

SEXOLOGIE *actuelle*

Présentation

Mot du président 3

DOSSIER :

Le protocole à cas unique

*par Claudine Parent t.s. et
Madeleine Beaudry t.s.*

4

Articles

Le mentorat 3

Sondage : sexothérapie et Viagra™ 8

Communiqué 14

Chroniques

Bibliophile 15

Ce qui se passe à l'ASQ 12

En vrac 12

Et puis qu'est-ce qui se passe
avec l'incorporation? 13

Résolutions 11

Vu, lu, entendu 15

DOSSIER

Une méthode d'évaluation à découvrir ou à redécouvrir :

Le protocole à cas unique

POLITIQUE ÉDITORIALE

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

Présentation des textes pour la revue

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

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

Critères d'évaluation

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

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

Acceptation du manuscrit

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

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

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

DATE DE TOMBÉE

Chroniques, textes, publicité
16 août 2002

PARUTION

15 octobre 2002

SEXOLOGIE *actuelle*



association
des sexologues
du Québec

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

volume X, numéro 3

janvier 2002

Couverture

Graphisme et mise en page: Josée Robitaille, *Griffe* PME

Entrée des textes: Carole Tremblay

Rédactrice en chef: Chantal Poirier

CONSEIL D'ADMINISTRATION 2001-2002

Président: François Blanchette

Vice-présidente: Louise Aubertin

Secrétaire-exécutif: Normande Couture

Trésorière: Sylvie Modérie

Conseillère: Louise Morin

Conseillère: Renée Pichette

Conseiller: Mario Larivée-Côté

Représentant du public: Mario Dusseault

Représentante du public: Marie-Claude Raymond

Représentante des membres en formation: Chantal Turcotte

Directrice générale: Sylviane Larose

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

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

Tarifs publicitaires

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

1/8 page (carte d'aff.) • 40\$

• Réduction de 50% aux membres de l'ASQ

Autres tarifs: téléphoner au (514) 270-9289

ABONNEMENTS: Gratuit pour les membres de l'ASQ

Non-membres • 20\$/an

Institutions • 25\$/an

© Association des sexologues du Québec MMII

DÉPÔTS LÉGAUX:

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISSN 1192-3814

TIRAGE: 300 exemplaires.

Mot du président

François Blanchette, M.A.

Dans nos efforts continuels et soutenus, autant comme Association qu'individuellement comme professionnel, afin d'assurer notre visibilité, nous pouvons dire, sans risque de trop se tromper, que nous avons marqué de grands succès. Depuis quelques temps, nos membres sont présents dans plusieurs émissions télévisées ou radiophoniques et collaborent ou écrivent des articles pour la presse écrite. Notre expertise spécifique en sexologie clinique est de plus en plus reconnue et en demande.

Cependant, il y a des événements médiatiques particuliers qui sont, disons-le, moins agréables. Je réfère ici à cette nouvelle, parue il y a quelques semaines, à propos d'un individu se présentant comme sexologue qui avait été condamné et accusé à nouveau d'agressions sexuelles sur des personnes sous sa responsabilité. Je tiens à souligner immédiatement que cet individu N'EST PAS membre de l'Association des Sexologues du Québec.

Le jour où la nouvelle est sortie, nous avons une réunion du conseil d'administration. Il va sans dire que cette nouvelle a eu l'effet d'une bombe

et que l'ordre du jour prévu pour la réunion a été mis de côté. Il nous fallait réagir... et réagir vite. C'est ce que nous avons fait. Les médias ont été contactés (TVA-LCN, TQS, SRC-RDI) pour faire connaître notre position comme Association. Nous sommes aussi entrés en contact avec l'Office des professions du Québec et le Recteur de l'Université du Québec à Montréal. Nous avons transmis un communiqué sur le fil de presse (tous les médias y ont accès). Nous avons même eu une entrevue télévisée aux nouvelles de SRC-RDI.

Puis l'affaire est disparue des médias. Certains de nos membres ont été déçus du traitement de cette nouvelle par les médias. Malheureusement, si de notre point de vue, cette nouvelle est d'une importance capitale, pour les médias, c'est un fait divers comme un autre (quelques fois nommés dans le métier «les chiens écrasés»).

Cette situation terrible pour les victimes soulève un aspect déontologique et disciplinaire qui m'amène à aborder un sujet qui, cette fois, touche nos membres.

Depuis quelques temps, le comité d'aide à la pratique a remplacé le comité de discipline. Il arrive, quelques

fois, que certains de nos membres doivent être contactés par la représentante du comité d'aide à la pratique. Ce contact s'effectue soit à la suite de plaintes reçues à l'Association ou pour des précisions demandées quant à la pratique.

Bien que ce ne soit pas le genre d'appel que l'on aime recevoir, l'attitude de certains de nos membres est, à tout le moins, navrante et même presque outrageante. La représentante du comité doit quelques fois faire face à des commentaires du type : «pour qui tu te prends», «de quel droit tu m'appelles», «t'as pas d'affaires à me dire quoi faire». La liste s'allonge *ad nauseam*. Remarquez aussi le ton cavalier de ces remarques.

Je tiens à souligner que la représentante du comité d'aide à la pratique n'agit pas en son nom personnel, par frivolité ou par amusement. Elle agit au nom de tous les membres de l'Association qui ont décidé de mettre sur pied un tel comité. Elle a accepté de prendre ce dossier ingrat et difficile au nom des autres membres de l'ASQ. Il serait important de ne pas l'oublier.



Le mentorat

Sylviane Larose M.A.

Directrice générale

Il y a bientôt deux ans, l'Association des sexologues du Québec mettait sur pied un programme de mentorat. Quelques nouveaux gradués en ont profité, mais les mentors se font peu nombreux et les demandes augmentent.

Nous avons donc besoin d'un plus grand nombre de sexologues d'expérience pour s'impliquer dans ce programme.

Qu'en est-il au juste?

Le mentorat n'est pas de la supervision ! Drôle de façon de définir quelque chose par ce qu'il n'est pas, mais important

tout de même puisque de nombreuses personnes craignent de finir par faire de la supervision gratuite...

En fait, être mentor veut dire être prêt à supporter, à aider, à conseiller, à guider ou à orienter un sexologue qui débute dans le domaine pour l'aider à bien démarrer dans la profession et développer une clientèle ! Le mentor partage son savoir et ses connaissances avec le jeune professionnel qui ressent le besoin de discuter de ses projets professionnels.

La relève doit pouvoir faire sa marque et prendre sa place. Souvent, démarrer est une phase difficile et inquiétante. Le support d'un autre professionnel d'expérience peut faire toute la différence entre y arriver et se décourager.

Cette aide et ce support peuvent prendre plusieurs formes (rencontres, appels téléphoniques que ce soit de façon occasionnelle ou régulière). L'objectif est d'aider le nouveau gradué à démarrer, de le soutenir dans une démarche nouvelle, par exemple écrire des articles, faire des présentations, développer son image professionnelle, prendre de nouvelles stratégies marketing, etc.

C'est d'autant plus important de voir à la relève depuis que l'on sait que plusieurs membres de l'ASQ approchent de la retraite et cela d'ici quelques années.

Le mentorat, une façon d'assurer l'avenir de la profession en partageant votre expérience !

Une méthode d'évaluation à découvrir ou à redécouvrir

Le protocole à cas unique

Cet article est tiré de la revue *Intervention*, Revue de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec. Évaluation de programmes et d'interventions psychosociales, Numéro 113, Printemps-été 2001, pp 5 à 14.

Nous croyons qu'il est d'un grand intérêt pour tous ceux et celles qui désirent évaluer leur intervention. Un modèle qui peut s'adapter à la pratique des sexologues cliniciens.

**Claudine Parent
Madeleine Beaudry**

Claudine Parent t.s. est étudiante au doctorat en service social à Université Laval

Madeleine Beaudry, t.s. est professeure et chercheure à École de service social, Université Laval

Single case protocol as an evaluation device to measure intervention outcome is not widely used among investigators and social workers. This is mainly due to the fact that this methodology is misunderstood. This article, while placing single case protocol into its proper historical perspective, describes the components of this experimental device and highlights the specific strategies underlying its use. The authors hope both social workers and investigators will gain a better understanding of it and thus increase its use in the evaluation process of social work practice ¹

¹ Les auteurs tiennent à remercier chaleureusement Madame France Nadeau, M. Serv. Soc., pour le résumé de cet article.

Introduction

En 1949, lors d'une rencontre historique entre des intervenants de diverses disciplines (psychologie, psychiatrie, service social) à Boulder au Colorado, des participants suggèrent cette définition de la psychothérapie: «La psychothérapie est une technique non définie, appliquée à des problèmes non précisés et qui a des résultats imprévisibles. Pour appliquer cette technique, on recommande une formation rigoureuse» (Raimy, 1950, traduction libre: 93). De manière bien sarcastique, cette citation illustre à quel point la recherche était absente de l'intervention à cette époque. En effet, même si la recherche a toujours été importante pour la construction d'une base de connaissances en service social, elle est longtemps demeurée en périphérie de la profession, surtout en ce qui concerne l'intervention. Traditionnellement, le service social met l'accent sur le développement de techniques d'intervention efficaces et puise dans d'autres disciplines (psychologie, psychiatrie, sociologie) les connaissances qui lui permettent d'orienter sa pratique. Il faut avouer que cette manière de procéder favorise peu l'intégration de la recherche dans la pratique quotidienne des travailleurs sociaux.

Avec le temps, l'écart entre la recherche et la pratique finit par créer un certain inconfort dans la profession. Ce malaise se traduit par une augmentation du besoin de dire ce que l'on fait, pour qui on le fait, quand on le

fait, pourquoi on le fait et quels en sont les impacts. Les travailleurs sociaux prennent conscience de l'imputabilité de leurs interventions. Beaudoin (1992) parle de leur obligation de rendre compte aux clients et à la communauté des effets de leurs interventions. Ainsi que de leur engagement à faire tout en leur pouvoir pour donner des services efficaces et pour démontrer et mieux appuyer la valeur de ce qu'ils font dans l'intervention. Parallèlement à ces considérations éthiques, l'augmentation de la compétition entre les professions d'aide et la baisse des ressources incitent les instances publiques à demander que la profession démontre mieux l'efficacité de ses interventions.

C'est dans cette conjoncture particulière que le service social réalise l'urgence de renforcer la légitimité de ses activités. La profession met alors beaucoup d'efforts pour tisser des liens entre les milieux de la recherche et de la pratique. L'apparition d'expressions telles que «recherche-action», «praticien-chercheur» et «partenariat» témoigne du travail de rapprochement qui s'est effectué au cours des années. Toutefois, l'intégration systématique de la recherche dans la pratique quotidienne du service social reste encore une exception. Une des avenues susceptibles de favoriser une meilleure intégration de ces deux univers est l'utilisation des *single case*, c'est-à-dire des protocoles à cas unique. Tout en situant le protocole à cas unique dans une perspective historique, cet article propose de repérer les principales caractéristiques

de ce devis expérimental et de présenter quelques stratégies particulières à cette méthodologie. Le but est d'en faciliter la compréhension afin que les travailleurs sociaux et les chercheurs puissent l'utiliser davantage dans l'évaluation des interventions.

L'origine des protocoles à cas unique

Historiquement, la méthode du protocole à cas unique se développe dans la recherche clinique. Elle est utilisée pour répondre aux interrogations de ceux qui s'intéressent aux changements de comportement chez un même individu. Il n'est donc pas étonnant de retrouver ses racines dans la physiologie et la psychologie expérimentale du milieu du 19^e siècle. Parmi les plus célèbres travaux de cette période, citons *Elemente der Psychophysik* de Fechner publié en 1869. Cet ouvrage sera considéré comme le point de départ de la psychologie expérimentale. Il y a également l'expérience du physiologiste Paul Broca qui découvre le siège de la parole en 1861 et les travaux de Pavlov sur les principes d'association et d'apprentissage qui marqueront la physiologie et la psychologie du début du 20^e siècle (Hersen et Barlow, 1975). À l'aide de méthodes consistant à mesurer des changements chez un même individu, ces travaux apportent tous une contribution importante à leur domaine d'étude respectif.

Dans les années 1930, une autre méthode viendra rivaliser avec les approches à cas unique. Ainsi, les travaux de Fisher sur les inférences statistiques permettent de généraliser à toute une population des résultats obtenus à partir d'une fraction de cette population. Le modèle consiste à mettre l'accent sur la moyenne et la variabilité entre les sujets pour mesurer les changements. Les chercheurs de diverses disciplines sont totalement séduits par cette découverte. Dans ce contexte, les approches à cas unique apparaissent moins intéressantes à utiliser. Aussi, lorsque les chercheurs commencent à s'intéresser à la recherche clinique au début des années 1950, c'est la méthode du groupe de comparaison plutôt que celle des protocoles à cas unique qui est privilégiée. Dans ce fort courant statistique, il y a cependant

une exception. Toujours en vue de mesurer les changements chez un même individu, Skinner et ses étudiants travaillent au développement d'une méthode d'analyse expérimentale du comportement. Cependant, comme ses expériences portent sur des animaux, son travail n'aura pas beaucoup d'impact sur la recherche clinique, du moins à court terme (Hersen et Barlow, 1975).

Malgré le développement de ces deux méthodologies, il n'y a pas de percées importantes de l'une ou de l'autre de ces méthodes auprès des thérapeutes (Rivard et Bouchard, 1998). Durant la première moitié du 20^e siècle, les thérapeutes qui veulent faire part de leurs résultats utilisent plutôt une méthode appelée «étude de cas». Cette stratégie permet de réfléchir sur plusieurs aspects de l'intervention. Plus précisément, elle consiste à réaliser une analyse rétrospective de l'intervention afin de formuler des hypothèses pour de nouvelles recherches. C'est donc un premier pas vers une démarche réflexive.

Dans les années 1960, les gouvernements et le public commencent à s'interroger sur l'efficacité des interventions offertes par les professions d'aide. Ces interrogations contribuent à l'expansion de la recherche appliquée. L'engouement pour les statistiques est très fort à cette époque, ce qui amène l'imposition des méthodes de groupes de comparaison dans ce champ d'étude. Des critiques commencent cependant à circuler autour de l'application de cette méthode dans le domaine de la recherche appliquée. Bergin (1966) met en lumière l'une des plus importantes failles de ce modèle : comme les méthodes de comparaison intergroupe ont tendance à éliminer toutes les différences individuelles, elles peuvent évaluer qu'une intervention a un impact mitigé sur un groupe de sujets alors que pris individuellement, un sujet pourrait avoir très bien répondu au traitement, un autre pourrait montrer une résistance au traitement et un dernier pourrait n'avoir obtenu aucun résultat. D'autres critiques s'ajouteront à celle de Bergin. Par exemple, si la comparaison des moyennes permet d'offrir des résultats globaux sur les effets d'une intervention,

elle permet difficilement de découvrir quels aspects de l'intervention produisent tels changements sur tels types d'individus (Nelson, 1988). De plus, la méthode intergroupe, avec ses comparaisons pré et post-test, ne permet pas d'étudier le processus du changement qui s'opère tout au long de l'intervention (Ladouceur et Bégin, 1980; Hilliard, 1993). Enfin, les problèmes éthiques liés au fait qu'un groupe de contrôle ne reçoit pas le traitement et les problèmes pratiques associés à l'identification d'un nombre relativement important de participants pour une recherche sont deux autres critiques qui sont relevées par les chercheurs (Barlow et Hersen, 1984). Outre ces critiques, des cliniciens chercheurs commencent à réaliser que leurs recherches ont peu ou pas d'impact sur leur travail avec leurs clients (Hersen, 1985). En 1969, Joseph Matarazzo, professeur de psychologie médicale à l'Université d'Orégon, mentionnait lors d'une entrevue : «Même après 15 ans de recherche, peu de mes résultats influencent ma pratique. La psychologie scientifique en elle-même ne me guide pas du tout. Je lis encore avidement bien que cela ne m'apporte pas d'aide pratique directe. Mon expérience clinique est la seule chose qui m'ai aidé dans ma pratique jusqu'à maintenant» (Bergin et Strupp, 1972, traduction libre: 304). L'ensemble de ces critiques favorise le développement de nouvelles méthodes qui visent à être plus utiles aux praticiens des diverses disciplines d'aide. Des domaines de pratique comme la psychologie, l'éducation, le service social et l'éducation spécialisée s'intéresseront, entre autres, aux méthodes à cas unique.

Les principales caractéristiques des protocoles à cas unique

Les néophytes en recherche confondent souvent les protocoles à cas unique avec les méthodes communément appelées «études de cas». Il y a pourtant une différence importante entre les deux. «Les études de cas sont des compte rendus rétrospectifs faits à partir d'observations effectuées sur des individus, desquels peuvent ressortir des questions à l'origine de nouvelles recherches. Les protocoles à cas unique sont, pour leur part, planifiés par anticipation» (Wilson, 1995 :

traduction libre : 70). Par ailleurs, quand on parle de protocoles à cas unique, l'image qui apparaît est souvent associée à la taille de l'échantillon, c'est-à-dire un seul sujet à l'étude. Dans une perspective de groupes de comparaison, il est évident que ce nombre est insuffisant. Pour certains, il est difficile d'envisager la méthode du protocole à cas unique en dehors de cette perspective. Hilliard (1993) croit que c'est une erreur liée à un manque de connaissances qui empêche d'apprécier adéquatement cette méthode. Pour pallier cette lacune, l'auteur propose de définir le protocole à cas unique comme «une sous-classe de la recherche intrasujet où on évite de faire la moyenne d'un ensemble de cas et où la généralisation des résultats est abordée à travers une répétition basée sur le cas par cas» (Hilliard, 1993, traduction libre : 373-374). Dans cette optique, la principale caractéristique des protocoles à cas unique est « de mettre l'accent sur la variation intrasujet dans le temps et d'essayer de comprendre cette variation en fonction de la variation dans le temps des autres variables intrasujets ou en fonction de la variation des variables entre les sujets» (traduction libre : 364).

Bien que les protocoles à cas unique puissent s'appliquer autant en recherche fondamentale qu'en recherche appliquée, il reste qu'ils sont particulièrement bien adaptés pour la recherche clinique. Il est souvent difficile, voir impossible, pour un intervenant de recruter plusieurs sujets avec des difficultés similaires afin de mesurer l'efficacité de son intervention. L'utilisation des protocoles à cas unique élimine cette difficulté et permet d'accéder à des informations qui autrement resteraient sans écho. (Ladouceur et Bégin, 1980).

En recherche appliquée, l'accent est mis sur un phénomène cible (pensée, comportements, réactions physiques, sentiments) et sur la manière dont il change le temps. Pour mesurer les changements, le chercheur compare le phénomène ciblé chez un sujet avant l'introduction de l'intervention et lors de l'introduction de l'intervention (Nelson, 1988). Étant donné que des éléments autres que l'intervention

peuvent jouer sur les changements observés, le chercheur porte une attention toute spéciale aux sources de variation du phénomène ciblé ou à ce qu'on appelle la variabilité intrasujet. Ces sources de variation sont des menaces à la validité interne et peuvent être de nature biologique, cognitive ou environnementale. Il est très important de tenir compte de ces variables car elles peuvent avoir une influence importante sur les résultats d'une intervention. Ainsi, si l'état d'un client déprimé se détériore, il est possible que ce ne soit pas un effet de l'intervention, mais que cette rechute soit causée par une récente perte d'emploi. Plus l'évaluateur aura de contrôle sur l'environnement du sujet, plus il aura la chance d'identifier les sources de variation intrasujet (Hersne, 1985).

Il existe une autre source de variation dans les protocoles à cas unique. La variabilité intersujet représente les différences qui apparaissent entre les réponses des sujets qui participent à un même type d'intervention. Si cette caractéristique est un grave problème dans l'interprétation des résultats lorsqu'on compare des moyennes, avec la méthode à cas unique elle peut servir soit à raffiner une intervention, soit à mieux définir ses limites (Hersen et Barlow, 1975; Hersen, 1985). Pouvoir dire qu'un certain type d'intervention est efficace pour traiter la dépression, mais que cette intervention a des résultats mitigés lorsqu'elle est offerte à des clients qui subissent des dépressions à répétition est de la plus haute importance pour les milieux de la pratique. Même si un groupe de participants dont c'est la première dépression peut être comparé avec un groupe de participants qui a déjà connu plusieurs épisodes dépressifs, il reste que ce n'est pas toujours possible de vérifier ainsi les effets d'une intervention. La méthode des protocoles à cas unique semble mieux adaptée pour vérifier ce genre de distinction.

Les mesures répétées

Pour examiner les sources de variation intrasujet et intersujet, l'outil par excellence s'avère être les mesures répétées. Ces mesures permettent un examen minutieux des changements. Le phénomène cible (variable

dépendante) est observé de manière continue, souvent quotidiennement, avant l'intervention (variable indépendante), pendant l'intervention et, idéalement, après l'intervention. La durée, la fréquence ou l'intensité du phénomène peuvent être examinées à l'aide de questionnaires standardisés. Bien qu'il faille rester vigilant car leur répétition intensive peut les rendre moins fiables. Les autoenregistrements sont de loin les outils les plus populaires pour étudier les phénomènes (par exemple : nombre de cigarettes durant une certaine période; évaluation du bien-être sur un échelle de 0 à 100) (Rivard et Bouchard, 1998). Tout comme dans le cas des questionnaires standardisés, une attention toute spéciale doit être accordée à la validité et à la fidélité des autoenregistrements. Le phénomène cible doit être clairement défini pour être observé ou mesuré à des intervalles réguliers et continus dans le temps. Chacune des données doit être recueillie à l'aide des mêmes instruments, à partir des mêmes observations, avec les mêmes consignes et dans le même environnement (Rivard et Bouchard, 1998). Malgré ces précautions, la répétition de la mesure peut finir par inciter le sujet à répondre selon les attentes de l'évaluateur plutôt qu'en fonction de sa véritable réaction. Pour contrer ce problème de validité interne, certains auteurs recommandent de mesurer les variables plus subjectives à l'aide de données qui apparaissent plus objectives (Mertens, 1998). Par exemple, la qualité des interactions entre une mère et son jeune enfant pourrait être mesurée en comptant le nombre de fois que la mère entre directement en contact avec son enfant (nombre de fois qu'elle le caresse, qu'elle chante avec lui, qu'elle lui tend les bras, etc.). D'autres suggèrent plutôt de combiner des mesures subjectives à des mesures objectives. Pour Hersen (1985), même si un intervention a clairement démontré que le client s'est amélioré (données objectives), si ce dernier ne peut l'affirmer (données subjectives), il est évident que l'intervention n'est pas un succès total.

Le niveau de base

Les mesures repérées servent à décrire le phénomène cible avant l'intervention

et à observer les changements lorsque l'intervention est introduite. La période d'observation qui précède l'implantation de l'intervention est appelée niveau de base ou phase A. Les mesures continues qui sont prises durant le niveau de base tracent un portrait du phénomène cible qui informe l'évaluateur sur ce qui se passe habituellement sans intervention. Cette fonction descriptive du niveau de base permet de vérifier la fréquence et la durée du phénomène observé. Quand l'intervention est introduite (phase B), les mesures se poursuivent au même rythme afin d'examiner les changements éventuels. Selon plusieurs auteurs, la phase B se doit d'être au moins aussi longue que la phase A (Ladouceur et Bégin, 1980; Hersen, 1985; Nelson, 1988; Kazdin, 1992; Rivard et Bouchard, 1998).

La deuxième fonction du niveau de base est la prédiction. Il doit permettre à l'observateur de prédire si le phénomène cible se détériorera, s'améliorera ou restera stable dans un avenir proche. Cette fonction est centrale dans cette forme d'évaluation puisque la prédiction est le principal critère sur lequel l'évaluateur s'appuie pour affirmer qu'il y a des changements lorsque l'intervention est introduite (Kazdin, 1992). En fait, l'évaluateur fait l'hypothèse que les données du niveau de base et celles recueillies durant l'intervention seront différentes si l'intervention est efficace. En général, les auteurs s'entendent pour dire qu'un minimum de trois observations est nécessaire pour être capable de prédire comment le phénomène se comportera dans un avenir proche (Ladouceur et Bégin, 1980; Rivard et Bouchard, 1998).

Le sujet (ou l'observateur) est toujours fortement encouragé à noter régulièrement les données du niveau de base. Par contre, il est préférable que le sujet n'ait pas de mesure pour un intervalle donné plutôt que d'avoir une observation approximative qu'il aura noté ultérieurement. Dans la mesure où le total des données manquantes pour le niveau de base ne dépasse pas 20% du nombre total des données, il reste plus facile de gérer des données manquantes que des données sur lesquelles on ne peut pas se fier (Nelson, 1988).

Idéalement, les données du niveau de

base sont stables afin de faciliter l'interprétation des données qui seront recueillies à la phase B. De cette manière, les progrès enregistrés à la phase B peuvent être clairement attribués à l'intervention plutôt qu'à un phénomène de maturation (menace à la validité interne). Dans ses recherches, sur les animaux, Sidman (1960) tolère un maximum de 5% de variation pour sa phase A. Dès que le degré de variation dépasse ce taux, il recommande une évaluation systématique des sources de variation avant d'introduire l'intervention. Toutefois, il est beaucoup plus difficile de se conformer à cet idéal lorsqu'on travaille auprès d'êtres humains. Avec des animaux, Sidman pouvait facilement changer les intervalles de mesure ou allonger la phase A pour chercher les sources de variation sans que personne ne se plaigne de ne pas recevoir d'intervention. Avec des sujets humains, il existe des impondérables qui obligent souvent le praticien à intervenir rapidement. L'évaluateur est alors contraint d'accepter un niveau de base plus ou moins stable sans qu'il puisse faire un examen minutieux de la variabilité (Hersen, 1985). Dans cette situation, plus grande sera la variabilité des données, plus difficile sera la prédiction d'un modèle de comportement particulier dans un avenir proche.

D'un autre côté, si une amélioration du phénomène est notée lors du niveau de base, il n'est pas plus facile de prédire qu'il y aura un changement lors de l'introduction de l'intervention. En fait, les effets de l'intervention devront être particulièrement grands pour pouvoir dépasser la projection faite à partir du niveau de base (Kazdin, 1992). Dans cette situation, certains auteurs suggèrent de différer le traitement (Ladouceur et Bégin, 1980). D'autres disent que l'intervention doit être remise en question si la pente suggère que le sujet est déjà en train de s'améliorer (Kazdin, 1992; Rivard et Bouchard, 1998). Ladouceur et Bégin (1980) expliquent qu'un individu peut prendre conscience de l'ampleur d'un problème en notant simplement sa fréquence. Cette prise de conscience est parfois suffisante pour l'inciter à faire lui-même ce qu'il faut pour réduire ce problème. Par conséquent, l'impact d'une intervention sera plus facilement évaluée si

la tendance de la pente s'oppose aux effets anticipés par l'intervention. L'absence de tendance ou la faible variabilité d'un niveau de base favorisera également la prédiction des effets d'une intervention (Kazdin, 1992; Rivard et Bouchard, 1998). C'est dont l'un ou l'autre de ces objectifs (opposition/stabilité) que l'évaluateur visera pour le niveau de base. Aussi, même si un minimum de trois observations sont requises pour un niveau de base, la durée de ce dernier dépendra en grande partie de l'évolution du phénomène cible (Ladouceur et Bégin, 1980).

La suite de ce dossier sera
publiée dans la prochaine
parution de la revue
SEXOLOGIE *actuelle*



Sexothérapie et Viagra™

sondage mené lors de l'Assemblée générale annuelle de l'Association des sexologues du Québec du 11 mai 2001

**Michel Goulet M.A.,
Diane Brouillette M.A.,
Pierre Alarie M.D.,
Louis-Robert Frigeault M.A.**

Michel Goulet, M.A., professeur au Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal; sexologue clinicien à l'Unité de dysfonctions et de développements sexuels (U.D.S.) du C.H.U.M., campus Saint-Luc. Courriel : goulet.m@uqam.ca

Diane Brouillette, M.A., chargée de cours au Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal; sexologue clinicienne à l'Unité de dysfonctions et de développements sexuels (U.D.S.) du C.H.U.M. campus Saint-Luc. Courriel: dianebrouillette@sympatico.ca

Pierre Alarie, m.d., professeur adjoint de médecine familiale, Université de Montréal; Chef de l'Unité de dysfonctions et de développements sexuels, CHUM, campus Saint-Luc; fondateur et président de l'Association de médecine sexuelle au Québec

Louis-Robert Frigeault, M.A., professeur au Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal. Courriel : frigeault.louis-robot@uqam.ca

Contexte

Dans un premier compte-rendu, des questions relatives à notre pratique professionnelle ont été abordées. Les résultats du sondage décrits dans le premier article ont permis de mettre en lumière trois données intéressantes. Premièrement, d'ici quelques années, le pourcentage des sexologues clinicien(ne)s âgés de 59 ans et plus sera en hausse ce qui laisse présager que plusieurs sexologues approchent de la retraite. Deuxièmement, votre association professionnelle représente

une source de références qu'il ne faut pas négliger. Troisièmement, durant l'année 2000-2001, le nombre de demande de consultations a été en progression. Les nouveaux traitements médicaux offerts pour les dysfonctions érectiles ne semblent pas avoir entraîné une baisse de demande de consultations.

Le FDA (Food and Drug Administration) a approuvé l'utilisation du Viagra™ pour traiter les troubles érectiles le 27 mars 1998. Santé Canada pour sa part a accordé son autorisation en mars 1999. Le Viagra™ est le premier médicament efficace pour traiter les dysfonctions érectiles. Dans les prochaines années, plusieurs autres traitements médicaux pourront être offerts aux clients. L'impact des nouveaux traitements médicaux sur la pratique professionnelle de la sexothérapie demeure encore très peu connu. Certains sexologues clinicien(ne)s plus inquiets ont cru que la fin de la sexothérapie approchait. Selon cette conception, tous les troubles sexuels pourraient un jour être traités par un traitement médical. D'autres témoins de cette révolution qui s'amorce, croient dans la coexistence des traitements médicaux et de la sexothérapie. Enfin des sexothérapeutes ont la conviction que ces traitements médicaux viendront distraire les client(e)s de leur processus de changement.

Tous ces points de vue sont très intéressants et c'est pour cette raison que lors de l'Assemblée générale annuelle de l'Association des sexologues du Québec qui s'est tenue à Montréal le 11 mai 2001, les sexologues présents ont été invités à répondre à quelques questions qui se rapportaient au Viagra™. Nous vous présentons les réponses à ces questions.

Rappel sur la méthodologie utilisée

Le sondage a été mené le 11 mai 2001 lors d'une conférence midi qui précéda l'Assemblée générale annuelle de l'Association des sexologues du Québec. Les sexologues présents ont tous reçu un questionnaire et ils ont été invités à le compléter sur place. Aucune limite de temps n'a été imposée pour répondre aux questions. Aucun questionnaire n'a été rejeté.

Au total, 45 membres réguliers ont répondu au sondage. Cela représente un taux de réponse 84,9 % des membres présents (n = 53) à cette conférence. Ces 45 répondant(e)s correspondent à 27,1 % de tous les membres de l'ASQ inscrits au 31 mars 2001.

Puisque le présent sondage n'a pas tenté de rejoindre tous les membres de l'ASQ. Il est impossible de généraliser les résultats obtenus.

Le questionnaire comprenait des questions à choix multiples et des questions ouvertes. Certaines questions comportaient une appréciation en pourcentage.

Résultats du sondage

Première observation :
Avez-vous déjà proposé à un client d'aller voir un médecin afin qu'il obtienne une prescription de Viagra™?

Parmi les 45 sexologues clinicien(ne)s qui ont répondu au questionnaire, 51,1 % ont proposé à un client d'aller voir un médecin afin qu'il obtienne une prescription de Viagra™. Tout près de la moitié (46,7 %) des sexologues clinicien(ne)s présents n'ont pas fait cette suggestion. Les pourcentages mentionnés ci-dessous donnent une

indication de la répartition des motifs évoqués par les sexologues clinicien(ne)s pour justifier de référer leur client à un médecin. Il faut noter que les répondants pouvaient proposer plus d'un motif.

Motifs de cette référence	%
Utilisation du médicament pour une anxiété trop grande	20,0
Pour des traitements combinés	42,2
Sous la pression d'un client dans un contexte particulier (nouvelle partenaire, vacances, ...)	8,9
En cas d'échec de la thérapie sexuelle	6,7
Autres motifs	8,9

Le motif le plus souvent invoqué pour proposer à un client un traitement avec le Viagra™ semble être la possibilité d'un traitement combiné. Des sexologues clinicien(ne)s auront jugé qu'un traitement médical accompagné d'une sexothérapie était la stratégie thérapeutique la plus appropriée pour aider leur client.

L'étude de l'association de la sexothérapie avec un traitement médical et l'évaluation des approches cliniques enseignées en sexologie à l'UQAM n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation systématique. Plusieurs définitions opérationnelles sont difficiles à formuler avant d'arriver à un devis d'évaluation des approches. Qu'est-ce qu'un succès thérapeutique par exemple? Quels sont les critères de sélection des client(e)s dans une approche clinique?

Ailleurs, des chercheurs ont commencé à questionner la pertinence de la conjugaison d'un traitement médical et d'une psychothérapie. Cottraux³ (1998) citent les résultats de certaines méta-analyses qui proposent une comparaison d'études basées sur des traitements médicaux versus des études cognitivo-comportementales. Selon la problématique étudiée, les conclusions sont diversifiées. Parfois l'association des traitements médical-psychothérapie semble supérieure à un traitement médical ou à une psychothérapie. Par exemple, l'étude de Cottraux⁴ et coll. (1993) semble

démontrer que lors du suivi d'un an après l'arrêt des traitements, les patients qui ont reçu uniquement un anti-dépresseur ont plus de risque de reprendre leur traitement que ceux qui ont complété un traitement médical et psychothérapeutique ou que ceux qui ont été assignés à recevoir un placebo et une psychothérapie.

L'intégration de la sexothérapie et des traitements médicaux a fait l'objet de publications récentes (Weeks¹, 2001). Que dit cette recherche? Les sexologues clinicien(ne)s, tout en s'appuyant sur des approches théoriques reconnues, devront donc réfléchir à la possibilité de s'ouvrir à la possibilité d'offrir à leurs clients des traitements combinés.

Dans le sondage, des sexologues clinicien(ne)s ont répondu avoir discuté de la possibilité de recourir au Viagra™ dans un contexte où le client présente une anxiété qu'il n'arrive pas à gérer. Cette situation interpelle probablement plusieurs collègues qui préféreraient travailler l'état anxieux en sexothérapie. Il serait pourtant intéressant qu'un groupe de travail réfléchisse sur la question. Certains patients anxieux pourraient s'ouvrir à la possibilité de consulter un sexologue clinicien(ne) si leur médecin les informait des limites d'un traitement médical.

Deuxième observation

Quelle était la qualité des érections des clients qui prenaient du Viagra™ et qui désiraient en cesser l'utilisation?

Selon le sondage, la qualité des érections des clients qui désiraient cesser l'utilisation du Viagra™ se définissait comme suit: absence d'érection (11,1%), présence d'une érection incomplète (20,0%), présence occasionnelle de la capacité érectile (22,2%), présence de la capacité érectile seulement avec le Viagra™ (2,2%), présence de la capacité érectile avec le Viagra™ et aussi sans médication (33,3%). La présence d'érection avec et sans traitement médical amène l'individu à se demander s'il doit avoir recours à un traitement médical. Si la capacité érectile est maintenue, d'autres alternatives s'offrent au client afin de résoudre ses difficultés sexuelles.

Lorsqu'un client veut cesser la prise de son médicament, il se peut que les attentes du client ne soient pas satisfaites. Il est important d'ailleurs d'évaluer avec le client la nature de ces attentes et leur réalisme.

Troisième observation.

Quels motifs sont invoqués par vos clients pour cesser l'utilisation du Viagra™?

Selon les participant-es au sondage, 42,2% des clients ont mentionné qu'ils cessaient l'utilisation du Viagra™ parce qu'ils n'aimaient pas prendre de médicaments. L'humiliation que certains clients ressentent en prenant un médicament pour traiter leur trouble érectile, était invoquée par 26,7% des clients. La réticence de la partenaire à l'utilisation du Viagra™ par son conjoint serait responsable de 15,6% des abandons de traitement. La période de temps requise pour que le médicament atteigne un seuil acceptable d'efficacité est jugée trop longue et elle entraînerait la cessation du traitement chez 15,6% des clients. L'adaptation à ce nouveau fonctionnement dans la sexualité tant pour l'homme ou sa partenaire serait à ce point problématique que 13,3% des clients le mentionnent comme motif de renonciation au traitement. Les effets secondaires du Viagra™ plus spécifiquement la peur d'une crise cardiaque, expliquent que 17,8% des clients remettent en question leur traitement médical.

Les motifs de renoncement au traitement médical peuvent être très variés. Il se peut que l'expression de la sexualité dans le couple ne nécessite pas que le conjoint obtienne une érection ferme. Le couple aura trouvé d'autres scénarios érotiques qui les satisfassent. La détérioration de la santé physique ou mentale d'un des deux conjoints peut aussi expliquer la remise en question de l'utilisation du Viagra™. L'intégration dans le processus d'érotisation d'un traitement médical soulève plusieurs questions au niveau relationnel, individuel et symbolique. Il n'est pas étonnant que des conjoint(e)s cessent la poursuite du traitement.

Quatrième observation

Est-ce que vous avez des clients qui ont cessé de prendre du Viagra™ après avoir atteint leurs objectifs poursuivis lors de la thérapie sexuelle ?

Un peu plus du tiers des clients (37,8%) qui ont cessé de prendre du Viagra l'ont fait après avoir atteint leurs objectifs lors d'une sexothérapie. Quelle est la nature de ces objectifs ? Quelles sont les caractéristiques de ces clients ? Après une sexothérapie, le client a-t-il modifié l'importance qu'il attribuait à l'obtention et au maintien de son érection ? Les sexologues clinicien(ne)s devraient peut-être songer à mieux documenter l'arrêt de la médication de leur client afin d'établir des relations plus étroites avec le médecin traitant.

Cinquième observation

Pensez-vous que le Viagra™ peut allonger la latence éjaculatoire ?

Les répondant(e)s au sondage ne semblent pas bien informés sur cette question. Des recherches en cours visent à évaluer si le Viagra™ peut être indiqué dans ce type de difficulté sexuelle. Une étude de Abdel-Hamid⁵ (2001) a comparé l'efficacité de certains médicaments comme la clomipramine, le sertraline, la paroxetine et le sildenafil à la *squeeze technique* dans le traitement de l'éjaculation précoce primaire. Le temps de latence et la satisfaction sexuelle auraient obtenu des résultats plus élevés en utilisant le sildenafil.

Sixième observation

Avez-vous des réflexions, non abordées dans ce sondage, sur l'impact du Viagra™ sur votre pratique sexologique ?

Nous avons choisi de transcrire toutes les réflexions que les participant(e)s au sondage ont faites. Les réflexions des participant(e)s ont été regroupées par thèmes. **Pour faciliter la compréhension, des précisions ont été ajoutées entre parenthèses [...].**

1- Le Viagra™ et l'incitation à la consultation sexothérapeutique :

« Je réalise, qu'à ma surprise, plus de patients consultent sans avoir tenté d'essayer de Viagra™. Alors que j'aurais pensé qu'ils viendraient en thérapie après avoir tout essayé. Il semble que ce ne soit pas le cas. »

« Ça permet de donner une envie de régler son problème. »

« L'usage du Viagra™ peut sensibiliser à l'importance de s'intéresser aux sources du désir, aux lacunes du répertoire amoureux et à la communication intime. Le Viagra™ produit également des changements chez la partenaire. »

« Le Viagra™ est excellent en [association] avec la thérapie sexuelle régulière. [Elle peut aider le client à améliorer sa confiance en soi et l'estime qu'il a de lui-même.] »

« Toute médication a avantage à être prescrite en combinaison avec une sexothérapie. »

2- Le Viagra™ et la diminution de la consultation sexothérapeutique :

« Les médecins qui prescrivent [du Viagra™] ne réfèrent plus. Les clients viennent après un essai infructueux parce que mal suivi par le médecin. »

« Je constate que les médecins réfèrent de moins en moins en sexologie. Et ils prescrivent rapidement le Viagra™ avant même d'avoir complété l'investigation médicale et d'évaluer les bienfaits du travail du sexologue. Je trouve cela malheureux. Je crains que la sur-médicalisation pour soigner les difficultés érectiles ne soit déjà bien installée. »

« Par expérience, je rencontre fréquemment des hommes qui ont une prescription de Viagra™ d'un médecin qui les réfère en sexologie parce que, dit-il, leur problème est entre « les deux oreilles » ce qui est contradictoire. Le Viagra™ devrait être référé aux impuissants d'origine organique seulement. [L'utilisation

du Viagra™ pour augmenter la confiance du patient] devrait être très temporaire. Le problème serait ailleurs. »

3- Le Viagra™ et les effets sur la sexualité des hommes :

« Dans mon expérience, les hommes âgés de moins de 30 ans qui prennent du Viagra™, c'est déroutant, inquiétant. »

« Le Viagra™ demeure source de blagues et les hommes n'en parlent pas. Ils ne le mentionnent peut-être même pas à nous qu'ils en prennent. »

« Un client n'en avait pas parlé à sa conjointe et il était très fier des remarques positives de cette dernière sur l'augmentation de ses performances. » « Parfois, [les clients expriment] certaines plaintes de devoir augmenter le dosage. »

Un(e) répondant(e) souligne « l'utilité de la dysfonction érectile dans le mode relationnel du couple. »

Un(e) répondant(e) rapporte que « l'humeur changerait ». Il y aurait « Plus d'agressivité chez certains hommes. »

4- Le Viagra™ n'intervient pas puisque ma pratique est peu axée sur les troubles érectiles :

« Pour le moment, ce sondage ne correspond pas à ma pratique. »

« Ma pratique est entièrement de sexe féminin. Désolée ! »

« Désolée, je n'ai vraiment pas d'expérience avec les dysfonctions érectiles. »

Conclusion

Les questions se rapportant au Viagra™ ont été regroupées dans un même article afin de susciter une réflexion concernant l'impact des nouveaux traitements médicaux sur notre pratique clinique. Près de la moitié des répondant(e)s au sondage (51,1%) ont amorcé un nouveau type de collaboration avec les médecins. La

planification d'un traitement sexothérapeutique en association avec un traitement médical était le motif de référence le plus fréquent. Considérant que près de 20 % des répondant(e)s ont estimé que l'utilisation du Viagra™ était appropriée parce que leur client éprouvait une anxiété trop grande, certains lecteurs pourraient être tentés de tirer des conclusions rapides. Ce n'est pas nécessairement par manque d'expérience clinique que le sexologue clinicien(ne) pourrait vouloir alléger momentanément l'anxiété de son client. La persistance de l'anxiété et l'inaptitude passagère du client à trouver une solution à son problème érectile peuvent-elles être abordées de différentes façons?

Les sexologues clinicien(ne)s avaient l'habitude de recourir au service d'un médecin dans le processus d'évaluation afin d'éliminer la probabilité d'une étiologie organique. Maintenant, des sexologues clinicien(ne)s considèrent parfois que la meilleure stratégie disponible pour leur client c'est de leur offrir un traitement qui associe les effets de la pharmacologie au bienfait de la sexothérapie. Dans certaines problématiques (par exemple la dépression, voir Ward, 2000²) cette convivialité entre le traitement médical

et la psychothérapie existe depuis plusieurs années. Nous croyons que dans certaines conditions, les clients qui se présentent en sexothérapie, pourraient bénéficier de cette nouvelle approche clinique.

Le présent article aura aussi permis de souligner la multiplicité des motifs que les clients mentionnent lorsqu'ils veulent cesser l'utilisation du Viagra™. En lisant les réflexions des répondant(e)s, il est intéressant de constater que les sexologues clinicien(e)s ont une perception diversifiée de ces nouveaux traitements médicaux sur la pratique professionnelle de la sexothérapie.⁵

Références

- 1 WEEKS, G.R., GAMBESCIA, N. 2001. **Erectile Dysfunction : integrating couple therapy, Sex Therapy, and Medical treatment**, N.Y. : Norton, 206 p., ISBN 0-393-70330-4
- 2 WARD E, KING M, LLOYD M, BOWER P, SIBBALD B, FARELLY S et coll. Randomized controlled trial of non-directive counseling, cognitive-

behaviour therapy and usual general care for patients with depression. In : **Clinical effectiveness**. BMJ, December 2000 ; 321 : 11383-8.

- 3 COTTRAUX, J. 1998. **Les thérapies comportementales et cognitives**. Paris : Masson, 353p.
- 4 COTTRAUX, J., MOLLARD, E., BOUVARD, M., MARKS, I. 1993. **One year follow-up after exposure and/or fluvoxamine in depressed obsessive-compulsive disorder**. Psychiatry research, 49, 63-75.
- 5 ABDEL-HAMID, IA, EL NAGGAR, EA, EL GILANY, AH. 2001. **Assessment of as needed use of pharmacotherapy and the pause-squeeze technique in premature ejaculation**. In Int J Impot Res 2001 Feb;13(1):41-5.



RÉSOLUTIONS RÉSOLUTIONS RÉSOLUTIONS RÉSOLUTIONS RÉSOLUTIONS

Le conseil d'administration de l'ASQ tient à vous informer de certaines résolutions adoptées ayant un impact sur la pratique en sexologie.

Les premières résolutions ont trait à l'utilisation du nom sur les documents en lien avec la profession.

«Le nom et les renseignements personnels des personnes admises doivent obligatoirement être les mêmes que ceux inscrits sur leur diplôme, sauf sur avis de l'état civil.»

«Toute représentation sous la profession de sexologue doit être faite sous le même nom et les mêmes renseignements personnels qu'inscrits sur le diplôme, sauf sur avis de l'état civil»

L'autre résolution a trait à l'utilisation du symbole graphique de l'Association des sexologues du Québec.

La résolution se lit comme tel: «L'Association des sexologues du Québec est représentée par un symbole graphique conforme à l'original détenu par le directeur général.

L'utilisation du symbole graphique est réservé aux membres en règle de l'Associatin des sexologues du Québec.

Lorsque le sexologue reproduit le symbole graphique de l'ASQ aux fins de sa publicité, il doit s'assurer que le symbole soit conforme à l'original détenu par le directeur général.

Seule la couleur du symbole graphique

de l'Association des sexologues du Québec peut être modifiée (originale ou noir).

Lorsqu'il utilise le symbole graphique de l'Association des sexologues du Québec dans sa publicité, sauf sur une carte d'affaire, le sexologue doit joindre à cette publicité l'avertissement suivant : *Cette publicité n'est pas une publicité de l'Association des sexologues du Québec et n'engage pas la responsabilité de celle-ci.*

Lorsque le sexologue utilise aux fins de sa publicité le symbole graphique et le nom de l'Association des sexologues du Québec, il ne doit inscrire que le titre professionnel reconnu par la corporation.»

Ce qui se passe à L'ASQ.

Comité de perfectionnement

Le perfectionnement Le cybersexe: une nouvelle réalité sexologique a été annulé, il sera remis à l'horaire à l'automne. Outils utiles inspirés de l'approche existentielle-humaniste en sexologie sera présenté le 4 mai 2002. Les inscriptions vont bon train!

Comité des assurances

Il est important de clarifier, encore une fois, que lorsque nous vous avisons que certaines compagnies acceptent de rembourser les frais de psychothérapie par les sexologues, de bien comprendre que cela ne veut pas dire que toutes les réclamations faites à cette compagnie seront acceptées.!

En effet, cela dépend toujours du libellé du contrat! Chaque contrat qu'une compagnie d'assurance signe avec une compagnie qui utilise ses services peut être différent. Tous les contrats ne couvrent donc pas le service! Il faut s'assurer que la psychothérapie est couverte sans qu'il y ait de spécification liée à être membre d'un ordre professionnel, avant de dire à un client que vos frais seront couverts! Ne faites donc aucune promesse à vos clients à ce sujet.

Il demeure important de faire quand même la démarche de réclamation. En cas de refus de remboursement, n'oubliez pas de faire parvenir les lettres-types à la compagnie d'assurance, la visibilité est le meilleur atout dans ce dossier!

Comité des relations publiques

L'Association des sexologues du Québec aura un kiosque au **Symposium annuel de la douleur** organisé par l'Université de Sherbrooke le 3 mai 2002 au Centre des congrès de Sherbrooke. Le thème : Les douleurs pelvi-périnéales... qui s'y intéresse?

Nous serons aussi présents lors du **Congrès de l'Association des Médecins de Langue française du Canada** en novembre 2002.

Comité d'aide à la pratique

Le comité d'aide à la pratique répond

régulièrement à vos demandes d'informations. Vous êtes incertains quant à vos obligations et droits face à certaines situations que vous rencontrez? N'hésitez pas à contacter Carole au secrétariat, elle vous mettra en contact avec une personne qui pourra vous aider.

Il faut aussi savoir que le comité d'aide à la pratique est là pour vous rappeler à l'ordre au besoin...alors, acceptez que c'est dans votre intérêt que l'on vous contacte. Les bénévoles membres de ce comité sont là parce que la qualité dans la pratique de la sexologie, comme dans toute autre profession, gagne à s'améliorer.

Comité de soutien informatique et multimédia

Notre site internet va très bien! Plus de 24 420 clics depuis que nous avons mis en ligne notre site à la nouvelle adresse.

N'oubliez pas de prendre en note notre nouvelle adresse et de vous y référer au besoin www.associationdessexologues.ca

Comité des membres en formation

Le nombre de membres en formation augmente régulièrement. Ils sont de plus en plus nombreux à participer aux formations de l'ASQ. Le comité travaille à développer des stratégies de recrutement pour l'automne. Ceux qui deviennent membres au cours de leurs études demeurent membres après. Les membres en formation sont une garantie du futur de l'ASQ.

En vrac

Vous voulez mettre à profit votre expérience en tant que psychologue, travailleuse sociale, psychothérapeute ou sexologue? Vous désirez mettre en pratique vos habiletés d'intervention? Vous souhaitez faire du bénévolat et vous engager auprès des femmes? Joignez-vous à l'équipe des bénévoles professionnelles du Centre des femmes de Montréal!!! Pour information: Maria Chica (514) 842-4780

Pour mieux informer et sensibiliser vos clients sur leur consommation d'alcool, vous pouvez vous procurer, gratuitement, les brochures «Aperçu sur les

AA» et «Les AA sont-ils pour vous?» en contactant le (514) 374-3688.

La Maison Plein Coeur est un organisme communautaire qui accompagne les personnes vivant avec le vih-sida dans leur démarche de réinsertion socio-professionnelle. L'organisme est à la recherche de bénévoles pour différents secteurs d'activités. Si cela vous intéresse, vous pouvez les contacter au téléphone (514) 597-0554, télécopieur (514) 597-2788 ou par courriel : mplcoeur@total.net

CONGRÈS, COLLOQUES, RÉUNIONS SCIENTIFIQUES

Symposium annuel de la douleur organisé par l'Université de Sherbrooke le 3 mai 2002. Le thème : Les douleurs pelvi-périnéales... qui s'y intéresse? Au Centre des congrès de Sherbrooke. Pour informations au téléphone (819) 564-5350, télécopieur (819) 820-6815 ou par courriel cfc@courrier.usherb.ca

Épilepsie Montréal Métropolitain réalise sa sixième édition de la Journée annuelle d'information sur l'épilepsie. Cette journée aura lieu le 4 mai 2002 à Montréal. Pour de plus amples informations contacter Épilepsie Montréal Métropolitain au téléphone (514) 252-0859, télécopieur (514) 252-0598

Le 70^e congrès de l'Acfas aura lieu du 13 au 17 mai 2002 à l'Université Laval à Québec. Pour plus d'informations contacter le (514) 849-0045

Le XXI^e congrès annuel de l'Association du Québec pour l'intégration sociale (AQIS) aura lieu du 16 au 18 mai 2002 au Château Mont-Sainte-Anne. Le thème «La participation sociale une richesse à cultiver!» Pour plus d'informations contacter le (514) 725-7245 ou par courriel aqisqdi@total.net

Le 97th Annual Meeting of the American Urological Association (AUA) se tiendra du 25 au 30 mai 2002 à Orlando, Floride. Pour plus d'informations contacter le 1 401 22 34 308 ou par courriel convention@auanet.org

Le 24^e Annual Guelph Conference and Training Institute on Sexuality se tiendra du 17 au 19 juin 2002 à l'université de Guelph, Ontario. Le

thème cette année *Healthy Sexuality: Expanding Knowledge, Broadening Perspectives*. Pour de plus amples informations contacter *Office of Open Learning*, University of Guelph, Guelph, ON N1G 2W1. Par téléphone (519) 767-5000, par télécopieur (519) 767-1114 ou par courriel info@uoguelph.ca

Le 6^e Congrès de la Fédération Européenne de sexologie se tiendra du 16 au 20 juin 2002 à Chypre. Pour de plus amples informations vous pouvez consulter le site du congrès: www.ortra.com/sexology. Par téléphone 972 3 6384444, par courriel sexology@ortra.co.il

Le 2^e Mediterranean Meeting of Sexual Dysfunction se tiendra du 26 au 28 juin 2002 à Amman, Jordanie. Pour de plus amples informations 962 6 54 11 657, vous pouvez aussi aller sur le site du congrès www.mcsdamman.com ou par courriel info@mcsdamman.com

Le 26^e Congrès de la Société internationale d'urologie aura lieu à Stockholm, Suède du 8 au 12 septembre. Pour plus d'informations contacter le 1 514 84 32 865 ou par courriel siu.elhilali@muhc.mcgill.ca

Le 7^e International Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO) aura lieu du 11 au 14 septembre 2002 à Vienne. Pour de plus amples informations vous pouvez aller sur le site du congrès www.medacad.org/iatso ou communiquer par courriel office.iatso@medacad.org

Le prochain congrès de l'ISSIR (International Society for Sexual and Impotence Research) aura lieu à Montréal du 22 au 26 septembre 2002. Pour de plus amples informations vous pouvez contacter Carol Damiani par courriel DamianiC@eventsintl.com ou visiter le site du congrès www.issir2002.com

Le Congrès de l'ATSA aura lieu à Montréal au Fairmount Queen Elizabeth du 2 au 5 octobre 2002. Pour de plus amples informations vous pouvez visiter le site du congrès au www.atsa.com

Le XI Latin American Congress of Sexology and Sex Education (FLASSES) aura lieu à Isla de Margarita au Venezuela du 9 au 12 octobre 2002. Pour de plus amples informations contacter Aminta Parra Clomenarez par courriel amintaparra@cantv.net

Le congrès de la Society for the Scientific Study of Sexuality aura lieu à Montréal du 6 au 10 novembre 2002. Pour de plus amples informations contacter David Fleming, M.S., SSSS Executive Director, P.O. Box 416, Allentown, PA 18105-0416. Téléphone (610) 530-2483, télécopieur (610) 530-2485, courriel TheSociety@inetmail.att.net

Le VII Asian Congress of Sexology aura lieu du 14 au 17 novembre 2002 à Singapour. Pour plus d'informations contacter P. Ganesan Adaikan par courriel obgadaik@nus.edu.sg ou au téléphone 65 77 24 261

Le 5^e Congrès de la Société Européenne pour la recherche sur les troubles sexuels et érectiles (ESSIR) aura lieu du 1er au 4 décembre 2002 à Hambourg en Allemagne. Pour plus d'informations vous pouvez appeler au 49 40 35 01 59 16, par télécopieur 49 40 35 01 59 17 ou par courriel essir@wtnt.de

Le XVI^e congrès du World Association of Sexology (WAS) aura lieu du 10 au 14 mars 2003 à Cuba. Le thème: *Sexuality and Human Development: from Speech to Action*. Pour de plus amples informations vous pouvez contacter Mariela Castro Espin. Tél. (537) 55-2528, télécopieur (537) 30-2295, courriel cenosex@infomed.sld.cu, vous pouvez aussi visiter le site du congrès www.cubasexologia.com

Le 4^e séminaire international de sexoanalyse aura lieu en juin 2003 à Salerne, Italie. Pour de plus amples informations vous pouvez contacter Dr. Domenico Trotta par courriel dmtrotta@tin.it

Le 11^e Congrès mondial sur la recherche sur le trouble érectile (ISSIR) aura lieu à Buenos Aires en 2004

Le XVII^e congrès du World Association of Sexology (WAS) de 2005 aura lieu en juillet à Montréal

Et puis qu'est-ce qui se passe avec le dossier de l'incorporation ?

Le 4 février dernier, nous avons une rencontre à l'Office des professions du Québec en compagnie du Regroupement professionnel des sexologues du Québec (RPSQ) et de représentants du département de sexologie. L'OPQ et le ministre nous demandent toujours d'avoir le plus grand consensus possible dans le dossier des sexologues.

Lors de cette rencontre, l'OPQ a réitéré, que la gravité des préjudices pouvant être causés par les sexologues cliniciens est claire. Le Regroupement et le département élaborent un document pour démontrer, tel que demandé par l'OPQ, la gravité des préjudices pouvant être subis, découlant directement des tâches confiées aux intervenants diplômés des programmes de baccalauréat et de maîtrise avec profil intervention/recherche en sexologie. Aucun des documents que l'ASQ a déposé à ce jour n'a pu en faire la démonstration.

Le Groupe de travail sur la mise à jour du système professionnel devrait déposer ses recommandations en avril 2002 pour le domaine des relations humaines.

Le président de l'OPQ, M^e Jean-K. Samson dans une lettre datée du 28 février 2002 et faisant suite à la rencontre du début du mois soulignait: «Par ailleurs, lors de cette même rencontre, je vous invitais à suivre avec attention les conclusions des travaux effectués par le groupe expert concernant la réserve du titre de psychothérapeute et par le Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines qui doit déposer son rapport en avril prochain. Sans présumer des conclusions, nous pouvons croire qu'elles auront une influence certaine sur l'évolution du dossier.»

La date de dépôt du document produit pour démontrer le risque de préjudice est prévue pour le 15 avril. Nous vous tiendrons au courant des développements.

Superviseurs accrédités par l'ASQ

Voici la liste actuelle des superviseurs reconnus par l'Association des sexologues du Québec

Diane Brouillette Normande Couture
Marcel Couture Christian Forget
Suzanne Guénette Michel Lemieux
Ginette Thomas

Si vous souhaitez poser votre candidature pour être reconnu superviseur accrédité par l'ASQ, vous pouvez contacter Carole Tremblay au secrétariat de l'ASQ pour obtenir les formulaires nécessaires à une étude de dossier en vue d'obtenir cette reconnaissance.

Pudeur et douceur

Sylvie Pinsonneault, photographe, et aussi chargée de cours au département de sexologie, vous convie à découvrir l'âme des fleurs. Une invitation à franchir la limite des apparences, à pénétrer l'intimité de la nature. 29 photographies, une exposition en deux volets.

Pudeur et douceur

Le photographe capte la simplicité des lignes et des formes. Les photographies nous mènent à l'essentiel : la beauté. En finesse et en douceur.

Clins d'oeil

Dix photographies accrochées à la hauteur des enfants. La photographe leur offre des fleurs avec un soupçon de taquinerie.

Exposition à la galerie-boutique du **Centre d'Interprétation de la Nature du lac Boivin**, 700 rue Drummond, Granby, du 20 mars au 30 avril 2002

Trajet : autoroute 10, sortie 74, suivre les indications du Centre d'Interprétation de la Nature du lac Boivin, Granby. Tél. : 450-375-3861

Voici, reproduit, le communiqué de presse envoyé dans tous les médias.

L'Association des sexologues du Québec (ASQ) marque son indignation

L'ASQ vient de prendre connaissance des récentes accusations d'agression sexuelle portées contre un individu qui exerçait, jusqu'à son arrestation, les fonctions d'intervenant social et de sexologue.

L'ASQ tient d'abord à marquer son indignation face à de tels actes, d'autant plus qu'ils ont vraisemblablement été posés par une personne qui profitait d'une position de confiance privilégiée en raison de son statut de « professionnel ». Toutefois, l'ASQ tient aussi à préciser que le prévenu n'est pas un de ses membres.

L'ASQ tient également à marquer sa très grande déception face à cet abus de confiance. En effet, dans l'état actuel du droit, n'importe qui pourrait se proclamer « sexologue » et se retrouver en position d'abuser le public. Comme ce titre professionnel n'est pas réservé par la loi, aucun diplôme n'est requis, pas même cinq minutes d'études dans le domaine.

L'ASQ est un regroupement privé qui fait tout en son pouvoir pour assurer la compétence de ses membres (tous

détenteurs d'un diplôme de maîtrise en sexologie clinique) et pour encadrer leur comportement professionnel. Toutefois, même face à ses membres, l'ASQ ne possède qu'un pouvoir symbolique advenant un manquement sérieux aux normes d'éthique. Au mieux pourrait-elle retirer son statut de membre à une personne incompétente ou indigne. Quant aux non-membres, l'ASQ n'a tout simplement aucun pouvoir.

La déception est encore plus vive lorsqu'on sait que, depuis plus de 10 ans, l'ASQ travaille avec acharnement afin de convaincre le Gouvernement du Québec et l'Office des professions du Québec (OPQ) de légiférer pour protéger le public en réservant le titre de sexologue aux seuls professionnels ayant la formation pour faire de la thérapie.

Nous ne pouvons savoir si de tels événements auraient vraiment pu être évités, mais tout au moins il y aurait eu un mécanisme qui aurait permis d'agir de façon légale plus rapidement. En effet, un ordre professionnel a le pouvoir d'intervenir par divers moyens

(inspection professionnelle, plaintes disciplinaires, etc.) auprès de ses membres délinquants qui abusent de la confiance du public. De plus, un ordre professionnel a aussi le pouvoir de contrôler les gens qui ne sont pas légalement habilités à exercer une profession ou à utiliser un titre réservé par la loi.

Les événements récents obligent l'Association des sexologues du Québec à prendre une position claire et sans équivoque. Nous demandons que l'OPQ, que le ministre responsable, Monsieur Paul Bégin, et que le gouvernement du Québec procèdent dans les plus brefs délais à l'intégration des sexologues dans le système professionnel québécois et, de ce fait, à la réservation exclusive du titre de sexologue en faveur des seules personnes ayant reçu une formation adéquate.

Encore une fois, nous ne pouvons que nous attrister pour les victimes et souhaiter une meilleure protection future du public.

François Blanchette M.A.
Président de l'ASQ

Vu, lu, entendu...

C'est dans cette chronique que nous désirons souligner la présence des sexologues membres de l'ASQ dans les différents médias en plus de la présence de l'ASQ. Alors, informez-nous si vous participez à une activité qui met en évidence le travail des sexologues.

Lu Candy Carrier dans la revue *Les ailes de la mode* du mois de février. Le sujet : Dix trucs pour passer un week-end en amoureux

Vu Josée Leboeuf en janvier à l'émission *Claire Lamarche*, le thème : Peut-on trouver l'amour sur internet ?

Vu Isabelle Foucreau à *Éros et compagnie* à Canal Vie en janvier. Le sujet: La sexualité en prison.

Vu Hélène Côté à *Global News*, elle abordait les stimulés sexuels et la société.

Vu David Auclair à l'émission *Maux d'amours*, il abordait l'homosexualité chez les adolescents

Vu Sylviane Larose à l'émission *Maux d'amours* en janvier, elle parlait de la sexualité chez les personnes obèses

Vu Denise Badeau à l'émission *Maux d'amours*, elle parlait de la sexualité chez les personnes âgées.

Lu Sylviane Larose dans la revue *Vie et Santé* de février, le titre de l'article Libido à zéro, que faire ?

Vu Josée Leboeuf à l'émission *C'est simple comme Bonjour* en février le thème: Causes et solutions pour remédier à la panne de désir.

Lu Renée Pichette dans *Elle Québec* de février. Elle parlait de la sexualité des femmes qui souffrent de maladies vulvaires chroniques, le titre de l'article: Maux tabous.

Lu les coordonnées de l'ASQ dans *La Presse* du 19 février, dans un article Tout ce qu'ils ont toujours voulu savoir... comme référence pour les jeunes qui cherchent à obtenir des informations sur la sexualité.

Vu Francois Blanchette à *Sexe et confidences* en mars, il parlait du désir sexuel.

Vu Sylvie Lavallée à l'émission de *Claire Lamarche* au mois de mars, elle parlait du désir dans le couple.

Vu Isabelle Foucreau à l'émission *Maux d'amours*, le sujet: «La sexualité en prison»

Lu Josée Leboeuf sur le site *mokasofa.ca* qui répondait aux préoccupations d'une lectrice «Fantasmer ou vivre l'expérience»

Vu Annie Fournier au *Petit Journal* à TQS le 2 mars, le sujet : La violence dans les relations amoureuses chez les jeunes.

Vu Josée Leboeuf à l'émission *C'est simple comme Bonjour* à SRC on y parlait de L'absence de relations sexuelles: Quelles sont les conséquences?

Vu Marie-Paul Ross à *Dans la Mire* à TVA le 8 avril. Le sujet: Les abus sexuels par les représentants de l'Église.

Vu Marie-Paul Ross au *TVA de 17h*. Le sujet: Une religieuse sexologue.

Vu Marie-Paul Ross à *TVA midi* le 9 avril. Le sujet : Les abus sexuels par les représentants de l'Église. Le même reportage est paru toute la journée à LCN.

Lu Jacqueline Comte traitant de deux sujets: La sexualité compulsive, Le Viagra et le couple dans le revue *Le Point* de mars-avril.

Lu Candy Carrier dans *Filles d'aujourd'hui* du mois de mai, le sujet: Le mensonge dans les relations de couples

Sûrement nombre d'entre vous ont également collaboré à la visibilité des sexologues. N'oubliez pas de nous informer de votre présence dans les médias, cette présence contribue à la visibilité de la profession. Un petit effort, envoyez-nous un courriel (asq@qc.aira.com), un fax (514 270-6351) ou donnez-nous un coup de fil (514 270-6351)...

Bibliophile

Tous les documents et les livres de la chronique BIBLIOPHILE peuvent être empruntés par les membres.

BARUA, Shankar, *L'art du kamasutra*. Paris, Guy Trédaniel Éditeur. 2001, 143 pages.

Coll, *Secrets des Geishas*. Un livre de chevet pour les amants. Paris, Guy Trédaniel Éditeur, 2001, 50 pages.

GAUTHIER, Xavière, *Naissance d'une liberté*. Contraception, avortement: le grand combat des femmes au xx^e siècle. Paris, Ed. Robert Laffont, 2002, 437 pages.

ROBERT, Jocelyne, *Full sexuel*, La vie amoureuse des adolescents. Montréal, Les éditions de l'homme, 2002, 191 pages.

Parlez-nous de vous

Cet espace est réservé pour vous. Il vous est possible de partager vos réflexions, vos mésaventures ou vos bons coups! N'hésitez pas à nous envoyer votre réflexion.



***Programme de formation
à la thérapie conjugale***

Dirigée par:
André Surprenant Ph.d. et Serge Tremblay Ph.d.
1ère année Automne 2002
Consultez le site Web pour les détails
www.objectif-couple.com (514) 843-9160
1274 Jean-Talon Est, suite 203, Montréal H2R 1W3



**Sexual dysfunction is
easier to overcome when you
have a partner who cares.**

 **GlaxoSmithKline**
Bureau d'affaires du Québec



