

SEXOLOGIE *actuelle*



Présentation

Mot de la présidente 3

DOSSIER:

L'inhibition du désir sexuel
par Serge Tremblay 4

Les méandres de l'identité et de l'orientation
sexuelle des hommes *par Gilles Tremblay* 9

Chroniques

En vrac 13

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

Ce qui se passe à l'A.S.Q. 13

Nouveaux membres 14

Bibliophile 15

DOSSIER

L'inhibition du désir sexuel

Un trouble sexuel difficile à traiter

POLITIQUE ÉDITORIALE

La revue **Sexologie actuelle** remplace le «Bulletin» de l'A.S.Q. publié sans relâche depuis 1982. Elle est publiée quatre 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'A.S.Q. 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

DATE DE TOMBÉE

Chroniques, textes, publicité
14 février 1998

PARUTION

avril 1998

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 VI, numéro 2

Janvier 1998

Couverture

Lise Tremblay
Duo évolutif, huile sur toile

Graphisme et mise en page

Passerelle Bleue

Entrée des textes

Carole Tremblay

Rédactrice en chef

Diane Henrichon

CONSEIL D'ADMINISTRATION 1997-98

Présidente: Normande Couture

Vice-présidente: Alexandra Dominique

Secrétaire exécutive: Ann-Frances Paradis

Trésorier: Michel Goulet

Conseillère: Carole Thabet

Conseillère: Louise Aubertin

Conseillère: Francine Michaud

Représentante membres en formation: Chantal Carrier

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'A.S.Q., 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'A.S.Q.

Autres tarifs: téléphoner au (514) 270-9289

ABONNEMENTS: Gratuit pour les membres de l'A.S.Q.

Non-membres•20\$/an

Institutions•25\$/an

© Association des sexologues du Québec MCMXCVIII

DÉPÔTS LÉGAUX: Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISSN 1192-3814

TIRAGE: 400 exemplaires.

Normande Couture, M.A.

Nous venons de franchir ensemble un autre pas vers la reconnaissance de notre profession. En effet, lors de notre assemblée générale spéciale du 26 septembre dernier, nous avons adopté, par un vote secret de 81%, la démarche d'intégration selon le cadre proposé par les principes absolus du projet d'entente. Cette même démarche a été adoptée par l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec et par l'Association des psychoéducateurs du Québec dans une proportion respective de 64 % et 100 %. Durant cette période où chacun de nos trois groupes consultait ses membres, l'Ordre des psychologues a exprimé son désir de reprendre avec nous les discussions sur l'intégration. Nous avons donc accepté de les rencontrer. Les échanges se déroulent dans une atmosphère très cordiale et respectueuse. Nous avons tout de suite établi nos limites face à l'intégration des psychologues. D'abord, il nous sera impossible de modifier l'échéancier prévu compte tenu de l'importance et de l'urgence des enjeux en ce qui a trait à la protection du public. De plus, la démarche d'intégration doit se poursuivre selon le cadre proposé par les principes absolus du projet d'entente. Advenant que ces discussions avec l'Ordre des psychologues engendreraient des modifications de fond au projet d'entente, le conseil d'administration s'engage à vous consulter à ce sujet. Des efforts sont mis de part et d'autre pour faire avancer le dossier rapidement et dans un esprit d'ouverture et d'écoute. Cependant, s'il s'avérait que les discussions avec l'Ordre des psychologues mènent à une impasse, le projet se poursuivrait à trois groupes tel qu'il vous a été soumis initialement. Nous gardons espoir que ces discussions pourront mener à un accord regroupant tous les participants, en plus de régler le titre de psychothérapeute. Selon les informations qui nous ont été transmises, le

ministre Serge Ménard partagerait les mêmes convictions que nous quant à l'objectif des discussions et à l'urgence d'y procéder. Ainsi, la session parlementaire d'automne pourrait permettre de traiter notre dossier.

Nous arrivons donc à un moment important qui, en plus de reconnaître officiellement le travail du sexologue, permettra la protection du public. C'est une urgente nécessité, car l'intervention sexologique s'adresse à la partie la plus intime de l'individu qui s'expose à des préjudices sérieux si les exigences de formation et de compétence ne sont pas contrôlées. Il nous reste à démontrer à l'Office la nécessité de réglementation des sexologues éducateurs. À ce titre, l'A.S.Q., en collaboration avec le comité *ad hoc* des sexologues éducateurs, poursuit l'élaboration du dossier à présenter à l'Office des professions en vue de faire valoir l'importance de l'intégration des sexologues éducateurs. Nous vous tiendrons au courant des développements à cet effet.

Je m'en voudrais de terminer sans adresser des remerciements à ceux et celles qui ont collaboré de près ou de loin à l'avancement du dossier incorporation. Vos apports nous sont toujours précieux et nous permettent de bonifier nos documents. Un effort spécial sera encore nécessaire pour terminer la démarche et répondre aux exigences de l'Office des professions. Je demeure foncièrement optimiste et vous assure de ma collaboration et de celle du conseil d'administration.

Saviez-vous que...

A partir de 40 ans, chez les hommes, il y a l'amorce d'une diminution lente et graduelle du taux de testostérone, particulièrement la testostérone dite bio-disponible (environ 55% de la testostérone totale) tenue responsable de la libido. Avec l'âge, les cellules de Leydig, dans le testicule, diminuent leur production de testostérone. Parallèlement à ce phénomène, l'hypothalamus et l'hypophyse, dans le cerveau, relâchent moins les hormones qui commandent la production de testostérone aux testicules. Ces derniers continuent toutefois de produire de la testostérone et des spermatozoïdes.

Chez certains hommes qui demeurent une minorité, on peut littéralement parler d'andropause, puisque leur taux de testostérone diminue sous la barre considérée comme normale. C'est le cas de 7% des hommes entre 40 et 60 ans, de 20% des hommes de 60 ans à 80 ans et de 35% des hommes de plus de 80 ans.

Les facteurs favorisant l'hypogonadie, selon le Dr Guy Drouin, directeur du service d'urologie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, sont l'hérédité, l'obésité, le stress, la dépression, la consommation de tabac, de médicaments ou de drogues et les conditions socioéconomiques (la nutrition).

Résumé, La Presse, 28 septembre 1997.

Recherche

Bureau pour location à l'heure
Rive-Sud (préférence) ou Montréal

Contactez **Manon Thiffault**
Sexologue clinicienne et psychothérapeute

679-7479

L'inhibition du désir sexuel : un trouble sexuel difficile à traiter

Serge Tremblay, Ph.D.

Depuis que l'inhibition du désir sexuel (IDS) a été reconnue comme dysfonction sexuelle dans le DSM-III en 1980, différents cliniciens connus, dont Kaplan (1979, 1995), Lopiccolo (1980) ou même Masters (Schwartz et Masters, 1988), ont décrit en long et en large les facteurs qui peuvent y être associés. Mais ces facteurs sont tellement nombreux et d'inégale importance qu'il devient alors difficile de s'en faire un tableau clinique cohérent et de planifier un traitement qui puisse s'appliquer à l'ensemble de nos clients. L'IDS est d'ailleurs considérée par plusieurs (Lopiccolo, 1980; Schreiner-Engel et Schiavi, 1996; Talmadge et Talmadge, 1986; Trudel *et al.*, 1997) comme la dysfonction sexuelle la plus difficile à traiter.

Il est possible toutefois de faire appel aux recherches qui ont déjà été réalisées sur l'IDS pour tenter d'en identifier les principaux facteurs et d'en dégager ainsi un modèle explicatif. Étant donné que l'intérêt porté à cette dysfonction est récent et qu'il n'existe que très peu d'instruments de mesure valables du désir sexuel, on doit constater que ces recherches sont encore relativement peu nombreuses et qu'elles prêtent à certaines critiques méthodologiques. L'article actuel vise à présenter une recension de ces recherches. Nous y retrouvons aussi en conclusion quelques indications qui peuvent être utiles pour le traitement de cette dysfonction.

FACTEURS SOUS-JACENTS À L'IDS

Les facteurs reliés à l'IDS peuvent se regrouper en quatre catégories, soit les facteurs organiques, sexuels, psychologiques et relationnels.

Facteurs organiques

Parmi les recherches sur les facteurs organiques, certaines (Bancroft, 1988) ont porté sur l'influence des hormones et ont permis d'identifier qu'un certain seuil d'androgènes, tout particulièrement de testostérone, est nécessaire pour que les hommes aussi bien que les femmes aient du désir sexuel, quoique les résultats pour les femmes soient plutôt controversés. Mais une fois ce seuil atteint et la variable âge contrôlée, il n'a pas encore été prouvé que les niveaux d'androgènes chez les individus avec une IDS soient significativement moins élevés que chez les individus normaux (O'Carroll, 1991).

Par ailleurs, des études (Sergaves, 1988) rapportent une diminution significative du désir sexuel chez les individus prenant certains médicaments, comme les antihypertenseurs, les antidépresseurs, les neuroleptiques, les antinéoplasiques, etc. De plus, différents auteurs (Kresin, 1993) observent une baisse ou une suppression du désir sexuel chez les individus souffrant de certaines maladies, comme le diabète, l'alcoolisme, l'épilepsie, la maladie de Parkinson, etc. Il n'est toujours pas clair cependant si l'IDS résulte de la maladie elle-même ou de facteurs psycho-sexuels associés à cette maladie.

Leiblum et Rosen (1988) prétendent que les facteurs organiques jouent en fin de compte un rôle limité dans l'apparition de l'IDS. Le clinicien se doit malgré tout d'interroger son client sur son état de santé et de le référer pour un examen médical dès qu'il soupçonne la présence d'un facteur organique. Kaplan (1983) propose à cet effet une liste de questions qui peuvent être posées lors de l'évaluation.

Facteurs sexuels

Différents chercheurs ont voulu évaluer l'ajustement sexuel des individus avec une IDS et leur partenaire. Selon une étude de Stuart *et al.* (1987), la fréquence des relations sexuelles chez les couples où la femme présente une IDS serait aussi élevée que chez les couples normaux (sans IDS). De même, elles se masturberaient autant que les femmes sans IDS (Stuart *et al.*, 1987; Nutter et Condrón, 1983). Par contre, les hommes avec une IDS ont nettement moins de relations sexuelles que les hommes sans IDS, mais ils se masturbent plus fréquemment (Nutter et Condrón, 1985). Les deux partenaires de ces couples ont un répertoire de comportements sexuels plus limité et en retirent moins de plaisir (Trudel *et al.*, 1995). Autant chez les hommes que chez les femmes avec une IDS, la fréquence des fantasmes sexuels durant les préliminaires, le coït ou la masturbation est significativement moins élevée que chez les individus sans IDS (Nutter et Condrón, 1983; 1985). Enfin, dans différentes études (Donahay et O'Carroll, 1993; Schiavi *et al.*, 1992; Ravart, 1992; Sergaves et Sergaves, 1991), une majorité des individus avec une IDS présentent au moins une autre dysfonction sexuelle concomitante (cf. douleurs coïtales, trouble d'excitation ou d'érection, anorgasmie, etc.).

Les individus avec une IDS et leur partenaire ont donc tendance à montrer un plus faible ajustement sexuel et un vécu sexuel moins satisfaisant (Schiavi *et al.*, 1992). Mais comme il s'agit d'études corrélationnelles, on ne sait pas si cette moins bonne qualité de leur vie sexuelle constitue un effet du trouble sexuel observé chez un des deux partenaires ou si elle en est la cause. Les

recherches sur l'efficacité des thérapies sexuelles axées sur le modèle cognitivo-comportemental (De Amicis *et al.*, 1985; Hawton *et al.*, 1991; Hurlbert, 1993a; Schover et Lopiccolo, 1981) suggèrent toutefois que l'IDS serait reliée à des apprentissages insuffisants ou inadéquats. Ces apprentissages peuvent aussi être anti-érotiques, comme dans le cas de personnes ayant vécu des expériences sexuelles traumatisantes.

Facteurs psychologiques

Au niveau psychologique, Kaplan (1979) a développé un modèle théorique selon lequel le désir sexuel d'une personne est supprimé («shut off») ou inhibé par des conflits intérieurs impliquant des sentiments d'anxiété et de colère. Toujours d'après Kaplan (1979), l'anxiété inhibitrice est en général de nature sexuelle (cf. peurs du succès, de l'intimité ou du rejet). Mais elle semble aussi être associée à certaines situations de vie stressantes. Il a été ainsi démontré que l'IDS peut apparaître à l'occasion de la perte de son emploi (Morokoff et Gilliland, 1993), de la naissance d'un enfant (Tremblay, 1995) ou d'un traitement pour infertilité (Chandra *et al.*, 1991). Quant à la colère, elle proviendrait de conflits conjugaux non résolus ou de «transferts infantiles sur le partenaire» (Kaplan, 1979; p. 39-40).

Déjà, des recherches ont permis de vérifier le modèle théorique de Kaplan (1979). D'une part, Beck et Bozman (1995) ont démontré que l'induction en laboratoire de sentiments de colère ou d'anxiété chez des sujets normaux (sans IDS) réduit significativement leur désir sexuel. À la différence des hommes, le désir sexuel des femmes est toutefois inhibé plus fortement par la colère que par l'anxiété. D'autre part, il semble que les sujets avec une IDS montrent des niveaux plus élevés d'anxiété (Donahey et O'Carroll, 1993; Murphy et Sullivan, 1981; Schreiner-Engels et Schiavi, 1986; Trudel *et al.*, 1997) et d'hostilité que des sujets normaux (Donahey et O'Carroll, 1993).

Ces différentes recherches (Donahey et O'Carroll, 1993; Murphy et Sullivan, 1981; Schreiner-Engels et Schiavi, 1986; Trudel *et al.*, 1997) et d'autres encore (Apt *et al.*, 1993; Mathew et Weinman, 1982) confirment aussi que les individus avec une IDS ont tendance à présenter davantage de troubles psychologiques, tout particulièrement des niveaux plus élevés, quoique non pathologiques, de dépression, de dépendance affective et de détresse généralisée. Schreiner-Engels et Schiavi (1986) rapportent de plus que chez 19 des 22 hommes (86%) et chez les 24 femmes (100%) de leur échantillon, l'IDS est apparue en même temps ou peu après leur premier épisode dépressif. Des recherches sont toutefois nécessaires pour vérifier l'existence d'une relation entre la présence de ces autres troubles psychologiques et l'intensité des sentiments d'anxiété ou de colère chez des sujets avec une IDS en comparaison avec des sujets normaux.

Facteurs relationnels

Plusieurs cliniciens (Kaplan, 1979; 1995; Lopiccolo, 1980; Schwartz et Masters, 1988) avaient déjà noté l'importance des facteurs relationnels dans l'apparition et le maintien de l'IDS chez un des deux membres du couple. La recherche de Stuart *et al.* (1987) semble confirmer cette priorité des facteurs relationnels. Les auteurs concluent ainsi que ce ne sont pas le taux d'androgènes, les variables socio-démographiques, les antécédents personnels ou les variables de la personnalité, mais bien les variables interactionnelles qui distinguent un groupe de femmes avec une IDS d'un groupe de femmes sans IDS. Selon les auteures, les sentiments amoureux de ces femmes envers leur conjoint et leur propre satisfaction par rapport à leur habileté à écouter leur partenaire constituent les deux variables qui permettent le mieux de prédire l'IDS, les femmes avec une IDS éprouvant moins intensément ces deux sentiments.

L'ajustement conjugal est une autre variable relationnelle qui montre des

différences significatives entre les couples avec et sans IDS. Dans les recherches (Donahey et O'Carroll, 1993; Schiavi *et al.*, 1992; Stuart *et al.*, 1987; Trudel *et al.*, 1993) évaluant l'ajustement conjugal des couples avec une IDS au moyen de «l'Échelle d'ajustement dyadique» (EAD) (Spanier, 1976), on constate que les scores globaux des sujets avec une IDS et leur partenaire sont inférieurs à ceux des échantillons normatifs américains (Spanier, 1976) et québécois (Baillargeon *et al.*, 1986). Il en est de même pour leurs scores aux quatre échelles (consensus, satisfaction, cohésion et expression affective) de l'EAD. Par contre, leurs scores sont supérieurs à ceux d'un groupe de personnes divorcées qui ont évalué *a posteriori* leur situation de couple un mois avant leur rupture (Spanier, 1976). Les individus présentant un trouble du désir sexuel et leur partenaire évaluent donc qu'ils ont un plus faible ajustement conjugal, bien qu'ils se situent au-dessus du score-frontière qui permet de discriminer les couples ajustés des couples en détresse.

Dans les études comprenant un groupe contrôle (Stuart *et al.*, 1987; Trudel *et al.*, 1993), on observe de plus que les femmes avec une IDS et leur partenaire rapportent un niveau global d'ajustement conjugal significativement moins élevé que les couples normaux. Les scores de ces femmes avec une IDS aux quatre échelles de l'inventaire sont aussi moins élevés que ceux des femmes du groupe contrôle. Mais les scores de leurs partenaires ne sont différents que pour l'échelle de l'expression affective.

En somme, les couples avec une IDS manifestent davantage de difficultés relationnelles que les couples normaux. L'étude de Trudel *et al.* (1997) indique que ces difficultés ne se résument pas uniquement à leur vie sexuelle, mais qu'elles concernent aussi leur communication, leurs activités sociales, l'administration de leurs finances et les manifestations d'indépendance de la part de leur partenaire. Toutes ces

études ne permettent cependant pas de conclure que ces difficultés relationnelles sont apparues comme un effet de la dysfonction sexuelle ou, au contraire, qu'elles en sont responsables. L'étude qualitative de Tremblay (1995) où sont analysés les dossiers de 30 couples consultant pour une IDS suggère plutôt que le développement du trouble sexuel chez ces couples serait simultané à la dégradation de leur relation. L'auteur y met en évidence certaines caractéristiques de la dynamique relationnelle de ces couples.

On note ainsi une polarisation de la sexualité et de l'intimité affective, chaque partenaire s'identifiant à un des deux pôles. Le partenaire asymptomatique (sans IDS) étant considéré à l'intérieur de ces couples comme ayant les plus grands besoins sexuels, il lui revient donc le pôle de la sexualité. Manifestant dans le couple les plus grands besoins affectifs, le partenaire dont le désir sexuel est inhibé devient par contre le responsable du pôle de l'intimité. Comme il a été décrit précédemment, il est aussi celui qui montre davantage de troubles psychologiques.

On observe aussi une complémentarité des partenaires par rapport à ces deux pôles de la relation. Plus spécifiquement, l'individu avec IDS joue le rôle de la personne inadéquate au niveau sexuel. Ce rôle se manifeste entre autres par son manque de désir sexuel et par ses refus ou sa passivité. Quant à son partenaire, il joue le rôle d'expert sexuel qui initie la plupart du temps les activités sexuelles et qui se montre le plus actif. Au niveau affectif, en montrant des signes d'insécurité, de dépression, de dépendance, l'individu avec une IDS joue le rôle de celui qui a besoin d'une aide extérieure. Quant à son partenaire, il joue le rôle d'aidant en disant généralement quoi faire à son partenaire ou en tentant de le rassurer par ses propos, mais tout en restant distant affectivement. Il y a ainsi chez ces couples une règle comme quoi c'est l'individu avec l'IDS qui a les problèmes et qui a besoin d'aide, tant au niveau sexuel qu'au niveau affectif.

Malgré cette complémentarité entre les deux partenaires, on peut toutefois constater une bataille de pouvoir qui se joue sur la définition de leur relation : celle-ci sera-t-elle définie selon le pôle de la sexualité ou celui de l'intimité ? Cette bataille se manifeste dans la dynamique relationnelle de ces couples où plus l'un insiste, peu importe la manière, pour avoir des relations sexuelles, plus l'autre tente, encore là peu importe les moyens, d'obtenir un rapprochement affectif. Les deux conjoints se trouvent coincés à l'intérieur d'un jeu sans fin où les comportements de l'un ne font que confirmer la nécessité des comportements de l'autre et où sont maintenus le manque de désir chez le partenaire dysfonctionnel et le retrait affectif chez le partenaire asymptomatique. Malheureusement, la solution tentée par chaque partenaire du couple ne fait qu'accroître leurs difficultés et leur insatisfaction !

INDICATIONS POUR LE TRAITEMENT DE L'IDS

De ces différentes recherches, il est possible de dégager certaines indications pour le traitement de l'IDS. Tout d'abord, ce trouble sexuel devrait être traité de préférence en couple. L'étude d'Hurlebert *et al.* (1990) a d'ailleurs démontré que le traitement de l'IDS en couple est plus efficace que le traitement individuel. Bien que les deux conditions produisent une augmentation du désir sexuel, le traitement en couple amène davantage de changements, tant au niveau de l'ajustement sexuel qu'au niveau de l'ajustement relationnel.

Le traitement de l'IDS devrait impliquer un travail thérapeutique sur la sexualité de ces couples. La moindre qualité de leur vie sexuelle suggère en effet d'inclure des interventions spécifiques pour améliorer leur vécu sexuel. L'étude de MacPhee *et al.* (1995) met en évidence que la thérapie conjugale seule peut aider à accroître chez un groupe de femmes avec une IDS leur désir d'avoir des relations sexuelles, mais qu'elle ne favorise pas un meilleur

ajustement sexuel chez les couples. On ne trouve pas alors d'augmentation des relations sexuelles, ni du désir sexuel, ni de la satisfaction sexuelle. Il ne s'agit donc pas de mettre l'accent uniquement sur leur relation, comme les thérapeutes conjugaux ont parfois tendance à le faire (Scarff, 1990).

Enfin, le plus faible ajustement relationnel de ces couples et la bataille qu'ils se livrent pour la définition de leur relation suggèrent que le traitement devrait porter aussi sur leur relation. L'étude de Zimmer (1987) montre d'ailleurs qu'une thérapie sexuelle de style Masters et Johnson précédée d'une thérapie conjugale est plus efficace pour accroître le désir sexuel et l'ajustement conjugal des partenaires qu'une thérapie de même style précédée d'un entraînement à la relaxation.

Dans le contexte de ce travail thérapeutique sur la relation de couple consultant pour une IDS, une des premières tâches du sexologue clinicien consiste alors à redonner aux deux partenaires la responsabilité de leur relation de couple. Il s'agit de mettre en évidence la prise en charge par chaque partenaire d'un pôle de leur relation, soit le pôle de la sexualité et celui de l'intimité. L'autre tâche du sexologue clinicien est de favoriser un assouplissement des rôles dévolus à chaque partenaire, d'une part, en aidant l'individu avec une IDS à prendre davantage en charge sa propre vulnérabilité pour ainsi diminuer ses demandes d'aide à son partenaire et, d'autre part, en aidant l'individu asymptomatique à contacter sa propre vulnérabilité pour lui permettre de demander et d'obtenir de l'aide auprès de son partenaire.

Il s'agit là de deux pistes de travail thérapeutique sur la relation du couple qui consulte pour une IDS chez un des deux partenaires. Il faut toutefois se rappeler que les éléments qui sont dégagés de la dynamique relationnelle de ces couples se manifestent d'une manière idiosyncratique pour chacun et que la fonction de l'IDS lui est aussi singulière. Le sexologue

clinicien doit donc être capable de dégager cette dynamique spécifique et de la présenter au couple d'une manière qui lui est signifiante.

Références

- Apt, C., Hurlbert, D.F. (1993), **The Sexuality of Women in Physically Abusive Marriages : A Comparative Study**, Journal of Family Violence, 8 (1), p. 57-69.
- Baillargeon, J., Dubois, G., Marineau, R. (1986), **Traduction française de l'Échelle d'ajustement dyadique**, Revue Canadienne des sciences du comportement, 18, p. 25-34.
- Bancroft, J. (1988a), **Sexual Desire and the Brain**, Sexual and Marital Therapy, 3, p. 11-27.
- Beck, J.G., Bozman, A.W. (1995), **Gender Differences in Sexual Desire : The Effects of Anger and Anxiety**, Archives of Sexual Behavior, 24 (6), p. 595-613.
- Chandra, P.S., Chaturvedi, S.K., Issac, M.K., Chitra, H., Sudarshan, C.Y., Beena, M.B. (1991), **Marital Life Among Infertile Spouses : The Wife's Perspective and its Implications in the Therapy**, Family Therapy, 18, p. 145-154.
- De Amicis, L.A., Goldberg, D.C., Lopiccio, J., Friedman, J., Davies, L. (1985), **Clinical Follow-up of Couples Treated for Sexual Dysfunction**, Archives of Sexual Behavior, 14 (7), p. 567-489.
- Donahey, K.M., O'Carroll, R.A. (1993), **Gender Differences in Factors Associated with Hypoactive Sexual Desire**, Journal of Sex and Marital Therapy, 19 (1), p. 25-40.
- Hawton, K., Catalan, J., Fagg, J. (1991), **Low Sexual Desire : Sex Therapy Results and Prognostic Factors**, Behavior Research and Therapy, 29 (3), p. 217-224.
- Hurlbert, D.F., (1993a), **A Comparative Study Using Orgasm Consistency Training in the Treatment of Women Reporting Hypoactive Sexual Desire**, Journal of Sex and Marital Therapy, 19 (1), p. 41-55.
- Hurlbert, D.F., White, L.C., Powell, R.D., Apt, C. (1993), **Orgasm Consistency Training in the Treatment of Women Reporting Hypoactive Sexual Desire : An Outcome Comparison of Women-Only Groups and Couples-Only Groups**, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 24 (1), p. 3-13.
- Kaplan, H.S. (1979), **Disorders of Sexual Desire**, New York : Brunner-Mazel.
- Kaplan, H.S. (1983), **Desire Phase Disorders**, in H.S. Kaplan (Ed): **The Evaluation of Sexual Disorders**, p. 239-254, New York : Brunner-Mazel.
- Kaplan, H.S. (1995), **The Sexual Desire Disorders**, New York : Brunner-Mazel.
- Kresin, D. (1993), **Medical Aspects of Inhibited Sexual Desire Disorder**, In W. O'Donohue, J.H. Geer (Eds.) : **Handbook of Sexual Dysfunctions : Assessment and Treatment** p. 15-51 : Boston : Allyn and Bacon.
- Leiblum, S.R. Rosen, R.C. (Eds.) (1988), **Sexual Desire Disorders**, New York : Guilford Press.
- Lopiccolo, L. (1980), **Low Sexual Desire**, in S.R. Leiblum, A. Pervin (Ed.) : **Principles and Practice of Sex Therapy** p. 29-65, New York, Guilford Press.
- Macphee, D.C., Johnson, S.M., Van Der Veer, M.M.C. (1995), **Low Desire in Women : The Effects of Marital Therapy**, Journal of Sex and Marital Therapy, 21 (3), p. 159-182.
- Mathew, R.J., Weinman, M.L. (1982), **Sexual Dysfunction in Depression**, Archives of Sexual Behavior, 11 (4), p. 323-328.
- Morokoff, P.J., Gilliland, R. (1993), **Stress, Sexual Functioning and Marital Satisfaction**, Journal of Sex Research, 30 (1), p. 43-53.
- Murphy, C., Sullivan, M. (1981), **Anxiety and Self-concept Correlates of Sexually Aversive Women**, Sexuality and Disability, 4 (1), p. 15-26.
- Nutter, D.E., Condron, M.K. (1983), **Sexual Fantasy and Activity Patterns of Females with Inhibited Sexual Desire Versus Normal Controls**, Journal of Sex and Marital Therapy, 11 (2), p. 91-98.
- O'Carroll, R. (1991), **Sexual Desire Disorders : A Review of Control-Led Treatment Studies**, The Journal of Sex Research, 28 (4), p. 607-624.
- Ravart, M.C. (1992), **Désir sexuel hypoactif : une étude investiguant l'utilité de l'instrument d'histoire sexuelle pour évaluer des troubles de désir suivant le système multiaxial des dysfonctions sexuelles**, Mémoire de maîtrise inédit : Université du Québec à Montréal.
- Scarf, M. (1990), **Partenaires intimes**, Montréal : Québecor.
- Schiavi, R.C., Karstaedt, A., Schreiner-Engel, P., Mandeli, J. (1992), **Psychometric Characteristics of Individuals with Sexual Dysfunction and their Partners**, Journal of Sex and Marital Therapy, 18 (3), p. 219-230.
- Schover, L.R., Lopiccio, J. (1982), **Treatment Effectiveness for Dysfunctions of Sexual Desire**, Journal of Sex and Marital Therapy, 8 (3), p. 179-197.

Schreiner-Engel, P.I., Schiavi, R.C. (1986), **Lifetime Psychopathology in Individuals with Low Sexual Desire**, The Journal of Nervous and Mental Disease, 174 (11), p. 646-651.

Schwartz, M.F., Masters, W.H. (1988), The Masters and Johnson Institute Treatment Model, in S.R. Leiblum, R.C. Rosen (Ed.) : **Sexual Desire Disorders**, p. 229-242, New York : Guilford Press.

Segraves, R.T. (1988b), Drugs and Desire, in S.R. Leiblum, R.C. Rosen (Eds.) : **Sexual Desire Disorders**, p. 313-347, New York : Guilford Press.

Segraves, R.T., Sergraves, K.B. (1991), **Diagnosis of Female Arousal Disorder**, Sexual and Marital Therapy, 6 (1), p. 9-13.

Spanier, G.B. (1976), **Measuring Dyadic Adjustment : New Scales for Assessing the Quality of Marriage And Similar Dyads**, Journal of Marriage and the Family, 38, p. 15-28.

Stuart, F.M., Hammond, D.C., Pette, M.A. (1987), **Inhibited Sexual Desire in Women**, Archives of Sexual Behavior, 16, no2, p. 91-105.

Talmadge, L.D., Talmadge, W.C. (1986), **Relational Sexuality : an Understanding of Low Sexual Desire**, Journal of Sex and Marital Therapy, 12 (1), p. 3-19.

Tremblay, S. (1995), **La différence de désir dans le couple : un problème d'intimité ou de pouvoir ?** Revue sexologique, 3 (1), p. 95-112.

Trudel, G., Aubin, S., Matte, B. (1995), **Sexual Behaviors and Pleasure in Couples with Hypoactive Sexual Desire**, Journal of Sex Education and Therapy, 21 (3), p. 210-216.

Trudel, G., Boulos, L. Matte, B. (1993), **Dyadic Adjustment Couples with Hypoactive Sexual Desire**, Journal of Sex Education and Therapy, 19 (1), p. 31-36.

Trudel, G., Landry, L., Larose, Y. (1997), **Low Sexual Desire : The Role of Anxiety, Depression and Marital Adjustment**, Sexual and Marital Therapy, 12 (1), p. 95-99.

Zimmer, D. (1987), **Does Marital Therapy Enhance the Effectiveness of Treatment for Sexual Dysfunction ?** Journal of Sex and Marital Therapy, 13 (2), p. 193-209.

Perfectionnement professionnel

Ateliers

Intervention avec des personnes abusées sexuellement

Avec Gaétan St-Arnaud, travailleur social
Mardi 24 février, 3 et 10 mars, 9h00 à 16h00
150\$ plus inscription 25\$

Le groupe comme outil de guérison et de croissance

Avec Suzanne Barbeau, travailleuse sociale
Mardi 3, 10 et 17 mars, 9h00 à 16h00
150\$ plus inscription 20\$

Une approche psychocorporelle en relation d'aide

Avec Anne Gagnon, Ph.D., t.s., psychothérapeute
6-7 mars, 20-21 mars et 3-4 avril
Vendredi 19h00 à 22h00
Samedi 9h00 à 17h00
325\$ plus inscription 25\$

Transfert et contre-transfert en relation d'aide

Avec Marcel Rheault, psychologue
Samedi 14 mars et dimanche 15 mars, 9h00 à 16h00
150\$ plus inscription 25\$

Accrédité par la Société québécoise de développement de la main-d'oeuvre

Conférences

Les conséquences de l'abus sexuel pendant l'enfance

Avec Gaétan St-Arnaud, travailleur social
Mardi 3 février, 19h00

Comprendre la dépression

Avec Éliette Boisvenue, travailleuse sociale
Jeudi 26 février, 19h00

Le syndrome prémenstruel: déséquilibre physique ou psychologique?

Avec Francine Dallaire, naturopathe
Mercredi 4 mars, 19h00

Changer, c'est devenir ce que je suis

Avec Sylvain Rouillard, psychologue
Mercredi 18 mars, 19h00

Coût: 12\$

Inscription 524-3561 poste 401, Centre St-Pierre, 1212 rue Panet, Montréal, H2L 2Y7 E-mail csp@cam.org

Les méandres de l'identité et de l'orientation sexuelle des hommes

Gilles Tremblay, M.A.

Travailleur social, psychothérapeute auprès d'une clientèle d'hommes

En intervention, on dit souvent qu'il faut envisager *le client au-delà de son orientation sexuelle* pour rejoindre l'individu. Voilà une idée intéressante vue sous l'angle des préjugés dont la société fait preuve à l'égard de personnes dont l'orientation sexuelle diffère de celle de la majorité. Cependant, vue sous l'angle individuel, l'orientation sexuelle ne représente pas une question à envisager *au-delà* de soi-même, surtout lorsqu'elle ne correspond pas au stéréotype culturel. Bien au contraire, voilà bien une question qui s'inscrit très clairement au niveau de ce que l'individu vit de plus profond, son identité ou la réponse au qui suis-je.

Il s'agit là d'une question particulièrement complexe pour les hommes dont le processus est parfois fort sinueux. Nous aborderons la question en trois temps: d'abord l'identité sexuelle, puis la sexualité des hommes et enfin l'orientation sexuelle.

La formation de l'identité sexuelle

Rappelons d'abord que la représentation de soi ne peut se faire en dehors du sexe auquel nous appartenons. Pour marquer l'importance du fait que l'identité ne peut être que sexuelle, Chiland (1988) déclare que «l'être humain est une abstraction, seuls existent des hommes et des femmes» (p.80). Plus encore, dit-elle, «on ne naît pas homme ou femme, on le devient» (p.79), insistant ainsi sur le long processus d'imitation, d'éducation et d'apprentissage dans la formation de

l'identité sexuelle. L'identité se modèle à partir des représentations intériorisées des attentes des autres sur la façon dont l'individu doit penser et se comporter comme être sexué.

Dès le très jeune âge, l'enfant commence à développer une image de soi en fonction de sa relation à son environnement immédiat. Bloss (1988) différencie deux niveaux. D'une part, il y a l'identité du genre (maleness) qui permet à l'enfant de se dire d'emblée garçon et qui apparaît très tôt, vers la seconde moitié de la deuxième année. D'autre part, on retrouve l'identité sexuelle (masculinity) qu'il définit comme un système endogène de comportements, d'attitudes, de symbolisations et de significations qui se développe avec la maturation sexuelle et la réorganisation psychique à l'adolescence. Il n'en demeure pas moins que l'identité représente une synthèse et ainsi peut être envisagée d'un point de vue développemental à la fois en continuité et en rupture des identifications antérieures.

Plusieurs reconnaissent aux garçons une plus grande vulnérabilité dans ce processus. Pour se représenter comme masculin, le garçon doit cesser de s'identifier à la mère, ne plus lui ressembler (Badinter, 1992). Il doit non seulement se séparer d'elle, comme la fillette, mais aussi chasser tout aspect de sa mère en lui (Klein, 1984). Ce rejet des identifications primaires maternelles féminines entraîne tout un travail de deuil (Bégouin-Guignard, 1988), de ruptures (Marcelli, 1989), particulièrement difficile pour le garçon.

De plus, des études démontrent que les hommes sont plus tenus de respecter les stéréotypes sexuels que les femmes (Klein, 1984), alors même que ces

stéréotypes, particulièrement celui de l'homme macho, sont vertement critiqués depuis une vingtaine d'années (Tremblay, 1989). Violer les stéréotypes sexuels amène une condamnation sociale et des conséquences psychologiques plus sévères pour les hommes que pour les femmes (Pleck, 1982). Il semble également que la pression des pairs soit encore plus forte chez les adolescents. Or, si les femmes ont réussi à développer un nouveau modèle sexuel positif (qu'on pourrait résumer comme celui de la femme de carrière qui ne s'en laisse pas imposer), il n'en est pas de même pour les hommes qui continuent à faire face à un modèle masculin dévalorisé, déchu, blessé (Hurstel et Delaisi de Parseval, 1990).

On reconnaît aux personnes significatives, et en particulier au parent du même sexe (Bloss, 1988; Badinter, 1992) un rôle considérable dans la formation de l'identité. En ce sens, le père doit conserver une image positive. Or le garçon doit apprendre d'un père souvent absent, physiquement ou affectivement (Corneau, 1989). Dans de tels cas, il connaît son père à travers la vision déformée qu'en livre la mère, vision déformée par la sourde colère intérieure de se retrouver seule avec la charge des enfants (Osherson, 1986). Ce type de père, tenu et se tenant en périphérie de la famille (Osherson, 1986), centré sur le travail, peu préoccupé par les soins des enfants, représente plus un symbole dans l'imaginaire de l'enfant qu'un pôle réel d'identification positive. Combien d'enfants ont espéré plus d'attention de leur père - ne serait-ce qu'un sourire, une caresse, une marque d'affection quelconque. Ainsi, trop souvent les jeunes sont confrontés à une idéalisation trop forte du père (causée par son absence) ou au contraire à une figura-

tion hyperconcrète de l'image déçue du paternel ne laissant aucune place à une imitation ludique (Marcelli, 1989). Cette *absence* du père est renforcée par la quasi-absence des hommes des soins et de l'éducation des enfants dans les services tels que garderies, maternelles, écoles primaires, etc. (Tremblay, 1989).

D'autres considèrent que c'est davantage la qualité ou le style des interactions du père avec son fils que son absence qui influence la formation de l'identité (Werrbach, Grotevant et Cooper, 1992). Or, les études démontrent la pauvreté des relations pères-fils comparées avec la mère et les amis et amies (Youniss et Smollar, 1985). Le père est celui le moins choisi par les adolescents pour discuter des sujets qui demandent plus d'ouverture et d'intimité. Les pères sont perçus comme fermés, juges, ne respectant pas le point de vue de leurs fils. Les fils se sentent plus distants, plus inconfortables et plus craintifs avec leur père comparativement aux autres personnes importantes de leur vie. Il ne faut donc pas se surprendre que le père soit le dernier à qui le fils révèle son homosexualité.

Même lorsque le père est présent affectivement et se démarque du stéréotype classique, le fils se retrouve dans une situation difficile: doit-il adhérer au modèle masculin du père ou à celui valorisé par la société? Quel déchirement pour le jeune qui cherche à se définir!

La sexualité des hommes

Faute de signifiant-Père, pour reprendre l'expression de Lacan, le garçon construit son identité sous forme d'essais et erreurs, cherchant constamment, même à l'âge adulte, à se confirmer sa masculinité. Aussi, plus qu'une preuve biologique qu'il est homme, le pénis doit alors devenir une preuve sociale.

Cela nous amène à parler du premier élément du modèle sexuel imaginaire

de plusieurs hommes, si puissant dans la pornographie: le mythe du phallus. Zilbergeld (1970) le caricature ainsi: «Elle a deux pieds de long, elle est dure comme du fer et tient toute la nuit» (p.23). Le pénis est en quelque sorte idolâtré, fétichisé. En contrepartie, cette conception entraîne ce qu'Emmanuel Reynaud appelle le complexe du phallus. «Les hommes réels, nous dit-il, pourvus de pénis réels, se comparent au modèle et se trouvent lamentablement démunis» (cité par Zilbergeld, p.27). Zilbergeld (1970) rapporte une enquête journalistique auprès de 1000 hommes dans laquelle, sauf de «rares et très brillantes exceptions», tous exprimaient des doutes sur leur propre sexualité en fonction de la taille de leur pénis (p.27).

La pornographie influence également beaucoup cet imaginaire sexuel. L'homme, le plus souvent l'élément actif, y est présenté comme devant suivre la même séquence - baiser prolongé, caresses génitales, érection, contacts oraux-génitaux, coït vaginal (pornographie hétérosexuelle) ou anal (pornographie homosexuelle), menant à l'objectif ultime, l'éjaculation-orgasme perçus comme un tout. Cette responsabilité de devoir procurer à son ou sa partenaire sexuelle le summum de l'extase à chaque relation engendre bien des peurs de ne pas être à la hauteur.

Aussi bien dans la pornographie que dans plusieurs traités de sexualité masculine, affectivité et sexualité sont dissociées. Pour nombre de femmes, faire l'amour implique une communication, une tendresse, c'est l'instant d'une rencontre émotive. Pour les hommes, ça peut l'être également mais ça peut représenter tout autre chose: se défouler, s'évader, libérer une tension psychologique ou physiologique, etc. (Tremblay, 1989). Elle peut devenir alors l'exutoire de toute émotivité refoulée, non exprimée ailleurs. Il s'agit en fait, pour certains hommes, d'une canalisation dans la sexualité des émotions n'ayant rien à voir dans la relation avec le ou la partenaire sexuel(le).

Pour d'autres, c'est le seul temps pour se permettre de caresser et d'être caressé. La sexualité peut aussi représenter le point de départ à la confiance, la réconciliation et à la communication.

Cette dissociation affectivité-sexualité peut se retrouver également dans le choix du ou de la partenaire. Beaucoup gravitent entre ce qui est convenu d'appeler la madone et la putain. La madone, c'est-à-dire la conjointe, permet la stabilité, la sécurité sexuelle et affective. Elle est vénérée tout comme sa propre mère. La putain, c'est-à-dire celle qui se fait payer aussi bien que l'amante régulière ou d'un soir, confirme le pouvoir de séduction, désennuie de la routine et permet de se dégager du sentiment de dépendance vis-à-vis de la conjointe. On retrouve un scénario semblable parmi certains couples gais.

Nous pourrions élaborer encore longtemps sur cet imaginaire sexuel masculin davantage centré sur le besoin de se confirmer sa masculinité que sur la relation réelle avec le ou la partenaire sexuel(le). Il serait d'ailleurs beaucoup plus juste de parler des sexualités des hommes. Mais voyons plutôt comment tout cela les influence dans la recherche de leur orientation sexuelle.

L'orientation sexuelle

Quoique le rapport Kinsey avec son échelle à sept niveaux (de l'hétérosexualité exclusive à l'homosexualité exclusive en passant par la bisexualité) date de 1948, ce n'est que tout récemment, dans le cadre des recherches épidémiologiques en regard du VIH/SIDA, que la bisexualité refait surface dans le discours des chercheurs et des intervenants et intervenantes. Essentiellement, l'orientation sexuelle est présentée comme une dichotomie ne laissant aucun intermédiaire entre l'homosexualité et l'hétérosexualité.

Trop longtemps la bisexualité fut perçue comme un état transitoire et, par

définition, instable, lié à l'adolescence, à l'absence d'une partenaire sexuelle (prisonniers) ou pour des motifs économiques (prostitués) (Lever et al., 1992).

Seulement quelques auteurs y ont accordé un peu plus d'importance. Parmi ceux-ci, Paul (1984, cité par Berkey, Perelman-Hall et Kurdek, 1990) considère que la bisexualité peut être séquentielle (d'une homosexualité exclusive à une hétérosexualité exclusive ou l'inverse et retour à l'ancienne orientation) ou contemporaine (partenaires sexuels des deux sexes au cours une même période) alors que Zinik (1985, cité par Berkey, Perelman-Hall et Kurdek, 1990) utilise les expressions de bisexualité sérielle et bisexualité concurrente dans le même sens que Paul et ajoute la bisexualité simultanée (en même temps, dans le même lit). Mais en fait, plusieurs de ces recherches assimilent comportement sexuel et orientation sexuelle.

Quoique d'autres études insistent davantage sur l'auto-identification (se dire spontanément hétérosexuel, bisexuel ou homosexuel), elles n'en demeurent pas moins basées sur des échelles statiques (Berkey, Perelman-Hall et Kurdek, 1990). Au contraire, Klein (1985, cité par Lever et al., 1992) considère l'orientation sexuelle comme un processus dynamique comportant plusieurs variables de la sexualité: l'attraction, le comportement, les fantasmes, la préférence émotionnelle, l'auto-identification, le style de vie/affiliation. Sur cette base, Berkey, Perelman-Hall et Kurdek (1990) identifient six catégories de bisexualité en remplacement des niveaux 3, 4 et 5 de l'échelle de Kinsey. Ces catégories sont:

1. d'une homosexualité exclusive à une hétérosexualité exclusive;
2. d'une hétérosexualité exclusive à une homosexualité exclusive;
3. une orientation homosexuelle prédominante (désirs ou contacts homosexuels fréquents avec désirs ou contacts hétérosexuels peu fréquents);
4. une hétérosexualité prédominante

(désirs ou contacts hétérosexuels fréquents avec désirs ou contacts homosexuels peu fréquents);

5. une orientation égale envers les deux sexes (désirs et contacts avec les deux sexes apparaissent sur une base à peu près égale en même temps).

Bisexualité concurrente;

6. une orientation égale envers les deux sexes (homosexualité exclusive suivie d'une hétérosexualité exclusive et vice versa et à nouveau vice versa).

Bisexualité séquentielle.

Bref, par ces travaux, nous sommes très loin de la dichotomie initiale homosexualité/hétérosexualité. Nous nous retrouvons plutôt face à une vision éclatée et multiforme de l'orientation sexuelle et sans doute plus près de la réalité.

Il nous faut également mettre ces données en relation avec le processus d'émergence d'une identité homosexuelle ou bisexuelle, particulièrement difficile dans une société qui stigmatise encore l'homosexualité et la bisexualité. Bory et Hocqueghem (1977 p.53) disaient «se reconnaître homosexuel est une chose, s'accepter homosexuel en est une autre». Les homosexuels eux-mêmes (et sans aucun doute les bisexuels également) intériorisent ce schéma de culpabilité, de mépris et d'oppression qui leur est infligé (Tremblay, 1989). Qui sont-ils en fait? Ils ne sont pas des «hommes» (au sens stéréotypé) puisqu'ils sont attirés par des hommes. Ils ne sont pas des femmes puisqu'ils ont un pénis. Qui sont-ils alors? Il n'est pas surprenant que l'homosexualité et la bisexualité soient souvent niées, refoulées au plus profond de soi. L'individu a peur alors de la liaison révélatrice aux yeux des autres, mais aussi des siens. Cela a malheureusement comme conséquence que plusieurs taisent leur homosexualité ou leur bisexualité pour mieux se protéger, vivant une double vie: celle au travail et avec la famille et d'autre part les rencontres furtives, les bars, etc. Les bars deviennent le premier mode

d'approche sexuelle, tout comme le jeune hétérosexuel sort dans les bars «straights». Cependant, l'on sait que la rencontre du ou de la partenaire, celui ou celle avec qui l'individu désire partager sa vie, se fera très rarement dans un bar, mais plutôt par l'entremise d'autres occasions de rencontres: cercles d'amis et amies, milieu de travail, activités sociales, sports, etc. Or, ces milieux demeurent beaucoup plus accessibles pour les hétérosexuels que pour les homosexuels ou les bisexuels. De plus, l'identité hétérosexuelle, homosexuelle ou bisexuelle est facilitée quand il y a identification à un groupe. Comme, pour les homosexuels et les bisexuels, la seule facette connue se limite souvent à la jungle bigarrée des bars et autres lieux semblables, cela n'aide pas à s'identifier à une communauté jugée pas toujours très gaie.

Il n'est donc pas surprenant que le processus d'émergence, parfois long, provoque une réévaluation radicale de soi et de son style de vie, passant par différents stades comparables au processus de deuil. «Les hommes, disaient Falconnet et Lefaucheur (1975, p.98), ont culturellement plus de difficulté à admettre leur homosexualité que les femmes, essentiellement parce que leur image virile se retrouverait remise en cause.»

Plus encore, c'est cette même image virile qui empêche nombre d'hommes de développer de la tendresse et une intimité avec d'autres hommes ou encore une amitié sincère de peur d'être étiqueté d'homosexuel ou de faire face à des désirs trop menaçants. Cette homophobie maintient les échanges entre hommes aux niveaux productif et informatif, ce qui rend l'isolement affectif d'autant répandu.

L'identification bisexuelle est peut-être même plus difficile à certains égards que l'identification homosexuelle. Dans sa lutte pour la reconnaissance de ses droits, la communauté homosexuelle s'est développée comme milieu de

référence, avec ses groupes de support, ses activités, et a même acquis une certaine reconnaissance sociale (Lever et al., 1992) (même s'il reste beaucoup à faire). Il n'en est pas de même pour les bisexuels. Ils sont perçus par plusieurs hétérosexuels comme tout aussi menaçants que les homosexuels. Et ces derniers ont parfois tendance à les considérer comme des homosexuels qui n'ont pas le courage de faire face à leur homosexualité ou qui veulent tout avoir sans rien perdre. Ces différentes formes de rejet peuvent susciter des sentiments difficiles: honte, culpabilité, impression de tromper les autres (particulièrement le, la ou les partenaires), de manquer de courage, ou encore de déchirement profond entre leurs désirs hétérosexuels et leurs désirs homosexuels.

Dans les méandres de la quête de son orientation sexuelle, il nous apparaît que la question ne peut être abordée uniquement par l'approche classique établissant d'abord un diagnostic selon la dichotomie homosexualité/hétérosexualité selon quelques critères puis à aider le client à assumer cette orientation. Pour beaucoup d'hommes, se questionner sur son orientation sexuelle questionne également son identité. Tout le questionnement sur son orientation sexuelle interpelle l'identité masculine. Pour certains, il vaudra mieux se positionner au-delà de l'orientation sexuelle, c'est-à-dire se définir comme homme dans ses relations aux autres hommes et dans ses relations avec les femmes, dans un esprit d'ouverture, pour mieux aborder par la suite la question de l'orientation sexuelle.

RÉFÉRENCES

- Badinter, E. (1992), **XY De l'identité masculine**, Paris: Odile Jacob.
- Bégouin-Guignard, F. (1988), **Le rôle des identifications maternelles et féminines dans le devenir du masculin chez le garçon**, *Adolescence*, 6 (1) p. 49-74.
- Berkey, B.R.; Perelman-Hall, T. et Kurdek, L.A. (1990), **The Multidimensional Scale of Sexuality**, *Journal of Homosexuality*, 19 (4) p. 67-84.
- Blos, P. (1988), **L'insoumission au père ou l'effort adolescent pour être masculin**, *Adolescence*, 6 (1) p. 19-31.
- Bory, J.-L. et Hocquenghem, G. (1977), **Comment vous appelez-vous déjà? - Ces hommes que l'on dit homo**, Paris: Calmann-Lévy.
- Chiland, C. (1988), **De l'essence du masculin: réflexions à partir du transsexualisme**, *Adolescence*, 6 (1) p. 75-87.
- Corneau, G. (1989), **Père manquant, fils manqué**, Édition de l'homme.
- Falconnet, G. et Lefaucheur, N. (1975), **La fabrication des mâles**, Paris: Le seuil.
- Hurstel, F. et Delaisi de Parseval, G. (1990), **Le pardessus du soupçon**, In J. Delumeau et D. Roche (Éd.)
- Histoire des pères et de la paternité**, Paris: Larousse.
- Klein, C. (1984), **Mères et fils**, Paris: Robert Laffont.
- Lever, J.; Kanouse, D.E.; Rogers, W.H.; Carson, S. et Hertz, R. (1992), **Behavior Patterns and Sexual Identity of Bisexual Males**, *The Journal of Sex Research*, 29 (2) p. 141-167.
- Marcelli, D. (1989), **Imitation +représentation=identification? Quelques hypothèses sur le processus d'imitation précoce et d'identification secondaire entre le fils et le père**, *Adolescence*, 7 (2) p. 35-52.
- Osherson, S. (1986), **Finding our Fathers - The Unfinished Business of Manhood**, New York: Free Press.
- Pleck, J.H. (1982), **The Myth of Masculinity**, Cambridge et London: MIT.
- Tremblay, G. (1989), **L'intervention sociale auprès des hommes - Quelques pistes en vue de préciser un modèle d'intervention**, Essai de maîtrise, Université de Sherbrooke.
- Werrbach, G. B.; Grotevant, H.D. et Cooper, C.R. (1992), **Patterns of Family Interaction and Adolescent Sex-Role**, *Journal of Experimental Child Psychology* 50 (3) p. 357-369.
- Youniss, J. et Smollar, J. (1985), **Adolescent Relations with Mothers, Fathers and Friends**, Chicago et London: U. of Chicago press.
- Zilbergeld, B. (1970), **La sexualité masculine**, Paris: Ramsey (Marabout).

ÉVALUATION SEXO-MÉDICALE

Diagnostic:

- des dysfonctions érectiles
- des coitalgies

pour rendez-vous
Laurier Therrien, m.d.

MAITRISE EN SEXOLOGIE

4647, ave. Verdun
Verdun, Qc H4G 1M7
Métro Verdun
Tél.: (514) 761-5865

En vrac

Le **Centre Pierre-Hénault** est une ressource communautaire de soutien aux proches des personnes vivant avec le VIH/SIDA. En plus de soutenir les proches, le Centre offre un service d'accompagnement avec voiture aux personnes atteintes du sida et en perte d'autonomie. Présentement, le Centre Pierre-Hénault a un **urgent besoin** de bénévoles dans plusieurs des services qu'il offre à la communauté. Les personnes intéressées peuvent les contacter au 514-273-8603.

L'Artothèque de Montréal vous offre la possibilité de louer des oeuvres d'art à bas prix (exemple 1.50 \$ par oeuvre, par mois) pour la décoration de votre bureau ou résidence. Pour plus de renseignements, contacter le (514) 278-8181.

CONGRÈS, COLLOQUES, RÉUNIONS SCIENTIFIQUES

Le **V^e congrès pour le traitement des abuseurs sexuels** se tiendra du **14 au 16 février 1998** à Caracas au Venezuela ; il sera immédiatement suivi par le **7^e congrès international sur les soins de santé en prison et la médecine légale** ainsi que le **12^e symposium international sur l'éthique en sexualité humaine**. Pour plus de renseignements, contacter Ruben Hernandez-Serrano, M.D., Ph.D., P.O. Box 17302, Caracas 1015-A, Venezuela ou par téléphone : 58-2-573-6624, télécopieur : 58-2-576-1083.

Le **66^e congrès de l'ACFAS** se tiendra du **11 au 15 mai 1998** à l'Université Laval. Le thème est «**La place du Québec dans la science**». Pour plus de renseignements, contacter ACFAS au 514-849-0045 ou par télécopieur au 514-849-5558.

Le **IV^e congrès de la Fédération européenne de sexologie** se tiendra du

18 au 21 septembre 1998 à Lisbonne. Pour plus de renseignements, contacter D. Goreti Janeiro à l'adresse suivante : Servico de Psicoterapia Comportamental de Hospital Julio de Matos, Av. do Brasil, 53 - 1799, Lisboa Code, téléphone : 01.797 11 41 ou par télécopieur au 01.795 29 8.

Hong Kong sera l'hôte du XIV^e congrès international de sexologie en 1999. Plus d'informations vous seront données lorsqu'elles seront disponibles.

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

Comme vous avez pu le constater dans le mot de la présidente, des discussions ont été reprises avec l'Ordre des psychologues du Québec. Nous aurons aussi avant les Fêtes une rencontre avec l'Office des professions et le ministre Ménard en vue de discuter de certaines difficultés à aplanir quant à la réglementation des psychothérapeutes compétents non admissibles à un ordre existant puisque ce groupe serait réglementé par notre ordre.

En janvier, les discussions continueront pour établir le fonctionnement administratif du nouvel ordre.

Les membres de notre association ont soutenu, au cours des dernières années, les activités de l'A.S.Q., et parmi celles-ci, l'atteinte de l'objectif de notre reconnaissance professionnelle. Il nous apparaît normal de privilégier les membres de l'A.S.Q. par rapport à ceux et celles qui attendent la mise en place de l'ordre pour se joindre au mouvement. Afin de reconnaître leur apport dans cette démarche, les dossiers des membres de l'A.S.Q. seront étudiés en priorité pendant la période séparant le décret du

gouvernement et l'institution officielle de l'ordre. L'objectif est que les membres de l'A.S.Q. puissent accéder à l'ordre dès son institution officielle, ou sans subir de délais indus. Il ne s'agit par de porter préjudice à qui que ce soit par cette décision mais bien de reconnaître, de façon particulière, la contribution que les membres de l'A.S.Q. ont apportée, ne serait-ce que par leur cotisation, à la reconnaissance légale de notre profession.

Il serait important que tous avisent les personnes non membres de l'A.S.Q. de cette situation.

Sylviane Larose M.A.
Directrice générale

Ce qui se passe à L'A.S.Q.

Le comité des relations publiques et des assurances

Tel que promis, voici les dernières informations concernant le dossier des assurances. Vous vous souvenez que lors de l'assemblée générale annuelle du 7 juin 1997 la proposition suivante avait été adoptée : «À l'effet de consulter un lobbyiste qui aurait pour mandat de nous représenter auprès des 15 compagnies d'assurance qui offrent des plans d'assurances collectives afin que les sexologues soient inclus dans les plans d'assurance et d'engager ses services si le budget le permet».

Le 30 septembre dernier, nous (Sylviane Larose et moi-même) avons rencontré le lobbyiste de la Fédération québécoise des massothérapeutes. Lors de cette rencontre initiale, nous lui avons présenté le résumé de nos démarches des six dernières années.

Un élément nouveau nous a été proposé : faire une coalition d'associations partageant notre champ de pratique

ainsi que nos préoccupations, afin de négocier en bloc. Cette coalition devrait nous donner un pouvoir de négociation non égalé à ce jour, nous mentionnait le lobbyiste. Ce dernier serait disposé à nous encadrer, au fur et à mesure de nos besoins, dans cette démarche.

Présentement, nous sommes en consultation auprès de ces associations et ordres avec lesquels nous poursuivons nos démarches d'incorporation, afin de déterminer leur intérêt ou d'obtenir leur accord dans cette nouvelle démarche. Nous vous tiendrons au courant des développements futurs.

Alexandra Dominique, M.A.
Responsable des relations publiques
et du comité des assurances

Le comité d'admission

Le comité d'admission continue d'étudier les dossiers des personnes désirant devenir membres de l'A.S.Q.

De plus, ceux et celles qui désirent soumettre la candidature d'une personne en vue de lui voir décerner un titre honorifique doivent contacter l'A.S.Q. pour avoir le formulaire de mise en candidature. Celui-ci devra être retourné à l'A.S.Q. **avant le 30 janvier 1998.**

Le comité ad hoc sur l'éducation sexuelle

Le comité ad hoc sur l'éducation sexuelle termine la compilation du sondage fait auprès des éducateurs. Les responsables du comité commencent à préparer les documents qui seront envoyés à l'Office des professions.

Le comité de perfectionnement

Les perfectionnements vont bon train. En effet, il semble que toutes les formations auront encore lieu cette

année. Il reste quelques places pour les deux formations d'hiver. Le 24 janvier 1998 aura lieu la formation «Harcèlement sexuel» par Lilianne Lavertu. Le 28 février le thème sera «Dépression et sexualité» par le Dr Sylvain Faucher. La formation «Pratique professionnelle et éthique» présentée le 20 mars 1998 est déjà complète.

Sylviane Larose, M.A.
Directrice générale

Nouveaux membres

L'ASQ est fière d'accueillir:

Comme membres régulier(ère)es:

Marie-Claude Dumouchel, Pierre Picard, Diane Rioux, Geneviève Simard.

SAVIEZ-VOUS QUE...

Le condom féminin est maintenant disponible dans les pharmacies du Québec et du Canada. Ce condom, appelé Reality, ressemble à un condom pour homme mais est fait de polyuréthane plutôt que de latex. Il a deux anneaux souples, l'un est placé à une extrémité fermée qui est insérée dans le vagin et l'autre à une extrémité ouverte qui reste à l'extérieur.

Ce condom féminin sert à la fois de contraceptif et protège contre les maladies transmises sexuellement. Selon le fabricant, il serait 40 % plus robuste que le condom masculin en latex, tout en étant plus mince. Le fabricant assure qu'il est léger, s'insère facilement, transmet bien la chaleur du corps et n'a pas à être retiré immédiatement après la relation sexuelle.

Résumé, La Presse, 18 octobre 1997.

SAVIEZ-VOUS QUE...

Les antidépresseurs de la famille du Prozac ou des tricycliques (Tofranil, Elavil) peuvent causer des dysfonctions sexuelles et des troubles du sommeil, à tel point que beaucoup de patients abandonnent leur médication, indique une récente étude effectuée par la maison Comfos de Toronto pour le compte de la compagnie Bistol-Myers Squibb et avec la collaboration de L'Association canadienne pour la santé mentale et du Forum canadien sur la recherche en sexualité. «La personnalité des patients en a été transformée, relate le docteur Assalian, directeur du département de psychiatrie de l'Hôpital général de Montréal. Mais depuis deux ans environ, nous commençons à prendre conscience des conséquences des antidépresseurs sur la vie sexuelle.»

Les antidépresseurs peuvent nuire aux trois niveaux de la réponse sexuelle : le désir, l'excitation et l'orgasme. Le pourcentage de ceux qui ont des problèmes sexuels est trois fois plus élevé chez ceux qui prennent des antidépresseurs que chez les autres : 35% versus 12%.

On peut améliorer la sexualité des patients sous antidépresseur au moyen d'une antidose, c'est-à-dire d'un médicament censé rétablir la sexualité. On peut aussi changer d'antidépresseur. Un des derniers arrivés sur le marché, le Serzone, a beaucoup moins d'effets indésirables sur le sommeil et sur la fonction sexuelle, selon le Guide clinique des psychotropes publié par l'Institut psychiatrique Clarke.

Résumé, La Presse, 22 octobre 1997.

Bibliophile

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

LIVRES

LERNER, Harriet (1997), *Les illusions du bonheur*, Le jour éditeur, 220 pages.

OUMET, Denis (1997), *Les dynamiques de la personne*, Les éditions de l'homme, 186 pages.

ENGEL, June (1997), *Le cancer du sein et les autres maladies du sein*, Guy Saint-Jean Éditeur, 298 pages.

CANFIELD, Jack, HANSEN, Mark Victor, READ HAWTHORNE, Jennifer, SHIMOFF, Marci (1997), *Bouillon de poulet pour l'âme de la femme*, Éditions science et culture, 282 pages.

CASEY, Karen (1997), *Digne d'amour*, Éditions science et culture, 117 pages.

DOCUMENTS

Trousse de survie familiale, de Louise Suzor, psychologue, et Pierre Larouche, travailleur social, éditée par le CLSC Montcalm.

Pour un choix éclairé, sexualité pendant la grossesse et après l'accouchement, Fédération du Québec pour le planning des naissances.

COMMENTAIRE DE LIVRE

DALLAIRE, Yvon (1997), *Chérie, parle-moi : dix règles pour faire parler un homme*, Option Santé, 142 pages.

Par son propos, l'auteur vise à aider les femmes à mieux comprendre comment les hommes communiquent verbalement de même qu'à les aider à communiquer davantage leurs sentiments et leurs émotions. La première partie, qui décrit les différences psychobiologiques qui existent entre les hommes et les femmes, est intéressante. On y apprend entre autres choses que l'homme, contrairement à la femme, naît moins achevé et qu'il atteint plus tardivement la maturation sexuelle complète ; que sa constitution cervicale est différente de celle de la femme, ce qui le rendrait moins habile à identifier ses émotions et à les verbaliser. La deuxième partie élabore chacune des règles ainsi que des moyens concrets pour aider la femme à «faire parler» son conjoint. Sans nier l'utilité de cette démarche, il faut dénoncer la tendance actuelle à remettre d'emblée aux femmes la responsabilité d'enclencher le dialogue dans le couple. À quand un volume similaire pour monsieur ?

Jolaine Lessard, M.A.
sexologue clinicienne et psychothérapeute

**L'Association des sexologues du Québec
vous invite à un spectacle bénéfice**

**le 27
février
1998**



**ouvert
à
tous**

**LISE MAURAIS
avec le légendaire VIRUS**

**Les billets sont en vente au prix
exceptionnel de 15 \$
sur tout le réseau Admission au (514) 790-1245
et à l'A.S.Q. Pour renseignements composer le (514) 270-9289**

Il est possible de payer par carte de crédit sur le réseau admission ou par chèque à l'A.S.Q.

**Endroit : Salle Marie-Gérin-Lajoie de l'UQAM
Pavillon Judith-Jasmin
405, rue Sainte-Catherine
Montréal (Québec)**

Nous remercions le Département de sexologie de l'UQAM pour son soutien.

Bon de commande

Paiement inclus de _____ \$ pour _____ billets

Nom

Prénom

Adresse

Ville

Code Postal

Faire parvenir votre paiement à l'ordre de:

Association des sexologues du Québec
6915 rue Saint-Denis, bureau 301 Montréal (Québec), H2S 2S3

