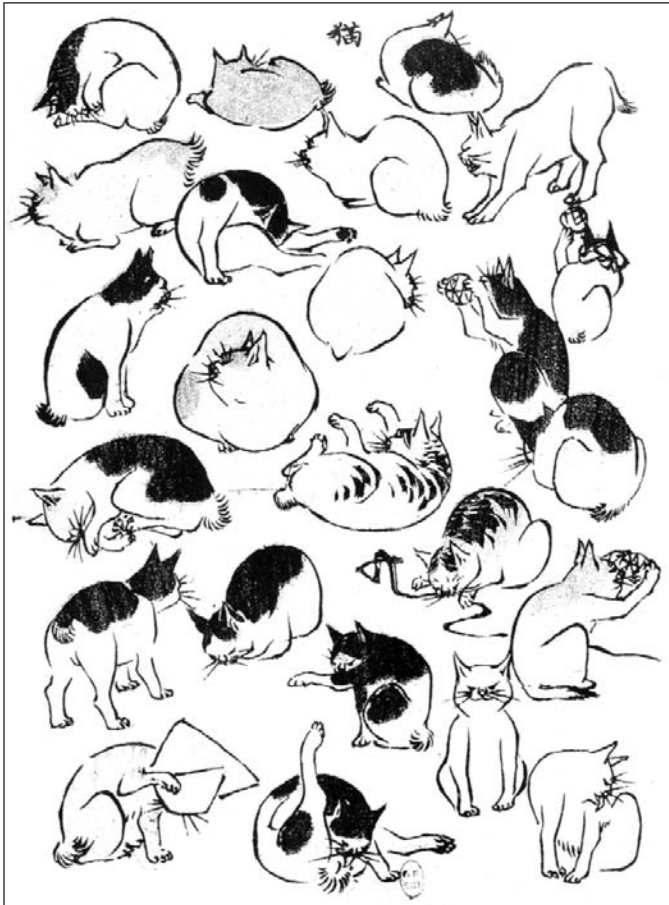


SEXOLOGIE *actuelle*



Présentation

Mot de la présidente 3

DOSSIER:

L'art en thérapie

par Dany-Xavier Girard

4

Articles

Conférence: dysfonction érectile 8

Doctorat en sexualité clinique 10

Dr Assalian: confrère émérite 13

Chroniques

Bibliophile 11

Ce qui se passe à l'ASQ 11

En vrac 11

Mot de la rédactrice 3

Nouveaux membres 12

Parlez-nous de vous 12

DOSSIER

L'art en thérapie: un autre outil, un autre langage

POLITIQUE ÉDITORIALE

La revue **SEXOLOGIE actuelle** remplace le «Bulletin» de l'ASQ publié sans relâche depuis 1982. Elle est maintenant publiée trois fois l'an. La revue publie des articles touchant les différentes sphères de la sexologie, soit: l'éducation, la clinique et la recherche. Les manuscrits fournis par les non-membres de l'ASQ seront acceptés selon les mêmes conditions que ceux des membres.

Présentation des textes pour la revue

L'usage du masculin sera de rigueur, cela sans aucune discrimination mais uniquement en vue d'alléger le texte.

Les textes doivent être dactylographiés à double interligne. Ils doivent être envoyés en trois exemplaires et compter un maximum de dix pages (incluant la page frontispice et la bibliographie). Lorsqu'un système informatique a été utilisé, il serait apprécié que l'auteur envoie également une disquette, en indiquant le genre d'ordinateur et le traitement de texte utilisés. La disquette sera rendue à l'auteur. Ce dernier doit s'identifier clairement en joignant à son envoi son nom, adresse et numéro de téléphone, de même que son statut professionnel, son titre d'emploi et le nom et l'adresse de son employeur. Les manuscrits qui ne sont pas conformes à l'une ou l'autre de ces exigences sont automatiquement retournés à leur auteur.

Critères d'évaluation

Tous les manuscrits sont soumis de façon anonyme à deux lecteurs qui en font une évaluation basée sur les critères suivants:

- qualité du français
- réflexion de l'auteur
- nouveauté des concepts amenés par l'article
- approfondissement de concepts déjà connus
- respect de la pensée des auteurs cités par l'auteur du texte

Acceptation du manuscrit

La décision d'accepter un manuscrit sera prise par la rédactrice en chef suite aux recommandations des lecteurs. Cette dernière se réserve le droit de faire des changements mineurs aux manuscrits en vue de rencontrer les normes de publication.

Pour obtenir d'autres informations ou pour soumettre un manuscrit, veuillez vous adresser à:

Revue **SEXOLOGIE actuelle**

Association des sexologues du Québec
6915, rue Saint-Denis, bureau 301
Montréal (Québec), H2S 2S3
Téléphone : (514) 270-9289
Télécopieur : (514) 270-6351
Courriel : asq@qc.aira.com

DATE DE TOMBÉE

Chroniques, textes, publicité
23 novembre 2000

PARUTION

janvier 2001

SEXOLOGIE *actuelle*



association
des sexologues
du Québec

6915 rue Saint-Denis, bureau 301
Montréal (Québec) H2S 2S3
Téléphone : (514) 270-9289
Télécopieur : (514) 270-6351

volume IX, numéro 1

octobre 2000

Couverture

Ando Hiroshige

Chats, 1850

Graphisme et mise en page

Josée Robitaille, *Griffe* PME

Entrée des textes

Carole Tremblay

Rédactrice en chef

Chantal Poirier

CONSEIL D'ADMINISTRATION 2000-2001

Présidente: Normande Couture

Vice-présidente: Ann-Frances Paradis

Secrétaire-exécutif: François Blanchette

Trésorière: Sylvie Modérie

Conseillère: Louise Morin

Conseillère: Louise Aubertin

Conseiller: Mario Larivée Côté

Directrice générale: Sylviane Larose

La revue **SEXOLOGIE actuelle** est un organe d'information générale sur les activités nationales et internationales aussi bien face à la sexologie qu'à la profession de sexologue. Toute personne intéressée à soumettre un texte pour publication doit se conformer aux directives publiées dans chaque numéro, ou communiquer avec la direction générale de l'Association des sexologues du Québec.

Toute reproduction totale ou partielle d'un article publié dans la présente revue nécessite l'accord écrit de l'ASQ, et doit être suivi de sa référence complète. Les articles publiés dans **SEXOLOGIE actuelle** n'engagent que les auteurs et auteures. Ils n'expriment pas nécessairement le point de vue de l'Association des sexologues du Québec.

Tarifs publicitaires

1 page•260\$ 1/2 page•135\$ 1/3 page•105\$ 1/4 page•70\$

1/8 page (carte d'aff.) • 40\$

•Réduction de 50% aux membres de l'ASQ

Autres tarifs: téléphoner au (514) 270-9289

ABONNEMENTS: Gratuit pour les membres de l'ASQ

Non-membres•20\$/an

Institutions•25\$/an

© Association des sexologues du Québec MM

DÉPÔTS LÉGAUX:

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISSN 1192-3814

TIRAGE: 300 exemplaires.

Mot de la présidente

Normande Couture, M.A.

Après une période estivale de relâche ou de vacances, nous reprenons «le collier». Les différents comités redémarrent et les objectifs se poursuivent. Notre objectif principal cette année est la visibilité. Nous voulons augmenter la participation de nos sexologues aux différents comités, aux différentes émissions télévisées et aux parutions de publications à caractère public.

L'ASQ parraine la chronique *Sexualité en tête* sur le site Internet www.servicevie.com où les articles de nos membres sont diffusés aux deux semaines. De plus, nous travaillons à l'élaboration de notre propre site Internet.

Du côté de l'incorporation, les démarches en vue de l'intégration des membres de l'ASQ à l'Ordre des conseillers et conseillères en orientation du Québec se continuent. Le projet

d'intégration des psychoéducateurs à ce même ordre sera devenu réalité le 29 septembre 2000.

Aussi l'ASQ poursuit le travail pour faire reconnaître la spécificité du travail des sexologues en champ clinique dans le dossier des normes nationales des Services correctionnels du Canada (SCC) afin de permettre aux sexologues d'accéder au poste de directeur des services cliniques auprès des délinquants sexuels.

Pour ce qui est du comité de perfectionnement, il nous offre, cette année encore, d'excellentes occasions de parfaire notre formation et par conséquent de toujours améliorer notre intervention clinique. Les places sont limitées, inscrivez-vous rapidement pour ne pas être déçus.

Une autre occasion d'échanger, de partager des informations, de connaître les besoins et les attentes des membres et de concevoir certains projets est l'ac-

tivité organisée par le comité de relations publiques : les petits-déjeuners de la présidente qui se répéteront cette année encore à Montréal et à Québec.

Quant à moi, je complète ce que je considère mon dernier mandat à titre de présidente de l'ASQ. La relève se prépare pour le printemps. L'ASQ a su être positive face à l'adversité et je suis heureuse de voir le dynamisme toujours aussi grand.

Continuons à être vus et reconnus par le public comme des professionnels et nous finirons par être reconnus comme tels.

Participez, de près ou de loin, aux projets en marche ou aux projets futurs et vous y serez tous gagnants. Parlez de votre association et de votre profession, affirmez votre sentiment d'appartenance parce qu'à force d'efforts communs, nous serons tous gagnants.

Une superbe année nous attend !

Mot de la rédactrice

Chantal Poirier, M.A.

Membre depuis deux années de l'ASQ, j'ai assisté pour la première fois cette année à l'assemblée générale. Comme j'habite en Outaouais et que les temps de déplacement sont souvent plus longs que la réunion elle-même, la formation offerte en avant-midi a été pour moi un incitatif important. Avec le manque de temps que nous connaissons tous, la possibilité de faire d'une pierre deux coups est toujours alléchante.

J'ai été agréablement surprise par la qualité de cette journée organisée par l'ASQ. La stimulation, la motivation, le goût de se faire connaître et reconnaître, le travail d'équipe étaient les composantes de cette belle énergie qui gonflait les voiles du navire ASQ.

Lors de la réunion, j'ai été heureuse d'apprendre que le dossier des assurances avance, que celui de l'incorporation tient bon malgré les obstacles

rencontrés. Les finances, c'est toujours un dossier un peu triste, mais avec les percées du côté des compagnies pharmaceutiques, il y a de l'espoir.

J'ai été vivement impressionnée par tout le travail accompli et aussi par le goût du dépassement qui motive cette assemblée.

J'en suis sortie avec le désir de mettre, moi aussi, beaucoup d'énergie à me faire connaître comme sexologue ; le goût également de travailler encore très fort avec mes collègues de l'Outaouais, pour que les gens de notre région sachent qui on est et ce que nous pouvons faire. J'ai aussi eu l'idée de m'impliquer à l'Association, j'ai donc accepté la responsabilité de rédactrice en chef de cette revue.

Le conseil d'administration, les permanentes et les bénévoles travaillent avec acharnement pour notre association.

Imaginez ce que ce serait si chacun d'entre nous donnait une petite heure de temps à autre. Pour cette fois-ci, j'aurais deux demandes à formuler. La première, toute simple : Je sais que vous lisez votre revue, alors, si vous nous écriviez un petit mot pour nous dire ce que vous aimeriez y voir changer, ajouter, enlever, garder, déplacer, réorganiser... Allez, un petit effort !

Ma deuxième demande s'adresse à tous ceux et celles qui aiment lire. Que vous l'ayez lu pour vous divertir ou pour vous instruire, faites-nous parvenir un commentaire sur un livre qui vous a particulièrement touché dernièrement. Il ne s'agit pas d'une analyse critique ou scientifique, mais plutôt d'un petit partage comme on le fait entre amis.

Au plaisir de lire vos commentaires et suggestions. Bonne lecture et bon automne.

L'art en thérapie : un autre outil, un autre langage

Dany-Xavier Girard

*Sexologue clinicien et thérapeute
par les arts*

Afin de mieux comprendre qu'est-ce que l'art en thérapie, nous proposons de nous pencher sur ses origines puis sur son développement en Grande-Bretagne, aux États-Unis et au Canada. Nous entrerons ensuite dans le champ spécifique de l'art-thérapie, avec la communication par l'image et la production d'image à l'intérieur de la dynamique relationnelle thérapeutique. Nous parlerons aussi, brièvement, des problématiques, des clientèles pouvant bénéficier de l'art-thérapie et du choix des matériaux d'art. Mais d'abord, nous jetterons un coup d'oeil sur les fonctions de l'art dans leurs liens à la thérapie.

L'art comme outil et langage de tout l'organisme humain

Le mariage de l'art à la thérapie, nous dit Grégoire (1985), permet à la fonction symbolique de s'investir non seulement dans un objet d'art, mais de le faire à l'intérieur d'un processus thérapeutique impliquant tout l'organisme humain.

D'une civilisation à une autre, nous dit l'auteur, l'art a servi d'intermédiaire à l'homme, comme fonction de représentation ou comme instrument pouvant faciliter sa connaissance du monde qui l'entourait. Une oeuvre d'art est un véhicule imagé de l'émotion ou du vécu. Il sert de pont entre la réalité et l'expérience qu'un individu en fait. L'art est une fonction humaine capable de donner une forme concrète et tangible à l'expérience humaine, il est une nécessité. Le but de cette fonction est de pouvoir développer une vision plus cohérente de la réalité en passant par une image avec laquelle on peut dialoguer. L'art est considéré comme un instrument de pensée, sous forme imagée, mais aussi comme un

instrument pour communiquer. Ajoutons aussi à l'art la capacité individuelle des êtres humains à créer et à symboliser et soulignons, entre autres, son caractère universel par sa présence dans l'évolution de l'homme. Il sera à présent plus facile de se représenter le rôle que peut jouer l'art en thérapie comme symbole matérialisé par et dans un objet d'art et comme conscientisation du vécu.

La thérapie par l'art se propose donc comme instrument de représentation et de communication et comme outil de changement thérapeutique. Elle vise, par l'expérience de l'art, à amener le client à activer sa créativité pour enclencher un processus de réorganisation au niveau psychologique, affectif, biologique et neurologique de son expérience humaine. Elle s'engage à traiter la personne humaine comme une totalité et non en pièces détachées, en accentuant l'aspect expérientiel. L'individu est placé en situation de créativité face à son existence dans un climat de jeu, de fantaisie et de découverte.

Coup d'oeil sur les origines de l'art en thérapie

Nous pouvons affirmer que ce qu'on appelle art fait partie de chaque étape du phénomène humain et de son développement. Cette affirmation nous amène à retracer les toutes premières activités créatrices au temps de la préhistoire. Par exemple, les grottes de Lascaux en Dordogne, découvertes en 1940, sont témoins d'un style paléolithique des plus significatifs (Upjohn et al., 1965). Soulignons aussi la Grande Fresque de la voûte d'Altamira dans le nord de l'Espagne, dont les peintures ont été découvertes en 1879. Ces témoins visuels d'une activité créatrice constituent une preuve de l'effort fourni par nos prédécesseurs pour exprimer, par l'image, leur relation avec le monde qui les entourait. Il en est donc ainsi pour chaque civilisation. Or, pour nous rap-

procher du duo art et thérapie qui nous intéresse, nous allons devoir exécuter un grand saut. Tournons-nous vers le vingtième siècle, là où cette fructueuse association va se manifester.

La thérapie par l'art et ses pionniers

En Grande-Bretagne

Adrian Hill a donné son essor à l'art-thérapie en Grande-Bretagne, autour des années 30. Hill a fait l'expérience thérapeutique de l'art lors d'un séjour de convalescence dans un sanatorium. Ses racines d'artiste ont fait ressortir l'aspect de l'art en thérapie, nous dit Foster (1989). En 1946, Edward Adamson a aussi mis en valeur l'activité d'art en encourageant le processus créatif de ses patients en hôpital psychiatrique. Ces deux pionniers partagent le fait d'avoir été des artistes et d'avoir souligné l'importance de l'intégration d'un bagage artistique à la formation d'art-thérapeute.

Trois autres noms, Marion Miller, Mélanie Klein et Donald Winnicott, ont marqué l'évolution de l'art en thérapie en participant à la création de l'École post-Freudienne de psychoanalyse, rapporte Foster (1989), et en valorisant le travail d'art des enfants. Aussi, l'art-thérapie en Angleterre s'est rapidement intégrée à l'éducation. Puis, mentionnons Michael Edwards qui a démarré le programme d'art-thérapie de l'Université Concordia à Montréal. Et enfin, rappelons que l'art-thérapie en Grande-Bretagne s'est distinguée du modèle psychiatrique de santé mentale auquel se sont identifiés, au départ, le Canada et les États-Unis.

Aux États-Unis

L'art-thérapie aux États-Unis s'est développée sous la poussée d'un courant d'orientation analytique mis de l'avant par Margaret Naumburg autour des années 40. L'art dans ce contexte est un ajout à la psychothérapie et

encourageait les interprétations et associations verbales à partir d'une image, précise Foster (1989). Vers les années 50, avec Édith Kramer, ce courant analytique a pris de nouvelles couleurs et portait sur les propriétés de guérison du processus créateur et son potentiel thérapeutique. Aussi, c'est Elinor Ulman qui proposera une vision unifiée de l'art et de la thérapie comme étant une seule et unique expérience (Foster, 1989). Mais rappelons que les deux trajectoires de pensée proposées par Naumburg et Kramer continuent toujours d'exercer leur présence de nos jours.

Au cours des années 70, l'art-thérapie s'est ouverte à la dimension familiale avec l'artiste Yaxa Kwiatkowska, ainsi qu'à la thérapie éducative avec Viktor Lowenfeld et à l'influence de la gestalt avec Janie Rhyne. Nous pouvons affirmer que l'art-thérapie s'est graduellement détachée de la psychiatrie en se dotant, dans son développement, d'une flexibilité plus près de l'expérience de l'art comme thérapie. Et enfin, elle s'est diversifiée pour mieux répondre aux besoins de clientèles variées.

Au Canada

Dans les années 40, le psychiatre Martin Fisher à Toronto introduit l'art comme ajout au traitement psychiatrique à la manière de Naumburg aux États-Unis. Ensuite, l'artiste professionnelle Marie Revai est entrée dans la scène de l'art-thérapie en mettant en évidence la valeur thérapeutique du processus créatif. Un continuum d'influence similaire à celui des États-Unis est apparu. Puis, en entrant à l'Institut Allan Memorial à Montréal en 1957, Revai a percé le milieu psychiatrique (Foster, 1989). Ce fut un plus pour la profession.

Dans les années 70, une diversification des milieux d'évolution de l'art-thérapie va s'enchaîner tout d'abord avec Beth Robinson, une thérapeute occupationnelle. Robinson suivra une formation d'art-thérapeute avec Fisher et se détachera du milieu institutionnel en optant pour une pratique au privé. Puis, Maurice Brault, dans la lignée philosophique de Viktor Lowenfeld, va encourager l'artiste dans ses clients à se

manifeste dans un environnement de type studio d'art.

En résumé de l'évolution de l'art-thérapie, tant au Canada qu'aux États-Unis et en Grande-Bretagne, deux points majeurs ressortent. Premièrement, le bagage avec lequel un art-thérapeute aborde l'art-thérapie accentue soit l'art dans le sens d'un ajout à la psychothérapie, ou bien l'art comme processus thérapeutique en soi. Deuxièmement, nous pouvons affirmer, à la suite de Foster (1989), que la plus grande tendance au développement de l'art-thérapie s'est faite en dehors du milieu institutionnel hospitalier.

Au cœur de l'art-thérapie : la créativité

Le coup d'oeil que nous avons jeté sur les courants d'influence historiques nous met devant l'évidence que l'art-thérapie s'inspire d'orientations théoriques déjà existantes. Jusqu'à aujourd'hui, elle ne présente pas de paradigme propre à son champ d'intervention. L'art-thérapie reconnaît la créativité au cœur de son champ d'intervention même si elle n'a pas encore mis de l'avant, nous dit Wadeson (1987), une réflexion explicative du développement et du fonctionnement humain. Quoiqu'il en soit, cette situation peut être vue comme un manque par certains ou comme un plus par d'autres. Mais elle oblige l'art-thérapeute, nous dit cette auteure, à une exigence d'ouverture et de synthèse individuelle.

Chaque thérapeute, selon son bagage, peut trouver sa niche et les orientations sont multiples : psychanalyse freudienne, analyse jungienne, *gestalt*, théorie systémique, approche existentielle, éclectique, et bien d'autres. Mais la richesse de l'art-thérapie réside dans la créativité et l'exploration d'image (Wadeson, 1987). L'importance de ce langage créatif et de communication spécifique au cerveau droit est fondée sur le fait que bien avant de pouvoir mettre des mots sur son expérience, l'enfant met des images. Son usage fait partie de notre évolution humaine et mérite que l'art-thérapie s'y attarde, en fasse sa spécificité et en encourage le développement.

Qu'est-ce que l'art-thérapie ?

L'art-thérapie est à la fois outil et langage analogique (non verbal). Son activité centrale, c'est la création et l'exploration d'images à l'intérieur d'une relation thérapeutique à trois. Elle n'oblige pas le client à savoir dessiner puisque l'image et l'objet d'art sont considérés comme valeur affective et expérientielle. Et enfin, le thérapeute par l'art vise un changement en influençant la croissance de ses clients impliqués dans un processus d'expression et d'exploration par l'art (Wadeson, 1987).

La communication par l'image : un plus

En thérapie, l'utilisation d'un mode de communication comme l'image rend la manipulation du client plus difficile qu'en contexte d'échange verbal, rapporte Wadeson (1987). Le langage analogique échappe au contrôle de la personne en thérapie et permet l'apparition de phénomènes inattendus opposés aux intentions de l'individu. Aussi, l'art-thérapie contribue à la baisse des défenses du client.

Quant à la production d'un objet réel, il permet au client résistant de se relier dans un premier temps à l'objet qu'il a projeté, puis dans un deuxième temps de s'y identifier et de se le réapproprier. Et en dernier lieu, nous dit Wadeson (1987), la nature spatiale, non linéaire du langage de l'image permet de faire disparaître la notion de temps. L'image permet de refaire une expérience vécue dans son ensemble, de se rapprocher le plus près possible des premiers contacts ressentis. De plus, elle peut exprimer la proximité et la distance, l'amour et la haine dans un même espace et en même temps.

De plus, voici en résumé huit éléments thérapeutiques associés à l'art-thérapie (Grégoire, 1999) :

- Pouvoir de transformation : l'image transforme la réalité interne en réalité externe ;
- Fonction de restauration : une perte est réexpérimentée comme nouvelle par l'individu créateur ;

- Extension de projection: l'objet sert de véhicule, par exemple, au transfert d'émotions inacceptables ;
- Processus symbolique impliqué: dialogue possible avec un objet créé et devenu réel ;
- Moratoire de l'art: sous le mot art, par exemple, exprimer des sentiments jugés inappropriés est OK ;
- Être vu, entendu et reçu: l'image est vue et reçue, le client en exprime le sens, il est entendu et reçu ;
- Rencontre du plaisir et de la réalité: quand l'individu parvient à s'exprimer en toute sécurité, à se laisser aller en action de création, le principe de plaisir entre en jeu dans la réalité de l'expérience ;

Utilisation et intégration des deux hémisphères du cerveau: l'emphase sur le processus créatif encourage une exploration plus globale et en alternance du non-verbal au verbal.

La dynamique de la relation thérapeutique

La particularité de la relation thérapeutique en art-thérapie est celle d'une relation à trois: le client, le thérapeute et l'oeuvre produite. Un schéma de cette dynamique et de ses différents rapports, de 1 à 8, nous permet d'en saisir mieux l'éventail à la figure 1.

Le client, comme l'explique Edwards (1987), interagit avec le médium (ex. crayon et papier) et les images qu'il produit en 1 et 2. Le premier coup de crayon relève d'une décision qualifiée de privée et est précédé de doute et d'anxiété. Puis, un dialogue s'installe entre l'oeuvre produite par le client et ce dernier. Ce dialogue est à la fois indépendant de la relation au thérapeute et aussi en parallèle à celle-ci. En 3 et 4, on retrouve les attentes du thérapeute et ses perceptions par rapport à l'oeuvre. L'interaction entre le client et le thérapeute se situe en 5 et 6 lorsque l'oeuvre produite agit comme intermédiaire entre les deux. Et enfin les rapports signifiés en 7 et 8 désignent la relation directe sans intermédiaire. Ce schéma aide à saisir la richesse des interactions et leur com-

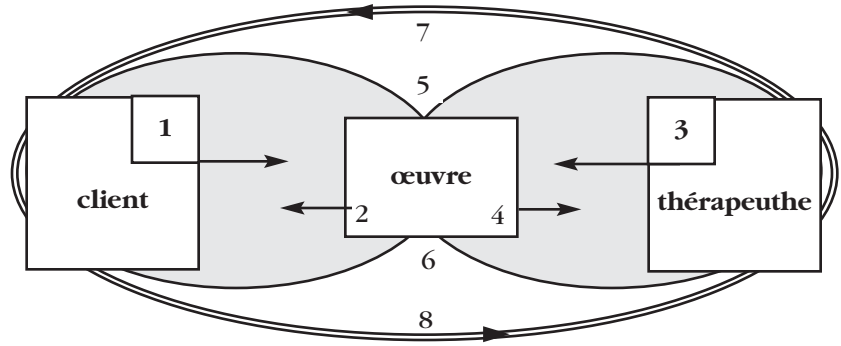


Figure 1. Dynamique de la situation thérapeutique en art-thérapie. Schéma adapté et tiré de Jungian analytic art-therapy de Michael Edwards (1987), dans Approaches to art-therapy de J.A. Rubin

plexité, il soulève aussi des questions sur la nature de l'expérience de la production d'image dans le contexte de la relation thérapeutique trilogique.

L'expérience de la production d'image en thérapie

Une fois le premier geste esquissé, que se passe-t-il du côté du client? Une sorte d'approvisionnement entre lui et son oeuvre débute, en même temps qu'une multitude d'échanges vont se succéder pendant toute la durée de la création. Une image en cours de production, affirme Edwards (1987), a une personnalité qui lui est propre. Elle peut même surprendre ou donner une impression d'étrangeté à son créateur. Même une image pensée et exécutée comme prévue possède une façon particulière de parler avec la personne qui l'a créée. Qu'elle soit ou non aimée, elle appartient définitivement à celui ou à celle qui l'a dessinée. Puis, plus le client avance dans le processus de production, plus le dialogue fermé entre lui et son oeuvre va se transformer. À la fin, l'image créée existera comme un objet séparé de son créateur et une nouvelle expérience va s'amorcer. Une distance étant possible entre le client et son oeuvre, il pourra la regarder de loin puisqu'elle fait partie à présent du monde extérieur. L'objet créé, nous dit Edwards (1987), devient à ce moment-là l'affirmation concrète d'une expérience intérieure personnifiée et totalement indépendante de son créateur. En dernier lieu, elle se proposera entièrement disponible au client pour

de nouveaux dialogues, que ce soit dans un an, un mois, une semaine...

La clientèle et les problématiques les plus fréquentes

L'art-thérapie s'adresse aux individus, aux couples, aux groupes, aux familles, et ce dans divers contextes. Elle dessert et traite un éventail de gens ayant des problèmes psychiatriques variés et de toutes conditions. Elle peut rejoindre une multitude de personnes, enfants, adolescents, adultes et aînés. Pensons à ceux dont les handicaps permettent peu ou pas de bénéficier d'une thérapie traditionnelle, ou encore à l'individu qui ne trouve pas les mots pour le dire, à la personne muette qui par l'image parvient à communiquer. Mais, bien sûr, il y a des secteurs d'intervention où l'on y a plus souvent recours.

Parmi ces problématiques, nous dit Rubin (1999), on retrouve l'anorexie et la boulimie qui touchent une population adolescente de plus en plus grande et dont on ne peut ignorer les liens avec l'image corporelle et la sexualité, ou encore avec tout ce qui touche à la nourriture et la compulsivité. Dans le même ordre, on retrouve les problèmes d'abus de drogues et d'alcool pour lesquels l'art-thérapie est efficace. Bien sûr, l'art-thérapie a été longtemps associée aux victimes d'abus sexuel, en particulier aux enfants. Mais elle fait aussi ses preuves chez les adultes parce qu'elle permet d'exprimer le traumatisme sans devoir le dire en paroles. Et enfin cela nous amène à parler de l'art-

thérapie en fonction des problèmes dissociatifs et des désordres de personnalité multiple, dont Rubin (1999) rapporte aussi les effets bénéfiques.

La clientèle et le choix des matériaux

En art-thérapie, le choix de matériaux appropriés à la clientèle n'est pas à sous-estimer. Le client entre en contact avec un médium qui le stimule et le matériel choisi peut être aidant ou non aidant. Bien qu'il n'y ait pas de recettes, il existe ce qu'on appelle des matériaux résistants et d'autres qui le sont moins. Comme exemple, prenons la craie de pastel comme matériel résistant et permettant un meilleur contrôle d'exécution. Puis, mettons en parallèle la gouache liquide, moins résistante, plus fluide et échappant davantage au contrôle de celui qui crée. Le meilleur choix de matériel ici dépend de divers facteurs comme le type de problématique, les objectifs thérapeutiques, le début ou la fin d'une thérapie, etc.

Par exemple, si je prends une patiente ayant des problèmes de frontières et s'exprimant dans un langage décousu et débordant. Celle-ci peut bénéficier au début de travailler avec un matériel résistant afin de pouvoir expérimenter un plus grand contrôle, plutôt que de se perdre dans la peinture liquide en encourageant son débordement. Par contre, la même patiente peut profiter d'un médium plus fluide en milieu de thérapie. En conclusion, une connaissance expérientielle des matériaux par le thérapeute est conseillée, mais toujours aussi en lien avec son sens de l'observation et sa sensibilité. Il s'agit de ne pas minimiser l'impact des matériaux, de leur pouvoir de sécurisation comme de leur pouvoir de régression.

Conclusion

Nous avons tenté dans cet article de souligner l'apport de l'art en thérapie comme nécessité humaine. Nous avons volontairement mis l'accent sur la production d'image, un langage analogique intrinsèque au développement humain, et qui distingue l'art-thérapie. Nous avons laissé de côté certaines considérations éthiques propres à l'art-thérapie, l'aspect éducatif, l'illustration de cas. Somme toute, ces

avenues sont aussi dignes d'attention. Nous avons voulu par contre éveiller divers intérêts d'ordre historique, théorique, créatif, thérapeutique, expérientiel, et présenter un nouvel outil, un nouveau langage. Ceci dit, qualifions-nous l'art-thérapie de nouvel outil et de nouveau langage parce qu'il est peu utilisé, mal connu ou encore en besoin d'être apprivoisé ? Dans ce sens, notre souci a été de resituer concrètement la place de la créativité et de l'expérience de l'art, afin d'entamer une réflexion et d'enrichir la façon habituelle d'intervenir en thérapie.

RÉFÉRENCES

EDWARDS, M. (1987), *Jungian analytical art therapy*, dans *Approaches to art-therapy* de J. A. Rubin, New-York, Brunner / Manzel.

FOSTER, M. (1989), *A historical overview of art therapy since the advent of deinstitutionalization*, thèse au département d'art-thérapie de l'Université Concordia à Montréal.

GRÉGOIRE, P. (1999), *Introductory topics in clinical psychology for creative arts therapists*, notes de cours, département d'art-thérapie de l'Université Concordia à Montréal.

GRÉGOIRE, P. (1985), *Art et thérapie*, dans *Traité d'anthropologie médicale* de J. Dufresne, F. Dumont et Y. Martin, Presses de l'Université du Québec.

RUBIN, J. A. (1999), *Art therapy : an introduction*, New-York, Brunner /Manzel.

UPJOHN, E. M., Wingert, P. S., Mahler, J. G. (1965), *Histoire mondiale de l'art : de la préhistoire à la Grèce antique*, Collection Marabout Université, New-York, Les Presses de l'Université d'Oxford.

WADESON, H., (1987), *The dynamics of art psychotherapy*, New-York, John Wiley & Sons.

UN APPEL À TOUS

LE PROGRAMME DE MENTORAT

Nous développons le programme de mentorat et nous avons besoin d'un plus grand nombre de mentors.

Vous pratiquez en sexologie depuis quelques années ?

Vous désirez aider un confrère ou une consœur à démarrer et la ou le soutenir dans cette démarche avec l'expérience que vous avez développée (conférences, articles pour les journaux ou les revues, relations avec les autres professionnels) ? Devenez mentor en ajoutant votre nom à la liste des mentors.

Vous démarrez dans la pratique et aimeriez un peu de support ?

Contactez-nous, nous pourrions vous jumeler avec un mentor qui pourra répondre à vos besoins (conférences, articles, relations avec les autres professionnels, etc.).



DES LOCAUX À SOUS-LOUER ?

Nous voulons développer notre banque de locaux à sous-louer à coût moindre.

Plusieurs sexologues, lorsqu'ils démarrent, ont peu de clients et souhaitent avoir la possibilité de sous-louer à l'heure. Votre bureau n'est pas utilisé quelques heures par semaine ? Pourquoi ne pas en faire profiter quelqu'un d'autre à un coût minime. Ajoutez votre nom à la liste des bureaux à coût moindre, nous vous donnerons quelques noms de personnes intéressées par votre offre.

Impact des nouveaux traitements de la dysfonction érectile sur la pratique en sexologie clinique

Johanne Lépine, M.A.

sexologue, sexoanalyste

Résumé de la conférence donnée lors de l'AGA, mai 2000

Préface

C'est avec plaisir que je vous fais parvenir le résumé de ma conférence. Je garde en mémoire de cette journée du mois de mai, la chaleur de l'ambiance et la richesse des échanges. Avec le support de la compagnie Pfizer, nos membres ont profité d'un dîner-conférence. La salle était comble, les esprits étaient vifs...de quoi impressionner notre commanditaire. Bravo aux organisatrices !

Introduction

La venue du Viagra a-t-elle influencé la pratique du sexologue clinicien? Quels sont les impacts d'un traitement pharmacologique sur le patient ou sur sa partenaire? Est-il possible de combiner la sexothérapie et la pharmacothérapie? Verrons-nous émerger de nouvelles problématiques sexuelles? Autant de questions qui restent sans réponses dans la littérature scientifique. Pas d'études sur les impacts psychosexuels...il est encore trop tôt. Pourtant, les sexologues cliniciens ont des impressions cliniques basées sur leurs expériences auprès de la clientèle qui s'adresse à eux pour un problème de dysfonction érectile. C'est donc à partir de mon expérience clinique, combinée à une revue de littérature, que je ferai mon exposé.

Comment s'expliquer la popularité du Viagra? Les hypothèses sont nombreuses mais, d'un point de vue strictement statistique, on estime qu'à l'échelle mondiale plus de 100 millions d'hommes souffrent d'une forme quel-

conque de dysfonction érectile. Il y a donc un vaste marché. Dès sa sortie, la petite pilule bleue a provoqué tout un intérêt: médias de toutes sortes; le sujet s'explorait tous azimuts. De son effet « fontaine de jouvence », en passant par la montée des actions de Pfizer, un détour dans les groupements féministes, jusqu'à l'inquiétude du coït mortel, il devenait difficile pour le néophyte de s'y retrouver.

Le Viagra est-il vraiment un médicament dangereux? Il n'y a aucun risque à prendre du Viagra. Par contre, il est contre-indiqué de l'utiliser si le patient prend des dérivés nitrés (ex. : nitroglycérine sublinguale). Dans les faits, ce n'est pas la prise de médicaments qui est dangereuse mais les risques liés à l'activité sexuelle. Comme tout effort physique, l'activité sexuelle comporte certains risques pour le cœur, même chez l'individu asymptomatique. Aucun traitement de la dysfonction érectile ne devrait être prescrit aux hommes à qui l'activité sexuelle est déconseillée en raison de leur état de santé cardiovasculaire. L'activité sexuelle exigerait une dépense énergétique entre 3 et 5 Metz. Si la condition cardiaque de l'homme ne peut supporter une telle dépense, l'activité sexuelle est proscrite.



De gauche à droite, Carole Tremblay, secrétaire de l'ASQ, Joanne Lépine, conférencière, Daniel Thibodeau, représentant Pfizer.

Le 9 mars 1999, lors d'une déclaration conjointe de la Fondation des maladies du cœur et de la Société canadienne de cardiologie, il est déterminé que :

- La majorité des patients atteints de maladie cardiovasculaire peuvent prendre du sildénafil (Viagra), à l'exception de ceux qui prennent déjà des dérivés nitrés.
- D'autres types de traitement de la dysfonction érectile devraient être envisagés chez les patients pour qui

Voici à titre de repère un tableau des dépenses énergétiques associées à certaines activités physiques (Paskow et Dafoe, 1999).

Metz

Marche sur terrain plat, 2 km/h	2 à 3
Marche sur terrain plat, 3 km/h	3 à 3,5
Activité sexuelle (avec partenaire habituelle)	3 à 5
Peinture, travaux de maçonnerie	4 à 5
Golf et transport de bâtons	4 à 5
Vélo, terrain plat, 14 km/h	5 à 6
Natation	9 à 10
Jardinage, bêchage	5 à 6
Vélo, terrain plat 19 km/h	7 à 8
Pelletage 7 kg/min	9 à 12

l'emploi des dérivés nitrés est essentiel.

- Il faut procéder à une évaluation minutieuse des patients soumis à un traitement antihypertenseur multiple pour éviter les risques d'hypotension symptomatique

Selon les recherches (Zusman, R.M. et coll., 1999), le taux de mortalité et d'accidents cardiovasculaires graves est semblable parmi les patients qui ont pris du Viagra et ceux qui ont pris un placebo.

Évidemment les attentes de l'homme atteint de D.E. face à l'efficacité de la pilule sont grandes. La souffrance inhérente à l'effritement de la virilité, à mesure que les ratés s'additionnent, se voit magiquement soulagée par la prise du diamant bleu. Mais attention! Le patient doit savoir que le comprimé fonctionne si, et seulement si, il y a du désir et que l'ambiance doit être favorable à l'émergence des pensées érogènes. Dans certains cas de consultation pour dysfonction érectile, si l'étiologie n'est pas précisée, il est possible que l'homme soit confronté à un diagnostic trouble du désir sexuel après échec thérapeutique. Dans l'intimité sexuelle, cette vérité est confrontante et troublante, pour l'homme autant que pour la partenaire. Le Viagra n'est pas un aphrodisiaque, il ne règle pas les conflits de couple et ne fait pas d'un homme un meilleur amant. Le Dr Basson (1998) constate d'ailleurs qu'une partenaire ayant vécu de la frustration lors des relations sexuelles génitales, par manque de tendresse et d'intimité, peut ne pas être motivée à participer au traitement de la dysfonction érectile. Elle peut même le craindre.

Les hommes auraient une perception différente de celle de leur conjointe à propos de l'impact de la D.E. sur le couple. Une étude sur 64 hommes, âgés entre 38 et 78 ans (Intili, H. 1998) conclut que l'homme perçoit son problème comme profondément perturbant pour sa partenaire, alors qu'elle-même considère le problème agaçant, mais non perturbant pour la survie du couple. Il est à noter que l'auteur ne fait pas de différence selon l'âge. À mon avis, l'acceptation et l'adaptation au problème se font plus difficilement chez les couples plus

jeunes. D'autre part, selon Feldman (1994), l'intimité, la tendresse, la chaleur des contacts sont perçus par les hommes comme des palliatifs. Ils croient que leurs partenaires ne peuvent être pleinement satisfaites que par un homme ayant des érections complètes. De leur côté, 50% des conjointes estiment ne pas stimuler correctement le partenaire atteint de dysfonction érectile. Elles se sentent en partie responsables du problème. Inversement, les hommes considèrent la partenaire comme étant adéquate à les stimuler correctement (Intili, H. 1998). Autant de perceptions subjectives qui s'accumulent autour d'une problématique complexe et qui peuvent ainsi nuire au retour des activités sexuelles. La charge émotive est puissante, l'intimité devient menaçante. Du côté de l'homme, comme de celui de la femme, il peut s'échafauder des mécanismes de défense qui permettent de réduire la souffrance du couple et de l'individu. La structure défensive se présente sous des formes diverses. Par exemple, un homme peut se convaincre de vouloir « passer à autre chose et ne plus y penser » et compense par un surinvestissement de sa carrière professionnelle. Son épouse, par crainte de le blesser davantage, ne fait plus d'avances sexuelles. Avec le temps, les marques d'affection s'atténuent, sournoisement une distance s'établit. Cette même distance qui déclenche des sentiments de perte, qui accentue l'anxiété d'abandon, qui nourrit les rancunes, permet de tout enfouir dans un lourd silence. Le couple aura besoin d'un support sexothérapeutique pour contrer les effets néfastes de la période « d'impuissance », puisque le Viagra à lui seul ne peut guérir des blessures émotives. Près de la moitié des hommes pensent que la dysfonction érectile peut causer des problèmes dans le couple et pourtant 40% des hommes pensent que c'est le problème de santé pour lequel les hommes sont le moins enclins à consulter.

Certaines études (Akcerman *et al.*, 1995) indiquent qu'il y a plus de dépression chez les hommes souffrants de D.E. que dans la population en général, et ce, quel que soit l'âge. La perception de la D.E. par l'homme influence la sévérité de sa dépression. En effet, plus la perception de l'impuis-

sance est négative, plus la dépression est profonde. Il semble que les patients qui présentent des symptômes de dépression combinés à de la D.E. sont plus enclins à abandonner les traitements (Shabsig, R. *et al.*, 1998, *Urology*, 52:848-852). Une étude mondiale effectuée par « Market and Opinion Research International » (étude de Mori, document interne de Pfizer) pour la mise en marché du Viagra révèle que 50% des hommes de 40 ans et plus croient que l'impuissance est due à des facteurs psychologiques. Selon cette enquête, les hommes véhiculent de fausses croyances face à la D.E. et les principaux facteurs de risque organiques, comme le tabagisme, ne sont pas perçus par la majorité des hommes comme éléments responsables de la D.E. En réalité, le tabagisme est la première cause de dysfonction érectile organique. Il y a donc beaucoup d'éducation à faire auprès de la population masculine. Parler des troubles érectiles peut permettre à ces millions d'hommes de sortir de la torpeur. Le rôle du sexologue clinicien sera d'évaluer le patient afin de déterminer les facteurs organiques ou psychogènes responsables du trouble. Le sexologue peut aussi permettre au patient d'intégrer progressivement la thérapie médicale en respectant les limites et les besoins de chacun.

À ce jour, les effets psychosexuels du Viagra ne sont pas mesurés. Assisterons-nous à de nouveaux troubles sexuels? Par exemple, cet homme de 41 ans qui, plein de désir pour sa jeune et nouvelle partenaire, n'arrive plus à obtenir l'orgasme lorsqu'il utilise le Viagra. Assisterons-nous à une transformation du rapport homme - femme chez le couple âgé? Quel sera l'impact sur les déviants sexuels?

En conclusion, pour ceux et celles d'entre vous qui craignent que la venue des pilules pour le « power erection » ait un impact négatif sur le nombre de demandes de consultation en sexologie, eh bien la bonne nouvelle, c'est que la tornade Viagra a brisé le mur du silence entourant les troubles sexuels. En conséquence, mes collègues et moi, en cette journée du 12 mai, constatons majoritairement une augmentation de notre clientèle.

Joanne Lépine

Sexologue-infirmière-sexoanalyste

Polyclinique médicale Concorde

300 Concorde est, Laval, H7G 2E6

@-mail :cmsc @ videotron.ca

tel. :(450) 667-5310

fax :(450) 667-2163

RÉFÉRENCES

BASSON, R. (1998), *Canadian Journal of Human Sexuality*, vol.7 (3).

FELDMAN, (1994), *Journal of Urology*, 151, (1).

INTILL, H, (1998), *Urology Nursing*, vol.18(4).

LOTTMAN, (1998), *International Journal of Impotence Research*.

PASHKOW, F.J., DAFOE, W.A., eds. *Clinical Cardiac Rehabilitation*. Appendix A. 1999

ZUSMAN RM., et coll., (1999) *AM.Jour.*,Cardiol., vol 83; 34C-44C.

De gauche à droite: Marie-Paul Ross, Marie-Paule Sansfaçon, supérieure générale de M.I.C., Estelle Messier, Directrice du centre M.I.C. à Québec, Normande Couture, Présidente de l'ASQ



Un premier doctorat en sexologie clinique en Amérique du Nord!!!

SAVIEZ-VOUS que l'Université du Québec à Montréal n'est pas la seule à décerner des diplômes d'études supérieures en sexologie clinique ?

En effet, le 11 juin 2000, la vénérable institution qu'est l'**Université Laval** remettait à Marie-Paul Ross le **premier doctorat en sexologie clinique en Amérique du Nord**. Il s'agit d'un doctorat sur mesure obtenu grâce à la collaboration des départements de psychologie, d'éducation et de théologie de l'Université Laval. Auparavant, Marie-Paul avait obtenu un baccalauréat et une maîtrise en sexologie, toujours à Québec, en utilisant aussi des parcours académiques personnalisés.

Quelle fierté sur son visage ! Elle a bien raison car la tâche ne fut pas de tout repos. Bravo, Marie-Paul !

Qui est Marie-Paul Ross ?

Son intérêt pour la sexologie s'est développé lors de ses premières interventions comme infirmière. Sa préoccupation de l'amélioration de la santé en général l'a amenée à questionner le lien entre les problèmes de santé et la sexualité.

Ses préoccupations comme infirmière l'ont amenée à faire un certificat en sexologie. Par la suite, elle a complété un baccalauréat individualisé en sexologie, une maîtrise sur mesure en *counseling* clinique en sexologie et, enfin, un doctorat sur mesure en sexologie clinique. Le but de sa thèse était de mettre au point et de valider un modèle d'intervention globale en sexologie et de démontrer sa pertinence et son effet. Il s'agit d'une proposition intégrative qui tient compte des facteurs érotiques, affectifs et spirituels de la personne comme faisant partie intégrante de l'expérience sexuelle humaine.

Marie-Paul Ross est religieuse, membre de l'Institut des missionnaires de l'Immaculée Conception, le premier institut missionnaire féminin canadien. Elle fut coopérante volontaire au CECI (Centre canadien d'études et de coopération internationale) comme sexologue pendant six ans. Elle est reconnue internationalement comme intervenante.

Elle donne aussi de la formation aux Instituts pour la vie consacrée rattachés au Vatican. Sa préoccupation est de s'assurer que les prêtres et intervenants religieux soient mieux informés des réalités liées à la sexualité et qu'ils puissent orienter leur propre sexualité en harmonie avec leur engagement.

Elle privilégie de travailler avec des intervenants qui serviront de multiplicateurs. Son intervention se fait en Europe, en Amérique du Sud, en Amérique centrale, en Amérique du Nord et dans les Antilles.

Marie-Paul Ross est une femme de tête et de coeur qui dépasse les limites imposées lorsqu'il y va de l'intérêt de l'être humain.

Merci Marie-Paul, ton accomplissement nous démontre qu'il est possible de venir à bout des obstacles.

Bibliophile

Tous les documents et les livres de la chronique BIBLIOPHILE peuvent être empruntés par les membres en téléphonant au secrétariat de l'ASQ au (514) 270-9289.

LIVRES

ANTIER, Edwige (2000), *L'enfant de l'autre*, Robert Laffont éditeur, 214 pages.

BEAULIEU, Danie (2000), *Cures de rajeunissement pour vos relations sexuelles*, Éditions académie Impact, 265 pages.

BRUNET, Louis (1999), *L'expertise psycholégale*, Presses de l'Université du Québec, 351 pages.

FERNET, René (1999), *Le pardon au risque de l'actualisation de soi*, Fides, 233 pages.

ROBERT, Jocelyne (2000), *Te laisse pas faire*, Les éditions de l'Homme, 100 pages.

SUISSA, J. Amnon (1998), *Pourquoi l'alcoolisme n'est pas une maladie*, Fides, 191 pages.

Ce qui se passe à l'ASQ

Comité de perfectionnement

Faites connaître les formations de l'ASQ aux professionnels cliniciens qui vous entourent, plusieurs non-membres, sexologues ou non, sont intéressés par les thématiques que nous abordons. Informez-les. Nous désirons tous mieux se faire connaître et voici une autre occasion de mieux faire connaître notre travail.

Nouveauté !

Cette année, l'ASQ offre à tous les étudiants (inscrits à plus de 3 cours) en sexologie clinique de participer gratuitement à une formation offerte par

l'ASQ. Les places sont limitées. Inscrivez-vous tôt !

Comité des assurances

Les compagnies acceptent de plus en plus de rembourser les frais de psychothérapie par les sexologues membres de l'ASQ. De plus, à la suite de refus, l'envoi de nombreuses lettres par les sexologues et les clients ont changé l'attitude des compagnies et favorisent une plus grande ouverture. Les sexologues membres de l'ASQ ont été reconnus par de nouvelles compagnies dans certains contrats.

Vous avez tous déjà reçu les lettres types pour vous aider dans les démarches à faire pour la reconnaissance des services des sexologues par les compagnies d'assurances. Utilisez-les systématiquement avec chaque client qui a une assurance collective, ça porte fruit !

Si vous n'en avez plus, appelez-nous ! Le bureau de l'ASQ est là pour vous !

Comité des relations publiques

La visibilité de l'ASQ est de plus en plus grande. Entre autres, le site Internet www.servicevie.com nous donne une visibilité très importante. Encore récemment, MSN (serveur) a mis en manchette un de nos articles. Les visites sur le site ont augmenté de 3000 pour cette semaine-là. Nous avons aussi besoin de nouveaux articles pour le site; ils doivent avoir deux pages à double interligne. Mettez-vous à vos crayons, oups! ou à votre ordinateur. Vous vous questionnez sur quels sujets pour pourriez écrire? Appelez-nous, il nous fera plaisir de vous suggérer les thématiques en demande.

Toutes les semaines, des chercheurs nous contactent pour avoir des sexologues intéressés à participer à différentes émissions télévisées ou pour collaborer à des articles. Si l'expérience vous intéresse, laissez-nous vos coordonnées, nous préférons référer les personnes intéressées à ces expériences.

Au moment d'écrire ces lignes, le site Internet de l'ASQ est en construction. Il y aura des rubriques pour le public, pour

les membres et pour les professionnels. Encore du nouveau en perspective !

Comme vous voyez, ça bouge à l'ASQ! Si vous êtes intéressé à participer au développement de ces dossiers ou si vous-même avez besoin d'aide dans certains dossier concernant les sexologues, contactez-nous !

Sylviane Larose, M.A.
Directrice générale

En vrac

Le **Calendrier des ateliers et conférences** organisés par Thérapie d'impact est disponible au (418) 841-3790.

CONGRÈS, COLLOQUES, RÉUNIONS SCIENTIFIQUES

La **1^{re} conférence des thérapies par les arts** aura lieu à Montréal du **20 au 22 octobre 2000**. Pour de plus amples renseignements, contacter le (514) 848-7384.

Le **XI^e colloque de l'Institut québécois de la déficience intellectuelle «L'intégration dans les loisirs: une simple question d'équilibre»** aura lieu à Montréal les 20 et 21 octobre 2000. Pour plus de renseignements, contacter le (514) 725-2367, télécopieur (514) 725-2796.

The Association for the Treatment of Sexual Abuser tiendra son 19^e Congrès à San Diego du **1^{er} au 4 novembre 2000**. Les informations vous seront communiquées lorsqu'elles seront disponibles.

Le **Colloque sur la violence: ses impacts sur ceux qui la côtoient** aura lieu à Saint-Jean-sur-Richelieu les **19 et 20 octobre 2000**. Pour de plus amples renseignements, contacter le (450) 672-6461.

Le **1^{er} congrès international francophone sur l'agression sexuelle** aura lieu à Québec du **22 au 23 mars 2001**. Le thème sera «**Prévention, intervention, solutions à partager**». Pour de plus amples renseignements, contacter le (819) 564-5127.

Le **15th Congress of Sexology** aura

lieu à Paris du **24 au 28 juin 2001**. Le thème sera «**Back to the Future**». Pour de plus amples renseignements, contacter par téléphone 33(0) 1 49 10 09 10, par télécopieur 33 (0) 1 49 10 00 56 ou par courriel parisexo@regimedia.fr

Le **congrès mondial du Regroupement des intervenants en matière d'abus sexuels** aura lieu à Québec les **31 janvier, 1^{er} et 2 février 2001**. Plus d'informations vous seront données dès qu'elles seront disponibles.

The Association for the Treatment of Sexual Abuser tiendra son **20^e Congrès** à Paseo del Alamo du **7 au 10 novembre 2001**. Plus d'informations vous seront données dès qu'elles seront disponibles.

Du **16 mars au 18 mars 2000** aura lieu une formation d'une fin de semaine donnée par Myrtle Heery, Ph. D., M.F.T. Le thème sera **Saisir la fraîcheur du moment présent dans la psychotérapie existentielle-humaniste**. Pour plus d'informations, contacter le (514) 490-0003 ou par courriel : amdekoninck@yahoo.com

Parlez-nous de vous

L'ASQ tient à reconnaître la visibilité de ses membres. Vous participez à des émissions d'intérêt public que ce soit à la télévision ou à la radio, vous publiez des articles ou vous contribuez à des chroniques, laissez-le-nous le savoir. Nous aimerions pouvoir parler encore plus précisément de la présence de nos membres dans les médias.

Alors que s'est-il passé au cours des derniers mois ?

Hélène Côté a participé à l'émission *Directement Louise*. Le sujet était la transexualité.

Sylvie Lavallée collabore maintenant avec **Michel Campbell** à l'émission *Éros et compagnie*.

François Blanchette et **Sylvie Lavallée** ont aussi participé à l'émission *Directement Louise*.

Julie Pelletier en plus de sa chro-

nique dans *Le Journal de Montréal* collabore ponctuellement à l'émission *Midi-Morency* à CKOI.

ÉVALUATION SEXO-MÉDICALE

Diagnostic:

- des dysfonctions érectiles
- des coitalgies

pour rendez-vous
Laurier Therrien, m.d.

MAITRISE EN SEXOLOGIE

4647, ave. Verdun
Verdun, Qc H4G 1M7
Métro Verdun
Tél.: (514) 514 363-3885

Saviez-vous que...

La dépendance suscitée par le cybersexe prend la forme d'une épidémie. Telles sont les conclusions de spécialistes réunis en mai dernier à Atlanta, lors de conférences organisées par le Conseil national de la dépendance et des compulsions sexuelles. Une étude a démontré que 15 % des internautes ont visité des sites pornographiques ou des forums de discussion consacrés au sexe. Une autre étude nous dit que 9 % des internautes qui ne surfent que sur des sites X y passent plus de 11 heures par semaine. La répartition homme/femme y serait à peu près égale.

Le fait que les femmes puissent exprimer librement leur sexualité sans crainte de viols ou de maladies expliquerait cette proportion de femmes plus élevée que ce à quoi on se serait attendu. Près de la moitié des sondées préfèrent les discussions coquines contre 23 % qui préfèrent les images. Ces chiffres sont inversés chez les hommes.

C'est la dépendance que cette pratique peut engendrer qui pose problème, avec ses conséquences de couples défaits, troubles de comportement et obsessions.

Il semble que ce phénomène est particulièrement élevé chez les homosexuels qui n'ont pas encore révélé leur homosexualité. 16 % des accros au cybersexe sont homosexuels alors qu'ils ne représentent que 7 % de l'échantillon total.

Les participants à ces conférences conviennent que l'hypersexualité doit être soignée au même titre que les troubles de la personnalité ou ceux du désordre alimentaire.

Source : *La Presse*, 9 mai 2000

Site Internet du NCSAC : <http://www.ncsac.org>

Nouveaux membres

L'ASQ est fière d'accueillir les nouveaux membres suivants :

comme membres régulier(ère)s :

Audrey Beaulac, Anne-Marie Codaire, Isabelle Dallaire, Mélanie Tremblay, Nelson Vargas

Comme membres étudiant(e)s

Isabelle Foucreau

Cette année encore, nous renouvelons l'activité «Les petits déjeuner de la présidente». Cette année les dates sont :

Pour Montréal: 13 octobre 2000
Pour Québec: 20 octobre 2000

Cette occasion d'échange est réservé aux membres seulement.

Au plaisir de se revoir

Remise du titre honorifique « Confrère émérite » au Dr Pierre Assalian



Dr Assalian lors de la remise de son titre

Le 12 mai dernier, lors de notre assemblée générale annuelle, nous avons remis au Dr Pierre Assalian le titre honorifique de « confrère émérite ». Le Dr Assalian est professeur associé de psychiatrie à l'Université McGill, psychiatre associé en chef du Centre universitaire de santé McGill, directeur de Département de psychiatrie de l'Hôpital Général de Montréal et directeur de l'Unité de sexualité humaine.

Par cette remise d'un titre honorifique, l'ASQ a reconnu l'apport exceptionnel du Dr Assalian à la sexologie. Il est fondateur du Canadian Center for Clinical Sexology et s'implique au sein de nombreuses associations professionnelles telles : AASECT, SSSS, CSRF, SIECCAN, SSTAR.

Dr Assalian contribue à l'avancement de la sexologie en s'engageant dans différents types d'activités : la recherche, les publications, l'enseignement, la formation clinique. À l'automne 1999, les membres de l'ASQ ont pu apprécier la grande expérience clinique du Dr Assalian lors d'une session de formation.

Par ailleurs, depuis 1982, plusieurs de nos membres ont pu bénéficier de la supervision clinique du Dr Assalian à l'Unité de sexualité humaine de l'Hôpital Général de Montréal qui a accueilli deux ou trois stagiaires par année lors de leur stage en sexologie clinique. Certains sexologues continuent encore de maintenir leur affiliation professionnelle à cette importante clinique de Montréal.

Cette attribution d'un titre honorifique symbolise notre appréciation et nos remerciements au Dr Assalian pour sa contribution au développement de la sexologie et de la profession de sexologue.

*Normande Couture, M.A.
Présidente*



Saviez-vous que...

Selon une étude canadienne sur la contraception — The 1998 Canadian Contraception Study — 39% des femmes canadiennes ont décrit leur niveau de désir moins élevé qu'elles le souhaitent.

Un échantillon de 1599 femmes célibataires et mariées, âgées de 15 à 44 ans, ont fait de cette enquête nationale sur les pratiques contraceptives et de la santé sexuelle, le premier à mesurer les dysfonctions sexuelles chez les femmes canadiennes.

La section du questionnaire concernant les dysfonctions sexuelles s'interrogeait sur le niveau de désir sexuel, la dyspareunie, l'anorgasmie coïtale, ainsi que l'éjaculation précoce et les difficultés érectiles de leur partenaire masculin. Ceci, au cours des douze derniers mois.

Cette étude canadienne sur la contraception de 1998 confirme que plusieurs femmes au Canada souffrent de difficultés au niveau de leur fonction sexuelle. Jusqu'à présent, la prévalence des dysfonctions sexuelles chez les femmes canadiennes était une extrapolation des données d'autres pays.

Les résultats ont démontré que :

39% des répondantes rapportent un niveau de désir diminué ; deux fois plus mentionné chez les femmes mariées que chez les célibataires ;

14% d'entre elles souffrent de dyspareunie, plus fréquente chez les 18-34 ans ;

21% n'atteignent pas l'orgasme coïtal ;

5% rapportent des problèmes d'éjaculation précoce chez leur partenaire, et pour 5% encore des problèmes de difficultés érectiles. Ces dernières étant plus mentionnées chez les 35-44 ans.

Source: The Canadian Journal of Human Sexuality, vol. 8, no 3, Automne 1999, Sex Information & Education Council of Canada.

Perfectionnement de l'ASQ 2000-2001

téléphone (514) 270-9289, télécopieur (514) 270-6351, courriel asq@qc.aira.com

1 La thérapie par les arts : un outil supplémentaire pour l'intervention clinique

Samedi le 28 octobre 2000, de 9 h 30 à 17 h
Date limite d'inscription : 24 octobre 2000

Dany-Xavier Girard, M.A.

Sexologue clinicien et psychothérapeute

Thérapeute par les arts

2 L'intervention sexologique et les troubles paraphiliques et non paraphiliques

Samedi le 25 novembre 2000, de 9 h 30 à 12 h 30
Date limite d'inscription : 15 novembre 2000

Marc Ravart, M.A., Ph.D., Psychologue, sexologue clinicien

3 Expertise en sexologie

Samedi le 25 novembre 2000, de 14 h à 17 h
Date limite d'inscription : 15 novembre 2000

Dr Édouard Beltrami, FRCPC, Médecin psychiatre

4 Les troubles de personnalité

Samedi le 10 février 2001, de 9 h 30 à 17 h
Date limite d'inscription : 1er février 2001

Sylvain Faucher, MD, F.R.C.P., Médecin, psychiatre

5 L'évaluation des enfants qui manifestent des troubles du comportement sexuel

Samedi le 31 mars 2001, de 9 h 30 à 12 h 30
Date limite d'inscription : 21 mars 2001

Isabelle Avril Pronovost, B.A., Sexologue clinicienne et psychothérapeute (en formation)

6 L'intervention offerte aux adolescent(e)s victimes d'agression sexuelle ainsi qu'à leur famille

Samedi le 31 mars 2001, de 14 h à 17 h
Date limite d'inscription : 21 mars 2001

Jo-Anne Jacob, M.A., Sexologue clinicienne et psychothérapeute

7 Utilisation des résistances pour créer une alliance de travail, stratégies thérapeutiques

Première partie : Les résistances du client

Samedi le 28 avril 2001, de 9 h 30 à 12 h 30
Date limite d'inscription : 18 avril 2001

(Cette partie est obligatoire pour s'inscrire à la deuxième partie.)

Ann-Frances Paradis, M.A., Sexologue clinicienne, psychothérapeute conjugale et familiale

8 Utilisation des résistances pour créer une alliance de travail, stratégies thérapeutiques

Deuxième partie : Les résistances du thérapeute

(La première partie de cette formation donnée le matin même est obligatoire pour participer à cette deuxième partie.)

Samedi le 28 avril 2001, de 14 h à 17 h
Date limite d'inscription : 18 avril 2001

Ann-Frances Paradis, M.A., Sexologue clinicienne
Psychothérapeute

9 Le rôle de la spiritualité dans l'expérience sexuelle

Vendredi le 11 mai 2001, de 9 h à 12 h
Date limite d'inscription : 1er mai 2001

Marie-Paul Ross, Ph.D., sexologue clinicienne et psychothérapeute, Docteur en sexologie clinique

Prenez note que nos formations sont pour les professionnels post-gradués.

**Pour de plus amples informations:
(514) 270-9289**

Coûts des sessions à l'unité

	session de 6 heures	session de 3 heures *
membre étudiant	60 \$	35 \$
membre régulier	100 \$	55 \$
non-membre	125 \$	65 \$

Les forfaits

	Toutes les formations	À la carte (3 formations)
membre étudiant	210 \$	150 \$
membre régulier	450 \$	250 \$
non-membre	550 \$	325 \$

* Deux formations de trois heures équivalent à une formation de six heures.

Politique de remboursement

À dix jours de préavis, le remboursement sera de 90 % (10 % sera retenu pour les frais d'administration) ; passé ce délai, aucun remboursement ne sera accordé.

