

SEXOLOGIE *actuelle*



Présentation

Mot de la présidente 3

DOSSIER:

L'inceste dans le couple...

version masculine

par Isabelle Dallaire 4

Article

Pratiquer la sexologie... et gagner sa vie

par Jolaine Lessard et Chantal Forest 9

Chroniques

Et puis qu'est-ce qui se passe

avec l'incorporation ? 13

En vrac 13

Ce qui se passe à l'A.S.Q. 13

Nouveaux membres 14

Bibliophile 15

DOSSIER

L'inceste dans le couple... version masculine

*Les conséquences de l'inceste pour quatre conjoints
de femmes victimes d'inceste*

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
10 février 1999

PARUTION

avril 1999

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 VII, numéro 1

Janvier 1999

Couverture

Pablo Picasso

Femme au miroir, huile sur toile 162 cm x 130 cm

Graphisme et mise en page

Josée Robitaille, *Griffe* PME

Entrée des textes

Carole Tremblay

Rédactrice en chef

Diane Henrichon

CONSEIL D'ADMINISTRATION 1998-1999

Présidente: Normande Couture

Vice-présidente: Ann-Frances Paradis

Secrétaire exécutif: Michel Goulet

Trésorière: Sylvie Modérie

Conseillère: Louise Morin

Conseillère: Louise Aubertin

Conseillère: Francine Michaud

Directrice générale: Sylviane Larose

Membre en formation: Chantale Brassard

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 MCMXCIX

DÉPÔTS LÉGAUX:

Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISSN 1192-3814

TIRAGE: 400 exemplaires.

Mot de la présidente

Normande Couture, M.A.

Il m'apparaît important, dans la présente conjoncture, de préciser certains éléments ayant trait à notre intégration au système professionnel. Ainsi, à la suite de la lettre de Mme Jocelyne Robert parue dans *La Presse* du vendredi 23 octobre 1998 et de l'article de M. Michel Lemay et Mme Danielle Champagne publié dans *Le Devoir* du samedi 7 et dimanche 8 novembre 1998, je tiens à apporter certaines corrections. D'abord, nous devons préciser que notre association compte actuellement 29 membres en champ éducation et 157 en champ clinique, soit 15 % de sexologues éducateurs et 85 % de sexologues cliniciens. Ainsi le titre de sexologue qui sera réservé le sera pour 85 % de nos membres. Nos calculs sont donc très différents de ceux de Mme Robert, M. Lemay et Mme Champagne et ils se basent sur des statistiques réelles.

Maintenant, si nous utilisons les données de Mme Robert, M. Lemay et Mme Champagne rapportant environ 1500 personnes détenant un diplôme de baccalauréat en sexologie, notre association ne regroupe donc que 12,4% de tous ces diplômés (la majorité des cliniciens détiennent aussi un baccalauréat en sexologie). Où sont donc tous ces individus formés en sexologie? Oeuvent-ils dans le domaine de la sexologie? Détiennent-ils un emploi comme sexologue? Notre association ne compte que 1,86 % de cette masse de personnes qui oeuvrent strictement dans le champ de l'éducation. Lorsque nous parlons de la réserve du titre de sexologue qu'aux gens oeuvrant dans le domaine clinique, nous sommes très loin de la perspective qualifiée de «réductrice» par Mme Robert. Nous devons aussi nous rappeler qu'une association ne représente que ses membres.

Il est vrai que la demande d'incorporation adressée à l'Office des professions du Québec en 1991 visait l'intégration de nos membres, peu importe leur champ de pratique. Puis, à la suite de l'avis de l'O.P.Q. sur la réglementation de la psychothérapie, nous avons fait face à une importante modification du projet. Ainsi, au printemps 1997, l'OPQ nous informait que seuls les sexologues

du champ de la clinique pouvaient être intégrés. Le protocole d'entente intervenu entre l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec, l'Association des psychoéducateurs du Québec et l'Association des sexologues du Québec a été soumis à nos membres lors de l'assemblée générale spéciale du 26 septembre 1997. Un vote de 81 % en faveur de ce projet fut donné. Les démarches d'intégration se sont poursuivies et l'OPQ a présenté un projet de décret au ministre en septembre 1998 visant l'intégration des sexologues du champ clinique et les psychoéducateurs à l'OPCCOQ.

L'OPQ a refusé de réglementer les bacheliers en sexologie et les détenteurs d'une maîtrise recherche-intervention en sexologie. La raison principale semble être que la formation des sexologues éducateurs ne répond pas à l'article 25 du Code des professions. Il est possible que les objectifs de formation y soient pour quelque chose. En effet, pour le baccalauréat, l'objectif de formation vise une formation interdisciplinaire qui permet d'oeuvrer dans le domaine de l'information sexuelle dans le milieu de la santé et des affaires sociales. Les programmes reconnus par l'Office des professions du Québec (exemple: la psychoéducation et le travail social) visent une formation pratique d'intervention avec les différents aspects qui y sont inhérents, et cela est très clair dans les objectifs de formation. L'OPQ semble évaluer que lorsque les objectifs de la formation visent l'intervention, les risques de porter préjudice sont plus grands que lorsqu'ils visent à donner de l'information.

Quant à la maîtrise en recherche-intervention, celle-ci ne comprenant pas de stages, il est pratiquement impossible qu'elle devienne admissible à l'Ordre. Au départ, le système professionnel réglemente les professionnels qui risquent de porter préjudice au public et cela implique la nécessité d'une intervention personnelle et d'avoir la formation pour le faire. Un programme sans stages peut difficilement répondre à ce critère. De par sa construction et ses objectifs, le programme recherche-intervention vise à former un professionnel capable d'agir en tant qu'agent de développement, de coordination et d'évaluation de l'éducation sexuelle,

ou un futur chercheur. On ne retrouve aucun élément dans cet objectif qui aborde l'aspect du contact ou du lien avec la personne. Les deux programmes ne semblent pas avoir comme objectif principal de former des intervenants.

Certaines rumeurs circulent à l'UQAM évoquant une possible disparition du baccalauréat en sexologie. Et M. Michel Lemay et Mme Danielle Champagne poussent encore plus loin en écrivant que, et je cite, «l'Office signe peut-être l'arrêt de mort à plus ou moins long terme de la sexologie au Québec». Il ne faudrait pas tomber dans la paranoïa. Les exigences de base de formation pour être admis dans le futur ordre et pour détenir le permis de sexologue requièrent le baccalauréat et la maîtrise en sexologie. La formation en sexologie n'est donc pas en péril et la reconnaissance de cette formation par le système professionnel ne peut qu'en assurer la pérennité. Cette exigence du baccalauréat et de la maîtrise est aussi la formation de base exigée par les deux autres groupes (conseillers en orientation et psychoéducateurs). Pour nous, cette mesure commune permet d'assurer la continuité du baccalauréat.

Maintenant, j'aimerais apporter certaines précisions sur le titre réservé. L'intégration au système professionnel se fera par un ordre à titre réservé. Il portera le nom de l'Ordre des conseillers d'orientation, des psychoéducateurs et des sexologues du Québec. Donc, pour nous, c'est le titre de sexologue qui sera réservé et les personnes pouvant accéder à ce titre seront les sexologues oeuvrant dans le champ clinique, peu importe qu'ils travaillent en milieux privés, en milieux sociaux ou en milieux communautaires, contrairement à ce que rapportent M. Lemay et Mme Champagne. Un titre réservé signifie que «Nul ne peut de quelque façon utiliser le titre réservé aux membres d'un ordre, ni un titre ou une abréviation pouvant laisser croire qu'il l'est, ou s'attribuer des initiales pouvant laisser croire qu'il l'est». Comme ce n'est pas un ordre à exercice exclusif, la réserve du titre de sexologue n'empêchera pas les éducateurs de continuer leur intervention.

(suite en page 14)

L'inceste dans le couple... version masculine

Isabelle Dallaire, M.A.

Sexologue clinicienne et psychothérapeute

Le phénomène des agressions sexuelles dans notre société prend davantage de place comme question sexologique, et les sexologues sont de plus en plus sollicités pour y participer en tant que professionnels. Les agressions sont de plus en plus dénoncées et discutées. Il en va de même pour l'inceste. C'est la raison pour laquelle nous nous penchons sur ce sujet. Plus précisément, notre expérience auprès des victimes d'inceste et d'agressions sexuelles dans l'enfance et notre formation de sexologue clinicienne nous ont amenée à nous interroger sur la sexualité de celles-ci ainsi que sur celle de leur conjoint. Le vécu de ces femmes dans leur relation avec leur partenaire a grandement éveillé notre curiosité pour ce dernier.

Dans un premier temps, nous faisons état des données scientifiques au sujet des partenaires de survivantes d'inceste ou de victimes d'inceste. Il s'ensuit une critique des écrits consultés pour cette recherche. Ensuite, nous traiterons de la méthodologie utilisée pour cette étude, c'est-à-dire que nous discuterons de la théorie ancrée (grounded theory), de son application, ainsi que des limites des données recueillies par cette recherche. Le lecteur trouvera une présentation des principaux résultats de notre étude portant sur les partenaires de survivantes d'inceste. Cette analyse fera ressortir cinq grands thèmes dans la comparaison des données. Ces thèmes sont: la sexualité, les émotions et les attitudes, l'identité, la dépendance ainsi que le cheminement personnel. Ceci nous amènera à traiter des considérations cliniques de notre étude.

En conclusion, nous ferons ressortir les principaux résultats de cette étude. Nous espérons que cette étude apportera un regard plus élaboré sur la question importante des partenaires de

survivantes d'inceste. De futures recherches devront être entreprises pour alimenter nos connaissances actuelles et une meilleure compréhension de cette dynamique chez les partenaires, car la problématique tend à vouloir se développer dans ce milieu d'intervention.

Les partenaires de survivantes d'inceste

Il y a très peu d'écrits sur l'impact de la victimisation sexuelle à l'enfance sur les partenaires (Wolfe, 1988). Peu d'études, de recherches ou d'articles se sont penchés sur le vécu et le point de vue du partenaire dans une relation où la femme a été agressée sexuellement dans l'enfance. La littérature à ce sujet s'attarde plutôt à informer le partenaire sur le vécu émotif et le processus de guérison de sa conjointe. Beaucoup d'informations sont disponibles sur les conséquences ou encore sur le vécu émotif de la personne lors d'un abus sexuel dans l'enfance, mais peu d'informations sont disponibles pour saisir les répercussions de cet événement dans la relation de couple, et surtout par rapport au partenaire lui-même; d'où la décision d'étudier dans notre recherche cette dimension auprès du partenaire de la survivante d'inceste.

Mais tout d'abord, nous croyons utile de définir qui est le partenaire. Par exemple, Graber (1991) établit sa définition comme suit: *Par partenaire, j'entends les amants, les époux, les amis intimes, les membres de la famille ou qui-conque vit une relation interpersonnelle avec une survivante et qui se voit affecté par les émotions et les actions de la survivante* (traduction libre). Pour notre part, et pour les besoins de notre recherche, nous limiterons notre définition au conjoint ou encore à la personne qui vit une relation de couple depuis au moins un an avec la survivante et qui subit les impacts de l'inceste.

Davidson (1991), dans son rapport d'activités sur l'impact de l'inceste dans le

couple, qualifie le partenaire de la survivante d'abus sexuel comme une victime secondaire de l'inceste; et selon Maltz (1988), en raison de la réponse de la survivante à l'intimité sexuelle, le partenaire devient lui aussi victime secondaire. Engel (1991) abonde aussi dans le même sens en disant que les partenaires sont d'une certaine façon des victimes indirectes de l'abus.

Comme victimes de l'abus sexuel, les partenaires peuvent vivre différentes émotions. Les émotions les plus communes vécues par le partenaire semblent être la colère, le dégoût, la peine et la tristesse (Maltz et Holman, 1987), l'impuissance, l'impatience et la frustration (Gil, 1983; Maltz et Holman, 1987, Santé Canada, 1994). Selon Engel (1991), la colère est typiquement dirigée vers l'agresseur et parfois vers les autres membres de la famille qui n'ont pas réussi à protéger ou qui n'ont pas cru la survivante lorsqu'elle était enfant. La colère peut être combinée au sentiment d'impuissance de ne pouvoir rien faire face aux événements passés. Les partenaires souffriraient fréquemment d'anxiété, de dépression et de détresse émotive (Maltz, 1988).

La colère peut se transformer en rage face «au sentiment d'injustice et d'impuissance» (Miller, 1987, cité dans Wolfe, 1988). Les sentiments d'impuissance peuvent avoir comme conséquences des changements d'humeur, un concept de soi négatif et de la dépression (Jehu *et al.*, en presse cité dans Wolfe, 1988). Les partenaires souffriraient fréquemment d'anxiété, de dépression et de détresse émotive (Maltz, 1988). Cependant, certains composeraient avec ces sentiments en devenant surprotecteurs et en tentant de prendre la situation en charge (Mc Evoy et Brookings, 1984; King et Curley, 1987, cités dans Wolfe, 1988). D'autres vont se donner comme but de fournir une expérience complètement différente à leur partenaire (Gil, 1983) que celle vécue à l'enfance. Dans le même ordre d'idées, Graber (1991)

affirme que le partenaire, à cause de l'amour et de l'empathie qu'il porte envers sa conjointe, est affecté par l'abus sexuel. Et lorsqu'il est affecté, le partenaire peut se sentir confus, frustré, en colère, ou peut ressentir une variété d'émotions.

La frustration (Maltz et Holman, 1987; Jehu *et al.*, sous presse; King et Curley, 1987) est une autre émotion ressentie par les partenaires, particulièrement lorsqu'il s'agit de mettre leurs propres besoins derrière ceux de la survivante. Ils peuvent aussi se sentir impatients face au besoin constant de la survivante de se faire rassurer (King et Curley, 1987 cité dans Wolfe, 1988). Selon Santé Canada (1994), il serait très difficile pour le conjoint de ne pas se laisser envahir par les problèmes de sa conjointe.

Au niveau de la sexualité, selon Engel (1991), le partenaire et la survivante doivent constamment composer avec les effets de l'abus. Le partenaire peut ressentir de la colère, parce que lui et sa conjointe ne peuvent avoir de vie sexuelle «normale» (mais cette notion n'est pas définie par l'auteur). Selon Graber (1991), par rapport à la sexualité, la plupart des partenaires sauraient qu'il y a des problèmes avec la sexualité ou sentiraient que l'intimité sexuelle n'est pas tout ce qu'elle pourrait être. La sexualité serait de loin l'aspect le plus problématique de la relation (Engel, 1991).

Des problèmes multiples reliés à la sexualité, les partenaires se plaindraient plus souvent du manque de désir de la survivante ou de sa répugnance à faire l'amour (Graber, 1991). Il serait commun pour les partenaires de se sentir rejetés et en colère et de souffrir émotionnellement à cause du dégoût de la survivante face aux contacts sexuels avec celui-ci (Maltz et Holman, 1987). Par rapport à l'abstinence sexuelle, les partenaires se sentiraient fréquemment déçus et frustrés s'ils doivent arrêter de faire l'amour pour laisser de la place au processus de rétablissement de la survivante (Davis, 1991).

Davidson (1991) discute aussi de la possibilité pour le partenaire de développer une dysfonction sexuelle secondaire en réaction à l'inceste de sa partenaire.

D'ailleurs Maltz (1988) affirme que les partenaires de survivantes d'inceste peuvent être identifiés par les problèmes qu'ils auraient développés face au sentiment de rejet sexuel, ce qui est aussi soulevé par Davis (1991). Les partenaires de survivantes d'inceste, devant l'inquiétude de leur conjointe par rapport à la sexualité, peuvent développer des sentiments de peur et de culpabilité (Maltz, 1988). Les émotions réelles de la survivante (envers la sexualité ou envers les hommes) peuvent faire sentir au partenaire le rejet, le rejet de son corps, de sa masculinité et de sa sexualité (Davis, 1991; King et Curley, 1987 cité dans Wolfe, 1988). Selon Maltz (1988), fréquemment les partenaires masculins croient qu'ils ont une défaillance, et ce, dans une partie extrêmement importante d'eux-mêmes, à savoir leur masculinité, leur virilité, leur désirabilité. Selon Maltz et Holman (1987) et Engel (1991), les partenaires peuvent se sentir indésirables ou inadéquats et peuvent questionner leurs techniques sexuelles. Les partenaires peuvent commencer à avoir des difficultés à obtenir une érection ou ils peuvent douter de leur masculinité. Ils peuvent aussi se sentir submergés par des sentiments douloureux causés par la distance émotionnelle qu'ils ressentent lorsqu'ils font l'amour. Les problèmes sexuels qui en résulteraient (comme la perte de désir, l'impuissance et le manque de confiance sexuelle) peuvent devenir aussi difficiles pour la relation que les problèmes qui ont initialement originé de l'inceste. En fait, toujours selon les mêmes auteurs (Maltz et Holman, 1987; Engel, 1991), les partenaires doivent comprendre que le désintérêt sexuel que manifeste la survivante provient de l'abus et n'est pas un commentaire voilé face à leur attrait personnel.

Donc, au sujet de la sexualité, les partenaires peuvent avoir l'impression d'être sans contrôle (Jehu *et al.*, sous presse; Maltz et Holman, 1987). King et Curley (1987) cité dans Wolfe (1988) rapportent que les partenaires expriment leurs inquiétudes face à l'inconsistance de la sexualité, à la perte de la mutualité dans la sexualité, à la culpabilité de leur propre désir et à la tension face à la possibilité de causer un flashback. Ces problèmes causeraient le sentiment d'être inadéquat (Maltz et Holman, 1987) et des dysfonctions

sexuelles chez les partenaires (Jehu *et al.*, en presse cité dans Wolfe, 1998).

Au niveau de l'intimité, selon Engel (1991), plusieurs couples se seraient accoutumés à remplir leurs besoins à travers les contacts sexuels à tel point qu'ils seraient incapables de ressentir et d'exprimer le besoin d'intimité de toute autre façon. Les partenaires de survivantes se retrouvent à l'intérieur d'un dilemme dans le couple: s'occuper des besoins de leur partenaire versus partager leurs propres sentiments face à la victimisation (Maltz et Holman, 1987; King et Curley, 1987 cité dans Wolfe, 1988). Plusieurs éprouvent de la difficulté à trouver un équilibre satisfaisant entre les deux.

Comme mentionné précédemment, lorsqu'une survivante a un partenaire, ce partenaire deviendrait également une victime d'inceste. Voici, selon Maltz et Holman (1987), quelques raisons: la relation intime est teintée par les expériences de victimisation de la survivante; le partenaire n'a rien à voir avec l'inceste, mais il doit composer avec les conséquences, et ce, sur une base quotidienne; l'inceste deviendrait une partie intégrante de la vie du partenaire. Selon Engel (1991), les partenaires des survivantes mettraient souvent toute leur attention sur les problèmes de la survivante et omettraient de composer avec leurs propres problèmes. Il semblerait plus facile pour ces partenaires de composer avec les problèmes des autres, et de reconnaître les besoins des autres pour changer. En mettant le focus sur leur partenaire, ceux-ci négligeraient des choses les concernant.

Quelques auteurs, dont Davis (1991) et Graber (1991), mentionnent la possibilité pour le partenaire que celui-ci se retrouve dans un «pattern», un cercle vicieux par rapport à sa relation avec la survivante. Ces auteurs questionnent le partenaire sur sa responsabilité de vivre et d'être avec une survivante. Par exemple, Graber (1991) affirme que le fait de se retrouver à l'intérieur d'une relation avec une survivante pour un partenaire veut dire que celui-ci doit se regarder lui-même pour connaître les raisons de cette attirance vers une telle personne. Il ajoute que même si l'abus sexuel n'a pas été identifié lorsque le

partenaire et la survivante se sont rencontrés, à un niveau inconscient, ils étaient sur la même longueur d'ondes. Dans le même ordre d'idées, Engel (1991) ajoute que les survivantes tendent à être attirées par des personnes qui ont un «background» similaire au leur. La raison de cette attirance est qu'il y a un sentiment de confort et de rapport immédiat entre ceux qui ont vécu des situations-émotions similaires. Certains partenaires projettent leurs besoins (la compréhension, l'aide et le soutien dont ils ont désespérément besoin) sur la survivante.

La théorie de Scarf (Scarf, 1987 cité dans Wolfe, 1988) sur le choix marital est basée sur la croyance que des processus inconscients sont d'abord responsables de la sélection d'un partenaire. Elle hypothétise que les individus sont attirés par ce qui leur est familier. De plus, elle dit que ce qui est le plus attirant chez un partenaire est aussi ce qui est le plus chargé d'émotions, d'ambivalence, et ce qui est le plus susceptible d'être identifié comme source de conflits, plus tard dans la relation.

Des liens peuvent être faits entre ce type de relation et la codépendance. Graber (1991) établit la codépendance comme suit : tout d'abord la première caractéristique de la codépendance est la préoccupation face aux problèmes d'une autre personne, en l'occurrence, la survivante. Les attitudes de codépendance mènent à des comportements de prise en charge qui, ultimement, n'aident ni la survivante, ni le partenaire. Selon Engel (1991), les partenaires auraient tendance à se concentrer sur les émotions, les désirs et les besoins des autres comme moyen d'éviter de composer avec leur propre vie. Un codépendant a le «pattern» d'entrer en relation avec des personnes qu'il tente de sauver ou de prendre en charge.

Mais, même si la partenaire prend soin de lui, l'épuisement dû à l'intensité du processus de rétablissement de la survivante semble normal. D'après Engel (1991), un jour ou l'autre, il semble inévitable que le partenaire en ait assez d'être patient, compréhensif et aidant. Selon cette auteure, il est humainement impossible que le partenaire soit compréhensif, patient et aidant à tous les moments. Il est donc nécessaire que le

partenaire place ses limites. En fait, l'épuisement pour le partenaire est un signal lui indiquant de prendre soin de lui plutôt que de supporter la survivante à tout prix. Toujours selon Graber (1991), se laisser de la place et du temps serait la clé du succès lors des périodes d'épuisement. En fait, attendre trop longtemps avant de se reposer ou de demander de l'aide peut causer la rancune ou d'autres conséquences qui sont pires que de prendre une pause. Encore selon Graber (1991), les partenaires doivent se rappeler qu'ils n'ont pas causé l'abus, qu'ils ne sont pas responsables de la réparation des dommages. Offrir du soutien et simplement être présent sont des responsabilités assez lourdes et elles peuvent créer de l'épuisement.

Cependant, certains partenaires éprouveraient du ressentiment face à la demande de changement qui est implicite dans le rétablissement de leur partenaire. Plusieurs partenaires doivent renégocier de nouveaux rôles dans la relation, dans les «patterns» de prise de décision et de communication, et dans leur pratique sexuelle (Jehu *et al.*, sous presse cité dans Wolfe, 1988). Graber (1991) nous dévoile que les partenaires qui n'ont aucune connaissance du processus de rétablissement des survivantes ont souvent beaucoup d'incertitudes face au changement dans la relation.

Concernant la parentalité des partenaires de survivantes d'inceste, les pères se poseraient davantage de questions, et un des problèmes face à la relation père-fille concerne notamment la peur du partenaire d'abuser de ses propres enfants. En matière de prévention, les partenaires croient en général que la protection des enfants face à la victimisation sexuelle crée une plus grande inquiétude à l'intérieur de leur famille (Wolfe, 1988).

Dans leurs relations avec les autres hommes, Jehu *et al.* (sous presse) cité dans Wolfe (1988) notent que plusieurs hommes se sentiraient isolés des autres en raison du secret qu'ils doivent garder. Ils ne partageraient pas leurs problèmes personnels liés à la relation et à leur vie sexuelle avec d'autres. Leurs relations avec d'autres hommes seraient souvent distantes puisqu'ils refuseraient de s'engager dans des conversations sur

les femmes et la sexualité.

Bref, d'après la publication de Santé Canada (1994), qui se fonde sur l'expérience clinique, être conjoint d'une survivante d'inceste peut se révéler une épreuve autant qu'une expérience enrichissante.

Donc, les données scientifiques utilisées dans cette recherche nous permettent de constater que les partenaires de survivantes d'inceste semblent réagir d'une façon ou d'une autre vis-à-vis l'inceste de leur conjointe. Nous verrons ce que révèlent les données empiriques de notre étude, mais pour l'instant nous allons nous permettre une critique des écrits consultés.

La critique des écrits consultés

Le partenaire n'a pas beaucoup de place, car il semble occupé plus souvent qu'autrement par la survivante. Sa place à lui est créée en fonction du besoin de soutien de la survivante dans son processus de rétablissement. Il n'y a pas ou encore très peu d'informations, ou de données spécifiques et scientifiques sur le vécu émotif du partenaire, et les conséquences psychologiques ou sexologiques possibles de l'inceste sur lui restent encore trop silencieuses. Que l'on pense seulement à la façon dont il se sent et se vit comme homme ou comme père; ou encore à sa genralité ou à son identité sexuelle (par exemple, comment le partenaire se sent-il si sa conjointe vit de la colère contre son agresseur qui est un homme, ou encore si elle vit des réminiscences ou des flashbacks lors d'une relation sexuelle ?).

De même que les écrits n'accordent pas beaucoup de place au partenaire, notre regard critique nous permet d'ajouter qu'il n'y a pas beaucoup de place pour lui, non plus, dans le processus de rétablissement de la survivante. Il est souvent dit que le partenaire doit faire ceci ou cela pour aider et soutenir la survivante. Selon certains auteurs, il est même dit que celui-ci doit s'oublier un peu pour faire place au processus de rétablissement de la survivante (Graber, 1991; Maltz et Holman, 1987).

Enfin, nous croyons qu'il est grandement temps qu'une place de choix soit

offerte aux partenaires de survivantes d'inceste, tant au niveau des écrits (qui doivent devenir plus scientifiques à l'aide de recherches) qu'au niveau des services offerts à ceux-ci. Et ce, afin que la problématique soit reconnue comme autonome et ne soit plus surtout le prolongement du processus de rétablissement d'une survivante d'inceste, parce que, à ce moment-là, le rôle se limiterait ainsi à donner des informations et à conseiller. Une meilleure connaissance des partenaires et des implications de l'inceste sur eux permettrait de mieux redéfinir leur rôle et leurs besoins.

La méthodologie utilisée

Pour les besoins de notre recherche, nous utiliserons comme démarche méthodologique la théorie ancrée telle que présentée par Glaser et Strauss (1970). La «grounded theory» ou la théorie ancrée est une méthode de recherche qualitative basée sur la méthode d'analyse par comparaison constante (entre la théorie et les données). Ce modèle d'analyse dans cette méthodologie donne prépondérance aux données recueillies sur le terrain. Le but de cette méthode consiste à décrire et conceptualiser l'expérience dans le but de générer une théorie substantive. Les auteurs visent à dépasser la simple description pour construire une nouvelle théorie (proche et partant de la réalité). L'approche permet une vision développementale du sujet plutôt que statique, le sens prend davantage d'importance.

Avec la méthode de Glaser et Strauss (1970), la connaissance n'est donc pas la découverte de la «vérité» mais est plutôt une manière de représenter des expériences partagées. L'entrevue est donc un processus social à travers duquel des significations sont faites. C'est à travers des questions d'entrevue que le chercheur entre dans la réalité construite par le répondant.

Cette méthode préconise quatre opérations majeures dans le processus de recherche qualitative (Glaser et Strauss, 1967; cité par Manseau, 1990). Ces opérations consistent en:

- 1) l'accumulation des données théoriques;
- 2) la réalisation d'entrevues;

- 3) l'analyse;
- 4) l'élaboration d'un modèle théorique intégrateur.

Les limites des données recueillies

Cette recherche nous a permis d'ouvrir des pistes intéressantes au sujet du vécu des partenaires de survivantes d'inceste. Toutefois, cette étude comporte certaines limites quant au processus de recherche comme tel. Notre échantillonnage a été plus ou moins homogène, la façon dont les participants ont été sélectionnés fut davantage axée sur la disponibilité de ceux-ci face au sujet de l'étude. Une autre limite de cette étude concerne l'impossibilité de généraliser les résultats, compte tenu de son étendue, à savoir quatre cas. Cette recherche se veut davantage une étude exploratoire sur le sujet et vise comme objectif à faire voir l'importance d'un phénomène trop peu souvent étudié.

L'analyse des données empiriques

Au total, quatre partenaires de survivantes d'inceste ont été rencontrés en entrevue face à face. La confrontation des éléments théoriques et des données empiriques nous aura permis d'identifier cinq thèmes associés aux caractéristiques sexuelles et phénoménologiques des partenaires de survivantes d'inceste. Chaque grand thème comporte des sous-thèmes qui précisent et colorent la catégorie conceptuelle en question. Ces grands thèmes sont les suivants:

- 1- La sexualité;
- 2- Les émotions et les sentiments;
- 3- L'identité;
- 4- La dépendance;
- 5- Le cheminement personnel.

Dans le domaine de la sexualité, principalement au sujet de la communication et de la relation de couple, les partenaires de survivantes d'inceste interviewés s'expriment très peu au sujet de l'impact de l'inceste. Cependant, deux partenaires reconnaissent les effets de l'inceste sur la communication (dans la projection négative au sujet des hommes dont il se disait l'objet pour l'un, et pour l'autre dans le très grand

souci de ses réactions sur sa conjointe). Au sujet du fonctionnement sexuel, aucune donnée ne semble confirmer un dysfonctionnement sexuel en réaction à l'inceste de leur partenaire. Cependant, un des partenaires interviewés mentionne devoir s'adapter constamment aux nouvelles règles, et l'autre mentionne le contrôle que possède sa conjointe dans la relation. Au sujet de l'abstinence sexuelle, aucune donnée n'a émergé des entrevues réalisées. Toutefois, l'hypersexualisation nous a permis de relever des aspects personnels importants chez deux des partenaires interviewés (l'un se sentait sollicité par le sexe, il recherchait cela, et l'autre mentionne que c'est sa sexualité qui tient son couple). Au sujet des conséquences de l'inceste, certains partenaires peuvent éprouver de la culpabilité, de la frustration ou de la colère suite à un flashback de leur conjointe; ou encore se sentir affectés émotionnellement. Par rapport à l'intimité, deux des partenaires interviewés discutent des aspects de l'intimité et des contacts sexuels et ces deux aspects semblent être très liés mais aucun d'eux ne parle de difficultés à être intime ou proche de sa partenaire.

Au plan des émotions, les partenaires interviewés ne semblent pas vivre beaucoup d'émotions ou nous supposons que celles-ci ne sont pas exprimées de façon claire et directe; un seul exprime plus clairement sa colère. Par contre, par rapport aux sentiments, deux partenaires semblent vivre des sentiments d'impuissance et de frustration tandis qu'un autre exprime un grand sentiment de douleur. Cette sensibilité s'est aussi retrouvée pour deux des partenaires interviewés face à la divulgation de l'inceste. Les écrits scientifiques identifient automatiquement le partenaire comme victime secondaire de l'inceste. Cela ne semble pas le cas en ce qui concerne nos données empiriques puisque deux témoignages recueillis seulement viennent appuyer ces données (l'un s'identifie comme victime secondaire de l'inceste et l'autre peut être considéré comme une victime indirecte en raison de la projection négative dont il est l'objet).

Au plan de l'identité, concernant l'estime de soi, les partenaires interviewés discutent effectivement de l'estime de

soi mais n'abondent pas dans le même sens que la littérature scientifique qui mentionne une baisse de l'estime de soi. La recherche nous a permis, non pas de dresser un tableau exhaustif, mais certainement d'en apprendre davantage sur l'identité, et sur certaines dimensions qui n'avaient pas été relevées par rapport aux données scientifiques, telles la masculinité et la genralité (plusieurs partenaires ont décrit comment ils se sentaient comme homme) et la perception de la féminité. Par rapport aux relations avec les autres hommes, aucun des partenaires n'a abordé ce sujet. Concernant la parentalité, seulement un répondant mentionne sa plus grande attention vis-à-vis ses gestes. Tandis que deux autres se questionnent sur la prévention des agressions sexuelles.

Quant à la dépendance, la recherche nous a permis de percevoir que certains partenaires semblaient effectivement vivre de la dépendance. Deux des partenaires peuvent être considérés comme des codépendants puisqu'ils correspondent aux caractéristiques de la codépendance mentionnés dans les écrits scientifiques. Et un des partenaires interviewés mentionne clairement des éléments de la théorie du choix marital comme partie intégrante de son choix de relation. Par contre, il semble exister une dynamique de relation personnelle pour chaque partenaire interviewé. Sans que des éléments aient été formulés pour les autres partenaires, nous croyons à la présence d'éléments inconscients dans le choix du conjoint.

Concernant le cheminement personnel, il nous semblait important de vérifier si les partenaires vivaient ou avaient vécu des problèmes personnels. Pour certains d'entre eux, les problèmes étaient l'alcoolisme, la toxicomanie, la sexualisation des relations avec les femmes, le besoin de mettre des limites, la dépendance, etc. Plusieurs d'entre eux ont fait une démarche par rapport à des difficultés antérieures. Pour ce qui est de leur cheminement avec leur conjointe, ceux-ci nomment des besoins vis-à-vis l'inceste dans leur relation de couple. Ces besoins sont la communication, mettre ses limites, et continuer d'avancer. Ces données diffèrent

quelque peu de la littérature scientifique mais la rejoignent quand même dans les grandes lignes.

Considérations cliniques

Il nous apparaît, lorsque les données scientifiques identifient le partenaire comme victime secondaire de l'inceste, que celui-ci semble affecté par l'expérience de sa conjointe. Toutefois, cette dimension de la problématique de l'inceste reste très peu documentée et peu explorée encore sur le plan clinique. Des recherches comme celle-ci peuvent permettre un meilleur éclairage du vécu du partenaire de la victime d'inceste, et donc une meilleure intervention possible et une attention clinique particulière.

Le but de notre travail était de susciter une réflexion sur cette problématique, de même que d'ouvrir des portes à une nouvelle compréhension du phénomène de l'inceste dans la perspective du conjoint. Nous croyons qu'en identifiant davantage la problématique des partenaires de victimes d'inceste, les thérapeutes conjugaux ou les thérapeutes ayant comme clients des partenaires de victimes d'inceste auront davantage de données et de connaissances pour permettre une intervention plus éclairée. Nous croyons qu'il est important de posséder des informations sur la problématique du client. Si nous comparons le processus thérapeutique au creusage d'une grotte, il est plus aisé de le faire avec une lanterne que sans lanterne.

En ayant connaissance de la problématique particulière du partenaire, des nouvelles pistes d'intervention individuelle, de couple et de groupe pourront se développer. Et une plus grande reconnaissance du vécu du partenaire pourra alimenter les groupes de soutien et d'entraide de partenaires de survivantes d'inceste qui pourront ultimement se développer davantage. Au Québec, il existe encore très peu de possibilités d'intervention pour les partenaires de survivantes d'inceste. Et notre travail se veut un effort dans cette direction. D'ailleurs, nous tentons actuellement de mettre sur pied un groupe d'entraide pour les conjoints de victimes d'inceste ou d'agressions sexuelles.

Cette étude avait pour objet d'explorer l'expérience de vie et les conséquences sexuelles et phénoménologiques des partenaires de survivantes d'inceste. Par conséquences sexuelles, nous entendons l'identité, la masculinité, la genralité, la sexualité; et par phénoménologie, nous faisons référence à l'expérience de vie, aux émotions. Donc, cette étude avait pour objectif d'approfondir notre connaissance des partenaires par rapport aux dimensions ci-haut mentionnées.

Compte tenu de l'échantillon limité de notre étude, il nous est impossible de généraliser les résultats à l'ensemble des partenaires. Toutefois, notre étude nous permet d'identifier des dimensions qui semblent importantes pour les partenaires interviewés, à savoir l'identité, la masculinité, la codépendance, l'existence d'une dynamique intrapersonnelle particulière. Mais, à notre avis, la réflexion doit se poursuivre afin d'approfondir nos connaissances sur un sujet jusqu'ici trop peu exploré, alors que ce besoin semble justement vouloir se développer dans les milieux d'intervention en situation d'abus sexuel.

BIBLIOGRAPHIE

Centre national d'information sur la violence dans la famille, Division de la prévention de la violence familiale, Santé Canada. **Lorsque votre conjoint ou conjointe a été victime de violence sexuelle.** Family Services of Greater Vancouver, 1994.

DAVIS, Laura (1991), **Allies in Healing.** New York: Collins, New York.

DAVIDSON, Pauline (1991), **L'inceste: de l'événement à aujourd'hui. Son impact sur la vie sexuelle de cinq couples hétérosexuels, exogènes à la famille d'origine.** Rapport d'activités de la Maîtrise en sexologie, Université du Québec à Montréal, novembre.

ENGEL, Beverly (1991), **Partners in Recovery: How Mates, Lovers and Other Prosurvivors Can Learn to Support and Cope with Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse.** Los Angeles, California: Lowell House.

GIL, Eliana (1983), **Outgrowing the Pain: a Book for and about Adults Abused as Children**. New York: Dell Publishing Group.

GLASER, Barney G. et STRAUSS, Anselm L (1967), **The Discovery of Grounded Theory**. Chicago: Aldine Pub.

GRABER, Ken (1991), **Ghosts in the Bedroom**. Deerfield Beach, Florida: Health Communications.

MALTZ, Wendy (1988), **Identifying and Treating the Sexual Reper-**

cussions of Incest: a Couples Approach Therapy". Journal of Sex and Marital Therapy, vol. 14, no 2, Summer 1988.

MALTZ, Wendy et HOLMAN, Beverly (1987), **Incest and Sexuality**. Toronto: Lexington books, Canada.

MANSEAU, Hélène (1990), **L'abus sexuel et l'institutionnalisation de la protection de la jeunesse**. Sillery: Presses de l'université du Québec.

WOLFE, Lorrie, K. (1988), **The Long-**

Term Effects of Intrafamilial Child Sexual Victimization on Adult Couple Relationships. Thesis master of social work. Faculty of Social Welfare, University of Calgary, Alberta, décembre.

Référence: DALLAIRE, Isabelle (1996), **Des conséquences sexuelles et phénoménologiques de l'inceste: le point de vue de quatre conjoints de femmes victimes d'inceste**. Rapport d'activités de la Maîtrise en sexologie, Université du Québec à Montréal, avril.

Article

Pratiquer la sexologie... et gagner sa vie

**Jolaine Lessard, M.A.
Chantal Forest, M.A.**

Sexologues cliniciennes et psychothérapeutes

Que de choses ont été écrites jusqu'à présent dans l'histoire de la sexologie pour nous aider à devenir des thérapeutes plus compétents: essentiellement, tout ce qui est lié aux problématiques et aux traitements. Par ailleurs, en ce qui concerne la mise en marché de notre pratique professionnelle, c'est le silence le plus total, comme si se lancer dans l'entreprise privée constituait un détail insignifiant.

Bien que la majorité des diplômés en sexologie clinique persistent à pratiquer la sexothérapie au fil des années, trop peu d'entre eux gagnent décentement leur vie grâce à leurs consultations. Nombreux sont ceux qui ont un second emploi ou qui se contentent d'un maigre revenu.

Pourquoi en est-il ainsi? Ce n'est certainement pas le nombre de sexologues qui est en cause. Cent cinquante-sept sexologues cliniciens membres de l'ASQ, ce n'est certes pas trop pour traiter l'ensemble des problématiques sexuelles au Québec! Nombreux sont ceux qui attendent l'implication des compagnies d'assurance, et bien que nous ne doutions pas de l'impact positif de cette action, il est illusoire de penser que cela rendrait tous les sexo-

logues prospères. Car les psychologues qui, eux, bénéficient des régimes d'assurances, éprouvent souvent des difficultés semblables aux nôtres...

Le statut de travailleur autonome

Vous vous définissez comme sexologue clinicien et psychothérapeute? Vous pouvez aussi, et surtout, y ajouter le titre de travailleur autonome, c'est-à-dire de personne qui perçoit des honoraires ou qui vend un bien pour son profit personnel. Rien de très original: on dénombre 500 000 travailleurs autonomes au Québec, soit 100 000 de plus que les fonctionnaires et les chômeurs réunis! Avez-vous les connaissances et les outils pour survivre dans cette jungle?

Le statut de travailleur autonome sous-tend diverses implications. La compétence et le talent propre à la profession de sexologue clinicien sont primordiaux, mais vous devez également combiner plusieurs habiletés en relations publiques, en vente, en comptabilité, en fiscalité, en design d'intérieur (eh oui!) et en planification. Sans compter la connaissance des technologies de pointe comme l'informatique, pour les plus jeunes d'entre nous.

D'une vision humanitaire à une vision marketing

Nous, les sexologues, présentons une image d'aidant chaleureux, respec-

tueux et neutre, ce qui est vrai en grande partie. Une espèce de Dr Welby version sexualité, qui nous procure un petit côté mystérieux en prime. Les femmes, qui sont majoritairement présentes chez les sexologues, complètent très bien ce tableau.

Difficile de combiner ce portrait avec celui d'une femme ou d'un homme d'affaires au succès éclatant, n'est-ce pas? De façon générale, les sexologues cliniciens ne se donnent pas la permission, et conséquemment ne prennent pas les moyens, de faire de l'argent. Quand avez-vous entendu parler un collègue de son chiffre d'affaires, des honoraires qu'il exige pour une consultation? Même « s'abaisser » à parler d'argent est défendu!

Chacun attend dans son coin que le vent tourne en sa faveur, soit par idéalisme, individualisme ou timidité, mais le plus souvent par ignorance du processus de la mise en marché professionnelle et des démarches qui en découlent.

Certains sexologues vous diront qu'il suffit simplement de trouver une niche et de s'y installer pour exercer sa profession de manière rentable. C'est possible. Nous connaissons tous des collègues qui ont eu la chance - et le flair - de se positionner là où la demande est forte pour les consultations en sexologie. Toutefois, parce qu'ils dépendent principalement pour leur survie

de quelques référents, ne risquent-ils pas de voir leur clientèle - et leur liste d'attente - s'effriter advenant un événement imprévisible comme la fermeture d'un centre ou le déménagement de leur bureau ? Seul le renouvellement constant de la clientèle est un gage de succès à long terme.

L'objectif premier de cet article est de vous introduire à quelques notions de marketing directement applicables dans votre pratique professionnelle. Vous reconnaîtrez sûrement certains principes que vous appliquez déjà et nous saluons toutes vos initiatives en ce sens. Car pour chaque sexologue clinicien qui se démarque, c'est l'ensemble de la profession qui augmente sa visibilité, ce qui rejaillit sur nous tous.

Qu'est-ce que le marketing ?

Pour la plupart des sexologues, marketing est synonyme de publicité. Pourtant, bien que la publicité représente sans aucun doute la face la plus visible du marketing, d'autres éléments constituent le marketing proprement dit. Bien les connaître, et surtout apprendre à bien les utiliser, peut faire toute la différence entre une pratique «qui marche» et une autre qui stagne et meurt après quelques années.

Le marketing, c'est d'abord un concept de mise en marché. Une discipline qui tente de prévoir, de stimuler et de satisfaire les besoins des clients potentiels en rendant disponibles les services qu'ils désirent et que vous êtes disposés à leur fournir moyennant rétribution.

Le marketing possède des outils spécifiques et des méthodes d'intervention particulières qui ont fait leurs preuves et dont vous pouvez disposer, vous aussi, pour augmenter votre part du marché et vous assurer d'un revenu stable. Tout le défi consiste à utiliser chaque outil le plus judicieusement possible en fonction des objectifs que vous vous êtes fixés.

Les outils marketing sont nombreux. Dans le souci de nous limiter à ceux qui sont particulièrement utiles aux sexologues, nous avons choisi de vous entretenir de cinq outils spécifiques, soit le plan, les honoraires, le service, le lieu d'affaires et la publicité.

Le mentor, partenaire n° 1 de la mise en marché du professionnel

Peu importe la spécialité du travailleur autonome, un guide compétent demeure un acteur important lors du démarrage d'une pratique professionnelle. Il peut également représenter un soutien considérable au fil des années, les bonnes comme les moins bonnes. L'apprentissage d'une profession se compare à une chaîne à plusieurs maillons : l'apprenti bien soutenu à tous les plans désirera fréquemment devenir un guide à son tour, préservant ainsi la qualité des services offerts.

Comment choisir votre «maître à cliquer» (Popcorn, F., 1996)?

Choisissez une personne :

- à qui vous vous identifiez professionnellement
- disponible, en qualité et en quantité
- à qui vous faites spontanément confiance
- expérimentée, ayant plusieurs succès à son actif.

Votre guide n'est pas obligé de travailler exactement dans votre domaine même si cela demeure un avantage non négligeable.

En sexologie clinique, trouver un mentor ne va pas de soi. Premièrement parce qu'il y a peu de sexologues qui : réussissent très bien; sont disponibles; que vous connaissez personnellement. Certains étudiants se lient avec un enseignant ou un superviseur, mais en raison de leur petit nombre, il est difficile pour ces derniers de maintenir le lien lorsque l'oiseau est sorti du nid. L'éloignement géographique de certains sexologues contribue également à les isoler des personnes significatives rencontrées au cours de leurs études. De plus, les nouveaux sexologues préfèrent souvent leur propre rôle de mentor auprès de leur clientèle au rôle moins valorisant d'apprenti. D'autres sont plutôt individualistes, désirant mener leur barque seuls. Ils peuvent réussir fort bien mais l'isolement peut se révéler insatisfaisant à long terme.

Si, comme la majorité des sexologues cliniciens, vous n'avez pas de mentor, voici une solution qui peut s'avérer un compromis intéressant : le travail d'équipe. Favorisez une coopération qui vise à augmenter votre clientèle. Jumelez-vous à un autre sexologue, suggérez-vous mutuellement des techniques de marketing, comparez l'efficacité de vos interventions - thérapeutiques mais aussi publicitaires -, partagez le travail (préparez une conférence à deux, par exemple), soutenez-vous lors des moments difficiles et, surtout, réjouissez-vous ensemble de vos succès. Résultats garantis!

Le plan

Il s'agit là, et de loin, de l'outil marketing le plus important. Paradoxalement, le plan marketing est aussi l'outil le plus mal compris des sexologues et, par conséquent, le moins bien utilisé.

Qu'est-ce qu'un plan marketing ? C'est l'ensemble des outils et des stratégies auxquels vous aurez recours pour atteindre vos objectifs financiers et professionnels.

L'élaboration d'un plan marketing efficace demande du temps et beaucoup de patience puisque, comme nous le verrons plus loin, les résultats savent se faire attendre quelquefois. Aussi vaut-il mieux consacrer toutes vos énergies à élaborer un plan marketing efficace qui tienne compte de votre réalité et des ressources financières dont vous disposez.

Quels sont les outils à privilégier ? À quelle période de l'année ?

Les spécialistes s'entendent pour dire qu'un plan marketing bien conçu comprend les activités d'une année entière, avec une mise en perspective pour une ou deux années supplémentaires.

Ce qui implique qu'un plan détaillé détermine, mois après mois, les outils qui seront utilisés, à quel coût et selon quelles circonstances. Tout le défi consiste à respecter son plan suffisamment longtemps sans lui faire subir de modifications afin de lui donner une chance de rapporter des bénéfices.

Pour bien suivre l'évolution de votre plan marketing, vous devrez y mettre du temps. Trois heures par semaine en moyenne, histoire de planifier votre prochaine stratégie et d'évaluer le ren-

dement de la stratégie précédente. Sans compter les heures qu'il vous faudra consacrer à l'élaboration des outils proprement dits ! Les premières fois, vous serez étonnés et même épouvantés de la somme de travail que cette démarche implique, mais n'abandonnez pas : c'est un investissement qui rapporte. Un plan marketing bien conçu vous aidera à déterminer précisément où vous en êtes et quels sont les outils à privilégier. Pour plus de clarté, voici un exemple de plan marketing pour le mois de janvier prochain.

Plan marketing du mois de janvier 1999

- Concevoir l'affiche de la prochaine conférence au centre communautaire.
- Contacter mon collègue massothérapeute.
- Commander la nouvelle papeterie.
- Envoyer un questionnaire de relance aux clients qui ont cessé de consulter au cours de la dernière année.
- Faire parvenir ma chronique mensuelle aux médecins du quartier.
- Renouveler les magazines de la salle d'attente.
- Répéter la publicité dans le journal de quartier.

Bien entendu, il n'est pas nécessaire de s'astreindre chaque mois à autant d'activités marketing ni même d'en utiliser un si grand nombre. Quelques-unes suffisent. L'important consiste à les utiliser le plus judicieusement possible.

Les honoraires

Le prix est un outil marketing. Eh oui ! Les honoraires professionnels ne sont pas qu'un boulet à traîner et contre lequel vous devez constamment vous battre. Vous pouvez très bien les utiliser à votre avantage jusqu'à en faire votre principal outil marketing. Toutefois, rien ne sert de travailler à rabais ni même de payer pour travailler ! Déterminer vos honoraires doit tenir compte de trois facteurs bien précis, soit :

- les honoraires doivent permettre de payer tous vos frais encourus et vous laisser une marge bénéficiaire;
- ils doivent contribuer à créer l'image que vous désirez donner;
- ils doivent procurer au client le ser-

vice qu'il juge acceptable.

en clair, il ne suffit pas de fixer des honoraires au prix le plus bas possible pour s'assurer une clientèle. Bien au contraire ! Des honoraires trop bas par rapport à vos collègues auront un impact négatif sur votre image professionnelle. Par contre, un allègement de vos honoraires pour tenir compte de la réalité économique de votre milieu ne peut qu'être positif à long terme : vos clients pourront se permettre de consulter sur une plus longue période et vous référeront davantage de nouveaux clients. Plusieurs d'entre vous s'objecteront en disant qu'un service professionnel de qualité se paie, et c'est vrai. Alors pourquoi ne pas offrir à votre clientèle une grille d'honoraires variables, en fonction de leurs revenus ? Cette formule, en passe de devenir la norme aux États-Unis, a le mérite d'être équitable et d'assurer au sexologue un achalandage suffisant pour atteindre rapidement ses objectifs professionnels et financiers.

Le service

Le service fait référence ici au travail accompli lors de chaque entrevue, soit à la thérapie sexuelle ou à la psychothérapie. Doit-on considérer l'ensemble de ses compétences professionnelles comme un outil marketing ? Certainement. Le travail thérapeutique, s'il s'effectue derrière le rideau de la confidentialité, n'en demeure pas moins un puissant argument de vente.

Le travail thérapeutique de qualité a une telle importance - et demeure d'une telle rareté ! - que, ultimement, il constituera votre meilleur outil marketing. Les gens recherchent des thérapeutes capables de les aider à atteindre leurs objectifs ; avec compétence ; dans un délai acceptable. De là toute l'importance de se tenir à jour et de chercher sans cesse à accroître vos compétences par le biais de la formation continue, de la supervision clinique ou même par l'acquisition de nouvelles habiletés mieux adaptées aux besoins de votre clientèle. Offrir un service de qualité constitue le défi majeur de tout professionnel digne de ce nom.

Le lieu d'affaires

L'endroit où vous exercez votre profes-

sion, votre lieu d'affaires, joue un rôle important sur le plan marketing. Bien plus qu'un simple local, votre bureau transmet à votre clientèle toutes sortes d'informations sur le service que vous offrez. Qu'il s'agisse d'une clinique médicale, d'une pièce de votre appartement ou d'une sous-location, votre lieu d'affaires agit directement sur l'image que vous transmettez à votre clientèle. Des éléments connexes, comme le service téléphonique, la salle d'attente, le stationnement ou même les heures d'accueil déterminent, en partie, si un client retiendra ou non vos services. Vous utilisez un répondeur ? Pourquoi ne pas vous en servir pour renseigner ceux qui appellent sur vos heures d'ouverture et même sur le moment le plus propice pour vous rejoindre directement ? Vous bénéficiez d'une salle d'attente ? Soignez l'éclairage, suggérez des lectures, offrez des rafraîchissements, une friandise et même une paire de pantoufles en hiver. L'être humain apprécie les petites gâteries.

La publicité

Même si la publicité n'est qu'un des outils marketing mis à la disposition des sexologues, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit là d'un outil puissant pour quiconque souhaite s'établir en pratique privée.

Rares sont les sexologues qui n'ont jamais eu recours à la publicité, ne serait-ce qu'à quelques reprises au début de leur pratique. Par publicité, nous faisons référence à toute forme de communication qui vise à façonner l'image de marque de votre entreprise et à encourager le comportement d'achat. Qu'il s'agisse de mailing, de petites annonces, d'affiches ou de cartes postales, la publicité est un mal nécessaire auquel nous sommes tous confrontés.

Pourquoi un mal nécessaire ? Parce que faire de la publicité coûte cher. Très cher. La moindre annonce dans un journal de quartier coûte la peau des f... et déçoit plus souvent qu'autrement ; tant et si bien que plusieurs d'entre vous serez tentés de conclure que «la publicité, c'est une dépense inutile».

Est-ce vraiment le cas ? La question est mal posée. Tout simplement parce que *la publicité n'est pas une dépense*

mais un investissement.

Au même titre que les actions à la bourse, la publicité donne rarement des résultats à court terme mais contribue, sur une longue période, à façonner l'image de marque de votre entreprise et à augmenter votre part du marché.

Une telle affirmation implique que pour chaque dollar investi maintenant, vous en gagnerez dix plus tard, en autant que vous résistiez à la tentation de balancer votre plan marketing par-dessus bord et de tout recommencer...

Pour bien comprendre les implications d'un tel raisonnement, considérez l'exemple suivant : Vous annoncez vos services dans un journal local. À combien de reprises? Conrad Jay Levinson, auteur du livre **Guerilla Marketing** (1989), est formel: En sachant qu'un client potentiel doit voir votre message neuf fois avant de se décider à prendre rendez-vous et que, deux fois sur trois, votre message passe inaperçu, vous devrez répéter vingt-sept fois le même message avant qu'un client ne se décide à vous téléphoner. Vingt-sept fois ! C'est dire que pour une annonce hebdomadaire, il est inutile d'attendre des résultats en moins de six mois. À quarante dollars la parution, cela sous-entend un investissement minimum de mille dollars, soit un pourcentage considérable de votre chiffre d'affaires.

Trop cher ?

Sachez que la plupart des entreprises investissent de 3 à 10% du chiffre d'affaires prévu dans la publicité seulement. Vos compétiteurs peuvent même davantage.

Ce qu'il faut comprendre, c'est qu'avec de petits moyens financiers on devra se fixer de petits objectifs et miser sur des résultats à long terme. L'important, c'est d'avancer lentement, mais sûrement, vers votre objectif. Vous avez choisi de vous faire connaître des résidents de votre quartier ? Affichez vos coordonnées dans les organismes communautaires, dans les pharmacies, les cliniques médicales et au CLSC. Passez plus tard une annonce dans le journal local durant six mois et, quand vos finances vous le permettront, distribuez une carte postale à chaque domicile plusieurs fois par année

jusqu'à ce que vous obteniez des résultats concluants. Investir massivement sur une période de quelques semaines pour reculer par la suite nuit à votre image de marque autant qu'à votre porte-monnaie...

Pour conclure

Nous devons souligner que le meilleur ambassadeur du sexologue clinicien demeure sa compétence à traiter les désordres sexuels. Par ailleurs, nous espérons qu'il se crée rapidement un mouvement en sexologie afin d'élargir la formation initiale et d'y intégrer l'apprentissage des outils essentiels du travailleur autonome, directement liés au développement de sa pratique professionnelle.

Chacun d'entre nous a expérimenté diverses techniques de mise en marché, avec plus ou moins de succès. Si nous parvenons à partager nos multiples tentatives, nous pourrions par la suite dégager des conclusions marketing propres à la sexologie et, nous le souhaitons, gagner décemment notre vie grâce à ce métier qui nous passionne.

RÉFÉRENCES

BEIGEL, J.K., EARLE, R.H. (1990), **Successful Private Practice in the 1990's**. New York : Brunner/Mazel.

CARRIER, S. (1995), **Le Marketing et la PME**, Montréal: Transcontinental.

COSSETTE, C. (1989), **Comment faire sa publicité soi-même**, Montréal: Transcontinental.

DUBUC, Y. (1993), **La Passion du client**, Montréal: Transcontinental.

GERBER, M. (1986), **PME cherche croissance**, Paris: First.

LEVINSON, C.J. (1989), **Guerilla Marketing**, Paris: First.

NADEAU, J.B. (1997), **Le guide du travailleur autonome**, Montréal: Québec/Amérique.

POPCORN, F. (1996), **Clicking**, Montréal: Éditions de l'Homme.

POYNTER, W.L. (1994), **The Pre-**

ferred Provider's Handbook, New York: Brunner/Mazel.

WILSON, J.R. (1991), **Word of Mouth Marketing**, New York: John Wiley and Sons.

Du bénévolat qui rapporte ?

Mots-clés: intégration - communauté - visibilité

En tant que professionnels, nous sommes souvent sollicités pour des interventions bénévoles de type conférences, formations, consultations. On va même jusqu'à nous demander d'investir de fortes sommes pour louer un kiosque dans un salon quelconque pour faire valoir nos compétences ! La plupart d'entre nous demeurent ambivalents face à ces demandes, nous interrogeant sur la pertinence de celles-ci pour notre visibilité.

Le bénévolat peut constituer un outil de marketing pour le sexologue clinicien. Cependant il faut prendre garde que nos actions en ce sens ne nous amènent qu'à être connus exclusivement d'autres organismes qui cherchent des services professionnels gratuits ou à rabais.

Quelques points à considérer avant de s'engager:

Offrir vos services gracieusement devient particulièrement pertinent si cela vous rapporte en retour des références pour votre pratique.

Favorisez une action bénévole au cœur de la communauté où vous pratiquez afin de concentrer vos efforts dans un même secteur.

Il est préférable de faire une sélection et de vous y tenir ; donnez l'impression d'un professionnel occupé qui doit choisir ses engagements.

Réfléchissez sérieusement devant les demandes de certains groupes marginaux qui peuvent nuire à votre image professionnelle.

Enfin, même si le bénévolat constitue une façon intéressante de s'intégrer à la communauté et de développer votre image professionnelle, il n'est pas indispensable à votre réussite. D'autres outils peuvent s'avérer pertinents: enseignement, promotions, partenariat multidisciplinaire, spécificité de la pratique, média, etc.

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

Depuis la dernière revue, le dossier évolue tranquillement. Le ministre Ménard nous a consultés sur le décret, comme cela est prévu dans la loi. Il nous a spécifiquement demandé de légitimer la raison pour laquelle nous demandions la réglementation du titre de sexothérapeute. Les autres groupes concernés par le décret ont aussi été consultés ainsi que le CIQ (Conseil interprofessionnel du Québec). Les réponses à cette consultation devaient être envoyées à l'attention du président de l'Office des professions. De là, les commentaires doivent être colligés et acheminés au ministre. Le ministre prendra en compte les commentaires et fera des modifications au décret s'il le juge nécessaire. Le décret sera ensuite soumis au Conseil des ministres. Si le Conseil des ministres l'approuve, il passera alors dans la Gazette officielle pour une autre période de consultation de 60 jours. À la suite de cette consultation, les commentaires seront colligés et acheminés au ministre. Il les prendra en compte, fera des modifications s'il le juge nécessaire et soumettra une autre fois le décret au Conseil des ministres. Par la suite, le décret sera publié dans la Gazette officielle du Québec et prendra effet quinze jours après.

La date prévue au décret, pour le moment, est le 1er avril 1999. Il peut toujours y avoir des impondérables qui pourraient retarder le dossier. Cependant, le 1er avril est la date de prise d'effet du décret prévue par le ministre. L'histoire nous dira ce que sera le futur.

Sylviane Larose, M.A.
Directrice générale

NOUVEAUTÉS

Vidéo femmes offre une promotion de la rentrée. Il propose quelques-uns de leurs plus récents documentaires, dont «*Bas les pattes*» et «*Toujours vivantes*», réalisés par Lise Bonenfant. Pour des renseignements, contacter par téléphone le (418) 529-9188, par télécopieur le (418) 648-9201 ou par courrier électronique videofem@clic.net

En vrac

CONGRÈS, COLLOQUES, RÉUNIONS SCIENTIFIQUES

Le **67^e Congrès de l'Acfas** aura lieu du **10 au 14 mai 1999** et a pour thème «**Sciences et réseaux : au-delà des frontières**». Pour plus de renseignements, contacter par téléphone le (514) 849-0045, par télécopieur le (514) 849-5558 ou par courrier électronique congres@acfas.ca

Le **2nd World Congress for Psychotherapy** aura lieu à Vienne, Australie, du **4 au 8 juillet 1999**. Pour plus de renseignements, composer le 43,1,512 0444 ou par courrier électronique: wcp.office@pop.magnet.at

Hong Kong sera l'hôte du **14th Congress of Sexology** qui se tiendra du **23 au 27 août 1999**. Pour plus de renseignements, contacter par téléphone le (852) 2527 8898 ou par courrier électronique: HRMCNML@hkucc.hku.hk

Le **4^e Congrès international sur l'Enfant** organisé par l'Organisation pour la sauvegarde des droits des enfants aura lieu les **13, 14 et 15 octobre 1999** à Montréal. Le thème est «**Les enfants et la violence : nos responsabilités individuelles, familiales et collectives**». Pour plus de renseignements, contacter O.S.D.E. au (514) 539-4303 ou par télécopieur au (514) 593-4659

15th Congress of the WAS aura lieu à Paris en **2001**. Le thème sera «**Back to the Future**». Plus d'informations vous seront données dès qu'elles seront disponibles.

Ce qui se passe à L'A.S.Q.

Comité de perfectionnement

La première session de perfectionnement a du être annulée. Celle de novembre sur le stress post-traumatique a eu lieu. Les inscriptions pour celle sur les abus sexuels prévue en décembre n'étant pas suffisantes, cette session a du être annulée. Les prochaines sessions de perfectionnement auront lieu après les fêtes. Celle de février portera sur «La jalousie» et celle de mars sur «Le marketing».

N'hésitez pas à contacter l'Association des sexologues du Québec pour vous inscrire.

Comité d'admission

Le comité d'admission a étudié quelques dossiers d'équivalence et a fait ses recommandations au conseil d'administration.

Comité de discipline

Le comité de discipline a reçu quelques plaintes. Après étude, une seule est recevable. L'étude de cette plainte se poursuit.

Comité ad hoc intégration des sexologues éducateurs

Le comité *ad hoc* a déposé son deuxième document lors du conseil d'administration du 25 octobre 1998. Le conseil d'administration a jugé que le document ne répondait pas à la demande de défendre la pertinence de réglementer les sexologues éducateurs. Du travail reste donc à faire avant de pouvoir poursuivre ce dossier.

Sylviane Larose, M.A.
Directrice générale

(suite de la page 3: Mot de la présidente)

Le conseil d'administration a reçu le deuxième document préparé par le comité ad hoc des sexologues éducateurs et intitulé «Intégration de tous les sexologues au système professionnel». Les membres du conseil d'administration, après étude et discussion, ont décidé de ne pas acheminer ce document à l'Office des professions du Québec. Les principales raisons de ce refus sont que le document remettait en question l'entente déjà acceptée et, de plus, il outrepassait les objectifs fixés par l'A.S.Q., qui consistaient à préparer un document pour l'O.P.Q., afin de favoriser l'intégration des sexologues en champ de l'éducation au nouvel ordre.

À la suite de cette décision du conseil d'administration, nous avons reçu une lettre de démission en bloc du comité *ad hoc* qui ne mentionnait aucune raison.

Il m'apparaît important ici de souligner les pas que notre discipline (la sexologie) est en train de franchir en s'intégrant au système professionnel. Cette entente à trois se fait dans le respect de chacun des groupes, tel que précisé dans les principes absolus. Nous croyons que nous sommes en train d'acquérir une maturité professionnelle. Souhaitons que 1999 soit l'année-clé pour réaliser ce projet. Malgré la tristesse provoquée par le refus de notre projet initial, (les sexologues du champ de l'éducation ne peuvent présentement être intégrés) il est sain, je crois, de se réjouir des acquis et de l'avancement réalisés.

Nouveaux membres

L'ASQ est fière d'accueillir:

Comme membres régulier(ère)s

Gilles Bachand, Manon Leclerc, Chantal Poirier

Comme membres en formation

Mariève Allard, Michel Peterson



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

SAVIEZ-VOUS QUE...

L'eau de toilette pour homme est un anti-stimulant sexuel. Messieurs, si votre dîner de la Saint-Valentin n'a pas été un succès, c'est peut-être à cause de votre eau de Cologne.

Symbole de séduction, l'eau de toilette pour homme produirait tout le contraire de l'effet recherché sur les femmes, selon une étude américaine sur les odeurs et l'excitation sexuelle féminine.

Pour une soirée romantique réussie, les hommes doivent plutôt miser sur la poudre pour bébé ou sur un mélange d'odeurs de réglisse et de concombre, avance le neurologue et psychiâtre Alan Hirsch, de la Smell and Taste Treatment and Research Foundation, à Chicago. Les résultats de l'étude présentée aujourd'hui au congrès de l'Association américaine de psychosomatique sont appuyés par des tests cliniques sur 30 volontaires dont on a mesuré la variation du flot sanguin vaginal, indicateur de désir sexuel, après exposition à différentes odeurs.

L'eau de Cologne a ainsi réduit de 1% le flot sanguin vaginal des volontaires, alors que l'odeur de viande cuite sur le barbecue a provoqué une réduction de 14%. L'odeur de cerise arrive dernière avec un effet inhibiteur de 18%.

En revanche, l'odeur combinée de réglisse et de concombre, tout comme celle de poudre pour bébé, augmente de 14% le flot sanguin vaginal. Autre valeur sûre: le mélange de lavande et de tarte à la citrouille, qui accroît l'excitation de 11%.

Les résultats de cette singulière étude, bien que potentiellement utiles pour les soirées romantiques, ouvrent de nouvelles avenues dans le traitement des problèmes sexuels féminins, qui toucheraient une femme mariée sur deux aux États-Unis.

«En traitant des patientes qui souffraient d'une perte d'odorat, nous avons découvert que 25% d'entre elles avaient également développé des dysfonctions sexuelles, ce qui suggère que les odeurs peuvent avoir un impact sur l'excitation sexuelle», explique le docteur Hirsch.

Résumé, **La Presse**, 11 mars 1998.

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

BÉGIN, Luc (1998), *Reconstruire le sens de sa vie*, Éditions Nouvelles, 223 pages.

RUDAZ, Stéphane (1998), *L'homme, un amoureux qui s'ignore*, Éditions Recto Versseau, 96 pages.

L'A.S.Q. tient à remercier la personne qui nous a fait don de ces livres.

BERGERON, A. et TREMPE, J.P. (1978), *Sexologie : perspectives actuelles*, Les Presses de l'Université du Québec, 357 pages.

BIRD, Joseph, BIRD, Lois (1976), *Sexual Loving, The Experience of Love*, Doubleday and Company Inc., 264 pages.

BONNARD, Marc (1996), *Sexualité masculine*, Ellipses, 127 pages.

BOUCHARD, Alain (1981), *Le guide gai du Québec 1982*, Éditions Homeoureux, 160 pages.

BOUDARD, Alphonse (1986), *La fermeture*, Éditions Robert Laffont, 346 pages.

COLLECTIF (1978), *Sortir*, Éditions de l'Aurore, 303 pages.

COLLECTIF (1983), *Le plaisir sexuel est-il péché ?*, Guy Le Prat Éditeur, 153 pages.

CRÉPAULT, Claude (1986), *Protoféminité et développement sexuel*, Presses de l'Université du Québec, 183 pages.

DE BEAUVOIR, Simone (1949), *Le deuxième sexe 1*, Éditions Gallimard, 510 pages.

DE BEAUVOIR, Simone (1949), *Le deuxième sexe 2*, Éditions Gallimard, 504 pages.

DURAND, Guy (1971), *Éthique de la rencontre sexuelle*, Éditions Fides, 188 pages.

DURAND, Guy (1980), *Sexualité et foi, synthèse de théologie morale*, Fides, 430 pages.

DURAND, Guy (1985), *L'éducation sexuelle*, Éditions Fides, 280 pages.

FREUD, Sigmund (1962), *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Éditions Gallimard, 182 pages.

GARY-BISHOP, Helen (1977), *Le plaisir partagé*, Les Éditions de l'Homme, 181 pages.

GOURGUES, J.H., LECLERC, G., TREMBLAY, J. (1978), *Sexualité, fertilité, planification des naissances*, 305 pages.

GOURGUES, Jules-H., GUAY, Michelle (1979), *Violence et sexualité, le viol*, Direction des communications, Ministère de la Justice, 204 pages.

GUAY, Rachel (1994), *Visualisations*, Louise Courteau Éditrice, 146 pages.

HALL, Radclyffe (1981), *The Well of Loneliness*, Avon Books, 441 pages.

HARVEY, Kathryn (1989), *Butterfly*, Avon, Novel, 520 pages.

JACOBSON, Edmund (1980), *Savoir relaxer pour combattre le stress*, Les Éditions de l'Homme, 234 pages.

KENNEDY, Eugene (1977), *Sexual Counseling*, The Seabury Press, 197 pages.

L'HEUREUX, Christine (1982), *La première fois*, Le jour, éditeur, 127 pages.

LADOUCEUR, BOUCHARD, GRANGER (1980), *Principes et applications des thérapies comportementales*, Edisem Maloine, 419 pages.

LAYCOCK, Dr S.R. (1979), *Sexualité et éducation familiale*, Novalis, 147 pages.

LE THÉÂTRE DE CARTON (1988), *Les enfants n'ont pas de sexe ?*, vlb éditeur, 141 pages.

LOPICCOLO, J. and LOPICCOLO, L. (1978), *Handbook of Sex Therapy*, Plenum, 531 pages.

LORD, Catherine (1979), *L'image des femmes dans la publicité*, Conseil du statut de la femme, 103 pages.

LOWEN, Alexander (1991), *Love and Orgasm*, The Macmilan Company, 319 pages.

MASTER, W.H., JOHNSON, Virginia, (1971), *Les mésententes sexuelles et leur traitement*, Marabout, 384 pages.

MASTERTON, Graham (1977), *Comment interpréter vos rêves érotiques*, Libre expression, 229 pages.

NERET, Gilles (1994), *Erotica Universalis*, Taschen, 756 pages.

PAUVERT, J.J., (1981), *Anthologie des lectures érotiques*, Edito-Service S.A., 346 pages.

ROBERT, Jocelyne (1988), *Pour jeunes seulement* (photoroman d'éducation à la sexualité), Les Éditions de l'Homme, 139 pages.

SINGER KAPLAN, Helen (1974), *The New Sex Therapy*, Brunner/Mazel Publishers, 544 pages.

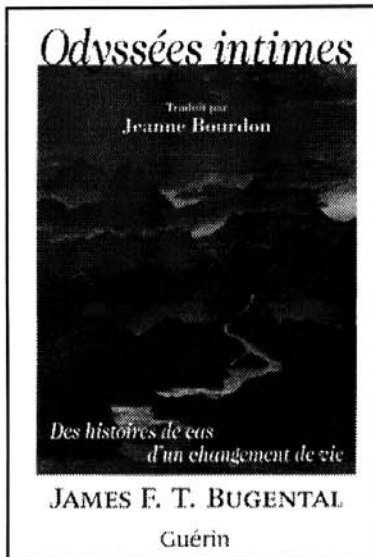
SINGER KAPLAN, Helen (1983), *The Evaluation of Sexual Disorder*, Brunner/Mazel, 289 pages.

VERBEEK, Yves (1980), *La sexualité dans la magie*, Éditions Famot, 250 pages.

COLLECTIF (1979), *Jeux pour play-boys*, Stanké, 178 pages.

Odyssées intimes

JAMES F. T. BUGENTAL
Traduit par Jeanne Bourdon



Combien d'entre nous avons senti notre potentiel non réalisé à l'intérieur de nous? À travers la voix de six personnes, l'une d'entre elles étant l'auteur et le thérapeute, nous entendons les histoires des individus qui découvrent leur intérieur. Bien que chacun d'entre eux vienne avec un problème différent, c'est l'odyssée à travers le paysage du Je-soi qui devient l'expérience commune. C'est un livre pour tous ceux qui aspirent à développer leur potentiel le plus profond.

ISBN 2-7601-4764-9
396 pages / 29,50 \$

Des histoires de cas d'un changement de vie

«De s'enfoncer dans le cœur d'une personne vivante, voilà la mission de la psychothérapie d'un changement de vie», explique James F.T. Bugental. «C'est le passage à travers son propre enfer vers la vision d'un accomplissement personnel. Je n'ai pu aider tous ceux et celles qui m'ont consulté pour faire ce voyage décisif, mais certains l'ont fait. Lorsqu'ils le font, ils me repaient en étant leur compagnon, avec une perspective de l'esprit humain qui me remplit d'admiration et d'espoir. À une période où notre monde n'offre que le désespoir, je me réjouis présentant des solutions basées sur une réalité de courage et de renouveau. Et je me renouvelle dans ma vie en ayant fait partie de ces odyssées.»

Ce livre présente la narration captivante et éclairante d'un thérapeute et cinq patients entreprenant une odyssée intime vers la découverte de soi, dévoilant du chagrin, de la souffrance, de la croissance et de la joie en cours de thérapie.

Ses clients affirment du contrôle dans leur vie et Bugental les aide à explorer leur potentiel. Ensemble ils parlent honnêtement de leur expérience intérieure, allouant l'émergence des émotions. Les lecteurs qui rencontrent Hal, Jennifer, Louise, Frank et Kate pour la première fois dans *The Search for Existential Identity* sont témoins de leur croissance puisqu'ils deviennent plus conscients de leurs patterns comportementaux implantés qui inhibent leur développement. Tout en accompagnant ses clients à confronter leur vie cachée, Bugental offre une vision saisissante où le thérapeute aussi s'enrichit dans une expérience commune.

NOUVEAUTÉ

James F.T. Bugental, docteur, a été reçu Visiting Professor à la California School of Professional Psychology, professeur émérite du Saybrook Institute, et conférencier clinique émérite à la Stanford University Medical School. Il a pratiqué et enseigné la psychothérapie pendant plus de quarante ans et a écrit quatre livres professionnels standard dans le domaine. Un maître thérapeute dans la tradition de May, Maslow, Rogers et Kelly. Il habite à Novato en Californie.

Jeanne Bourdon, psychothérapeute-sexologue, détient une maîtrise en sexologie clinique. Elle exerce en bureau privé, et en thérapie (individuelle, de couple, de groupe) elle privilégie l'approche existentielle-humaniste. Madame Bourdon anime des conférences et ateliers et supervise des professionnelles qui interviennent en thérapie de groupe. Ses nombreuses années en enseignement l'amènent à faire de l'éducation et de la prévention en sexualité humaine et face à la violence faite aux femmes.



GUÉRIN Montréal

4501, rue Drolet
Montréal (Québec) H2T 2G2 Canada
Téléphone: (514) 842-3481
Télécopieur: (514) 842-4923

Adresse Internet: <http://www.guerin-editeur.qc.ca>
Courrier électronique: francel@guerin-editeur.qc.ca

