

SEXOLOGIE

actuelle

Mot du président <i>par François Blanchette</i>	3
Mot du Comité de la revue <i>par Cécile M. Barcelo</i>	3
Relève	4
Article Les hommes abusés sexuellement dans leur enfance : une réalité! <i>par Benoît St-Jean</i>	6
Dossier Éléments qui favorisent le changement en thérapie sexuelle <i>par Michel Lemieux</i>	8
Partenariat Une clinique sexologique à l'UQAM <i>par Josée S. Lafond, Michel Goulet et Guy Lévesque</i>	1
Communiqué	11
Ça bouge.	12



Partenariat

Une clinique sexologique à l'UQAM

Josée S. Lafond, directrice, département de sexologie
Michel Goulet, directeur, maîtrise en sexologie
Guy Lévesque, coordonnateur de stage, maîtrise en sexologie

La nouvelle clinique sexologique du département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal a vu le jour le 6 février 2006. En effet, le département de sexologie et sa direction de la maîtrise ont officiellement ouvert la « Clinique sexologique de l'UQAM ». Elle vient répondre aux exigences sans cesse grandissantes de formation et aux besoins provenant des étudiants eux-mêmes, de plusieurs milieux de stages et de superviseurs cliniques du département. Son objectif premier vise une formation de haut niveau – composantes d'apprentissage, de supervision, d'observation, de gestion de dossiers –, tout en favorisant une synergie entre la clinique et la recherche sexologique qui touchent les troubles sexuels.

Bien qu'en période de développement, la clinique reçoit déjà trois stagiaires de cycle supérieur (M.A.) en sexologie qui accueillent plus d'une trentaine de clients ou de couples. À moyen terme, par un passage obligé, elle devrait intégrer les stagiaires de maîtrise clinique à un stage d'observation, d'évaluation et d'intervention préparant aux stages en externe.

Acquis fort important en matière d'éducation universitaire, cette clinique permettra d'offrir des services à la collectivité de l'UQAM, tout comme à la population de Montréal. Ainsi, elle participera activement à la promotion de la sexologie et à celle des sexologues du Québec.

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 suivie de la référence complète. Les articles publiés dans *SEXOLOGIE actuelle* n'engagent que les auteurs et auteurs. Ils n'expriment pas nécessairement le point de vue de l'Association des sexologues du Québec.

POLITIQUE ÉDITORIALE

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 type d'ordinateur et le traitement de texte utilisés. La disquette sera rendue à l'auteur. Ce dernier doit 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

Les manuscrits fournis par les non-membres de l'ASQ seront acceptés selon les mêmes conditions que ceux des membres.

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

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

Acceptation du manuscrit

La décision d'accepter un manuscrit sera prise par le Comité de la revue à la suite des recommandations des lecteurs. Ce dernier se réserve le droit de faire des changements mineurs aux manuscrits en vue de rencontrer les normes de publication.

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

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

PARUTION
Automne 2006

DATE DE TOMBÉE
Chroniques, textes, publicités:
15 août 2006

SEXOLOGIE *actuelle*



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

volume XIV, numéro 3

printemps 2006

Couverture : La thérapeute. René Magritte. 1941. Gouache sur papier. 47,6 x 31,3 cm. Collection privée

Comité de la revue : Cécile M. Barcelo, B. A., Véronique Faubert, M. A., Stella Gurreri, M. A., et Marc-André Juneau, M. A.

Rédactrice en chef : Cécile M. Barcelo, B. A.

Rédactrice en chef adjointe : Véronique Faubert, M. A.

Graphisme et mise en pages : Sylvie Desrochers, B.A., *Babill-Art*

Imprimeur : R. M. HÉBERT INC.

Coordination et révision/correction : Johanne Tousignant, M.Ed.

CONSEIL D'ADMINISTRATION 2005-2006

Président : François Blanchette

Vice-président : Mario Larivée-Côté

Secrétaire exécutive : Véronique Faubert

Trésorier : Marc-André Juneau

Administratrice : Marie-Josée Valois

Administratrice : Cécile M. Barcelo

Représentante des étudiants : Stella Gurreri

Directrice générale : Renée Laplace

TARIFS PUBLICITAIRES

Pages intérieures

	1 parution	3 parutions
1 page	<input type="checkbox"/> 260 \$	<input type="checkbox"/> 740 \$
1/2 page	<input type="checkbox"/> 135 \$	<input type="checkbox"/> 385 \$
1/3 page	<input type="checkbox"/> 105 \$	<input type="checkbox"/> 250 \$
1/8 page	<input type="checkbox"/> 40 \$	<input type="checkbox"/> 110 \$

Pages couverture

Couvert 3	<input type="checkbox"/> 285 \$	<input type="checkbox"/> 815 \$
Couvert 4	<input type="checkbox"/> 300 \$	<input type="checkbox"/> 850 \$

Insertion dans l'envoi

Publipostage prêt à insérer dans l'enveloppe : 150 \$

Réduction de 50 % aux membres de l'ASQ

ABONNEMENTS :

Gratuit pour les membres de l'ASQ

15 \$ / an pour les étudiants et les employés du département de sexologie de l'UQAM ainsi que les membres du RPSQ.

20 \$ / an pour les non-membres.

25 \$ / an pour les institutions

© Association des sexologues du Québec MMIV

DÉPÔTS LÉGAUX : Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISSN 1192-3814

TIRAGE : 325 exemplaires.

Le printemps est arrivé...

Par François Blanchette, M.A.

Avec le printemps arrive aussi le temps du renouveau.

Cette année, un peu avant le printemps, l'Office des professions du Québec (OPQ) a rendu public le rapport du Comité d'experts présidé par Dr Jean-Bernard Trudeau sur la **Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines**.

Ce comité avait été créé au début de 2004 avec le mandat de développer une solution pour l'encadrement de la pratique de la psychothérapie et de proposer des orientations pour la pratique des professionnels œuvrant dans le domaine de la santé mentale et des services sociaux.

L'OPQ rend public ce rapport dans le but de faire connaître les résultats des travaux du Comité d'experts et de

mesurer, auprès des personnes ou des groupes intéressés, le degré d'adhésion aux propositions du rapport, ainsi que leurs effets sur la qualité et l'accessibilité des soins et des services.

Le rapport contient plusieurs propositions qui touchent directement les sexologues, de façon générale, et à ceux qui exercent dans le domaine de la psychothérapie. C'est à lire! Je vous invite fortement à consulter ce rapport disponible sur le site Internet de l'OPQ à l'adresse suivante : <http://www.opq.gouv.qc.ca/PDF/RapportSantement.pdf>, et le sommaire du rapport que vous trouverez à l'adresse : http://www.opq.gouv.qc.ca/PDF/Rapport_Santement_Sommaire.pdf.

Comme Association, il nous faudra émettre notre avis sur les recommandations de ce rapport.

Voici un travail fort intéressant pour

votre direction générale et votre conseil d'administration. Bien sûr, nous continuerons notre travail conjoint du comité tripartite : Association des sexologues du Québec, Regroupement professionnel des sexologues du Québec et Département de sexologie de l'UQAM.

Dans un tout autre ordre d'idée, le printemps, c'est aussi le moment du renouvellement de la cotisation annuelle. Vous avez d'ailleurs tous déjà reçu les documents à cet effet. Si vous connaissez des sexologues qui ne sont pas membres de l'Association, il serait très intéressant de leur en faire valoir les avantages en leur glissant une copie du document intitulé « Privilèges des membres ».

Au plaisir!

Mot du Comité de la revue Mot du Comité de la revue

Par Cécile M. Barcelo

Dans ce numéro du printemps, Josée Lafond, Guy Lévesque et Michel Goulet, tous professeurs à l'UQAM, nous apprennent que le Département de sexologie vient de se doter d'une « Clinique sexologique » dans le but de répondre aux besoins grandissants de formation, d'observation et de supervision des étudiants de niveau maîtrise. Heureuse initiative qui non seulement offrira un lieu de stage à la fine pointe des dernières données scientifiques dans le domaine sexologique, mais qui répondra surtout aux besoins grandissants d'un public en quête de solutions financièrement abordables en regard de notre expertise sexologique spécifique. Ce printemps, la relève, dont nous sommes très fiers, occupe encore une place de choix dans la revue. Marie-Josée Dubé vient nous enrichir de sa recherche concernant les difficultés

sexuelles associées au trouble de la personnalité limite; Marie-Eve Richard nous entretient sur le vécu des femmes homosexuelles en milieu rural; tandis que Caroline Tétreault nous partage les fruits d'une expérience d'implantation d'un programme de prévention prônant l'usage du préservatif auprès d'un groupe d'adolescents vivant en Argentine. D'autre part, Benoît St-Jean, coordonnateur au Crip phase, nous sensibilise à la dure réalité des hommes abusés sexuellement dans leur enfance. Michel Lemieux, de son côté, partage avec nous les données d'une recherche scientifique menée par Scott D. Miller, tirée du livre *Pour en finir avec Babel*. Il y explore quelques aspects annonciateurs de changement et de succès au sein de la relation thérapeutique : la part qui est dévolue au client ainsi qu'à la qualité de son implication directe dans le traitement (40 %), les

facteurs reliés à la relation thérapeute-client proprement dite (30 %), à l'espoir du client communément appelé effet placebo (15 %), puis finalement, aux modèles et aux techniques d'intervention (15 %). En dernier lieu, le comité organisateur du WAS du XVII^e Congrès, édition 2005, nous communique la version française de la déclaration de Montréal qui met en lumière les engagements des professionnels de la sexologie envers la promotion de la santé sexuelle.

Nous remercions vivement tous nos partenaires réguliers et ponctuels et nous vous invitons à nous faire connaître vos suggestions et commentaires en communiquant directement avec le secrétariat de l'ASQ ou avec le comité de publication de *Sexologie actuelle*, cmbarcelo@videotron.ca

Le trouble de la personnalité état limite et les difficultés sexuelles associées : recension des écrits

Élaboré par Marie-Josée Dubé, MA.

Sexologue clinicienne et psychothérapeute (profil counseling)

Membre de l'Association des Sexologues du Québec

mjdubensexologue@sympatico.ca

Rapport déposé en 2005

RÉSUMÉ

Dans le cadre d'une étude effectuée à l'Université du Québec à Montréal comme exigence à la maîtrise en sexologie profil *counseling*, le présent projet constituait une démarche exploratoire des connaissances actuelles concernant le trouble de la personnalité état limite en lien avec les troubles sexuels. La personnalité état limite est un trouble complexe qui suscite actuellement un grand intérêt. En clinique, et selon le DSM-IV, il se reconnaît surtout par la présence fréquente de comportements autodestructeurs, une labilité de l'humeur et une difficulté importante avec les limites et le cadre.

Les recherches s'intéressent surtout à l'étiologie de ce trouble afin de pouvoir mieux comprendre son origine et son développement et ainsi, envisager des traitements plus appropriés. De par sa complexité, aucune étude ne semble pouvoir

déterminer l'étiologie du trouble de la personnalité état limite selon une seule perspective. Il est alors de plus en plus clair que le trouble de la personnalité état limite est une entité psychobiologique influencée conjointement par des facteurs génétiques et environnementaux. Par contre, des études supplémentaires sont essentielles afin d'arriver à une compréhension plus globale et précise du trouble de la personnalité état limite. Ces résultats remettent en question les critères diagnostiques actuels du DSM et peuvent possiblement expliquer, en partie, la forte comorbidité de ce trouble avec d'autres troubles de l'axe I et II. Les traitements préconisés font référence à des interventions psychothérapeutiques d'approches souvent intégratives et à des interventions pharmacologiques, permettant le contrôle temporaire de certains symptômes envahissants. Malheureusement, aucune étude ne fait état de la comorbidité possible entre la personnalité état limite et les troubles sexuels répertoriés dans le

DSM. En fait, très peu d'information est disponible pour documenter la forte présence de troubles sexuels chez la clientèle état limite. On peut alors formuler l'hypothèse selon laquelle la forte prévalence des antécédents d'abus, le haut niveau d'impulsivité et les difficultés relationnelles rendraient les individus souffrant du trouble de personnalité état limite possiblement à risque de vivre de nombreuses difficultés sexuelles. Le présent rapport d'activités constitue une recension des écrits sur la problématique du trouble de la personnalité état limite et des liens avec les difficultés sexuelles potentielles chez les individus qui en souffrent. Celui-ci se veut un outil de référence, principalement pour les cliniciens en sexologie, dans lequel on tente de proposer des pistes de compréhension, mais surtout d'intervention dans le traitement des difficultés sexuelles chez les personnes atteintes du trouble de la personnalité état limite.

Exploration des trajectoires de vie de femmes d'orientation homosexuelle vivant en milieu rural

Élaboré par Marie-Eve Richard, MA.

Sexologue (profil recherche-intervention avec mémoire)

marie-eve.richard@globetrotter.net

Rapport déposé en 2006

RÉSUMÉ

La présente étude, réalisée comme exigence de la maîtrise en sexologie profil recherche-intervention avec mémoire, s'est attardée aux vécus de femmes d'orientation homosexuelle vivant en milieu rural. En fait, peu d'études se sont intéressées à cette population de femmes. Pourtant, les quelques données disponibles indiquent que celles-ci seraient confrontées à des difficultés particulières, que ce soit en termes de

marginalisation, de discrimination et d'isolement social. L'objectif de la présente étude est d'explorer les trajectoires de vie des femmes d'orientation homosexuelle vivant en milieu rural à l'égard du développement de leur identité et de leurs relations interpersonnelles. Cette étude a été réalisée à partir d'entrevues semi-dirigées auprès de dix femmes vivant dans les régions de Chaudière-Appalaches, Lanaudière et Charlevoix. En raison de l'environnement social particulier dans lequel les participantes évoluent, l'interactionnisme symbolique a guidé tant le

développement de la grille d'entrevue que l'analyse des données. En raison de sa capacité à prendre en considération les aspects sociaux liés au développement identitaire, le modèle multidimensionnel du *coming out* de Morris (1997) a servi d'ancrage théorique à la présente étude. L'analyse des données suggère que les trajectoires de vie de ces femmes comportent quatre dimensions référant à la construction de l'identité sexuelle, à la divulgation de l'orientation homosexuelle, à l'expression de la sexualité et à la conscience lesbienne. En ce sens, la majorité des

femmes interrogées ont vécu en union hétérosexuelle et plusieurs ont eu des enfants avant de se questionner et de redéfinir leur orientation sexuelle. La divulgation de l'orientation homosexuelle revêt une importance cruciale pour les participantes et se manifeste sous deux modes : le mode nécessaire qui implique la divulgation au partenaire masculin, aux parents, aux frères et sœurs et aux amis intimes alors que le mode facultatif concerne les membres de la famille élargie, les collègues et les

connaissances. Bien que les femmes interrogées soient à la recherche d'une partenaire stable, la majorité d'entre elles sont célibataires et rapportent certaines difficultés dans la recherche de partenaires, telles l'absence de lieu de rencontre et les grandes distances géographiques. Dans leur désir de se situer et de s'afficher dans leur milieu comme femme d'orientation homosexuelle, les participantes sont confrontées aux dynamiques particulières des petites communautés marquées par la stigmatisation et

l'invisibilité que revêt l'orientation homosexuelle. Enfin, elles aimeraient pouvoir s'impliquer pour la cause gaie et lesbienne, mais l'absence de communauté organisée et de services destinés aux personnes d'orientation homosexuelle en milieu rural représentent les principales barrières identifiées dans l'atteinte de ces objectifs. À la lumière de ces données, il apparaît nécessaire de soutenir les femmes dans leur développement identitaire et interpersonnel en tenant compte des particularités du milieu rural.

Adaptation, traduction, implantation et évaluation de l'implantation du programme « Juste entre nous » favorisant l'utilisation du préservatif auprès d'adolescents vivant en Argentine

Élaboré par Caroline Tétreault, MA.

Sexologue en recherche intervention (profil sans mémoire)

caroline_tetro@hotmail.com

Rapport déposé en 2006

RÉSUMÉ

Notre recherche consiste en l'adaptation, la traduction, l'implantation et l'évaluation de l'implantation d'un programme d'éducation sexuelle auprès d'adolescents argentins. Pour réaliser cette étude, plusieurs étapes ont été effectuées. Premièrement, nous avons utilisé, pour l'adaptation, le programme canadien « Juste entre nous » (Haïek et coll., 2002) qui a déjà été évalué à deux reprises afin de favoriser l'utilisation du préservatif chez les jeunes. À la suite d'une recension des écrits sur la sexualité des adolescents argentins (14-18 ans), nous avons réalisé l'adaptation des activités de ce programme, qui ont été traduites en espagnol. Par la suite, une préexpérimentation du programme adapté a été effectuée auprès d'adolescents hispanophones vivant à Montréal. L'implantation du programme maintenant nommé « ¡Amar es proteger! ¡Proteger es amar! » s'est effectuée dans une école privée de Rosario, en Argentine,

auprès de 120 participants. Pour réaliser l'évaluation de l'implantation, nous avons utilisé le modèle de Stake (2004) qui vise en premier lieu une description de l'implantation pour, par la suite, pouvoir porter un jugement sur ce qui était prévu et ce qui a été observé. Pour cela, nous avons élaboré un plan d'évaluation basé sur les critères suivants : le déroulement et le contenu des activités ainsi que les attitudes des participants, de la direction et de l'intervenante. De plus, nous avons utilisé la triangulation de méthodes (questionnaires, journal de bord, entrevues, grilles d'observation et activités d'évaluation) et de sources d'information (participants, direction, intervenante et chercheuse) afin de pouvoir réaliser les convergences et les divergences afin d'obtenir un portrait plus juste de l'implantation.

Nos résultats concernant l'évaluation de l'implantation démontrent que l'implantation s'est effectuée avec quelques petites modifications au niveau du déroulement et du contenu des activités.

Ces changements semblent principalement avoir été effectués dans le but de s'adapter aux situations particulières du milieu. Quant aux attitudes des personnes impliquées dans le processus d'implantation, elles se sont révélées grandement favorables à l'implantation de ce programme.

Cette étude nous a permis d'effectuer plusieurs étapes associées à l'implantation d'un programme d'éducation sexuelle dans une autre culture. Cela permettra à d'autres chercheurs de poursuivre un processus similaire lors d'implantation de projets dans les pays en développement. Non seulement nos résultats nous permettent d'en connaître davantage sur l'implantation et sur l'évaluation de programme, mais la collecte d'informations des divers instruments de mesure nous révèle un portrait des besoins des adolescents argentins de cette école.

Les hommes abusés sexuellement dans leur enfance : une réalité!

Par Benoît St-Jean M.A., sexologue
Coordonnateur au CRIPHASE

Depuis plusieurs années, différents organismes, centres familiaux et institutions travaillent avec des survivants d'abus sexuels. Dans les médias, les abus sexuels sont d'actualité. L'image véhiculée est que les victimes sont des femmes ou des enfants. Le public oublie que certains de ces enfants sont de sexe masculin. Les impacts sur la vie des hommes abusés sexuellement dans leur enfance sont passés sous silence. Dans cet article, un bref portrait de la situation au Québec, un survol des conséquences aux plans sexuels, physique, psychologique et affectif, ainsi que les services offerts seront présentés.

Situation au Québec

Selon diverses recherches, 16 % des garçons (1 sur 6) subiraient des agressions à caractère sexuel dans leur enfance ou leur adolescence. Au Québec comme ailleurs, il s'agit là d'une problématique sociale en émergence. Il faut mentionner que cette statistique n'est que la pointe de l'iceberg. Une majorité d'abus sexuels ne seront jamais dénoncés à cause des tabous, secrets, menaces ou du sexe de l'abuseur (si l'abuseur est de sexe féminin, l'abus pourrait être perçu par le garçon comme une initiation, un rite de passage). L'abus sexuel dans l'enfance ou l'adolescence englobe tout contact à caractère sexuel qu'un adulte a avec un enfant ou tout comportement de ce type qu'il démontre avec un enfant. Ces gestes peuvent être imposés avec violence, agressivité ou douceur, mais toujours sous le contrôle et le pouvoir de l'abuseur. Aucun enfant ne peut comprendre et donner un consentement éclairé sur tout geste posé sur lui par un adulte. Toute personne qui subit un abus sexuel est une victime. Ce ne sont pas les gestes posés qui détermineront l'ampleur de la gravité des abus, mais les conséquences qu'ils ont pour le survivant. L'abus sexuel est toujours un

abus émotionnel, souvent physique, auquel se rattache un abus affectif causant des impacts sur les plans social et spirituel. Le survivant est blessé dans son intimité, son identité et ses appartenances familiales et sociales.

Les conséquences sur la sexualité

En premier, il est essentiel d'aborder les stéréotypes et préjugés entourant les rôles sexuels masculins. Notre société s'attend des hommes qu'ils soient autonomes, forts, en contrôle de leur vie et qu'ils n'aient pas besoin des autres pour se défendre et passer à travers diverses situations de la vie. Ceci renvoie au stéréotype de rôle masculin qui va à l'encontre de l'expérience vécue par les survivants masculins. Le survivant incorpore cette prémisse mentionnant qu'il doit passer à travers les difficultés seul et qu'il aurait dû se défendre. Ces aspects renforcent et accentuent le secret et l'isolement. Ce stéréotype de genre touche directement l'identité sexuelle et l'orientation sexuelle qui sont déjà fortement ébranlées pour le survivant dû au fait que beaucoup de survivants ont été abusés par un homme. Ainsi, ils projettent leur identité d'homme mûr sur les souvenirs des abus en oubliant qu'ils étaient à l'époque des enfants et ils se considèrent comme coupables de ne pas avoir pu empêcher l'agresseur d'agir. Concernant leur identité masculine, des survivants ont un sentiment d'imperfection et d'impuissance en tant qu'hommes. Les idées rigides sur les rôles et stéréotypes sexuels basés sur des impressions inexacts sont responsables d'une partie des souffrances existentielles des survivants. De plus, ne comprenant pas ce qui est arrivé dans les abus, certains survivants ont tendance à se référer à l'excitation physique et à l'orgasme avec l'abuseur pour identifier leur orientation et leurs préférences sexuelles. Ainsi, ils

identifient les abus sexuels comme un épisode homosexuel plutôt que comme un traitement abusif.

Concernant les comportements sexuels, plusieurs tangentes peuvent exister. Étant donné que l'enfant n'a pas la maturité émotionnelle, intellectuelle et sociale pour se positionner et comprendre l'expérience sexuelle, les abus peuvent créer des comportements qui s'avéreront dysfonctionnels à l'âge adulte. Les premiers contacts sexuels de tous les individus façonneront leurs perceptions et leurs comportements à vie. Ainsi, certains survivants se réfugieront dans des comportements reproduisant l'abus. En effet, l'association problématique de l'usage du pouvoir, le non-consentement et parfois la violence peuvent être des stimulants érotiques ou fantasmatiques. Certains survivants élaboreront des fantasmes et des rituels masturbatoires reproduisant l'expérience d'abus. Certains seront excités par des activités sexuelles qui font intervenir agression, violence ou exploitation. Plusieurs survivants ne sont pas conscients que leurs comportements sexuels ont été façonnés par l'abus. Certains pensent qu'ils sont inadaptés, bizarres ou anormaux face à la nature de leurs désirs sexuels et à la façon dont ils vivent leur sexualité. À noter qu'il est faux de croire qu'un homme ayant été abusé sexuellement dans son enfance reproduira les mêmes comportements et abusera à son tour. C'est un mythe et il impératif de prendre en considération la source des statistiques qui tentent de démontrer cette corrélation.

Un survivant hésitera à parler de sa sexualité à cause de la honte et de la culpabilité. De plus, certains survivants s'adonnent à des comportements sexuels obsessionnels, des activités sexuelles anonymes ou des

masturbations compulsives. La honte et les remords sont amplifiés après qu'il se soit adonné à ces activités. Pour certains survivants, l'obsession sexuelle remplace l'intimité sexuelle. D'autres survivants s'efforcent de répondre à leur inconfort devant la sexualité en évitant tout contact sexuel ou intime.

Conséquences sur le plan physique

Plusieurs symptômes peuvent être observés chez l'enfant et chez le survivant adulte. Les enfants n'ont souvent pas les moyens de mentionner ce qui leur arrive. Il est possible qu'ils ne soient pas crus par les adultes ou alors règne la loi du silence. Plusieurs comportements physiques peuvent être observés chez un enfant abusé. Il est possible de remarquer des cauchemars répétitifs, des troubles du sommeil, de l'énurésie, des douleurs physiques, etc. De plus, il est aussi possible d'observer des douleurs somatiques pour lesquelles aucune cause organique ne soit apparente.

À l'adolescence et à l'âge adulte, l'image corporelle peut être affectée; le survivant peut ressentir du dégoût ou de la haine pour son corps. Le manque d'hygiène ou une négligence des besoins physiques peuvent alors être observés. Il est important de mentionner que l'excitation sexuelle, qui est une réponse normale aux stimuli physiques, entre en conflit avec les sentiments ressentis lors de l'abus : ils se sentent trahis par leur corps. Des comportements auto-destructeurs peuvent être observés : pratiques sexuelles à risques, alcoolisme, toxicomanie, idées suicidaires, tentatives de suicide, problèmes avec la justice, jeu compulsif, imprudences lors de la conduite automobile, laisser-aller dans les responsabilités financières, etc.

Conséquences sur les plans psychologique et affectif

Plusieurs distorsions cognitives et émotionnelles seront présentes. La honte, la culpabilité et l'isolement prédominent. Il est important de rappeler que les survivants projettent

leurs valeurs et jugements d'adulte sur la situation qui est survenue alors qu'ils étaient enfants. Plusieurs tenteront de nier, de refouler et d'oublier non seulement les événements, mais les impacts et les répercussions que ceux-ci ont sur leur vie. Le tout viendra indéniablement les hanter par les *flash-back*, les cauchemars, les difficultés à dormir, etc. Les hommes, en général, n'ont pas appris à exprimer leurs sentiments et leurs émotions à cause des standards et des stéréotypes de genre. Il est encore plus difficile pour certains survivants de les identifier; de réprimer leurs émotions et leurs sentiments pour incarner une image stéréotypée masculine n'aide en rien. N'étant pas en contact avec leur colère, peur, angoisse, culpabilité et honte, ces émotions finissent toutes par être vécues comme de la rage ou de la colère. Ces dernières sont plus acceptables pour un homme que le fait de vivre de la vulnérabilité. Même les sentiments de bonheur et de plaisir peuvent être perçus comme impossibles et parfois malsains. L'accessibilité aux émotions positives libère aussi les négatives. Étant habitué à se couper de toute émotion, le bonheur et le bien-être deviennent anxiogènes. Ainsi, certains vivront toute leur vie comme des victimes, alors que d'autres tenteront, avec agressivité, d'incarner « les durs à cuire ». Enfin, certains auront des difficultés à respecter leurs limites et leur espace vital.

Les services offerts

Un autre stéréotype et préjugé entourant les hommes affecte les services pour les survivants. Le préjugé suggère que l'homme est abuseur et non victime. Il est déjà difficile d'organiser des services pour les hommes, alors quand il est question d'abus sexuel, c'est pire. Un seul organisme au Québec vient en aide aux survivants masculins : le Centre de Ressources et d'Intervention pour Hommes Abusés Sexuellement dans leur Enfance (CRIPHASE). L'organisme communautaire offre la possibilité aux hommes adultes, autant francophones qu'anglophones, sans égard à leur orientation sexuelle, de s'inscrire à des

démarches de groupe et de participer à diverses activités. Le CRIPHASE permet à ces hommes de sortir de leur silence et de leur isolement, de mieux comprendre ce qu'ils ont vécu et de trouver les moyens de se libérer des souffrances qui alourdissent leur vie. Différents services de groupes sont offerts pour les survivants, ainsi que pour leur conjointe ou conjoint.

Enfin, il faut se rappeler que les mythes, les préjugés, les rôles de genre, le secret, la famille, la pression sociale, les stéréotypes de genre, la santé tant psychologique qu'émotionnelle et la situation financière sont des éléments d'un lourd fardeau que seuls les hommes abusés durant l'enfance peuvent rencontrer. Pour ces raisons, plusieurs survivants garderont le secret durant une partie, sinon toute leur vie.

Centre de Ressources et d'Intervention
Pour Hommes Abusés Sexuellement
dans leur Enfance (CRIPHASE)
660, rue Villeray, local 2.105
Montréal (Québec) H2R 1J1
Téléphone : 514 529-5567
Télécopieur : 514 529-0571
Courriel : criphase@cam.org
Site Internet : www.criphase.cam.org



SINCÈRES CONDOLÉANCES

C'est avec tristesse que nous avons appris au cours de l'hiver le décès du fils de notre estimée collègue madame Johanne Lépine. Au nom des administrateurs de l'ASQ, de tous nos membres et de l'équipe du Comité de publication de la revue *Sexologie actuelle*, nous tenons à exprimer nos plus sincères condoléances à Madame Lépine ainsi qu'à tous les membres de sa famille qui sont durement éprouvés par cette perte.

Éléments qui favorisent le changement en thérapie sexuelle

Par Michel Lemieux, sexologue clinicien

Introduction

Tout bon sexologue ne peut rester indifférent aux effets de ses interventions. S'il ne s'en préoccupe pas, le client ne tardera pas à lui poser des questions sur les effets anticipés de sa démarche thérapeutique. En première entrevue, si non, au téléphone, le client s'informe souvent des succès de notre approche, ou de nos statistiques sur les résultats obtenus à ce jour.

En effet, pendant plusieurs décennies, peu de recherches avaient été faites pour connaître et comparer les résultats des thérapies. Les premières recherches sérieuses sur les résultats des thérapies ont débuté dans les années 1980. Lambert et Bergin ont trouvé que 80 % des personnes traitées étaient mieux que celles du groupe contrôle ne recevant aucun traitement. En 1994, Schover et Leiblum ont rapporté des observations semblables pour le domaine de la sexothérapie. Ils ont même affirmé que la sexothérapie demeure une des formes de psychothérapies les plus efficaces quand elle est pratiquée de façon appropriée. En 1986, Kazin arrive à la conclusion qu'il y a peu de différences dans les résultats de la thérapie selon divers modèles d'intervention. C'est ainsi que de 1974 à 1999 des recherches ont été mises en place pour dégager les points communs qui favorisent le changement dans toutes les approches. Une première conclusion étonnante stipule qu'il n'y a pas évidence d'un lien fort entre les années d'expérience du thérapeute et son efficacité clinique.

Le présent article veut vous présenter de façon très succincte les quatre éléments communs qui favorisent le plus le changement et donc le succès d'une thérapie, et ce, quel que soit le modèle ou l'approche clinique utilisé.

Les quatre facteurs communs qui favorisent le plus le changement

Le facteur le plus important et le plus impressionnant par son degré d'impact sur le changement est celui lié à la *part du client dans son implication directe dans et en dehors de la thérapie*. Ce facteur favorise le changement dans une proportion de 40 %. Dans une proportion encore significative, le *facteur relié*

à la *relation client-thérapeute* contribue au changement dans une proportion de 30 %.

Les deux autres facteurs qui influencent le changement dans une proportion équivalente : les facteurs *reliés aux attentes du client, à l'espoir et à l'effet placebo* comptent pour 15 %. Certains facteurs surprennent : ceux *reliés aux modèles et aux techniques d'intervention* ne contribuent que dans une proportion de 15 %. Nous examinerons plus en détail chacun de ces facteurs.

I – Facteurs reliés au client et hors thérapie : 40 %

Ce facteur invite les intervenants à reconnaître et à considérer que le client a les ressources requises pour changer. Il s'ensuit qu'il est le vrai maître du changement désiré. L'intervenant gagne également à considérer l'importance des ressources du client dans son environnement, sa famille, ses amis, ses collègues de travail, ses voisins. Il s'ensuit que les événements fortuits, inattendus et même le hasard exercent parfois une influence constructive sur la démarche de thérapie : des alliés de choix à certains moments, et pourquoi pas. Le défi demeure dans le « comment » tenir compte de ces divers éléments en cours d'intervention.

Pour favoriser l'implication du client

L'intervenant est invité à explorer les changements prétraitement, ceux qui ont précédé la première rencontre de thérapie. « *Dites-moi ce que vous avez fait jusqu'à maintenant concernant votre difficulté? Y a-t-il des choses qui ont fonctionné? Même les changements les plus minimes ont leur importance. L'intervenant peut aussi explorer avec le client comment ça se passe quand le problème n'est pas là ou quand il est moins aigu. Si l'intervenant amène le client à s'approprier, à s'accorder le crédit des petits changements, des petits succès déjà installés, le client aura davantage confiance en lui-même. « Lors de notre dernière rencontre sexuelle, ma femme m'a demandé de prendre plus le temps pour nous parler tranquillement avant de commencer à nous caresser et cela m'a beaucoup aidé. » « Je trouve cela formidable,*

vous êtes vraiment sur une bonne piste. Avez-vous pris le temps d'en parler ensemble par la suite? » « Oui, et je lui ai dit comment je m'étais senti beaucoup mieux avec lui ... » de dire la conjointe. « Quel bon échange, c'est formidable. Poursuivez dans cette ligne. » Le sexologue peut aussi explorer avec le client ce qui est différent quand ça va bien et quand ça va mal. L'idée ici est de centrer l'attention du client sur ce qu'il fait au lieu d'insister sur ce qu'il comprend.

C'est beaucoup plus stimulant pour l'intervenant et le client de se préoccuper de ses compétences, de ses habiletés, parce que cette approche amène le client à se centrer sur ses ressources, ses forces, puisqu'il est le premier agent du changement.

Une autre piste, c'est d'explorer avec le client ce qui l'aide en dehors de la thérapie. Certains clients vous parleront du volume dont une voisine leur a parlé ou prêté et comment cette lecture a été déterminante dans leur décision de venir en thérapie, par exemple.

Le sexologue est donc invité à porter attention aux changements qui surviennent entre les sessions et qui ne découlent pas nécessairement de ce qui s'est passé au cours de la dernière rencontre de thérapie. Ces changements vous apportent des indicateurs fort utiles et très significatifs sur ce qui favorise le changement chez ce client. Souligner les petits changements qui surviennent au cours même de la session en amenant le client à reconnaître sa part dans ces changements constitue un atout non négligeable. Ce sera encore mieux si le sexologue poursuit l'exploration sur ce que le client peut faire pour assurer le maintien de ces changements. Le sexologue gagne donc à se centrer sur le : *Qu'y a-t-il de différent? Qu'est-ce qui fonctionne mieux? Parlez-moi de ce qui vous a aidé à mieux fonctionner cette semaine? Le sexologue aidera le client à reconnaître son rôle dans le changement.*

Certaines implications découlent de ce mode d'intervention.

Nous nous devons de reconnaître que ce n'est pas le thérapeute qui est le centre de l'intervention mais bien le client lui-même : individu, couple, famille ou groupe. Le corollaire à propos du changement : le sexologue n'est pas la cause du changement, mais c'est bien le client, encore une fois, le client est le vrai maître du changement.

Avec cette vision, la voix du client devient source de sagesse et de solution et il n'est pas vu comme faisant obstacle au changement désiré.

Le thérapeute cible le changement possible et non la pathologie ou les obstacles, et il s'abstient d'étiqueter, de qualifier le client à partir de sa difficulté. Au contraire, il aide le client à reconnaître le changement et son maintien et à s'en approprier la responsabilité.

II - Facteurs reliés à la relation client-thérapeute : 30 %

C'est Lambert, en 1992, qui est arrivé à ce résultat avec ses recherches. Par la suite, plus de mille rapports de recherches abondent dans le même sens, comme le rapportent Orlinsky, Grawe & Parks en 1994.

Dans cette perspective, le client apparaît comme le pivot et l'expert de cette relation. La qualité de cette relation repose en grande partie sur la façon dont l'intervenant se relie au client, à sa façon de changer, à ses croyances tout autant qu'à ses problèmes ou difficultés et à leur maintien.

L'accord établi entre l'intervenant et le client sur les objectifs à atteindre et les moyens pour y arriver constitue un des fondements importants pour cette relation forte entre le sexologue et le client. L'empathie, le respect et l'authenticité demeurent toujours les préalables essentiels pour le développement d'une telle relation.

Les implications qui en découlent pivotent autour de la question cruciale : Qui coopère avec qui? Le défi du sexologue réside dans l'adaptation de la démarche au niveau de la motivation du client. Le client non motivé constitue, à la limite, un mythe. Toute la démarche se centre sur les attentes du client plutôt que sur celles de l'intervenant. Il faudrait ici se référer aux étapes du changement de Prochaska (1999).

Pour tenir compte de ces éléments

Le sexologue gagne à demander explicitement au client où il veut aller et les changements qu'il désire, sans reformuler le tout dans son jargon thérapeutique ou diagnostique. De même, le point de vue du client ou du couple sur la relation ou ses relations est la carte-maîtresse des résultats. Dans cette perspective, le sexologue accepte de cheminer à partir de là où est le client, et ce, même s'il y a une impasse : Comment pensez-vous que je peux vous aider? Qu'est-ce qui sera différent pour vous au terme de la démarche? Comment saurez-vous que vous avez atteint votre objectif?

Curieusement, le point de vue du client, si bizarre soit-il, ouvre parfois la voie à de nouvelles idées ou à des directions souvent insoupçonnées. Si l'alliance thérapeutique constitue ainsi le préalable essentiel qui favorise l'émergence du changement assez tôt dans la démarche, l'efficacité de la thérapie implique la capacité du sexologue à se faire partenaire du client ou du couple.

Comme l'expliquent très bien Donahey et Miller dans leur article *What works in sex therapy : a common factors perspective* : si nous combinons les résultats de recherches sur les facteurs extrathérapeutiques et ceux reliés à l'alliance thérapeutique, nous arrivons à la conclusion que le succès de la thérapie dépend de l'aide et de la confirmation des ressources du client dans un partenariat fondé sur les objectifs et les perceptions du client (p. 17).

III - Facteurs reliés aux attentes, à l'espoir et à l'effet placebo : 15 %

Ces facteurs nous ramènent au fait maintenant mieux connu que le processus de l'acquisition des problèmes diffère assez radicalement de celui de leur modification ou de leur changement ou, comme le disent Prochaska et Di Clemente : « ... l'acquisition des problèmes est souvent indépendante de leur modification ou changement. » (p. 124). Ainsi, le sexologue cherchera davantage « comment ça se passe maintenant » plutôt que « comment ça se passait avant ». Il mettra l'accent sur les attentes présentes, l'espoir, l'avenir.

Le sexologue constatera que les effets du traitement sont augmentés par les facteurs influençant les effets placebo, l'effet Pygmalion. Les auteurs Scott D. Miller, Barry L. Duncan et Mark A. Hubble s'entendent pour nous inviter à

considérer que « ... l'effet placebo représente autant, en ce qui concerne le pourcentage de contribution au changement, que la technique utilisée ou le modèle suivi... » (p. 121).

Des exemples fréquents nous sont racontés presque couramment avec les clients qui prennent du Viagra sans vraiment qu'il y ait une indication clinique précise. Rodger, en 1982, avait déjà démontré que les effets actuels ou réels de tout traitement peuvent être augmentés en portant attention aux facteurs qui influencent les effets placebo.

Comment le sexologue peut-il favoriser ces éléments?

Le sexologue peut entamer dès que possible la recherche de solutions au lieu de s'enliser dans le comment arrêter la plainte et explorer le passé. Il peut même oser inviter le client à agir « ... comme si... » tout en soulignant tout petit changement et son processus. Il peut aussi proposer des tâches préparées en session avec le ou les clients et recommander d'observer les changements qui surviendront entre les sessions. Somme toute, il se centre sur le possible. Tout thérapeute ou sexologue travaille avec ses outils qui sont en quelque sorte des rituels. Ce qui importe finalement, c'est que l'intervenant ait une méthode éprouvée pour mobiliser les facteurs placebo.

Moyens à sa disposition

Le sexologue doit croire en la valeur de ses outils d'intervention. Benson & Epstein ont noté que les professionnels qui croient en l'efficacité de leur traitement ont les meilleurs résultats en ce qui a trait aux effets positifs des effets placebo.

Le sexologue aide le client à croire que c'est possible de changer, de faire autrement et d'atteindre son objectif. Il maintient l'attention du client sur le présent et l'avenir désiré. Il se centre sur ce que le client fait déjà bien et sur ce qu'il veut à partir de maintenant, soit améliorer et développer ce qui marche bien maintenant.

Il invite le client à décrire comment ce sera quand le problème ou la difficulté ne sera plus là, traçant ainsi un pont vers l'avenir. Il aide le client à reconnaître le lien entre ce qu'il a déjà réussi à changer et sa capacité à influencer le cours actuel des événements. Le sexologue oriente son intervention et son traitement vers l'avenir possible dans le présent. Par exemple, le

sexologue peut signaler au client qui lui parle de sa peur de ne pas réussir à avoir une érection qu'il anticipe ce qu'il ne veut pas. À quoi cela lui sert-il? Peut-il se permettre d'imaginer ce que ce serait si ça fonctionnait? Amener le client à se voir ayant un succès est plus important que l'amener trop vite dans une expérience qu'il anticipe déjà comme une autre déception.

Quand le client parle de non-changement, le sexologue comprendra qu'il lui parle de son processus vers le changement, du stade de changement où il est, et non de son refus à changer.

IV - Facteurs reliés aux modèles et aux techniques d'intervention: 15 %

Nous nous reportons ici au besoin d'une structure d'entrevue, d'un plan d'intervention, parce que les recherches démontrent que ces éléments constituent de bons indicateurs pour le succès d'une thérapie. Ces facteurs nous invitent à reconnaître que les techniques ne sont pas la cause des changements, mais un moyen pour favoriser le changement. Sous un tout autre angle, les modèles et les techniques d'intervention augmentent le potentiel des trois autres facteurs; elles contribuent sensiblement à leur laisser toute la place requise pour le changement tel que désiré par le client.

Les recherches démontrent également que les deux éléments qui soutiennent le plus une psychothérapie efficace sont la capacité du sexologue à se centrer et la structure de son intervention. Le défi majeur pour le sexologue peut se formuler ainsi : quelle structure ou quel *focus* le sexologue doit-il choisir pour travailler avec tel client? Ainsi, le sexologue gagne à se poser des questions comme celles-ci : est-ce que ma façon d'intervenir et la théorie qui soutient mon intervention convient aux attentes et buts du client? Est-ce que ma stratégie prend suffisamment en compte les ressources, les forces et le réseau social du client? Mon client pourra-t-il décrire l'interaction thérapeutique émanant de mon approche comme empathique, respectueuse et aidante? Dans quelle mesure mon intervention augmente, éveille chez mon client son sens de l'espoir, de l'attente, du contrôle personnel?

Pouvant choisir de nos jours parmi plus de quatre cents modèles de thérapie, ne pouvons

nous pas oser nous poser la question de l'efficacité de notre modèle si les résultats ne se pointent pas? Les nouveaux modèles d'intervention apportent souvent une nouvelle façon de comprendre une situation. Les recherches démontrent que les changements prennent place généralement assez tôt dans un processus de traitement. Ainsi, dès que le sexologue constate que le changement n'a pas lieu, il peut se permettre de faire quelque chose de différent plutôt que d'attendre des mois et des mois avant de se questionner.

Moyens pour y arriver

Le sexologue est invité à utiliser les modèles et techniques d'intervention qui génèrent de nouvelles possibilités. D'autre part, le sexologue gagne à se permettre de remettre en question sa fidélité au modèle et aux techniques si les résultats ne suivent pas. Retenons que les recherches ont permis d'observer que les résultats arrivent généralement assez tôt dans la démarche. Le sexologue peut se permettre également d'utiliser de nouvelles façons de regarder la situation, se permettre des angles de prise inédits : un angle qui ouvre à un changement possible. Son souci de chercher les changements avant, pendant et entre les sessions sera pour lui un atout précieux. Le principe de base est assez simple : si le changement n'émerge pas, le sexologue cherche à faire autre chose, à faire autrement; il fera une pause, consultera ses collègues, etc.

Conclusion

Pour intégrer ces divers facteurs, le sexologue explorera les changements pré-rencontre, pendant la rencontre et ceux entre les rencontres; il mettra en valeur le pont vers l'avenir, la vision du « demain »; il utilisera divers types d'échelles, très simples, pour aider le client à apprécier son changement. Il posera des questions de renforcement et utilisera un langage qui favorise le changement désiré; il préparera et choisira avec le client les tâches qui lui feront expérimenter de petits changements.

Tout peut sembler assez simple, tout peut sembler du connu, mais tenir compte de ces divers éléments implique une philosophie d'intervention assez différente de ce que nous avons appris, un désir de faire autrement et d'expérimenter dans de nouveaux sentiers issus des résultats de recherche longtemps attendus.

BIBLIOGRAPHIE

Duncan Barry L., Miller Scott D., Hubble Mark A., *Is the Customer Always Right?* 2003, 5 p.

Grégoire, André, *Changements pré-traitement* ou Tout ce qui se passe d'utile avant le premier rendez-vous du client avec son thérapeute. *L'Effet Spirale*, Volume 2, numéro 1 - Janvier /1994, 3 p.

Miller, Scott D., Duncan Barry L., Hubble Mark A., *Client-Directed, Outcome-Informed Clinical Work : directing attention to «What Works »in treatment*, 2003, 47 p.

Miller, Scott D. Pour en finir avec Babel. *À la recherche d'un langage unificateur pour l'exercice de la psychothérapie*. Edisem, Satas, 2001, 232 p.

Donahey, Karen M., Miller, Scott D. *What works in Sex Therapy. A common factors perspective*. Institute for the Study of Therapeutic Change, Chicago, Illinois, 2003, 26 p.

Reuterlov, Hakan, Lofgren, Torbjorn, Nordstrom, Karin, Ternstrom, Ann, *What is better? A Preliminary Investigation of Between Session Change*. Family therapy Team, Danderyd hospital, Stockholm, Sweden, Scott D. Miller, Chicago, Illinois, 2003, 9 p.

Miller, Scott D., Duncan Barry L., Johnson Lynn D. *The Undiscovered Country*. Institute for the Study of therapeutic change, Chicago, Illinois, 2003, 17 p.

AVIS DE RECHERCHE

Pour la revue de Sexologie actuelle 2006-2007 nous sommes à la recherche :

- d'auteurs désirant s'impliquer ponctuellement ou régulièrement dans la rédaction d'articles à contenu psychothérapeutique ou sexologique;
- de lecteurs qui seraient disposés à faire la lecture de livres ou d'articles pouvant intéresser les sexologues et à en faire un résumé critique afin d'alimenter la réflexion sur la pratique professionnelle;
- de chercheurs pouvant nous proposer des documents didactiques utiles à utiliser en thérapie avec les clients (Ex. : film, vidéos, DVD, livres, articles, etc.).

Nos dates de tombées pour les articles sont le 15 août 2006 (édition de l'automne), le 15 décembre 2006 (édition de l'hiver) et le 15 mars 2007 (édition du printemps). Nous sommes déjà à préparer l'édition d'automne. Si vous êtes intéressés à envoyer des articles ou à collaborer avec une équipe dynamique, veuillez communiquer directement avec la responsable du comité :

Cécile M. Barcelo, rédactrice en chef
Courriel : cbarcelo@videotron.ca
Tél. : 450 656-8023; cell. : 514 995-5694



ASSOCIATION MONDIALE POUR LA SANTÉ SEXUELLE (WAS)

**Déclaration de Montréal
"Santé Sexuelle pour le Millénum"**

XVII^e Congrès Mondial de Sexologie

Montréal 2005



Nous, les participants dans le XVII^e Congrès Mondial de Sexologie, affirmons notre engagement avec la Mission de l'Association Mondiale pour la Santé Sexuelle (WAS) : Promouvoir la Santé Sexuelle partout dans le monde et tout au long de la vie. Nous réaffirmons également la Déclaration des Droits Sexuels de la WAS (1999); les recommandations du Rapport de la WAS et de l'Organisation Panaméricaine de la Santé : « Promotion de la Santé Sexuelle : Recommandations pour l'Action » (2000) ainsi que les Définitions de Travail pour la Santé Sexuelle et des Droits Sexuels émises pour l'Organisation Mondiale de la Santé (2002).

En considérant l'urgent besoin d'entreprendre une action collective pour atteindre les objectifs de santé et développement viable, cités dans les accords internationaux incluant la Déclaration du Millénum,

Nous déclarons :

La promotion de la santé sexuelle est fondamentale dans l'acquisition du bien-être et de la réussite du développement viable, voire l'aboutissement des Objectifs de Développement du Millénum. Les individus et les communautés qui jouissent du bien-être sont avantagés pour entreprendre des actions dirigées à l'éradication de la pauvreté individuelle et sociale. L'avancement de la responsabilité individuelle et sociale, ainsi que des interactions égalitaires parmi les membres de la société qui s'obtiennent à travers la promotion de la santé sexuelle, contribuent à améliorer la qualité de la vie et la réalisation de la paix. Par conséquent, nous exhortons tous les gouvernements, les agences internationales, le secteur privé, les institutions académiques et tous les membres de la société, et particulièrement toutes les organisations qui appartiennent à l'Association Mondiale pour la Santé Sexuelle (WAS) à :

1.- Reconnaître, promouvoir, assurer et protéger les droits sexuels pour tous.

Les droits sexuels sont éléments constitutifs des droits humains fondamentaux et par conséquent, ils sont universels et inaliénables. Il n'est donc pas possible d'obtenir et maintenir la santé sexuelle sans assurer les droits sexuels pour tous.

2.- Avancer vers l'équité de genre.

La santé sexuelle exige respect et équité de genre. Les iniquités associées avec le genre ainsi que les déséquilibres du pouvoir entravent les interactions humaines constructives et harmonieuses et, par conséquent, l'aboutissement de la santé sexuelle.

3.- Éliminer la violence et l'abus sexuel sous toutes ses formes.

L'obtention de la santé sexuelle n'est concevable que si les gens sont libres de stigmas, discrimination, abus, coercition et violence sexuels.

4.- Fournir l'accès universel à l'information et à l'éducation intégrales de la sexualité.

Pour atteindre la santé sexuelle, il faut que toutes les personnes, sans exception, incluant les jeunes, aient accès à une éducation intégrale de la sexualité, à une information fiable ainsi qu'à des soins de santé tout au long de la vie.

5.- Garantir que les programmes de santé reproductive reconnaissent l'essentialité de la santé sexuelle.

La reproduction est une des dimensions de la sexualité humaine. Elle peut contribuer à renforcer les relations et les réalisations personnelles quand elle est désirée et planifiée. Lorsqu'on parle de santé sexuelle, il faut souligner qu'il s'agit d'un concept plus vaste que celui de la santé reproductive. Les programmes courants de soin de la santé reproductive doivent s'élargir pour y incorporer les diverses dimensions de la sexualité et la santé sexuelle.

6.- Arrêter et renverser la propagation du VIH/AIDS et autres infections transmises sexuellement (ITS).

L'accès universel à des services de prévention, le conseil et le dépistage volontaire ainsi que la prise en charge et le traitement des personnes vivant avec le VIH/AIDS et autres infections transmises sexuellement sont essentiels pour l'obtention et le maintien de la santé sexuelle. Il faut mettre sur pied, sans délai, ces services et implanter des programmes pour en assurer l'accès universel immédiatement.

7.- Identifier, prendre en charge et traiter les soucis, les troubles et les dysfonctions sexuels.

Puisque la plénitude sexuelle comporte la possibilité d'améliorer la qualité de la vie, il est essentiel de reconnaître, prévenir, prendre en charge et traiter, avec des soins adéquats, les inquiétudes, troubles, maladies et dysfonctions sexuelles.

8.- Aboutir à la reconnaissance du plaisir sexuel comme une composante du bien-être.

La santé sexuelle va au-delà de la seule absence de maladie. Le plaisir et la satisfaction sexuels sont des composantes fondamentales du bien-être qu'il est indispensable de reconnaître et de promouvoir.

Il est primordial que des plans d'action internationaux, régionaux, nationaux ou locaux pour le développement viable, accordent la priorité à des interventions dirigées dans le domaine de la santé sexuelle, qu'ils allouent des ressources suffisantes et qu'ils abordent les barrières systémiques, structurelles et communautaires au regard de la santé sexuelle et qu'ils surveillent les progrès de ces plans ou programmes.

Proclamé à Montréal, Canada pendant le XVII^e Congrès Mondial de Sexologie, le 15 juillet 2005.

* CONGRÈS * CONGRÈS * CONGRÈS * CONGRÈS * CONGRÈS *

EFS 2006

VIII^e Congrès de la Fédération européenne de sexologie

4 juin au 8 juin 2006

Prague Congress Centre, République tchèque

Secrétariat : www.efs2006.cz

Tél. : + 420 284 001 444

Télé. : + 420 284 001 448

Courriel : efs2006@guarant.cz

9^e Congrès de Sexologie de l'Océan Indien

1^{er} au 4 novembre 2006

Bangkok, Thaïlande

Informations : www.cotisa.org

Responsables : Dr Verapol Chandeying : verapol.c@psu.ac.th ou

cverapol@medecine.psu.ac.th; Dr Chavalit Mangkalaviraj :

tmsstd@bkk.a-net.net.th ou chavalit@cotisa.org

12^e Congrès international de la Société de médecine sexuelle

17 au 21 septembre 2006

Caire, Égypte

Informations : www.issm2006.info

XVIII^e Congrès International de Sexologie

15 au 19 avril 2007

Premier Congrès International sur la Santé Sexuelle

Informations : www.sexosydne2007.com

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE CONSULTATION - PLANIFICATION STRATÉGIQUE

26 mai 2006

Au programme, outre les élections et la présentation du rapport annuel, vous aurez droit à la présentation PowerPoint par le Comité de planification stratégique concernant l'énoncé de mission, les valeurs et la vision sur lesquels vous êtes invités à vous prononcer concernant l'avenir de l'Association. La compilation est déjà en cours, mais nous attendons toujours les retardataires. Un envoi vous a été transmis par Internet il y a quelques semaines. Un autre document accompagne le présent envoi de la revue pour ceux et celles qui n'auraient pas reçu le premier document. Nous vous rappelons que les affaires de l'ASQ, ce sont « vos affaires » et que votre avis est infiniment précieux pour l'avenir de l'Association. Nous vous prions de répondre au document de consultation le plus rapidement possible et de le retourner avec vos commentaires :

- par courrier électronique à pro-couple@bellnet.ca
- par la poste à Monsieur Michel Lemieux.

Directeur du Comité de planification stratégique

567, rue Victoria, bureau 100-1

Saint-Lambert (Québec) J4P 3R2