE D'UN ENFANT

Chantal FABRE-CLERGUE

Sage-femme sexologue (Marseille)

Présidente de l'association les Baleines Bleues

Chantal.fabreclergue@wanadoo.fr

www.lesbaleinesbleues.com

PRÉSENTATION

Après la naissance d'un enfant, la jeune accouchée ressent un sentiment d'abandon très fort et constate une absence de soins adaptés et efficaces pour traiter les difficultés du post-partum.

L'attitude, souvent blasée ou indifférente, du personnel médical recommande la patience et minimise les problèmes évoqués. L'hyper médicalisation en salle de naissance n'a pas préparé la femme à faire face à ce sentiment d'abandon, d'inquiétude, d'anxiété et d'inexpérience.

Le manque de sommeil associé à une prise en charge insuffisante de la douleur accroît un sentiment d'incapacité à s'occuper du bébé (pourtant très convoité par toute la famille).

Les antalgiques sont peu souvent proposés et restent parfois inefficaces laissant la femme dans un grand désarroi. Il serait souhaitable de préconiser une asepsie verbale en salle d'accouchement et pendant les suites de couches. Le personnel soignant doit éviter tout commentaire sur une vulve « trop béante » ou de suturer « serré » l'épisiotomie pour essayer de refermer le vagin « comme avant ».

La perspective d'une éventuelle reprise de la sexualité évoquée en maternité choque souvent les femmes qui ont bien d'autres préoccupations plus urgentes.

Les conseils de sortie doivent être adaptés à chaque patiente et il serait souhaitable d'aborder aussi le thème de la contraception ouvrant ainsi la possibilité d'aborder la reprise de la sexualité.

La sexualité du post-partum dépend étroitement de la qualité de la sexualité qui existait pendant cette grossesse...dépendant elle-même de la sexualité avant cette grossesse.

Les couples se plaignent du manque d'information et doivent chercher des conseils sur internet, dans les médias. Le personnel médical aborde très peu ce sujet qui demeure tabou.

Un couple sur trois se sépare dans les deux ans qui suivent l'arrivée d'un bébé. La reprise de l'activité sexuelle se déroule en moyenne 6 à 8 semaines après l'accouchement presque toujours à la demande du partenaire.

10% des hommes sont perturbés après avoir assisté à l'accouchement surtout s'il a fallu utiliser les spatules ou ventouse et avoir recours à l'épisiotomie.

Une nette baisse de la libido est constatée chez les couples. Il serait possible de prévenir ces difficultés sexuelles après l'arrivée d'un bébé en proposant aux femmes des :

- Séances de préparation à la naissance qui aborderaient le thème de la sexualité en utilisant un jeu de 20 cartes abordant avant, pendant et après accouchement (site www.lesbaleinesbleues.com)

- Cours sur le périnée : comment le préparer ? l'assouplir ? le renforcer ?

Dépister l'incontinence urinaire d'effort, l'incontinence anale et savoir les prendre en charge grâce à des posters ludiques. Vérifier que la femme enceinte ne constate pas une sécheresse vaginale qui, déjà, rend les rapports sexuels espacés et désagréables. Proposer un lubrifiant adapté. Suggérer aux femmes d'accoucher en évitant la position gynécologique, en cherchant à respecter le réflexe d'expulsion qui protège le périnée en diminuant les poses instrumentales et les épisiotomies.

Nombreuses études ont prouvé le bienfait de ces techniques mais hélas toutes les équipes obstétricales ne les acceptent pas et continuent à pratiquer des techniques ancestrales et aussi l'expression abdominale pourtant condamnable...

Il est important de proposer une prise en charge périnéale très précoce en prenant en charge de façon sérieuse la douleur. (Les soins du périnée, la toilette intime sont devenus très rares en maternité).

La mobilisation des tissus permettra une meilleure cicatrisation et l'efficacité de ces gestes soulagera et rassurera la femme.





PRÉVENTION DES TROUBLES SEXUELS SURVENANT APRÈS LA NAISSANCE D'UN ENFANT (SUITE)

- Les séances de préparation à l'accouchement réservées aux papas sont forts intéressantes car les hommes connaissent aussi beaucoup d'angoisses et ne savent pas trop où poser leurs questions.

La présence du bébé in-utéro gêne les futurs pères lors des rapports sexuels et les obstétriciens accentuent leur stress lors des touchers vaginaux en affirmant « sentir la tête du bébé » au bout de leurs doigts !

Une recherche dans la littérature m'a permis de démontrer que les rapports sexuels ne déclenchent pas l'accouchement et qu'il était donc inutile de conseiller au couple d'avoir une sexualité effrénée pour échapper au déclenchement.

Le poster du Kama Sutra des suites de couches rassure les futurs pères en leur suggérant d'aménager des positions avec des coussins pour permettre des positions plus adaptées et confortables.

Par ailleurs, la femme enceinte est carencée et les études prouvent que les futures mamans ne consomment pas les apports nutritionnels recommandés (Etude SUVIMAX).

Le stress peut entraîner un déficit en magnésium et inversement un déficit en Magnésium est un facteur favorisant la susceptibilité au stress.

Le stress est aussi responsable d'une baisse de libido et les besoins en Magnésium de la femme enceinte sont augmentés de 50%.

Asthénie, nervosité, anxiété, insomnie, crampes et problèmes de libido sont facilement corrigés par des compléments alimentaires de bonne qualité.

Il serait souhaitable de dépister une dépression prénatale le plus tôt possible pour éviter des suites de couches catastrophiques.

MOYENS PÉDAGOGIQUES

Les moyens pédagogiques utilisés seront des posters ludiques abordant le thème de la sexualité pendant la grossesse et surtout le jeu de 20 cartes traitant des situations avant, pendant et après la grossesse pour inviter les couples à aborder des thèmes plus personnels comme la sexualité.

CONCLUSION

J'insiste sur le fait de parler aux couples de la sexualité pendant la grossesse. Tous les acteurs de soins doivent se sentir concernés. Il faut donner des informations adaptées qui auront une action préventive et s'abstenir si les connaissances sont insuffisantes.

L'existence d'une sexualité épanouie pendant la grossesse et une prise en charge par des professionnels qualifiés et motivés, garantissent une évolution favorable dans le post-partum.

MOTS CLÉS

Couple - Grossesse - Magnésium - Périnée - Sexualité.

BIBLIOGRAPHIE

1. *La baisse du désir sexuel*, Gilles TRUDEL, édition MASSON.
2. *Intérêt d'une supplémentation en substances naturelles pour lutter contre la dysfonction sexuelle féminine*, mémoire Chantal FABRE-CLERGUE, Poitiers 2010.
3. *Sexualité du post-partum*, la revue sage-femme, ELSEVIER-MASSON, 2007.
4. *Poster « Rapport sexuel et déclenchement »*, Assises de Reims, 2009.
5. CONOLLY A. THORP J. PAHEL L. *Effect of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study*. Int Urogynecol J Pelvic Floor dysfonct. 2005 Jul-Aug 16(4):263-7
6. GRUDZINSKAS JG, ATKINSON L. *Sexual function during the puerperium*. Arch sex behav. 1984 feb; 13(1):85-91
7. WORANITAT W. TANEAPANICHSKUL S. *Sexual function during the post-partum period*. J med assoc thai, 2007 sep; 90(9):1744-8
8. VAN BRUMMEN III, BRUINSE HW, VAN DE POL G, HEINZ Ap. VAN DER VAART CH. *Which factors determine the sexual function sexual function 1 year after childbirth?* BJOG.2006 aug; 113(8):914-8
9. *Le père, l'homme et le masculin en périnatalité*, Spirale, Eres (Coordonnées par Paul Marciano)





COMMENT PARLER À UN ADOLESCENT DE SEXUALITÉ ?

Laura BELTRAN

Docteur en psychologie - sexologue.

Chargée d'enseignement du D.U. « Conseiller en santé sexuelle » Paris VII

Service de gynécologie obstétrique - CHU Bicêtre

Mail : laurabeltran@netcourrier.com

DESTINATAIRES

Médecins, sages-femmes, infirmiers, psychologues, assistants sociaux, animateurs, éducateurs, conseillers conjugaux et familiaux et toute personne amenée à échanger avec des jeunes sur des thèmes liés à la sexualité.

OBJECTIFS

Il s'agira pour les participants de travailler, en particulier, sur les axes suivants :

- Actualiser leurs connaissances sur la problématique de la sexualisation du corps et de l'entrée des jeunes dans la sexualité
- Organiser une action d'éducation à la vie affective et sexuelle : objectif, contenu, modalités, supports pédagogiques
- Développer des capacités d'accueil, d'écoute, d'animation de groupes de jeunes
- Echanger sur leurs pratiques

MÉTHODOLOGIE

Apports théoriques, échanges d'expériences, mises en situation.

CONTENU

- Education versus information sexuelle

Qu'est-ce que cela veut dire parler de sexualité avec des adolescents ? L'importance de dépasser la simple information biologique et d'élargir aux dimensions psychoaffectives, sociales culturelles et éthiques de la sexualité.

- Le cadre et les limites d'une intervention sur la sexualité avec des adolescents

- La mise en œuvre des séances d'éducation à la sexualité :

Les objectifs d'un programme d'éducation à la sexualité

Les modalités d'intervention en groupe et en individuel

Les outils et supports d'animation : exemples d'outils interactifs

- Les différentes structures anonymes et gratuites accessibles aux jeunes et le rôle des différents intervenants : médecin généraliste, infirmière scolaire, professeurs et parents dans une éducation à la sexualité.

BIBLIOGRAPHIE

- ATHEA N. COUDER O. *Parler de sexualité aux ados : une éducation à la vie affective et sexuelle*. Editions Eyrolles/CRIPS, avril 2006.
- BELTRAN L. *Le rôle de l'éducation sexuelle dans la prévention des troubles sexuels*. In : Manuel de sexologie (Dir) Lopès P. Poudat F X. Pratique en gynécologie obstétrique. Paris : Masson, 2007.
- BENGHOZI P., 1999, *Adolescence et Sexualité, Liens et Maillage réseau*, sous la dir, Paris L'HARMATTAN.
- GIAMI A. Une histoire de l'éducation sexuelle en France: une médicalisation progressive de la sexualité (1945-1980). *Sexologies* 16 (2007) 219-229.
- LAGRANGE H., LHOMOND B., CALVEZ M., LEVINSON S., MAILLOCHON F., MOGOUTOV A., WARSZAWSKI J. : *L'entrée dans la sexualité ; le comportement sexuel des jeunes dans le contexte du SIDA*. Paris : éd la découverte 1997.





EXPERTISE PSYCHOLOGIQUE DES VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES

Noëlle MAGAUD VOULAND

Docteur en Psychologie

Diplômée en Psychopathologie, Criminologie et Sciences Pénales

Expert près la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence

Mail : magaud.noelle@wanadoo.fr

PRÉSENTATION

L'expertise psychologique des victimes de violences sexuelles se réalise sous mandat judiciaire.

Elle a pour mission l'analyse de la personnalité de la victime, la mise en évidence du retentissement des faits en cause, permet de repérer les répercussions, symptômes et préjudices, les éléments constitutifs du traumatisme, à fortiori de leur caractère sexuel, leur lien avec les faits d'agression allégués. L'expertise offre à la victime un espace de paroles et de ce fait favorise la reconnaissance de la position de victime, avec pour effet de la restituer dans sa position de sujet.

La démarche expertale repose sur un certain nombre de concepts théoriques et méthodologiques notamment : La nécessité de prendre en compte la personnalité antérieure, tant dans son histoire que dans sa structure comme élément surdéterminant l'impact traumatique. L'étude du syndrome de stress post traumatique (Traumatisme de guerre Crocq. Le bigot), Psychiatrie (DSM 4). Le repérage d'une réalité psychique à caractère traumatique en lien avec les déclarations (Van Gijsegheem). Le trauma isole, désocialise. L'écoute, la reconnaissance réintègre la victime en tant que sujet et sujet social. (Lebigot. Damiani). La capacité à entendre l'horreur sans mouvement émotionnel, l'écoute bienveillante et sereine du psychologue expert facilitent la parole et recrée le lien d'humanité rompu par l'agression. Elle amorce la nécessaire réparation sociale du sentiment d'abandon, de perte, d'isolement en lien avec le vécu d'agression. Elle permet la mise en mot de la souffrance vécue par la victime, la reprise de la parole que l'agresseur a fait taire, parole qui restitue le sujet dans son individualité, dans son humanité, vient colmater l'effroi du traumatisme qui laisse sans voix.

Les modalités de l'expertise utilisent la pratique spécifique d'un entretien clinique général, sur un mode directif conduit par l'écoute d'un praticien qui dispose de la capacité à entendre éventuellement, la clinique de l'extrême. Elle comprend une analyse de discours centrée sur la trajectoire biographique du sujet, son positionnement, son insertion socio professionnelle et affective, s'attache au récit des faits d'agression, au repérage des indices, des éléments contextuels, sensoriels, émotionnels, spécifiques au vécu traumatique.

Elle s'assortie de la passation des tests projectifs (dessins, test de Patte Noire, test de TAT, test de Rorschach, traumaq..) qui permettent de mettre en évidence la spécificité du mode de fonctionnement psychologique d'un sujet dans le respect de son individualité. Ce moment de repérage diagnostique peut de surcroît permettre d'orienter vers une prise en charge.

L'expertise se conclut par un compte-rendu écrit remis au magistrat mandant dont les conclusions seront communiquées à la victime par le magistrat.

En dernier lieu intervient la déposition orale (lorsqu'il s'agit d'un procès en cour d'Assises) en présence de l'ensemble des partenaires du procès pénal, magistrats, jurés, de la victime, de la personne mise en examen, bien souvent des familles de chacun, du public lors que le procès n'a pas lieu à huis clos.

L'expertise de la victime permet la reconnaissance de l'existence de son préjudice.

La préconisation d'un suivi thérapeutique, peut permettre de quantifier l'indemnisation financière (dommages et intérêt au pénal, CIVIP). Cette pratique complexe mais passionnante nécessite une bonne connaissance de la psychologie mais également une approche du champ judiciaire.

MOTS-CLÉS

Abus - Expertise - Traumatisme Psychique - Victime - Violence

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- François LE BIGOT • Louise CROCQ • Carole DAMIANI
- Hubert VAN GIJSEGHEM • Anne ANCELIN SCHUTZENBERGER • Françoise SIRONI

