

# Sexologie

A C T U E L L E

VOL. XVI N° 1  
PRINTEMPS 2007

## Les partenaires

Les superviseurs de stage à la maîtrise clinique en sexologie

## Ça bouge!

L'incorporation des sexologues

## Création littéraire

«Physical holding in psychotherapy»  
Isabelle, roman psychologique

## DOSSIERS

Les buts de la sexologie

**Libido féminine :**  
l'impact des maladies,  
des médicaments et  
des hormones sur le  
désir des femmes



Association des  
sexologues du  
Québec

La revue **SEXOLOGIE actuelle** est un organe d'information générale sur les activités nationales et internationales dans le domaine de la sexologie, des approches sexothérapeutiques et de la profession du sexologue. Toute personne intéressée à soumettre un texte pour publication doit se conformer aux directives publiées dans chaque numéro, ou communiquer avec la permanence 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 suivie de la référence complète. Les articles publiés dans **SEXOLOGIE actuelle** n'engagent que les auteurs. Ils n'expriment pas nécessairement le point de vue de l'Association des sexologues du Québec.

## POLITIQUE EDITORIALE

### Présentation des textes pour la revue

Dans le but d'alléger le texte, l'usage du masculin sera de rigueur. Les textes doivent être livrés en Pt.12, en format Word. Ils doivent compter un maximum de dix pages (incluant la page frontispice et la bibliographie). L'auteur est prié de s'identifier clairement en joignant ses coordonnées complètes : nom, adresse, courriel et son numéro de téléphone, de même que son statut professionnel, son titre d'emploi et le nom et l'adresse de son employeur s'il y a lieu. 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

Les manuscrits fournis par les non-membres de l'ASQ seront acceptés selon les mêmes conditions que ceux des membres. 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 le Comité de la revue à la suite des recommandations des lecteurs. Ce dernier 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  
7400, boul. Saint-Laurent, bureau 404  
Montréal (Québec) H2R 2Y1  
Téléphone : 514 270-9289  
Télécopieur : 514 270-6351  
Courriel : [info@associationdessexologues.com](mailto:info@associationdessexologues.com)  
Site Web : [www.associationdessexologues.com](http://www.associationdessexologues.com)

## TARIFS PUBLICITAIRES

### Pages intérieures

	1 parution	3 parutions
1 page	260 \$	740 \$
1/2 page	135 \$	385 \$
1/3 page	105 \$	250 \$
1/8 page	40 \$	110 \$

### Pages couverture

Couvert 3	285 \$	815 \$
Couvert 4	300 \$	850 \$

### Insertion dans l'envoi

Publipostage prêt à insérer dans l'enveloppe : 150 \$  
Réduction de 50 % aux membres de l'ASQ

## ABONNEMENTS

Gratuit pour les membres de l'ASQ  
15 \$ / an pour les étudiants et les employés du département de sexologie de l'UQAM ainsi que les membres du RPSQ  
20 \$ / an pour les non-membres  
25 \$ / an pour les institutions  
© Association des sexologues du Québec MMIV

## DEPOTS LEGAUX

Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada  
ISSN 1192-3814 TIRAGE : 325 exemplaires.

## DATE DE TOMBÉE

Parution Été 2007  
Chroniques, textes, publicités :  
18 juin 2007

# Sexologie A C T U E L L E Volume XVI, numéro 1 Printemps 2007

## CONSEIL D'ADMINISTRATION 2006-2007

**Présidente** : Cécile M. Barcelo  
**Vice-président** : Marc-André Juneau  
**Trésorier** : Michel Lemieux  
**Secrétaire exécutive** : Véronique Faubert  
**Administratrice** : Anne-Marie DeKoninck  
**Administratrice** : Geneviève Despatie  
**Administrateur** : Claude Cyr

**Couverture** : Photo: Luc Martel, Ilux communications  
**Comité de la revue** : Cécile M. Barcelo, Véronique Faubert, Julie Laurion  
**Rédactrice en chef** : Cécile M. Barcelo  
**Rédactrice en chef adjointe** : Véronique Faubert  
**Graphisme et mise en pages**: Ilux communications  
**Imprimeur** : Groupe Laurier  
**Coordination et révision/correction** : Danielle Goulet

# Sommaire

## Dans ce numéro

Dans ce numéro, les nouveaux sexologues diplômés de la relève nous offrent un résumé du rapport remis en fin de scolarité de maîtrise. Les rapports complets de ces recherches sont accessibles à la bibliothèque de l'UQÀM. Annie-Karine Beauchesne, M.A., explore l'incidence de l'anxiété et des schémas cognitifs sur la dyspareunie à composante organique. Mélanie William, M.A., nous parle de la place de l'intimité dans l'expérience relationnelle de jeunes femmes d'orientation homosexuelle, tandis que Ivan Trofimoff, M.A., nous fait part d'études de cas en utilisant le concept du modèle de la psychologie analytique de Gustave Jung appliqué à des problématiques et dysfonctions sexuelles.

André Dupras, Professeur à l'UQÀM, nous offre une étude approfondie portant sur les buts de la sexologie. Une collaboration spéciale avec Mouna Sayem, pharmacienne, fait état de l'impact des maladies, des médicaments et des hormones sur le désir sexuel et la libido féminine. Dans la rubrique Partenaires nos collègues de l'UQÀM, Josée Lafond, Michel Goulet et Guy Lévesque, nous font part des modalités du service des stages offerts par l'UQÀM dans la formation des étudiants de niveau maîtrise. Michel Lemieux, coresponsable pour l'ASQ des négociations tripartites avec l'UQÀM et le RPSQ dans le dossier de l'incorporation, nous relate les résultats de la dernière rencontre avec Monsieur Gaétan Lemoyne, Président de l'Office des Professions du Québec (OPQ) au sujet de la prochaine incorporation des sexologues au système professionnel.

Finalement, une nouvelle collaboratrice en la personne de Madame Nicole Racine-Lazure nous offre deux chroniques littéraires portant sur des livres susceptibles d'intéresser les sexologues et les psychothérapeutes. Une première exploration porte sur le livre *Physical Holding in Psychotherapy*. Vous trouverez également, une critique au sujet d'un roman à saveur psychologique Isabelle, livre inspirant autant pour les thérapeutes que pour les clients qui consultent.

Bonne lecture!

Cécile M. Barcelo, Véronique Faubert et Julie Laurion  
*Le Comité de la revue*

### **Le mot de la Présidente** ..... 2

*Le système en réseau*

### **La relève** ..... 3

*Incidence de l'anxiété et des schémas cognitifs sur la dyspareunie à composante organique*

*La place de l'intimité dans l'expérience relationnelle de jeunes femmes d'orientation homosexuelle*

*Concepts du modèle de la psychologie analytique de C. G. Jung appliqués à des problématiques et dysfonctions sexuelles*

### **Dossiers** ..... 5

*Les buts de la sexologie*

*Libido féminine : l'impact des maladies, des médicaments et des hormones sur le désir des femmes*

### **Les partenaires** ..... 12

*Les superviseurs de stage à la maîtrise clinique en sexologie*

### **Ça bouge !** ..... 4, 13 et 20

*VI Séminaire de sexoanalyse*

*L'incorporation des sexologues*

*Lancement du site Web*

### **Création littéraire.** ..... 14

*Recension : Physical holding in psychotherapy  
Isabelle, roman psychologique*

# Le système en réseau

**Par Cécile M. Barcelo**

Un autre début d'année dynamique au sein de l'ASQ. Plusieurs dossiers sont en cours et c'est l'effervescence à la permanence. Une grande étape vient d'être amorcée avec la mise en ligne du nouveau site Web de l'ASQ. Vous êtes invités à aller le visiter à l'adresse [www.associationdessexologues.com](http://www.associationdessexologues.com). N'oubliez pas d'activer votre fiche, si ce n'est déjà fait! En ce moment, le plus gros de nos efforts est requis par l'élaboration du deuxième volet du plan stratégique qui sera présenté aux membres en assemblée générale annuelle (mai 2007). Les bénévoles sont à l'œuvre et préparent le document de travail à partir duquel les membres seront invités à parfaire les grandes lignes des différents secteurs d'activité selon leurs goûts, leurs besoins et leurs aspirations professionnelles. C'est donc une grande année de restructuration ou l'Association des sexologues du Québec passe d'un mode hiérarchique linéaire à un mode de gestion en réseau articulé autour de six grands secteurs d'activité.

Cette nouvelle structure organisationnelle vise à permettre une plus grande synergie et une maximisation du potentiel des ressources (tant humaines que matérielles) afin d'augmenter la qualité des services au public et aux membres. Notre but : décentraliser et redonner le pouvoir aux membres au sein de l'Association tout en s'ajustant aux nouvelles méthodes de gestion par « gouvernance ». Pour y parvenir, nous avons besoin de la collaboration et de la participation proactive des bénévoles.

Six grands secteurs d'activité demandent à être définis à l'intérieur

du réseau dans les prochaines années. Quatre grands projets retiennent particulièrement notre attention pour 2007-2008 soit : l'achèvement du site Internet, le développement des alliances de partenariat, les relations publiques avec les médias et le perfectionnement du réseautage interne pour le développement des relations socioprofessionnelles entre les membres.

Le site Web devient un outil de travail incontournable pour permettre le développement du réseautage interne entre les membres. Le système est en place. Nous en sommes rendus à la 4<sup>ème</sup> phase de développement. Il nous suffit de le faire évoluer dans le sens de nos intérêts professionnels pour qu'il devienne un outil performant que les membres pourront utiliser quotidiennement. Le site Web vise à nous permettre de rompre l'isolement professionnel qui est le propre de 85 % des sexologues qui sont travailleurs autonomes. À cette fin, nous envisageons de présenter sur l'Agora des forums de discussion traitant des différentes approches reconnues en sexothérapie, des grilles d'évaluation et des dernières données ayant trait à la recherche scientifique dans le monde de la sexologie. Des superviseurs pourront se rendre disponibles à certaines heures pour répondre aux questions des membres et ceux-ci pourront échanger entre pairs sur les problématiques rencontrées avec les clients.

Du côté réseautage, des projets sont en voie d'élaboration. Le but est de permettre aux membres de développer un sentiment d'identité, de fierté et d'appartenance à partir d'activités socioprofessionnelles de réseautage. Il sert de lieu d'échanges sur les expériences professionnelles vécues. Il facilite la participation à la

vie professionnelle. Le système de réseautage devient le cœur de l'organisation. C'est un lieu vivant et dynamique dont le principal objectif est le développement de la profession et des relations collégiales entre les sexologues. Dans la nouvelle structure, une large place est faite au développement d'alliances de partenariat au Québec et à l'étranger, avec les universités et les regroupements de sexologues qui se donnent le mandat de faire connaître et rayonner la pratique sexologique à travers le monde. Plusieurs partenariats prestigieux sont en voie d'élaboration. Des collaborations étroites sont amorcées avec l'UQAM, le RPSQ et quelques organisations européennes.

Nous assistons donc à un changement de culture organisationnelle. Nous pensons désormais en termes de secteurs d'activité interagissant en synergie les uns avec les autres. Vous entendrez de plus en plus parler d'interaction entre les secteurs, de mandats convergents et de projets communautaires. Les ressources humaines et matérielles sont mises en commun dans l'intérêt supérieur de la collectivité. Selon le plan stratégique, les bénévoles doivent désormais travailler en réseau et interagir avec tous les secteurs d'activité en vue de cocréer les projets indispensables à l'expansion et au rayonnement de l'Association. Les bénévoles sont à la fois l'inspiration et l'énergie vitale de l'Association. L'ASQ se donne encore deux ans (2007-2009) pour parfaire les différentes étapes du projet de réseautage qui nous permet de prendre avantageusement le grand virage vers l'incorporation au cas où l'OPQ nous ferait l'honneur d'intégrer les sexologues au système professionnel. Nous serons prêts. C'est le début d'un temps nouveau!

### INCIDENCE DE L'ANXIÉTÉ ET DES SCHÉMAS COGNITIFS SUR LA DYS-PAREUNIE À COMPOSANTE ORGANIQUE

Élaboré par Annie-Karine Beauchesne, M.A.  
Sexologue clinicienne (profil counseling) et  
psychothérapeute  
info@akbeauchesne.com  
Tél. : 514 813-6508

Rapport déposé en 2006

#### RÉSUMÉ

Dans le cadre d'une étude effectuée à l'Université du Québec à Montréal comme exigence partielle à la maîtrise en sexologie profil counseling, nous avons étudié le contexte anxiogène et la présence de schémas cognitifs en lien avec la problématique de dyspareunie à composante organique.

La dyspareunie, ou douleur pendant les relations sexuelles, est une problématique multifactorielle qui affecte 8 à 21 % des femmes. Elle implique ainsi des facteurs organiques, psychosexuels, relationnels, comportementaux et cognitifs. Le modèle biopsychosocial, présenté dans ce rapport, démontre l'interaction entre ces différents facteurs. Il est fréquent d'observer chez les femmes atteintes, une souffrance à la fois physique et psychologique. Le présent rapport d'activités vise à étudier l'incidence de l'anxiété et des schémas cognitifs sur la dyspareunie à composante organique. Nous nous sommes intéressés plus spécifiquement au contexte anxiogène généré par la dyspareunie et son action sur les schémas cognitifs. Les résultats

de l'analyse qualitative de deux cas traités par la sexothérapie d'approche cognitivo-comportementale nous ont permis de conclure que l'anxiété générée par la dyspareunie a activé certains schémas chez les participantes. De plus, l'intervention thérapeutique nous a permis de constater que la présence de schémas cognitifs et d'anxiété avait un impact négatif sur la sexualité des participantes. Les résultats de l'étude déposée suggèrent donc que les facteurs cognitifs sont susceptibles de contribuer au maintien de la problématique de la dyspareunie à composante organique.

### LA PLACE DE L'INTIMITÉ DANS L'EXPÉRIENCE RELATIONNELLE DE JEUNES FEMMES D'ORIENTATION HOMOSEXUELLE

Élaboré par Mélanie Williams, M.A.  
Sexologue (profil recherche-intervention sans mémoire)  
Membre du regroupement professionnel des sexologues du Québec  
william.melanie@gmail.com  
Tél. : 514 543-7598

Rapport déposé en 2006

#### RÉSUMÉ

Dans le cadre d'une étude effectuée en 2004 et 2005 comme exigence partielle à la maîtrise en sexologie profil recherche-intervention, nous avons étudié la place de l'intimité dans l'expérience relationnelle de jeunes femmes d'orientation homosexuelle. Alors que peu d'études de la documentation abordent la question de la place de l'intimité dans l'expérience des jeunes hommes d'orientation homosexuelle (Thériault,

1998), aucune étude connue n'a documenté cette question auprès des jeunes femmes homosexuelles.

Cette étude exploratoire, de type qualitatif, propose de faire quelques pas en ce sens. S'appuyant sur les résultats de recherche montrant, par exemple, que le développement des capacités d'intimité chez les jeunes hommes est associé à différents facteurs dont leur niveau de « coming out », leur statut identitaire et leur cheminement sexuel (Thériault, 1998), la présente étude vise deux objectifs : le premier étant de vérifier si ces facteurs associés au développement de l'intimité chez les jeunes hommes homosexuels se retrouvent chez les jeunes femmes homosexuelles; le second, de mieux définir chez les jeunes femmes leurs perceptions personnelles de la place qu'occupe l'intimité dans leur expérience relationnelle. L'entrevue individuelle semi-structurée conduite auprès de

jeunes femmes (n=10) francophones âgées entre 18 et 29 ans se définissant exclusivement comme homosexuelles a permis de recueillir des informations sur les thèmes ciblés, voire l'intimité actuelle des jeunes femmes, les facteurs associés à son développement et la séquence des événements de vie ayant conduit à l'intimité. Les résultats de l'analyse de contenu de ces entrevues individuelles montrent, entre autres choses, que le processus d'auto-dévoilement de l'homosexualité (« coming out ») est un des facteurs associés au développement de l'intimité chez ces jeunes femmes et qu'il facilite l'intégration de la dimension sexuelle à l'expérience intime.

Discutés à la lumière des données de la documentation, les résultats de cette recherche sont abordés sous l'angle de leurs retombées, tant au niveau de l'éducation à la sexualité qu'au niveau de la clinique sexuelle.

## CONCEPTS DU MODÈLE DE LA PSYCHOLOGIE ANALYTIQUE DE C.G. JUNG APPLIQUÉS À DES PROBLÉMATIQUES ET DYSFONCTIONS SEXUELLES : ÉTUDE DE CAS

Élaboré par Ivan Trofimoff, M.A.  
Sexologue clinicien (profil counseling) et psychothérapeute  
itrofim@hotmail.com

Rapport déposé en 2006

### RÉSUMÉ

Dans le cadre d'une étude de cas présentée à l'Université du Québec à

Montréal, une nouvelle approche aux problèmes sexuels a été proposée. Elle consiste en l'application du modèle de psychologie analytique de C.G. Jung pour comprendre et traiter des problématiques sexuelles. Le rapport d'activités déposé vise à démontrer l'utilité des concepts de psychologie analytique jungienne dans la conceptualisation et le traitement des problèmes sexuels. La première partie du rapport présente un bref résumé des idées principales de Carl Jung. La

deuxième partie du travail illustre comment ces concepts analytiques furent utilisés initialement avec un couple de la Ville de Mexico aux prises avec des conflits maritaux et sexuels. La thérapie débuta en couple mais continua seulement avec l'homme. La troisième section propose une discussion sur les résultats obtenus et leurs implications possibles pour la psychologie et la sexologie. Le rapport d'activités se termine sur quelques conclusions dérivées de ce travail.

## Ça bouge !

### VIÈME SÉMINAIRE INTERNATIONAL DE SEXOANALYSE ET SEXOLOGIE

#### L'imaginaire érotique a-t-il une place dans la sexologie actuelle?

Lausanne, 30 juin et 1er juillet 2007

#### Lieu

Hôtel Du Rivage, Lutry  
Lausanne-Suisse,  
www.hotelrivagelutry.ch

Réservez vos chambres avant le 30 avril 2007

au : info@hotelrivagelutry.ch

Tél. : +4121 796 7272,

Télec. : +4121 796 7200

#### Frais d'inscription

Participants : 300 francs suisses

Conférenciers : 150 francs suisses

Étudiants : 200 francs suisses

Dîner de gala dans un caveau de vigneron :

Samedi 30 juin, 70 francs suisses

A payer sur compte postal : 17-33455-8

Formation en sexoanalyse, 1012 Lausanne

Les chambres sont réservées, sur le lieu du séminaire, pour les participants jusqu'au 30 avril 2007.

Une liste d'hôtels supplémentaires situés à proximité est disponible sur demande.

#### Pour de plus amples renseignements

Écrivez à l'adresse postale suivante :

Formation en sexoanalyse

Chemin des Diablerets 16

1012 Lausanne

Ou par courriel : denise.medico@bluewin.ch

## 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.

BECK, Martha. *Trouver sa bonne étoile*. Éditions Du Roseau, 2006, 527 pages.

Sous la direction de GUYA, Stéphane et MARCHAN, André. *Les troubles liés aux événements traumatiques*. Les Presses de l'Université de Montréal, 2006, 387 pages.

# Les buts de la sexologie

**Par André Dupras**  
**Professeur au Département de**  
**sexologie de l'Université du**  
**Québec à Montréal,**  
*dupras.andre@uqam.ca*

*Une version abrégée de ce texte a été présentée sous forme d'affiche au 16e Congrès mondial de sexologie, La Havane, Cuba, le 14 mars 2003*

## RÉSUMÉ

L'objectif du présent texte consiste à présenter une théorie unifiée des buts de la sexologie. Une conceptualisation de ces buts est nécessaire pour planifier et évaluer la portée des interventions sexologiques. Une recension des écrits permet de répertorier un certain nombre de buts possibles qui ne sont pas intégrés dans une structure unifiée. Une analyse de ces buts révèle la présence des composantes multidimensionnelles et d'interaction entre elles. L'élaboration d'un modèle unifié intégrant une diversité de buts a permis d'identifier la qualité de vie sexuelle comme but ultime de la sexologie. La théorie unifiée de la sexologie comporte des enjeux importants pour l'intervention clinique et éducative en sexologie.

Devant la montée fulgurante du nombre d'intervenants en sexologie, il n'est pas facile de reconnaître ce qui les relie. L'objectif du présent texte consiste à proposer un nouveau paradigme qui cherche à unifier les sexologues autour de buts communs.

La rareté des écrits sur les buts de la sexologie peut s'expliquer par la croyance en son inutilité. À notre avis, la définition des buts de la sexologie pourrait assumer au moins cinq fonctions très utiles :

1) Un moyen de définir et de consolider le champ d'étude de la sexologie par l'intégration de différents objectifs visés par les disciplines participantes;

2) Une source d'identification en développant un sentiment d'appartenance à la sexologie par le partage de buts communs et par la reconnaissance sociale de sa spécificité;

3) Un instrument de communication qui permet aux sexologues de se faire connaître, d'expliquer leurs buts et leurs actions;

4) Un guide pour l'action en indiquant des orientations à suivre et des actions à mener pour réaliser le but ultime de la sexologie;

5) Un outil d'évaluation qui permet de vérifier l'impact des interventions sexologiques et de l'atteinte de leurs objectifs.

L'Organisation mondiale de la santé a probablement contribué au développement de la sexologie en proposant, en 1975, la définition suivante de la santé sexuelle : « La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux du bien-être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir et développer la personnalité, la communication et l'amour » (p. 6). Cette définition fut, dans l'ensemble, très bien accueillie par les sexologues, même si certains d'entre eux l'ont critiquée, voire rejetée (voir Barrett, 1991). Des définitions plus récentes de la santé sexuelle ont été élaborées depuis quelques années (voir Giami, 2004). Étant donné la popularité de ce concept, la santé sexuelle a été proposée comme but final de la sexologie. L'Association mondiale de sexologie (WAS) a défini sa mission principale qui consiste à promouvoir la santé sexuelle. Lors de son congrès tenu à Montréal au mois de juillet 2005, elle a décidé de changer son nom pour l'Association mondiale pour la santé sexuelle. Dans un éditorial, Wylie (2006) considère que cette décision suscitera possiblement une levée de boucliers contre la médicalisation de la sexologie.

Le choix de la santé sexuelle comme but principal de la sexologie soulève au moins trois problèmes :

1) Le cadre théorique de la santé sexuelle est peu développé;

2) L'incorporation des buts sexologiques issus des différentes disciplines n'est pas évidente;

3) La santé sexuelle est un but instrumental et non pas un but final.

Ces limites nous motivent à élaborer et à proposer une théorie unifiée des buts de la sexologie. Pour réaliser ce projet, nous suivrons une démarche comprenant quatre étapes. En premier lieu, il nous faudra définir les notions de théorie, de but et de sexologie. En second lieu, nous allons construire une liste de buts suggérée par la littérature, pour ensuite concevoir une structure unifiée de buts de la sexologie en les incorporant et en les mettant en interaction. En troisième lieu, le but final sera défini et explicité. En quatrième lieu, des applications pratiques seront présentées.

## Cadre conceptuel

La réalisation de notre objectif exige au préalable de définir les différents concepts qui seront utilisés lors de l'élaboration de la théorie unifiée des buts de la sexologie. Pour ne pas alourdir le texte, nous nous limiterons aux définitions proposées par le dictionnaire Le Petit Robert.

La théorie correspond à une construction intellectuelle méthodique et organisée, à caractère hypothétique et synthétique. Premièrement, la théorie est un système structuré et cohérent : des concepts sont définis et mis en relation les uns avec les autres. Deuxièmement, la théorie exerce diverses fonctions : la description, la

coordination, l'interprétation, la compréhension, l'explication, la prédiction et la prescription. Troisièmement, la théorie est provisoire et révisable : de nouvelles données ou propositions peuvent la modifier. Il existe différentes approches pour construire une théorie. Richey (1986) propose un modèle comprenant différentes phases du développement d'une théorie. La première phase porte sur une recherche des construits théoriques. Notre étude s'attarde à la première étape du développement d'une théorie, soit l'élaboration des éléments descriptifs à la base d'une théorie unifiée des buts de la sexologie.

Avant de considérer les buts de la sexologie, il importe d'abord de préciser ce que signifie la notion de but. Ce dernier évoque un élément terminal qui est atteint à la suite de diverses actions. L'atteinte du but s'obtient par une série d'actions qui peut être décomposée en étapes; chaque étape vise à atteindre un sous-but ou constituer un but instrumental nécessaire à la réalisation du but final. À titre d'exemple, la recherche du bien-être et du bonheur suppose, entre autres, d'être en santé. Ainsi la santé serait un but instrumental qui conditionne le bien-être considéré comme un but final recherché par les êtres humains (voir Liss, 1996). La recherche des buts de la sexologie impliquerait de considérer non seulement un but final, mais également les buts instrumentaux qui seraient intégrés dans un modèle structuré.

La sexologie représente le troisième concept qui doit être défini. La sexologie constitue à la fois une science et une profession (voir Dupras 2001). La reconnaissance des multiples composantes de la sexualité a entraîné l'adoption d'une vision multidisciplinaire de la science sexologique (Haeberle et Gindorf, 1993). La sexologie peut être définie comme un champ d'étude interdisciplinaire qui incorpore et intègre des connaissances sur la sexualité à partir de la contribution de différentes disciplines. La principale mission de la sexologie est de produire des connaissances sur la sexualité et de construire des

théories scientifiques sur les phénomènes sexuels (Reiss, 1982). La sexologie ne se donne pas seulement un but scientifique; elle cherche également à réaliser un projet social visant le bonheur sexuel des êtres humains. Les recherches appliquées et les interventions professionnelles en sexologie se préoccupent de résoudre les problèmes sexuels et contribuent à la satisfaction des besoins sexuels. Des professionnels compétents de différentes disciplines scientifiques effectuent des recherches et posent des actions pour réaliser les objectifs de la sexologie. Ainsi la sexologie comprend différents domaines où des professionnels interviennent pour atteindre des buts instrumentaux. À titre d'exemple, la sexologie médicale œuvre dans le domaine de la santé publique pour promouvoir la santé sexuelle. Les intervenants de différents domaines de la sexologie partagent un même but final que nous tenterons d'identifier et de définir dans le cadre du présent essai.

### Inventaire des buts sexologiques

L'élaboration d'une théorie unifiée des buts de la sexologie exige, dans un deuxième temps, d'inventorier les buts proposés dans différents textes écrits. Il est possible de dresser une liste de buts de la sexologie en consultant des documents qui présentent parfois les buts d'une manière assez explicite. Dans le cadre du présent

essai, nous avons privilégié les actes des congrès de la WAS qui nous ont permis de consulter des écrits issus des différents domaines de la sexologie qui présentent des études et des interventions cherchant à réaliser des buts instrumentaux spécifiques.

La figure 1 présente un ensemble de buts différents qui a été répertorié, ce qui témoigne de la complexité de la sexualité. Ces buts sont distincts et spécifiques tout en constituant des buts solidaires : ils sont liés par un intérêt et une responsabilité communs qui est l'amélioration du bien-être sexuel sur le plan biosexuel, psychosexuel ou sociosexuel. L'incorporation et l'agencement interne des différents buts permettent de former un système cohérent et unifié. Ainsi les buts dépendent l'un de l'autre et fonctionnent ensemble dans une structure intégrative. Au lieu d'isoler et de privilégier un seul but, il importe d'envisager une structure unifiée de buts qui reflète la vision interdisciplinaire de la sexologie.

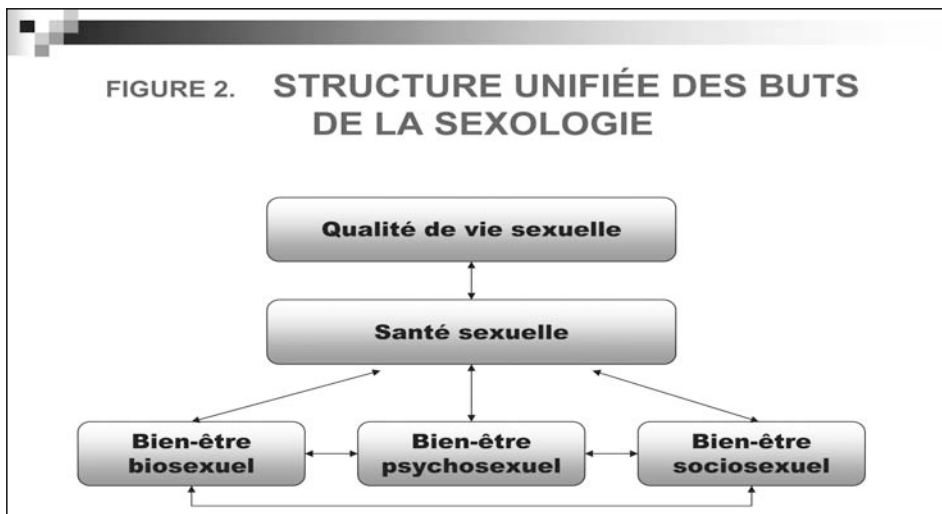
### Système structuré des buts sexologiques

Les différents buts répertoriés constituent des buts instrumentaux qui contribuent à l'atteinte d'un état final de bien-être sexuel général. Le but ultime recherché par la sexologie serait la qualité de vie sexuelle (QVS). Ainsi l'être humain accorderait une valeur à la vie sexuelle et chercherait le

FIGURE 1. LISTE DES BUTS DE LA SEXOLOGIE	
DOMAINES	OBJECTIFS INSTRUMENTAUX
<u>Sexologie biomédicale</u> Contrôle des maladies sexuelles	- Absence de maladie sexuelle - Soulager les douleurs sexuelles
Santé sexuelle publique	- Promouvoir un comportement sexuel sain
<u>Sexologie psychologique</u> Développement	- Absence de troubles sexuels
Clinique	- Éliminer la dysfonction sexuelle - Améliorer la satisfaction sexuelle
<u>Sexologie sociale</u> Individuelle	- Assurer une intégrité et une sécurité sexuelles
Collective	- Encourager l'autonomie et l'égalité sexuelles
<u>Sexologie éducationnelle</u> Éducation sexuelle compréhensive	- Promouvoir des attitudes positives à l'égard de la sexualité
Éducation à la santé sexuelle	- Induire des changements volontaires de comportements sexuels sains



FIGURE 2. STRUCTURE UNIFIÉE DES BUTS DE LA SEXOLOGIE



bonheur sexuel. Dès lors les activités sexuelles d'une personne seraient motivées et guidées par cette quête de bonheur sexuel et d'amélioration de sa qualité de vie sexuelle. Les sexologues auraient pour mandat d'aider à actualiser une bonne vie sexuelle. Pour évaluer leurs pratiques, les sexologues devraient se poser la question suivante : est-ce que les interventions amélioreraient la qualité de vie sexuelle de la personne?

La figure 2 présente, d'une manière graphique, la structure unifiée des buts de la sexologie. L'organisation complexe des buts oblige d'envisager ses éléments essentiels en sélectionnant les buts principaux. Ce choix ne constitue pas une élimination des buts non retenus dans la représentation graphique. Ils doivent être pris en considération et intégrés dans une autre représentation, cette fois-là plus complexe, des buts de la sexologie. Notons que la QVS est placée au sommet d'une construction pour y indiquer qu'elle constitue un but final à atteindre. Les autres buts sont situés en dessous du terme de la QVS pour faire valoir leur caractère instrumental. Les flèches indiquent des liens entre les buts qui ne sont pas nécessairement des liens causaux unidirectionnels. Ainsi certaines composantes du bien-être sexuel peuvent affecter la QVS, cette dernière peut également influencer l'un et l'autre des domaines du vécu sexuel. De plus, il reste à trouver le rôle joué par les différentes composantes sur l'amélioration de la santé sexuelle et la qualité de vie sexuelle. Étant donné qu'il s'agit de

deux concepts distincts, il se pourrait que le bien-être physiologique ait un impact plus grand sur la santé sexuelle et que le bien-être psychologique influence davantage la qualité de vie sexuelle (voir Smith et al., 1999).

### But final de la sexologie

La définition du terme de QVS constitue une tâche difficile. Le défi consiste à définir et qualifier la vie sexuelle d'un être humain dans ses dimensions physiques, psychiques et sociales. Les écrits sur la qualité de vie peuvent aider à définir la QVS. Toutefois, l'étude du concept de qualité de vie pose problème puisqu'il renvoie à une multitude de notions et de concepts liés au système de pensée et de valeurs de leurs auteurs. Somme toute, une analyse des différentes définitions de ce concept a permis de dégager deux composantes fondamentales de la qualité de vie sexuelle : une perception personnelle d'un état de bien-être sexuel et une satisfaction des besoins sexuels.

La définition de l'Organisation mondiale de la santé de la qualité de vie renvoie au domaine des représentations : « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (Caria et Quemada, 1995, p. 263). Ainsi l'évaluation de la QVS reflète les perceptions des personnes inter-

rogées. Ces dernières font valoir leurs points de vue sur leur vie sexuelle et témoignent de leurs préoccupations dans ce domaine.

La définition de la QVS se construit à partir de théories élaborées dans différentes disciplines scientifiques. Parmi celles-ci, nous avons privilégié la théorie du bien-être sexuel comme cadre de référence intégrateur qui amalgame les composantes de d'autres approches théoriques. La QVS conserve l'idée de bien-être sexuel préconisée dans les définitions de la santé sexuelle de l'OMS en 1975 et de la Pan American Health Organization (PAHO) en 2000. Inspiré du concept de bien-être subjectif (Diener et al., 1999), le bien-être sexuel est défini comme une autoperception de sentiments positifs à l'égard de la sexualité qui se traduisent par un état de bonheur et de satisfaction à l'endroit de la vie sexuelle. L'accent est mis sur le point de vue de la personne par rapport à l'évaluation et l'appréciation de son vécu sexuel. Les composantes du bien-être sexuel assurent l'évaluation de la qualité de vie sexuelle en explorant les réactions subjectives face aux situations et aux expériences de vie sexuelle.

Les dimensions du bien-être sexuel sont composées de besoins sexuels que l'être humain cherche à satisfaire. Selon la théorie du bien-être de Maslow (1970), the "degree of basic need gratification is positively correlated with degree of psychological health" (p. 67). La QVS est alors perçue comme le maintien ou l'augmentation de la satisfaction des besoins sexuels. La qualité de vie sexuelle se caractérise par l'aptitude d'une personne à satisfaire ses besoins sexuels manifestes ou latents, connus ou ignorés, exprimés ou cachés. Cette conception de la QVS s'inspire de la théorie des besoins (voir Hunt et McKenna, 1992). Selon cette perspective théorique, la QVS rime avec la satisfaction des besoins sexuels : plus les besoins sexuels sont satisfaits, plus grande est la qualité de la vie sexuelle.

En suite de ces considérations, il nous est possible de proposer la définition suivante de la qualité de vie

sexuelle : la perception d'une personne de vivre un état de bien-être sexuel qui s'exprime par l'adoption d'un style de vie individuel et relationnel qui permet de satisfaire ses besoins sexuels sur les plans physique, mental et social d'une manière épanouissante.

La qualité de vie sexuelle ne constitue pas seulement un système de pensée; elle peut également servir d'outil de travail permettant d'évaluer le vécu sexuel et d'induire des actions sexologiques localisées. Le développement d'instruments d'évaluation de la QVS pourrait soutenir et renouveler les interventions sexologiques. L'utilisation de ces instruments permettrait aux sexologues de mieux suivre et soutenir le développement sexuel des personnes qui bénéficient de leurs services, de réaliser et d'évaluer des interventions conçues dans le but d'améliorer la qualité de vie sexuelle. Ces instruments de mesure sont également utiles dans les recherches cliniques, entre autres pour vérifier l'impact des maladies et des pratiques sanitaires (ex. : les effets des médicaments) sur la qualité de vie sexuelle. Il faut s'attendre à ce qu'une demande de plus en plus grande se manifeste pour obtenir des mesures de la QVS.

## Implications pratiques des buts de la sexologie

Les différents domaines de la sexologie pourraient adopter, avec le plus grand consensus possible, la QVS comme but général de leurs actions. Il leur faudrait aménager l'atteinte de leurs buts instrumentaux pour les articuler avec la QVS. Illustrons cette démarche en utilisant le domaine de la promotion de la santé sexuelle. Ainsi, la QVS serait le résultat visé des interventions de promotion de la santé sexuelle. Cette vision correspond à celle de Green et Kreuter (1999) qui situent la qualité de vie au début et à la fin des interventions d'éducation et de promotion de la santé : "One is led to think first inductively; then deductively; to start with the desired ends and work back to the original causes... Ideally, one begins with a consideration of quality of life by assessing some of the

general hopes or problems of concern to the target population (patients, students, employees, residents, or consumers)" (p. 38). Ainsi la QVS peut servir d'indicateur des besoins sexuels satisfaits ou à satisfaire. Ces analyses seront utiles pour planifier des interventions sexologiques.

Le travail réalisé par Troussier et Tourette-Turgis (2006) auprès des personnes séropositives au VIH constitue une application de l'approche visant la qualité de vie sexuelle. Les auteurs ont pu constater l'impact négatif de la séropositivité sur la qualité de vie sexuelle (ex. : baisse de la libido, réduction du plaisir sexuel, difficultés à trouver des partenaires). Deux types d'accompagnement, individuel (intervention sexologique visant à réparer les troubles de la sexualité) et collectif (intervention psychosociologique visant à rehausser l'estime de soi) ont contribué à réduire le poids inhibiteur de la séropositivité sur la vie sexuelle.

## En conclusion

L'adoption de la qualité de vie sexuelle comme but de la sexologie offre aux sexologues un moyen de vivre ensemble, de trouver un accord sur les différences conflictuelles qui les opposent. La sexologie est affectée par un schisme qui la divise depuis longtemps et qui oppose l'individuel et le collectif, le médical et le psychosocial, la clinique et l'éducatif. La QVS peut servir de point de rencontre et devenir un outil pour développer une plus grande unité parmi les sexologues.

La promotion de la qualité de vie sexuelle ne constitue pas une idée nouvelle. La nouveauté réside plutôt dans la proposition de la considérer comme le but principal de la sexologie. En effet, les pionniers de la sexologie ont accolé un qualificatif à la sexualité pour l'apprécier, l'ordonner et la réformer. Ainsi les comportements sexuels ont été qualifiés de bons ou de mauvais, de riches ou de pauvres, de profitables ou de nuisibles. À titre d'exemple, Bloch (1909) utilisait la notion d'enrichissement : "Even while love becomes spiritually richer, it remains as irrevocably as ever depen-

dent upon the physical" (p. 5). Près de soixante-quinze ans plus tard, les Gellman (1983) proposaient à leur façon la qualité de vie sexuelle comme but de la sexologie :

« Notre finalité ne serait plus de rétablir la santé sexuelle de quelqu'un qui n'en a cure, mais d'aider des amateurs (au sens étymologique) à se perfectionner, évoluer, se développer. Le but de la sexologie ne serait plus alors une impossible thérapie. Mais l'épanouissement affectif et sexuel de personnes intéressées à vivre pleinement l'art de la rencontre sexuelle, et peut-être à faire de leur vie affective et sexuelle une véritable œuvre d'art » (p. 10).

## RÉFÉRENCES

- Barrett, M. (1991). « Sexual Health Education : Can a New Vision Avoid Repetition of Past Errors » , *SIECCAN Journal*, 6 (4), 3-15.
- Bloch, I. (1909). *The Sexual Life of Our Time in its Relations to Modern Civilization*. London : Redman Limited.
- Caria, A. ; Quemada, N. (1995). « "L'OMS développe un nouvel instrument d'évaluation de la qualité de vie : le WHOQOL » , *L'Information psychiatrique*, 71 (3), 261-266.
- Diener, E. ; Suh, E. M. ; Lucas, R. E. ; Smith, H. L. (1999). « Assessing Subjective Well-being : Progress and Opportunities » , *Social Indicators Research*, 31, 103-157.
- Dupras, A. (2001). « Sexology as Innovation : The Example of the Sexology Department in Montreal (Canada) » , *Scandinavian Journal of Sexology*, 4, 139-148.
- Giami, A. (2004). « Sexualité et santé publique : le concept de santé sexuelle » , *Sexologies*, 13 (47), 6-12.
- Gellman, C. ; Gellman, J. (1983). *Les thérapies sexuelles*. Paris : Les Éditions ESF.
- Green, L. W. ; Kreuter, M. (1999). *Health Promotion Planning : an Educational and Ecological Approach*. Third Edition. Toronto (ONT) : Mayfield.
- Haeberle, E. K. ; Gindorf, R. (eds) (1993). *Sexology Today. A Brief Introduction*. Düsseldorf : Deutsche Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Sexualforschung (DGSS).
- Hunt, S. M. ; McKenna, S. P. (1992). « The QLDS : a Scale for the Measurements of Quality of Life in Depression » , *Health Policy*, 22, 302-319.
- Liss, P.-E. (1996). « On the Notion of a Goal : A Conceptual Platform for the Setting of Goals in Medicine » , in L. Nordenfelt ; P.-A. Tengland (eds) : *The Goals and Limits of Medicine* (p. 13-31). Stockholm : Almqvist & Wiksell International.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and Personality*. New York : Harper & Row.
- Organisation mondiale de la santé (1975). *Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine*. Genève (Suisse) : OMS, Rapport technique no 572.
- PAHO (2000). *Promotion of Sexual Health. Recommendations for Action*. Antigua, Guatemala : Pan American Health Organization; World Health Organization.
- Reiss, I. (1982). « Trouble in Paradise : The Current Status of Sexual Science » , *The Journal of Sex Research*, 18, 97-113.
- Richey, R. (1986). *The Theoretical and Conceptual Bases of Instructional Design*. London : Kogan Page.
- Smith, K. W. ; Avis, N. E. ; Assmann, S. F. (1999). « Distinguishing between Quality of Life and Health Status in Quality of Life Research : A Meta-analysis » , *Quality of Life Research*, 8, 447-459.
- Troussier, T. ; Tourette-Turgis, C. (2006). « La qualité de la vie sexuelle et affective favorise la prévention chez les personnes vivant avec le VIH » , *Sexologies*, 15, 165-175.
- Wylie, K. (2006). « Editorial. Metamorphosis or a Reincarnation for Sexologists Worldwide » , *Sexual and Relationship Therapy*, 21 (1), 1.

## Libido féminine : l'impact des maladies, des médicaments et des hormones sur le désir des femmes

Par Mouna Sayem, pharmacienne

Mouna Sayem, B.Sc. Pharm., est chef pharmacienne et propriétaire de la pharmacie *Medicine Shoppe*, située à la Clinique Médico-Dentaire d'Orléans au 2555, Boulevard St-Joseph, Orléans (Ontario)

La dysfonction sexuelle féminine n'a d'égale en prévalence que sa complexité. Selon le *Journal of the American Medical Association*, 13 % des femmes âgées entre 18 et 59 ans en souffriraient<sup>1</sup>. Quant à sa complexité, on dit du désir sexuel de la femme qu'il est multidimensionnel et qu'il allie à la fois les aspects psychologique, relationnel, physiologique et hormonal<sup>2</sup>. D'une part, des facteurs externes comme certaines maladies chroniques et plusieurs médicaments ont une incidence sur la libido des femmes. L'étude et la compréhension de ces facteurs sont donc essentielles au diagnostic de la dysfonction sexuelle. D'autre part, l'effet des hormones sur la libido féminine n'est pas à négliger. Effectivement, des traitements hormonaux sont offerts afin de pallier le manque de désir chez la femme. Une approche naturelle peut aussi faire fluctuer les niveaux d'hormones dans le sang et peut donc jouer sur la libido. La connaissance des effets de plusieurs maladies et médicaments et l'étude des hormones permettent ainsi de comprendre une facette de la dysfonction sexuelle féminine qui ne peut pas être améliorée par la thérapie cognitive. C'est pourquoi dans le cas où cette dernière ne suffit pas, la prescription par un praticien de traitements analogues ou substitués peut s'avérer bénéfique dans l'atténuation des symptômes de dysfonction sexuelle chez la femme.

### Fluctuations hormonales, conditions médicales et médicaments inhibiteurs de libido

Les variations hormonales de la femme au cours de la périménopause et de la ménopause et chez les femmes ayant subi une hystérectomie ont des effets physiques et comportementaux qui peuvent jouer sur l'intérêt sexuel féminin<sup>3</sup>. Chez les femmes ménopausées par exemple, des changements physiques, des altérations d'humeur et une diminution du bien-être en général sont attribués à une diminution du niveau d'œstrogène et à un déclin du niveau de testostérone<sup>4</sup>. Ces symptômes ont un impact négatif sur la vie sexuelle des femmes qui en sont atteintes.

Plusieurs maladies chroniques et conditions médicales influencent en mal la libido chez la femme. Ce manque de désir sexuel vient le plus souvent de l'inconfort associé aux symptômes inhérents à certaines de ces maladies (voir le tableau 1). De nombreux médicaments ont aussi une incidence sur le désir, l'excitation et l'orgasme féminin (voir le tableau

2). À titre d'exemple, les troubles circulatoires et la dépression ont la caractéristique d'atténuer l'excitation sexuelle des femmes<sup>5</sup>.

### Approche par les hormones

Les trois hormones sexuelles, la testostérone, la progestérone et l'œstrogène peuvent, si prises adéquatement, être très bénéfiques et constituer un traitement efficace pour éliminer certains symptômes associés à la dysfonction sexuelle féminine. De fait, il a été démontré que la thérapie par la testostérone topique administrée aux femmes dont la ménopause a été induite chirurgicalement a un impact positif direct sur leur désir sexuel, leur excitation, et leur fonction orgasmique<sup>6</sup>. La crème de testostérone peut être fabriquée en pharmacie, cependant, la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada note que la thérapie à la testostérone devrait être considérée encore expérimentale et devrait être prescrite seulement par des médecins qui connaissent bien la dysfonction sexuelle<sup>7</sup>. Ceci est attribué au manque de recherches sur l'efficacité et la sécurité de l'utilisation de testostérone chez les femmes déficientes

Tableau 1. Conditions médicales ayant une incidence sur la libido féminine

Maladies cardiovasculaires	Maladies neurologiques
Maladies de l'artère coronaire	Sclérose en plaques
Hypertension	Neuropathies périphériques
Infarctus du myocarde	Accidents vasculaire cérébrale
Maladies endocriniennes	Autres
Maladies des surrénales	Maladies auto-immunitaires
Diabète mellitus	Maladies de la vessie
Hyperprolactinémie	Maladies des intestins
Maladies thyroïdiennes	Troubles d'humeur

Source : Ragucci, Kelly R. Culhane, Nicole S. "Treatment of Female Sexual Dysfunction" *The Annals of pharmacotherapy*, April 2003, Vol 37 p. 548

## **Le Bupropion : un antidépresseur pas comme les autres**

**Le Bupropion** (Wellbutrin), un antidépresseur, a été étudié pendant six mois sur des femmes non-dépressives, à cause de ses effets sur la libido des femmes. L'observation primaire est d'abord un changement dans le désir sexuel. En approfondissant, on remarque une augmentation de l'activité sexuelle et une plus grande satisfaction des fonctions sexuelles chez les femmes dont la posologie est de 150 mg par jour pendant une semaine, puis de deux fois par jour pendant sept semaines additionnelles. Ainsi ce médicament non-hormonal est non seulement utile contre la dépression, mais contrairement à d'autres antidépresseurs comme Prozac, par exemple, il ne diminue pas la libido; il l'augmente!

*Source : Ragucci, Kelly R. Culhane, Nicole S. " Treatment of Female Sexual Dysfunction" The Annals of pharmacotherapy, April 2003, Vol 37 p. 550*

en œstrogène<sup>8</sup>. De plus amples études sur les risques et les bénéfices à long terme de cette hormone mâle sur les femmes doivent être effectuées.

La deuxième hormone sexuelle chez la femme, la progestérone, a un rôle clé dans la régulation de la libido féminine. Elle sert notamment de précurseurs de testostérone et d'œstrogène. La crème de progestérone peut être fabriquée en pharmacie à différentes concentrations selon les besoins de la femme. Outre son effet régulateur, la progestérone a aussi l'avantage d'augmenter directement la libido. Cette hormone est donc

d'une grande importance dans l'élimination des symptômes de dysfonction sexuelle chez les femmes<sup>9</sup>.

La dernière hormone sexuelle, l'œstrogène, a fait ses preuves dans l'usage thérapeutique en démontrant son pouvoir de réduction des douleurs lors des relations sexuelles par une diminution de l'atrophie vaginale et par une meilleure lubrification<sup>10</sup>. Les traitements par œstrogène sont disponibles sous plusieurs formes topiques comme des crèmes, des anneaux ou des ovules vaginaux. L'utilisation d'une crème vaginale nécessite toutefois la prise additionnelle de progestérone pour dix jours tous les un, deux ou trois cycles menstruels au besoin, à cause de la forte absorption par le corps de ces préparations<sup>11</sup>.

## **Approche naturelle**

Certains nutriments ont le pouvoir d'améliorer le métabolisme des œstrogènes. Les légumes crucifères comme le chou et le brocoli, par exemple, sont riches en diindolylméthane (DIM), un phyto-nutriment qui, en plus de réguler des taux d'œstrogène dans le sang, contribue à la perte de poids et à réduire le risque de certains cancers. Les suppléments de DIM libèrent de la testostérone liée aux protéines, augmentant par le fait même, le niveau de cette hormone dans le sang et améliore la libido chez la femme<sup>12</sup>. Une variété de suppléments ont aussi le potentiel d'améliorer les performances sexuelles, comme le ginseng asiatique<sup>13</sup> et l'Argin-Max (L-Arginine, Ginkgo Biloba, Damiana, multivitaminés et minéraux). Ce dernier supplément a fait l'objet d'une étude : après quatre semaines de thérapie, 73,5 % des femmes ont remarqué une amélioration significative de leur satisfaction face à leur vie sexuelle, contre 37,2 % avec le placebo. Aucun effet secondaire particulier n'a été enregistré<sup>14</sup>.

L'impact des maladies, des médicaments et des hormones sur la libido

des femmes est bien plus important qu'il peut sembler à prime abord. Ces trois facteurs déterminent en partie le désir, l'excitation et le plaisir retirés de l'expérience sexuelle. Plusieurs conditions médicales et médicaments ont une incidence sur la libido de la femme et peuvent miner sa vie sexuelle. Si les traitements hormonaux et l'approche naturelle ne peuvent remplacer la thérapie cognitive en ce qui concerne les facettes psychologique et relationnelle, ils permettent d'éclairer un autre angle de la sexualité féminine : l'incidence des maladies, des médicaments et des hormones sur la libido des femmes et de faire un pas de plus dans la compréhension de ce phénomène complexe.

## **Le Viagra : mythe et réalité**

Médicament de prédilection pour le traitement de la dysfonction érectile chez l'homme, le Viagra n'a pas d'effet notable dans l'amélioration de l'expérience sexuelle chez la femme. Deux essais cliniques d'envergure ont démontré cela, confirmant que le Viagra n'augmente ni libido, sensation, lubrification ou satisfaction générale des femmes par rapport à leur vie sexuelle. Ces deux études infirment donc le mythe de l'utilité du Viagra pour le traitement de la dysfonction sexuelle féminine et confirment le caractère plus complexe de la sexualité des femmes par rapport à celles des hommes.

*Source : Basson, Rosemary M.D. Sexual desire and Arousal Disorders in women. N.ENG J MED 354114, April 6 2006 p. 1502*

**Tableau 2. Liste de médicaments connus pour leur effet inhibiteur de la libido féminine**

Effets secondaires reliés au désir	Effets secondaires reliés à l'excitation sexuelle
Médicaments psycho-actifs	Anticholinergiques
Barbiturates	Antihypertensifs
Benzodiazépines	Médicaments psychoactifs
Lithium	Benzodiazépines
SSRIs (a,b)	Inhibiteurs de monoamine-oxydase
Antidépresseurs tri cycliques	SSRIs
Clomipramine (b,c)	Antidépresseurs tri cycliques
<b>Agents cardiovasculaires et antihypertensifs</b>	<b>Dysfonction orgasmique</b>
Bêta-bloqueurs	Amphétamines et médicaments anorexiques (a,d)
Propranolol (a,b)	Antipsychotique
Timolol (a,d)	Benzodiazépines
Clonidine	Diazépam (d)
Digoxine	Clonidine (a,c)
Methylodopa (a,c)	Méthadone (a,c)
Niacin	Phenelzine (a,c)
Reserpine (a,c)	SSRIs (a,c)
Spironolactone (a,c)	Trazodone
<b>Autres</b>	Antidépresseurs tricycliques
Inhibiteurs des récepteurs d'H2	Clomipranine (a,c), imipramine (a,c)
Cimétidine (a,d)	<b>Légende :</b>
Indométacine	H2=histamine
Ketoconazole	SSRIs=(selective serotonin uptake inhibitors)
Metoclopramide	a : Informations disponibles dans la littérature concernant les effets de ces médicaments sur la fonction sexuelle de la femme
Contraceptifs oraux (b)	b : Effets secondaires peu fréquents
Phénytoin	c : Effets secondaires fréquents
	d : Étude de cas ou fréquence inconnue

Source : Ragucci, Kelly R. Culhane, Nicole S. "Treatment of Female Sexual Dysfunction" *The Annals of pharmacotherapy*, April 2003, Vol 37 p. 548

<sup>1</sup> Dr. Gaetano A. Morelle, Bsc N.D., Ania Bogacka *Libido and hormones*, IHR, pre-fall 2006, p. 44

<sup>2</sup> Ibid p. 46

<sup>3</sup> Ibid p. 46

<sup>4</sup> Ragucci, Kelly R. Culhane, Nicole S. "Treatment of Female Sexual Dysfunction" *The Annals of pharmacotherapy*, April 2003, Vol 37 p. 547

<sup>5</sup> Ragucci, Kelly R. Culhane, Nicole S. "Treatment of Female Sexual Dysfunction" *The Annals of pharmacotherapy*, April 2003, Vol 37 p. 547

<sup>6</sup> Dr. Gaetano A. Morelle, Bsc N.D., Ania Bogacka *Libido and hormones*, IHR, pre-fall 2006, p. 48

<sup>7</sup> Basson, Rosemary M.D. *Sexual desire and Arousal Disorders in women*. N.ENG J MED 354114, April 6 2006 p. 1504

<sup>8</sup> Ibid p. 1503

<sup>9</sup> Dr. Gaetano A. Morelle, Bsc N.D., Ania Bogacka *Libido and hormones*, IHR, pre-fall 2006, p. 48

<sup>10</sup> Basson, Rosemary M.D. *Sexual desire and Arousal Disorders in women*. N.ENG J MED 354114, April 6 2006 p. 1504

<sup>11</sup> Ragucci, Kelly R. Culhane, Nicole S. "Treatment of Female Sexual Dysfunction" *The Annals of pharmacotherapy*, April 2003, Vol 37 p. 551-552

<sup>12</sup> Dr. Gaetano A. Morelle, Bsc N.D., Ania Bogacka *Libido and hormones*, IHR, pre-fall 2006, p. 48

<sup>13</sup> Sharon Norling, *Bring back that Lovin' Feeling Viva Fall 2006*, p. 54

<sup>14</sup> Ragucci, Kelly R. Culhane, Nicole S. "Treatment of Female Sexual Dysfunction" *The Annals of pharmacotherapy*, April 2003, Vol 37 p. 550



**Mouna Sayem, B.Sc. Pharm.,** est chef pharmacienne et propriétaire de la pharmacie Medicine Shoppe,

**Clinique Médico-Dentaire d'Orléans**  
2555, Boulevard St-Joseph,  
Orléans (Ontario)  
613 824-4242  
MS0151@store.medicineshoppe.ca

## Les superviseurs de stage à la maîtrise clinique en sexologie

*Par Michel Goulet, Directeur des études avancées, Josée S. Lafond, Directrice du Département et Guy Lévesque, Coordonateur des stages du Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal*

Cet article témoigne de l'excellente collaboration de « partenariat » entre l'Association des sexologues du Québec et le département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal. Soucieux d'appuyer les associations professionnelles (ASQ et RPSQ) dans leur démarche de professionnalisation, le département de sexologie désire vous informer de différents dossiers ayant un impact sur la formation ou sur la pratique professionnelle. Actuellement, le département de sexologie est soucieux d'améliorer les conditions de travail des superviseurs de stage. En quelques lignes, nous voulons vous décrire le rôle et les conditions de travail de ces professionnels à la maîtrise en sexologie.

Une partie importante de la formation clinique des étudiants inscrits à la maîtrise en sexologie est assurée par les superviseurs. Au cours de l'année universitaire 2006-2007, 26 étudiants ont réalisé 41 stages cliniques. Les stages en sexologie clinique favorisent l'intégration et l'application d'une approche sexologique. Ils permettent aussi un premier contact avec un milieu professionnel (CLSC, hôpital, clinique spécialisée) tout en les préparant à leur futur travail. Les séminaires-ateliers encadrant les stages sensibilisent aussi les étudiants à développer une conduite éthique professionnelle et à assimiler une approche sexologique.

Les collègues qui acceptent de faire de la supervision clinique s'engagent à rencontrer le ou la stagiaire hebdomadairement. Au total, le stagiaire recevra 45 heures de supervi-

sion soit 30 rencontres d'une durée d'heure et demie chacune. Le stagiaire doit par ailleurs accumuler au minimum 130 heures de clinique par approche.

Le choix des superviseurs se fait sous la recommandation d'un comité qui étudie le dossier présenté. Après étude du dossier, le département de sexologie, sous la recommandation d'un comité, peut reconnaître un sexologue-clinicien comme superviseur-clinicien dans une approche sexothérapeutique spécifique car il n'est pas possible d'assurer la supervision dans deux approches différentes. Le superviseur doit avoir obtenu son diplôme d'études de cycles supérieurs (M.A. ou Ph. D.) depuis au moins cinq ans. La démonstration de ses intérêts pour la clinique et la supervision doit être précisée dans une lettre qu'il adresse au directeur des études avancées.

Sur un plan académique, le superviseur évalue le stage clinique en deux moments précis. D'abord, en milieu de stage où une évaluation formative encouragera le stagiaire à considérer le développement d'apprentissages spécifiques durant la seconde partie du stage. Puis, à l'aide d'une grille d'évaluation commune à toutes les approches, l'évaluation en fin de stage détermine la notation qui apparaîtra sur le relevé de notes.

### Statut d'emploi et honoraires

Le superviseur est considéré comme un employé contractuel. Ses conditions de travail ne sont pas régies par une convention collective. Depuis plusieurs années, le superviseur reçoit environ 35\$ l'heure et es risques de poursuite sont protégés par une assurance responsabilité défrayée par L'Université du Québec à Montréal.

Depuis près de vingt ans, les conditions de travail des superviseurs ne se sont pas améliorées. Plusieurs démarches auprès de l'administration de l'UQÀM ont été faites par le passé, mais elles sont demeurées sans succès. La situation entraîne des conséquences importantes sur la formation clinique des stagiaires car il devient très difficile de garder un lien d'emploi prolongé avec les superviseurs. Des collègues abandonnent ce travail parce qu'ils ont l'occasion de le remplacer par une activité plus lucrative. Dernièrement, un superviseur exprimait même qu'il subventionnait la formation des étudiants.

La direction du département fut avisée de cette situation en novembre dernier par une demande de reconnaissance des superviseurs de stage clinique déposée par Réal Beaudoin. S'appuyant sur un rapport d'enquête (2004) réalisé par Nathalie Houde sous la supervision de Sophie Bergeron Ph. D., sur les nombreuses correspondances passées et les comparaisons entre les différentes rémunérations d'autres superviseurs de stage oeuvrant à l'UQÀM ou pour d'autres universités, le département s'est donné comme mandat de permettre que les stages 2007-2008 se déroulent dans des conditions plus acceptables.

Ainsi, afin de trouver une solution permanente à ce problème récurrent, la direction du département de sexologie et la direction de la maîtrise ont entrepris plusieurs démarches. Soucieux de la qualité de notre enseignement et des conditions de travail des membres du département, nous nous engageons à régler ce dossier dans les plus brefs délais.

## L'incorporation des sexologues

Par Michel Lemieux

C'est avec un vif plaisir que le 26 janvier dernier, les membres du comité des négociations tripartites se retrouvaient pour une session de travail et un lunch avant d'aller rencontrer les responsables de l'Office des professions du Québec (OPQ). La rencontre conviviale s'est poursuivie jusqu'en après-midi.

Par la suite, nous nous sommes rendus aux bureaux de l'OPQ pour rencontrer M. Gaétan Lemoyne ainsi que Mme Sylvie de Grandmond, tous deux respectivement Président et Vice-Présidente de cet organisme. Les objectifs de la rencontre étaient de dresser un état de la situation à ce jour concernant le Regroupement professionnel des sexologues du Québec (RPSQ) et l'Association des sexologues du Québec (ASQ), en plus de vérifier nos positions respectives pour assurer la suite du dossier.

M. Lemoyne, nous disait en être à l'étape de traduire en termes législatifs le projet d'incorporation et de préparer, en ce sens, un mémoire à être présenté au Conseil des ministres. Il souhaitait terminer ce travail pour la mi-mars et prévoyait la présentation du projet de loi au printemps 2007. Quant à nous (UQAM-RPSQ-ASQ), nous nous sommes montrés très satisfaits de l'avancement du dossier et avons apporté notre appui à la suite de la démarche en assurant l'OPQ de notre solidarité. L'ASQ compte présentement 210 membres alors que le RPSQ en compte environ 150. Or, M. Lemoyne a pris soin de nous informer qu'il fallait environ 500 membres pour faire vivre un ordre professionnel et un budget annuel variant entre 200 000 \$ et 300 000 \$, sans compter les centaines d'heures de bénévolat des membres afin de mettre en place le système avec la collaboration de l'OPQ.

En conséquence, il faudra retracer tous les sexologues ayant terminé un baccalauréat ou une maîtrise afin de les convaincre de se joindre immédiatement à leur association respective pour atteindre le fameux nombre de 500 membres. Le comité tripartite a informé M. Lemoyne que tous les membres regroupés au sein des deux associations (RPSQ-ASQ) exercent des activités réservées dans leur pratique, au sens donné dans le rapport Trudeau.

M. Lemoyne nous a aussi informés :

- Que le temps nécessaire pour mettre sur pied un nouvel ordre professionnel varie de un à deux ans avec beaucoup de temps bénévole à donner par les groupes impliqués.
- Qu'il fallait un nombre minimal de membres pour rentabiliser le fonctionnement d'un nouvel ordre; soit un budget d'environ 200 000 \$ à 300 000 \$ par année, et ce, en sus du travail bénévole. Donc, il faudra que tous les groupes délèguent des dizaines de bénévoles afin de mettre le projet en place. Vous devez ainsi vous attendre à être sollicités à moyen terme.
- Que l'OPQ est là pour nous accompagner et nous guider dans le processus de mise sur pied et pour prendre

les décisions de départ. L'OPQ ne finance pas le processus de mise en place d'un nouvel ordre et ne fournit pas le personnel.

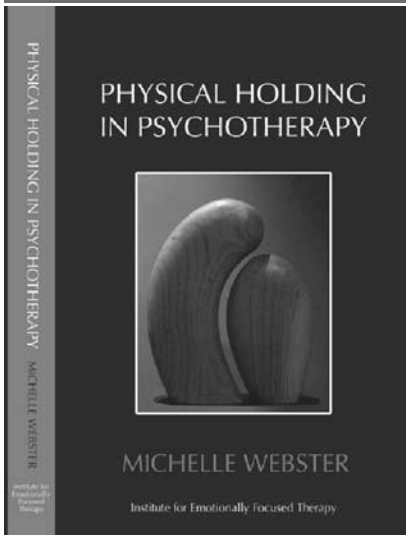
- Que l'OPQ ne se préoccupe pas de la survie ou des objectifs différentes des associations professionnelles à la suite de leur incorporation.

M. Lemoyne a aussi validé notre préférence quant au fait de nous joindre à un autre ordre existant, ou de nous associer à un nouvel ordre (ex. les criminologues), ou encore de créer un nouvel ordre unique pour les sexologues. Nous lui avons clairement exprimé notre préférence pour cette dernière alternative car nous ne souhaitons pas être incorporés à un ordre existant compte tenu des expériences non-concluantes faites à ce jour par maints autres groupes professionnels. Nous lui avons aussi affirmé que nous ne souhaitons pas de mariage forcé en raison des nombreux désavantages observés chez les groupes ayant connu cette expérience. L'échéancier prévoit le dépôt du projet de loi au début du printemps 2007.

On reconnaît dans l'ordre de gauche à droite, les membres du comité des négociations tripartites : Sophie Boucher (UQAM), Liliane Lavertu (RPSQ), Francine Michaud (RPSQ), Josée Lafond (UQAM), Cécile M. Barcelo (ASQ) et Michel Lemieux (ASQ).



### Recension : Physical holding in psychotherapy



Par **Nicole Racine-Lazure**  
TCF. MFT.

WEBSTER, Michelle, (2005) *Physical Holding in Psychotherapy*, Editions: Institute for Emotionally Focused Therapy, Annandale, Australie.

Michelle Webster est directrice et formatrice principale à l'*Institute for Emotionally Focused Therapy* de Sydney, en Australie. C'est elle qui a instauré, à l'institut, les premiers cours pour appuyer les couples en difficulté d'être, en se servant de l'approche systémique. En pratique privée, elle a fait des recherches sur un nouveau paradigme pour soutenir l'expérience émotionnelle de clients très atteints, d'une façon attentionnée, respectueuse et efficace, ne sachant pas ce qui serait le plus approprié et le plus aidant. C'est avec des clients fragilisés qui cherchaient à comprendre ce qui leur était arrivé lorsqu'ils se sont mis à régresser dans leurs expériences d'enfance, qu'elle a développé son intervention. Ce livre est le résultat de sa recherche expérientielle avec neuf de ses clients. Elle explore son modèle en intégrant sa compréhension de l'approche systémique, de la Gestalt, etc. C'est sa thèse de doctorat. Elle en présente une synthèse dans ce livre.

Le livre s'adresse autant à des psychothérapeutes qu'à des thérapeutes chercheurs. Il est très riche en sources bibliographiques d'auteurs qui ont étudié le toucher dans des situations thérapeutiques. La revue de littérature est présente tout au long des chapitres et l'argumentation est bien présentée. Les notes de fin de chapitre foisonnent et sont explicites et complémentaires. Quel défi! Quel courage de braver la diaspora de la psychologie et de la psychothérapie pour présenter une expérience sur l'effet du toucher et de l'étreinte par le thérapeute, un sujet très controversé en psychothérapie. Durant la dernière décennie, plusieurs écrits ont paru à tour de rôle pour décrire des expériences sur le toucher mais écrire une thèse de doctorat pour nous laisser un livre relatant l'expérience d'ouvrir et d'étendre les bras pour toucher et guérir, pour proposer une approche thérapeutique pour les clients, est une aventure à retenir. Cette aventure questionne sur l'attitude actuelle et persistante du caractère périlleux du contact physique et tactile en psychanalyse et en psychothérapie. C'est un livre qui nous en enseigne beaucoup.

L'étude est sérieuse et, tout au long, la recherche est transcendante. La thèse s'appuie sur la thérapie centrée sur les émotions (EFT - Emotionally Focused Therapy) telle que préconisée par Leslie Greenberg (1993-), et Susan Johnson (2002-) et plusieurs autres. « *La thérapie centrée sur les émotions vise à transformer une dynamique relationnelle dominée par le conflit et la distance en un lien affectif solide et soutenant!* ». La thérapie centrée sur les émotions est un processus expérientiel qui vise à aider les clients à développer leur intelligence émotionnelle; elle s'appuie sur les travaux de Bowlby (1969, 1973, 1979, 1988) qui ont apporté une explicitation sur les

blessures reliées à l'attachement. On sait que le toucher ou l'absence de toucher durant la petite enfance s'enregistre dans des engrammes, dans la mémoire au niveau de l'amygdale et de l'hippocampe. L'absence du toucher dans le jeune âge crée des blessures et colore les personnalités et le caractère. Cette absence du toucher constitue des barrières, des paramètres, des interdits qui nous empêchent quelquefois de nous laisser toucher le corps, et qui plus est, de nous laisser toucher le cœur.

S'ensuivent des mécanismes de défense, des mécanismes de protection pour les blessures qui se sont gravées en nous.

Être touché par quelqu'un peut faire toute une différence et laisser un ancrage dans une vie. Certaines approches apportent l'expression d'un « toucher-présence », mais pour Michelle Webster, il s'agit d'un toucher physique qui vient stimuler l'hypothalamus pour libérer la noradrénaline et la sérotonine, en freinant la douleur plus profonde<sup>2</sup>. Michelle Webster apporte une façon de s'adresser aux blessures dans l'attachement. Le toucher éveille des mémoires, des situations ranimant des états reliés à ces moments douloureux. Cela se fait avec douceur, tendresse et amour. Confucius conseillait ceci : « Faites les gestes, et les sentiments entreront dans le cœur ». Se laisser toucher, c'est faire confiance en ce que celui qui touche le fait pour le plus grand bien.

Michelle Webster se définit à la fois comme thérapeute et comme chercheur. Elle se sert du contact physique en thérapie avec plusieurs de ses clients, selon son évaluation clinique et son appréciation du rapport thérapeute client, c'est-à-dire selon la



nature de son lien thérapeutique avec le client. Nulle part à l'intérieur du volume, elle ne nous livre les critères pour travailler avec un contact physique avec tel ou tel client ou encore quels sont ceux avec qui elle ne se le permettrait pas.

Elle cherche à comprendre et à développer une explication cohérente de ce qui se passe quand les clients font l'expérience d'être touchés : quels sont les effets du toucher, quel en est le sens, qu'en pensent-ils et quel est leur cheminement intérieur? Les éléments sont présentés à l'aide d'une cueillette de données. Elle discute ensuite de la méthodologie de la phénoménologie en s'appuyant sur des aspects descriptifs et existentiels de phénoménologies descriptives. Les participants présentent leurs expériences, selon la « physicalité » de l'expérience et apportent des commentaires sur la conduite de la thérapeute, à propos de leurs ressentis au niveau de la peau, de la respiration et du pouls de la thérapeute.

Sans rien nommer, elle amène ses clients à exprimer verbalement le ressenti pour l'apprivoiser comme le bon parent signifiant l'aurait fait. Les participants clients apportent la vision selon laquelle le toucher crée un espace qu'on pourrait nommer « paradigme maternel ». En se servant de ce paradigme, les clients ont fait l'expérience de sentis, en se rappelant et en refaisant l'expérience; ils mentionnent que ce toucher thérapeutique apporte un sentiment de sécurité et de chaleur ainsi que la sensation d'être aimés, nourris et valorisés.

Le livre comporte sept chapitres. Dans son introduction, l'auteure positionne la thérapie, situe la recherche et présente le cadre de sa recherche. Elle établit les différents touchers qui peuvent faire partie de l'expérience des humains : il y a le toucher acceptable et inacceptable dans les familles, le toucher (l'étreinte) qui supporte ou qui érotise entre adultes, et le toucher diagnostique et empathique des soignants.

Le deuxième chapitre nous propulse dans l'expérience de l'étreinte, l'expérience de tenir un client dans ses bras. La première fois : qu'arrive-t-il au thérapeute et au client lorsque cela se produit? L'expérience du client n'a de réflexion que dans la froideur, la distance, la désapprobation, la violence verbale et physique, révélateurs de la carence d'amour maternel et d'attention. Le traumatisme est revisité pour apprendre à sentir ce qui est bloqué, pour entrer en régression accompagnée, pour ainsi revivre le traumatisme, afin de réintégrer les aspects difficiles du passage du soi enfant au soi adulte - « persona non grata ». Accompagner ainsi la dissociation, comprendre et sentir la déflexion, l'incapacité d'être présent, l'immobilité... Puis arrivent l'empathie, la sympathie à la détresse, la tristesse, la colère, l'angoisse de la thérapeute face à l'incapacité du client de sentir quelque chose. Impuissante comme thérapeute, elle sent que la dimension narrative est inefficace pour apporter la sécurité afin que la cliente arrive à révéler l'irrecevable, l'intolérable pour l'apprivoiser et se l'approprier. Les mots de la thérapeute sont nettement insuffisants. Elle se sent insatisfaite d'elle-même. Pour les clients, face aux blessures subies dans l'attachement à la mère, vient la nécessité de recevoir l'irrecevable. Les besoins non satisfaits par la mère sont maintenant transférés aux autres dans des relations adultes. Et puis, il y a la thérapeute chercheuse qui est là, qui restera émotionnellement avec elle (la cliente) et ne l'abandonnera pas. En plus de sentir la chaleur, le sentiment d'être aimée, elle peut sentir aussi la douleur, la peine du manque, ainsi que l'angoisse et la peur d'avoir besoin d'une autre personne pour son bien-être et sa santé mentale. Puis la thérapeute lui demande si elle veut une étreinte...

*« I experienced it as an interminably long time before I asked her if she wanted to be held. I asked her while sensing my stomach tighten, feeling my heart in my mouth and hearing my words quickly tumbled out, mixed with*

*my frustration at her distancing, helplessness at not being able to help her, and anxiety at the unknown space I was inviting her to. ...When she replied, 'Of course', I moved to hold her. I moved out of my chair that was opposite hers to sit on my haunches beside her chair. I reached over and held her. I rocked her a little. She came off her chair on to the floor and collapsed in my arms. I held her as you hold another person, chest to chest, my arms around her, and her head buried in my neck. I stroked her back. I rocked her some more. As I held her, I said, It's been a horrible, lonely world. You are safe now. You are safe now. It's OK. You can let it out. You can gang on to me. I'm not going anywhere. » (20)*

Grâce au toucher de la thérapeute, la cliente a appris à parrainer ses propres émotions. Pour cette cliente, le contact physique réactivait le cycle de l'agression de l'abus par sa mère, mais lentement, faisant l'expérience d'un toucher, d'une étreinte, dans un lien de confiance, la cliente s'est ouverte, non sans heurt, pour reconstruire son histoire et se l'approprier. Le toucher devint alors très puissant.

La thérapeute a continué à offrir un contact physique à des clients. Elle a élaboré graduellement un protocole pour développer et faciliter la régression, de même qu'une procédure pour aider les clients afin que leur état adulte émerge enfin. Bien que cette assertion soit fascinante et nous renvoie à notre curiosité intellectuelle, elle met le lecteur en appétit parce que Michelle Webster n'apporte aucun détail pour supporter cet avancé. Il aurait été intéressant et avantageux d'en connaître davantage pour arriver à une analyse plus approfondie.

Le lecteur trouvera au troisième chapitre une discussion sur le toucher en psychothérapie, supportée par une vaste revue de littérature qui reflète le pour et le contre, de l'époque psychanalytique de Freud (1912, 1924) à aujourd'hui, en portant une attention particulière à Ferenczi (1986), Balint

(1989) et Winnicot (1945). L'auteure mentionne son intérêt pour le toucher tel que prodigué par une mère dans une étreinte mère enfant. Elle cherche à communiquer un toucher qui témoigne de la douceur, de la chaleur et de l'amour attentionné - une bonté active.

« *Physical holding in the form of a mother-infant embrace is an intense form of physical contact where the therapist holds a client as a mother holds a child across her body, with the client's head resting on the therapist's shoulder or the top half of the chest for a sustained period during a therapy session, generally ranging from 10-50 minutes.* » (38)

Elle apporte un éventail de la recherche expérientielle et phénoménologique qui a été effectuée dans le contact physique avec le client. Elle présente aussi les similitudes avec la thérapie traditionnelle face à face. Elle fait état des attitudes et de la pratique des praticiens cliniques de même qu'une revue de la littérature sur l'expérience du client lors de contacts physiques en thérapie.

Le quatrième chapitre se divise en trois parties et traite de la rigueur d'une thèse de doctorat. C'est une discussion supportée par une vaste revue de littérature. Cela s'adresse à la phénoménologie, la phénoménologie existentielle, la phénoménologie herméneutique, la méthode phénoménologique de recherche, le format de l'entrevue pour la cueillette de données, des services auxiliaires tels les notes cliniques, le matériel client, les enregistrements audio et vidéo, les clients participants et la thérapeute. La deuxième partie suit avec une discussion sur la cueillette et l'analyse des données. Une troisième et dernière partie traite des conclusions et de la transformation des données d'une part, et de la synthèse consistante avec les expériences des sujets<sup>3</sup> d'autre part.

Le cinquième chapitre décrit l'expérience du contact physique tel

qu'explicité précédemment, donc de l'étreinte avec les neuf participants impliqués. L'auteure traite ici de l'implication, de son ressenti, de ses supervisions et du ressenti de ses clients. Pour la teneur de cette recension, nous traiterons ici seulement des clients qui font l'expérience du contact physique, du ressenti, du corps de la thérapeute : le contact de la peau, l'haleine, les battements du cœur, les seins, l'habillement, l'odeur, les yeux, le bruit. Chacun, à sa manière, commente l'expérience qu'il a vécue selon les différents sujets ici mentionnés. En résumé, on pourrait dire que ces aspects du corps de la thérapeute avaient une signification différente pour chaque client selon leur histoire d'enfance. Cela leur a permis de découvrir des aspects de leur vie, jusque-là inconnus, d'avoir accès à des expériences d'enfance permettant aux aspects positifs d'être revisités. Pour ce qui est des expériences négatives, le toucher ainsi que l'attitude accueillante, douce et chaleureuse de la thérapeute ont permis aux clients de se réapproprier les émotions qui accompagnent ces expériences ou traumatismes pour les apprivoiser et les intégrer dans un processus d'unification. L'auteure ajoute qu'elle a continué le contact physique aussi longtemps qu'il a été nécessaire. Il n'est aucunement mention des critères qui concernent l'arrêt du toucher ni de la réaction des clients à l'arrêt, sinon que, pour quelques-uns, cela leur a manqué.

La dernière partie du cinquième chapitre considère les effets du contact physique durant les sessions de thérapie. Elle évoque une classification de ressentis et de troubles émotionnels des clients, ainsi que les rapports qu'ils avaient avec eux-mêmes et avec les autres. Cette dernière partie s'avère très intéressante puisqu'elle traite d'une façon exhaustive de la régression vers les expériences de l'enfance, de l'indéfinition du soi et de la lente appropriation du soi, de la dépossession de soi jusqu'à un peu plus de conscience

d'être l'enfant en soi pour une plus grande définition de l'adulte.

Le sixième chapitre a trait à la relation thérapeutique et stipule que le toucher tel que décrit plus haut est beaucoup plus qu'une rencontre physique. C'est un toucher thérapeutique, une rencontre intime qui procure une façon très particulière de permettre à certains clients de révéler leurs sentis, et de *réexpérimenter* des aspects de leur vie d'enfant et d'adulte. Ici il faudrait noter la qualité exceptionnelle de la gestuelle thérapeutique de l'auteure. Ainsi lorsqu'elle raconte comment, dans une régression, le client dans les bras de sa thérapeute s'est mis à sucer, elle lui a alors donné son doigt. Ce geste, alors qu'il pourrait faire lever les boucliers des thérapeutes de la droite, me semble un geste raffiné et gratuit pour soutenir l'aidé dans son cheminement de réappropriation.

Comme thérapeute, Michelle Webster éprouve des sentiments de sympathie, de tristesse, de peur, de colère, accompagnés de compassion, d'empathie et d'amour. Ce sont ces sentiments qui l'ont inspirée pour vivre une expérience émotionnelle par l'entremise de l'expérience du toucher, pour faciliter l'accès à la mémoire et à la conscience et permettre au client de se réapproprier les expériences antérieures difficiles dans un cadre d'acceptation et de valorisation.

En faisant l'expérience du toucher de leur thérapeute, les clients ont eu la possibilité d'exprimer ce que cela signifiait pour eux et ce que l'expérience leur avait apporté. Leurs commentaires portaient sur les différents comportements de la thérapeute; ils faisaient état d'un comportement non sexuel apportant sécurité et acceptation. En même temps, ils se sont sentis aimés et nourris et de ce fait, ils ont pu s'abandonner à l'expérience. Ils ont lâché prise et donc accepté d'être en état de vulnérabilité avec la thérapeute parce celle-ci avait une attitude chaleureuse, douce et aimante avec eux. Plusieurs ont parlé en termes d'un paradigme maternel - l'expérience

d'être materné pour régresser dans l'enfance.

*« In each scenario, I took care of them as they encountered their pain. I treated them as they were in the experience: young, hurting and without defence or protection. When the episode was finished, I helped them become more adult-like so that they could process the experience and understand what had happened. » (146)*

Il a toujours été clair que le comportement de la thérapeute n'était pas sexuel. En plus de se sentir en possession d'elle-même, elle était à l'affût de ses sentiments, de ses émotions, scrutant ses réactions.

Le septième et dernier chapitre apporte les conclusions de la thèse. Il comporte deux aspects : des découvertes et des points de repère. L'auteure considère que le toucher est une forme intense de contact physique à l'intérieur de la thérapie centrée sur les émotions (Emotionally Focused Therapy - EFT). C'est le chapitre le plus global; c'est le plénier, le summum de tout le livre puisque l'auteure reprend les points qui ont contribué à la recherche. Et toujours la revue de littérature soutient ce qui est résumé. L'expérience a été positive. La majorité des clients ont exprimé leur satisfaction dans leurs commentaires tandis que d'autres se sont sentis nostalgiques, vulnérables et peïnés par le processus d'avoir à se rappeler les régressions lors de situations difficiles et pénibles, l'impact du contact physique et le regret de ne plus être étreints. Tous les commentaires sont touchants. Ces commentaires sont d'ailleurs d'une part la force du livre et d'autre part son originalité. Peu de clients nous livrent les étapes de leur cheminement, leurs impressions, leurs réactions corporelles et leur ressenti face au travail que nous faisons avec eux. Mais la vraie force, c'est l'élan courageux de Michelle Webster, la passion, la fidélité sans préjugé, la générosité, dans un « paradigme maternel », le fait d'oser toucher dans

un processus de compassion soutenue pour initier et soutenir une démarche de thérapie dans les méandres de la régression de l'enfance à la petite enfance pour arriver à l'appropriation du soi par le soi adulte.

Dans la thérapie centrée sur les émotions (EFT), les clients sont invités à se centrer sur leurs émotions, leurs réactions pour leur donner un sens, une direction dans une croissance dans l'ici et maintenant. Les réactions sont exprimées sous formes de sensations corporelles ou de sentiments. Ces réactions sont les premiers signes qui témoignent de la manière dont la vie est organisée en chacun d'eux. L'accompagnement, lorsque l'expérience est revisitée dans la régression, est explicité et cela nous renseigne beaucoup. L'auteur poursuit en apportant des points de repère additionnels pour cette psychothérapie. Ce qui se passe dans le lien thérapeute client est l'essence de la thérapie. « La relation, c'est la thérapie<sup>4</sup> ».

En acceptant la régression jusqu'à la dépendance, en recevant la nature symbolique de la dépendance, les thérapeutes peuvent offrir une expérience d'accompagnement maternel, qui permet au client de se sentir suffisamment en confiance et en sécurité pour s'abandonner à la découverte de son « soi » pour l'approprier et se l'approprier.

Somme toute, ce livre est une excellente contribution au monde de la réflexion et de la recherche en psychothérapie. Il nous apporte un grand questionnement sur notre pratique. Par contre, il nous faut prendre note que, dans cette analyse phénoménologique, les neuf clients ont choisi de participer à la cueillette de données. Aussi l'auteure mentionne que cette façon de faire de la thérapie est devenue sienne, mais elle ne signale pas combien d'autres clients ont été impliqués. Est-ce que l'accompagnement a besoin d'une aussi grande proximité physique? Une présence

accueillante, douce, chaleureuse, compatissante ne supporte-t-elle pas la même introspection, la même libération, la même appropriation? Pour ces clients très atteints, Anxieu (1984) prétend qu'ils sont incapables de se servir des mots pour évoluer dans leur démarche mais qu'une communication par le toucher pourrait les rejoindre pour amorcer une recherche d'être. Peut-être que dans la régression, l'expérience revisitée de cette façon laisse le client moins longtemps dans la souffrance...

En terminant, il nous appert important de noter le professionnalisme, la rigueur et l'intégrité de Michelle Webster, son grand désir d'aider ses clients à apprivoiser leur vie et à se l'approprier. Une femme passionnée avec une fidélité sans préjugés lui permettant de travailler en profondeur avec des clients atteints et fragilisés. Sa recherche intérieure est constante, elle reste en contact avec elle-même et profite de supervisions suivies. Elle a fait preuve de beaucoup de courage pour s'aventurer dans un chemin peu parcouru : un bon toucher thérapeutique produisant un bon résultat. D'ailleurs les clients témoignent d'une façon très explicite et positive du contact physique et de l'aide reçue.

Il nous faut conclure en disant comme Leslie Greenberg que ce livre nous renseigne beaucoup. C'est certain qu'il faut être très confortable avec soi-même pour travailler ainsi. Qui sait? De par sa gestuelle thérapeutique, Michelle Webster ouvre-t-elle une voie plus respectueuse de tout l'être, en nous offrant une autre façon de faire de la thérapie? Toucher et parler ne sont-ils pas les premiers balbutiements des humains ainsi que leurs besoins originels?

<sup>1</sup> OCFI - Ottawa Couple and Family Institute

<sup>2</sup> UQAT, Marchand (1990-1995)

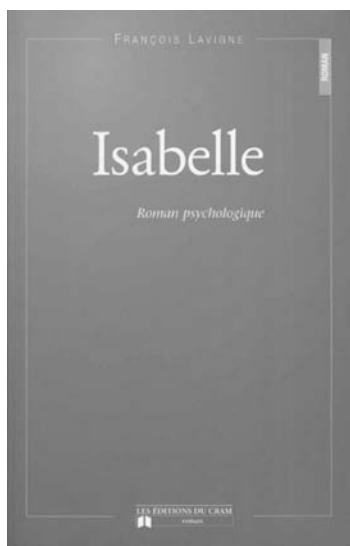
<sup>3</sup> L'auteur nous laisse en appendice l'arborescence dont elle s'est servie avec le logiciel Nudist en analyse de contenu pour expliciter l'expérience, les effets, le sens et le processus des effets de son toucher sur ses clients.

a) NUDIST = Non Numerical Unstructured Data Indexing Searching & Theorizing.

b) Logiciel employé en recherche qualitative. (Computer Aided Data Analysis- CAQDA)

<sup>4</sup> Michael Kahn (1991)

### J'ai lu pour vous



Par Nicole Racine-Lazure, TCF.  
MFT

*ISABELLE* roman psychologique  
Par François Lavigne  
Les éditions du CRAM. Montréal,  
235 p.

Un premier roman passionnant, d'une grande beauté, d'une grande ouverture. Écrit dans un français châtié, finement travaillé avec un vocabulaire recherché dans une compréhension profonde de la psychologie humaine, François Lavigne, dans une grande sensibilité, nous amène dans un suspense de vague en vague, de femme en femme. Le style est trépidant, des phrases longues mais beaucoup de petites phrases courtes qui se succèdent ajoutant l'engouement, au mouvement perpétuel dans le cerveau de cette petite fille, de ces femmes. Pénétrer la fragmentation de la personnalité dans un roman était un défi de taille que l'auteur a bien relevé. En lisant le livre, le lecteur cherche la trame en ramas-

sant les morceaux d'un casse-tête finement organisé de personnalités multiples. S'ajoute le plaisir de suivre l'auteur dans les méandres du roman.

Un roman psychologique, oui, déconcertant mais aussi un roman érotique où se retrouvent les notions intégrées au fil des années de l'expérience de l'auteur.

Un érotisme féminin : « *La rose était tout éclose et ses pétales dégagés perlaient de fines gouttelettes. Une seule corolle dominait le kaléidoscope. Plus bas, la grotte onctueuse versait son nectar odorant. La fleur était passée du rose au rouge, puis de l'orangé au violet et enfin au pourpre.* » (27)

Un érotisme masculin : « *Une chandelle éclairait le dos d'Ali. D'érotiques zones d'ombres dansaient, lancinantes, le long de sa colonne plongeant entre les fesses...* » (64)

On note aussi la description invitante au voyage. La Turquie, Istanbul, le hammam. On sent presque l'odeur du café à Paris, le bleu du Bosphore, la beauté des paysages visités. « *Ciel et mer s'embrassaient et se confondaient presque. Seule une fine ligne plus claire et plus brillante marquait l'horizon.* » (29) François Lavigne a cette façon sensible d'imaginer, de visualiser et de décrire. Il est en contact avec les images qui voltigent sur son écran mental. Il en va aussi de la description des corps et des vêtements. (37) On remarque aussi la beauté et le raffinement du détail. (16, 37, 64, 109)

Dans son premier chapitre, il introduit le personnage de son roman, une petite fille, sans nom, une sensibilité dévoilant le nœud du suspense, elle « *caressait la peau verte de la grenouille en répétant : -Pardon grenouille... je n'ai pas voulu*

*te faire mal. Ne meurs pas grenouille, s'il te plaît. Je vais te faire un lac juste pour toi.* » Un thème rédempteur de la maladie mentale.

Les chapitres se succèdent et nous amènent à rencontrer plusieurs femmes bien différentes... Où vont-elles ? Comment le livre va-t-il les rassembler dans une histoire comme si elles allaient se croiser, faire connaissance, partager une rencontre? Mais non, ce n'est pas ce qui arrive. La rencontre est toute différente. Se rencontrer comme soi, dans toutes ses facettes, l'ontologie, un thème bien exploité.

Le roman se déroule lors de déplacements de voyages, et la description des endroits reflète bien le sentiment du déjà-vu par l'auteur. Mais s'ajoute aussi un voyage de l'intérieur, cet univers de l'intériorité où les blessures psychiques dévoilent une haute fragmentation du psychisme. L'auteur nous donne accès à la fragilité de l'enfance de « Marie » qui, à la pensée de sa mère évoque une panique, un tremblement, la peur d'avoir mal et d'être enfermée encore. (14)

L'auteur apporte une très belle explication du traumatisme : des troubles dissociatifs de l'identité :

« *Il y a, de toute évidence, eu un traumatisme vers l'âge de trois ans et demi, moment des premières scissions psychiques. Il n'y a que la personnalité originale qui pourra en témoigner. Nathalie ne m'apparaît que comme la mémoire des différentes personnalités. Il faudra éventuellement entreprendre la thérapie de ces petites filles. Elles nous révéleront certainement la personne première, la personnalité initiale.* » (215)

Les personnalités : Emma, « *belle à faire tomber mais coriace* », « *la continuation adulte d'Emma*

(237), *peu de potentiel d'intériorisation* »); Marie « *façade sociale, (212) bonne fille, correcte, appliquée, aimante* » (213); Nathalie, Jessica, 19 ans, « *protectrice de Marie, quand l'une est là, l'autre disparaît* » (213), « *à la voix rauque* » (235); « *la voix sensuelle d'Emmanuelle* » (235); Sandrine « *se fond* » (241), « *plus de sentiments* » (238); Sandra, « *la petite qui a peur, qui ne parle pas* » (214) et Arthur, « *... à barre du voilier...* » (242). Isabelle est la personnalité unificatrice. « *Maman, tu te trompes. Je m'appelle Isabelle.* » (243); « *... avait accepté en profondeur son état de « multiple »* » (239).

La thérapie avec la thérapeute, Evelyne Delorme, est peu expliquée au niveau du « comment ». Le lecteur trouvera des similitudes avec la thérapie de la psychologue Lynn Wilson. Les voix (205) sont des indicateurs de la possibilité de psychose ; «...ne semblaient pas signer un processus psychotique. Les voix ressemblaient davantage à des dialogues intérieurs. »

La chronologie d'une thérapie face à face est télescopée pour les besoins du roman. Elle consulte Evelyne le 17 août (216) « Le temps des fêtes arriva » (221) « ... tout l'hiver... une bonne partie du printemps... » (223); « Juin arrivait (224); « ... Noël et le Jour de l'An... » (231); « ... Pâques... » (232); « L'été n'avait pas permis à Evelyne beaucoup de repos. » (223); « Septembre avait été magnifique. » (234); « ... janvier... » (239); « ... février... mars... » (240); « ... Pâques... » (242); « Au début de juin... » (244); « qu'après un mois d'août... » (244); FIN « avec l'arrivée de l'automne... » (244) ; On compte à peine deux ans et demi pour une thérapie aussi compliquée.

Un voyage dans le monde des émotions, de l'intériorité apprivoisée (29, 31, 61). « L'angoisse pressurait son corps... » (120), « oscillant entre l'angoisse et la panique » (201); la colère : « Comme si quelqu'un à l'intérieur d'elle-même n'avait plus été le gardien de cette colère inexistante dans ses souve-

nirs » (201); l'envie de mourir, l'appât du suicide (201) et bien sûr la blessure dans l'attachement due au rejet de la mère.

La résistance est peu abordée si ce n'est « Sous le choc, Marie rejeta tout d'emblée. » (211) Quand ce qui se passe en soi est peu touché, veut-on vraiment se mettre à sentir, à être mal, à se mettre à souffrir, à éprouver de la douleur d'être? « ...la guerre civile entre Marie et Jessica... » (229).

Le lien thérapeutique est bien signé. « Evelyne Delorme... une femme chaleureuse et décontractée » (205). « Elle aimait bien cette femme sympathique » (206).

Le transfert n'est pas abordé comme tel mais il est constamment présent dans la relation thérapeute/client. Le couple thérapeutique (Evelyne et son mari) se pose comme surface transférentielle.

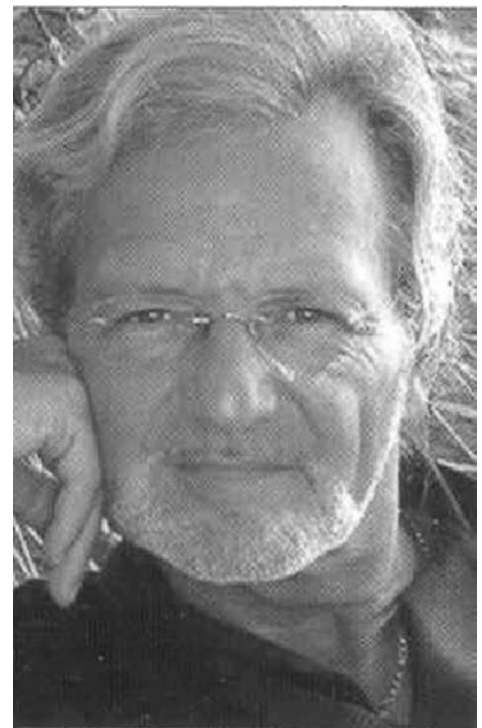
Par contre il est peu mention de la souffrance de vivre ainsi fragmentée. On mentionne la colère, l'angoisse mais les mots pour relever les émotions et signifier l'intolérable ou l'irrecevable ne sont pas tous au rendez-vous. Il doit bien y avoir une certaine agitation intérieure. L'auteur se sert de Sandra pour expliciter ceci : « Sandra était née pour calmer toutes ces douleurs insupportables. Elle avait développé une résistance à la douleur » (209); « Marie avait souri et avait répliqué en signalant les souffrances angoissantes qu'une telle complexité générait » (218); « Ce Moi, si morcelé, qui provoquait toute l'angoisse de Marie » (232).

Un roman d'une grande profondeur, un voyage dans les divers états psychiques que sont les personnalités multiples, une fragmentation de la psyché pour survivre aux blessures de l'enfance.

François Lavigne nous livre une connaissance psychopathologique de la complexité de Marie, Emma, Nathalie, Jessica, Emmanuelle, Sandrine, Sandra, Arthur, Isabelle.

Que de chemins pour arriver à coïncider avec soi-même, avec Isabelle la personnalité unificatrice.

N'est-ce pas le défi de tout être humain, apprivoiser sa vie, pour s'apprendre, pour devenir un être unifié - un processus jamais fait, toujours à reprendre... En plus du plaisir de parcourir ce roman déroutant, exaltant, mais combien profond, ce livre pourrait être une incitation thérapeutique à ce chemin si difficile du processus de s'apprendre pour coïncider avec soi-même...



François Lavigne, homme d'une grande profondeur, est psychothérapeute, spécialisé en psychologie clinique, professeur de psychopathologie descriptive et formateur. Retiré sous le soleil des tropiques après une carrière variée et très active, il se consacre aux voyages, à l'espagnol et à l'écriture romanesque.

# Ça bouge !

## Lancement du site Web de l'ASQ

### Site Web de l'ASQ : [www.associationdessexologues.com](http://www.associationdessexologues.com)

Le 29 janvier dernier, avait lieu le lancement du nouveau site Web de l'ASQ. Pour l'occasion, les bénévoles de l'ASQ ont organisé un 5 à 7 pour informer les membres des différentes composantes du site Web. Le site comporte deux sections distinctes. Une première section « grand public » pour informer la population des services offerts par les professionnels de la sexologie clinique ainsi que par l'Association des sexologues du Québec. On y retrouve, en page d'accueil, un moteur de recherche, des articles de nos sexologues, un historique de l'ASQ, des documents expliquant les buts ainsi que les origines de la sexologie au Québec, des archives, de l'information destinée aux consommateurs ainsi que des données sur le protocole disciplinaire, un formulaire de signalement à télécharger, le programme de perfectionnement, etc. Naturellement, sur la page d'accueil, nous désirons privilégier des articles à contenu scientifique. Les sexologues de toutes orientations sont priés de communiquer avec la permanence s'ils désirent être publiés sur cette page du site de l'ASQ.

La deuxième section du site est réservée exclusivement aux membres pour les informer des dernières nouvelles au sein de l'Association. Il y a une Agora afin de favoriser les forums de discussion sur les différentes approches. Nous espérons éventuellement y inclure des formulaires d'évaluation clinique pour faciliter la prise de notes dans les dossiers-clients. Le site Web a été conçu pour devenir un outil de travail incontournable pour les cliniciens. Il est en plein développement et le comité de planification stratégique est à mettre sur pied la 4<sup>ème</sup> phase de développement du site qui s'échelonnera de mai 2007 à décembre 2008.

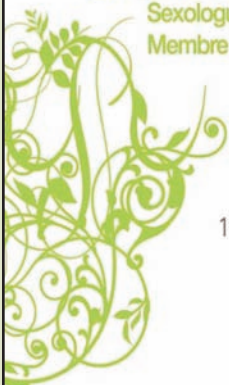
Une quarantaine de personnes ont fait honneur à la soirée du lancement et sont venues fêter le 29<sup>ème</sup> anniversaire de l'ASQ avec leurs pairs. Un buffet a été servi et de nombreux prix de présence ont été tirés pour remercier les bénévoles de l'ASQ et laisser un souvenir impérissable de cette soirée. Nous remercions les membres pour leur participation ainsi que les consultants de la firme Philippe Dufresne.com, qui ont pris plaisir à présenter le site et à répondre aux nombreuses questions de nos invités sur l'activation de leur fiche personnelle sur le site de l'ASQ.



Au cours de la soirée, Monsieur Philippe Dufresne, concepteur du site Web, prend un réel plaisir répondre aux questions de Madame Florence Bois et de plusieurs autres membres.

**Julie Côté Rousseau, M.A.**

Sexologue clinicienne, sexoanalyste et psychothérapeute  
Membre de l'ASQ et de la CPMDQ



1425, boul. René-Lévesque Ouest, bureau 707  
Montréal, Québec, H3G 1T7  
T. 514.704.9861

Métro Lucien-Lallier   
Métro Guy-Concordia

**Cécile M. Barcelo**

Sexologue clinicienne et psychothérapeute  
Approche humaniste gestaltiste

Membre de ASQ

Thérapie individuelle et de couple

Tél. : 514 995-5694 Tél. : 450 656-8023

Rive-Sud : 239 rue Green, #202, Saint Lambert, Qc. H2J 1G2  
Montréal : 803 rue Laurier, Est. Bur 1. Montréal, Qc. J4P 1S9

**Éclairiez votre vie affective!**  
Consultation individuelle-couple

Approche personnalisée

**DOMINIQUE THEMENS**

Sexologue-psychothérapeute

Clinique Médicale Mont-Carmel

Tél. : 514 526-1738

Membre de ASQ

**Carmen Cadorette B.A.**

Sexologue

Estime de soi, image corporelle  
ateliers et relation d'aide

Tél. : 514 727-7483

[Carmen.cadorette@hotmail.com](mailto:Carmen.cadorette@hotmail.com)

Membre du Regroupement Professionnel des Sexologues du Québec

**Denyse Cusson**

Sexologue criminologue  
psychothérapeute

Membre de l'ASQ

Personnes abusées dans l'enfance  
Difficulté orgasmique

4705, Roslyn  
Montréal (Québec) H3W 2L3

Métro Snowdon

Tél. : 514 488-1982

Cell. : 514 963-8483

[denysecusson@videotron.ca](mailto:denysecusson@videotron.ca)

Thérapie individuelle  
Thérapie de couple

**Mylène Desrosiers, M.A.**  
Sexologue clinicienne et psychothérapeute

514-238-5849

600 Sherbrooke Est  
Montréal

370 Nobert  
Longueuil



Membre de l'Association des  
sexologues du Québec

**Ron Vaillancourt**

Directeur général/General Manager

[www.shunga.com](http://www.shunga.com)

Tél. : 514 385-0868, poste 32

Télé. : 514 385-0957



**Association des  
sexologues du  
Québec**