

QUI CONSULTE EN THÉRAPIE SEXUELLE? UN PORTRAIT DESCRIPTIF

Roxanne Bolduc¹, Aurélie Bélanger¹, Natacha Godbout¹,
Martine Hébert¹, Michel Goulet, Noémie Bigras¹ et Sophie
Boucher¹.

Département de sexologie, UQAM

¹Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les
agressions sexuelles (CRIPCAS)



UQÀM | Université du Québec
à Montréal

Communication orale présentée dans le cadre du 82^e congrès de l'Association
francophone pour le savoir (ACFAS).

INTRODUCTION

- Il existe peu d'informations sur les caractéristiques des patients qui consultent pour des difficultés sexuelles et/ou conjugales.
- Or, ces informations sont précieuses pour guider la formation des intervenants ainsi que la conception de programmes d'intervention efficaces, le tout en étant adaptés aux réels besoins des patients.
 - Par exemple, des données sur le taux de dépression clinique ou sur la représentativité des minorités culturelles pourraient guider les interventions offertes aux patients et bonifier l'encadrement des futurs sexologues cliniciens.

INTRODUCTION

- Parmi les variables étiologiques centrales des difficultés sexuelles, on note la dépression, l'anxiété et la victimisation sexuelle (Lacelle, Hébert *et al.*, 2012).
- Or, les données sur la prévalence de la victimisation sexuelle (en enfance-ASE, et à l'âge adulte-ASA) ainsi que les autres types de traumatismes interpersonnels des patients qui consultent pour des difficultés sexuelles et/ou relationnelles et les liens entre ces expériences et la détresse de ceux-ci restent méconnus.

INTRODUCTION

- La présente étude est d'autant plus pertinente en raison du contexte unique de la sexologie à l'UQAM :
 - Seule université en Amérique du Nord à offrir ce programme d'étude;
 - Les participants sont les patients de stagiaires qui sont au deuxième cycle - profil clinique;
 - Il y a une multitude de milieux desservis par ces stagiaires à Montréal et ses environs.

INTRODUCTION

1. Décrire les différentes caractéristiques des personnes qui consultent pour des problèmes sexuels et/ou conjugaux.
2. Explorer les taux de prévalence de victimisation sexuelle chez les patients qui consultent en thérapie sexuelle, ainsi que les liens entre la victimisation sexuelle et l'ajustement conjugal, sexuel et psychologique au sein de cette population.

MÉTHODOLOGIE

Procédure :

- Rencontre avec les stagiaires en sexologie clinique
- Remise des questionnaires (versions papier et Internet)
- Bilan des résultats

Participants :

- $N = 112$ individus, provenant de divers milieux
 - Exemples de milieux : Clinique de sexologie à l'UQAM (38,3 %), CLSC-CHSLD-CSSS (18,5 %), Hôpitaux et cliniques médicales (16,0 %).
- Approches thérapeutiques :
 - Cognitivo-comportementale (50,7 %)
 - Psychodynamique (29,3 %)
 - Systémique (12,0 %)
 - Humaniste (8,0 %)
- Recrutement depuis septembre 2012, en cours
 - 53,6 % en 2012 et 46,4 % en 2013

MÉTHODOLOGIE

Questionnaire sociodémographique

Victimisation sexuelle

- En enfance (ASE < 18 ans) et à l'âge adulte (ASA ≥ 18 ans)
(Bremner *et al.*, 2007; Godbout *et al.*, 2011)

Traumas interpersonnels vécus durant l'enfance

- Early Trauma Inventory Self-Report (Bremner *et al.*, 2007; Godbout *et al.*, 2011)

Violence conjugale

- Conflict Tactics Scale (Straus *et al.*, 1996; adaptation par Hébert et Parent, 2000)

Ajustement psychologique

- Dépression : Inventaire de dépression de Beck-13 (Beck *et al.*, 1972; Thériault et Lawson, 1982)
- Dissociation : Trauma Symptom Inventory-2 (Briere, 2010)
- Stress post-traumatique : Modified PTSD Symptom Scale (Resick *et al.*, 1991 ; Guay *et al.*, 2002)

MÉTHODOLOGIE

Ajustement conjugal

- Échelle d'ajustement dyadique (Spannier, 1976; Baillargeon *et al.*, 1986)

Ajustement sexuel

- Female Sexual Function Index (Rosen *et al.*, 2000)
- International Index of Erectile Function (Rosen *et al.*, 1997)

Attachement

- Questionnaire sur les expériences dans les relations intimes (Brennan *et al.*, 1998; Lafontaine et Lussier, 2003)

RÉSULTATS

- 58 % Femmes et 42 % Hommes
- 89,3 % consultent seules et 10,7 % en couple
- **Âge moyen** : 36,7 ans (*É.T.* = 13,4; de 17 à 67 ans)
- 86,2 % Canadiens
- 80,2 % hétérosexuels
 - 8,1 % homosexuels; 9,0 % bisexuels; 0,9 % queer; 1,8 % autre
- **Statut** : 32,1 % sont célibataires;
11,6 % fréquentent un/des partenaires occasionnels;
19,6 % en relation avec un partenaire régulier;
23,2 % en union de fait ou cohabitation;
13,4 % mariés.
- **Éducation** : Primaire 0,9 %; Secondaire 17,9 %;
Collégiale 42,9 %; Universitaire 38,4 %.

RÉSULTATS

Prévalence de l'ASE

	<i>N</i> = 41 (36,6 %)
Femmes	30 (46,2 %)
Hommes	11 (23,4 %)

Caractéristiques des ASE

Gestes subis

- sans contact 3 %
- avec contact 60 %
- sexe oral 10 %
- avec pénétration 27 %

Relation avec l'agresseur(e)*

- père/figure paternelle 41 %
- mère/figure maternelle 7 %
- partenaire amoureux(se) 36 %
- membre de la famille élargie 24 %
- frère ou sœur 14 %
- connaissance 55 %
- étranger 37 %

**Dans 90 % des cas, il s'agissait d'un homme.*

RÉSULTATS

Prévalence de l'ASA

	<i>N</i> = 18 (16,1 %)
Femmes	17 (26,2 %)
Hommes	1 (2,1 %)

Caractéristiques des ASA

Gestes subis

- sans contact 17%
- avec contact 28%
- avec pénétration 56 %

Relation avec l'agresseur(e)

- père/figure paternelle 6 %
- partenaire amoureux(se) 77 %
- connaissance 55 %
- étranger 89 %

RÉSULTATS

Motif(s) de consultation (auto-rapporté)			
	Échantillon total	ASE	ASA
	%	%	%
Désir	50,0**	65,5*	57,1
Érection	26,3	16,0	-
Éjaculation rapide	19,7***	13,6	-
Éjaculation retardée	25,8	9,1	-
Orgasme	35,5***	48,0	46,2
Lubrification	16,2***	26,1	27,3
Douleur lors de la pénétration	27,3	34,8	30,0
Pénétration vaginale impossible	9,2	10,0	10,0
Autres motifs (ex. pornographie)	9,6	14,8	30,8***

Note. Des comparaisons sont effectuées entre les motifs rapportés par les patients et les impressions diagnostiques rapportées par les stagiaires (Khi-carré). *p<.05. **p<.01. ***p=.001

RÉSULTATS

Traumas interpersonnels vécus durant l'enfance

	Échantillon total	ASE	ASA
	%	%	%
Violence parentale physique	50,0	65,9**	66,7
Violence parentale psychologique	65,5	80,5**	77,8
Négligence parentale physique	31,8	46,3**	38,9
Négligence parentale psychologique	76,4	85,4**	100**
Témoin de violence physique entre les parents	20,0	19,5	11,1
Témoin de violence psychologique entre les parents	58,2	65,9	61,1
Victime d'intimidation par les pairs	62,0	67,5	58,8

RÉSULTATS

Violence conjugale durant la dernière année			
	Échantillon total	ASE	ASA
	%	%	%
Envers le/la patient(e) :			
Psychologique	57,6	66,7	72,7
Physique	17,6	21,2	18,2
Sexuelle	15,3	12,1	18,2
Envers le/la partenaire :			
Psychologique	56,0	60,6	72,7
Physique	19,0	15,2	27,3
Sexuelle	7,1	3,0	9,1

RÉSULTATS

Pourcentages de détresse psychologique (selon les seuils cliniques)

	Échantillon total	ASE	ASA
	%	%	%
Dissociation	29,1	43,9*	22,2
Dépression	15,0	19,5	16,7
Symptômes de stress post-traumatique	14,9	24,0	13,3

Pourcentages de détresse conjugale/sexuelle (selon les seuils cliniques)

	Échantillon total	ASE	ASA
	%	%	%
Détresse conjugale	22,8	26,7	18,2
Dysfonction sexuelle de la femme	65,5	67,9	70,6
Dysfonction sexuelle de l'homme	23,5	28,6	-

RÉSULTATS

Attachement			
	Échantillon total	ASE	ASA
	%	%	%
Évitant	67,3	72,5	76,5
Anxieux	72,2	70,0	76,5
Styles d'attachement			
-Sécurisant	12,3	12,5	5,9
-Détaché	16,0	17,5	17,6
-Préoccupé	20,8	15,0	17,6
-Craintif	50,9	55,0	58,8

Note. Pourcentages d'attachement insécurisant selon les seuils cliniques proposés par Brassard *et al.* (2011).

DISCUSSION

- Les taux de victimisation interpersonnelle élevés chez les patients qui consultent pour des difficultés sexuelles et/ou conjugales : 20 à 76 %
- Les femmes rapportent des taux particulièrement élevés d'ASE
 - 46 % versus 16-25 % des femmes dans la population générale (p. ex. Godbout *et al.*, 2006)
- Des études futures sont nécessaires afin de clarifier ces données (fréquence, sévérité, etc.), et leurs impacts sur l'efficacité des interventions.

DISCUSSION

- En comparaison aux impressions diagnostiques des stagiaires les patients rapportent davantage de troubles sexuels pour tous les motifs indiqués.
 - La recension de Trudel (2000) rapporte aussi des taux disparates en ce qui a trait aux dysfonctions sexuelles.
 - Toutefois, les taux des études populationnelles correspondent aux taux rapportés par les patients, sauf pour ce qui est de la dyspareunie (27 % versus 8 %)

(Trudel, 2000).

DISCUSSION

- 1/3 des clients rapportent des taux inquiétants de dissociation dont il serait important de tenir compte en thérapie
 - Significativement plus élevé chez les victimes d'ASE; 44 % rapportent des symptômes qui atteignent le seuil clinique.
- Une proportion importante de l'échantillon rapporte des représentations d'attachement empreintes d'insécurité, la prévalence du style craintif est particulièrement élevée (51 % versus 10 à 15 % dans la population générale) (Brassard et

Lussier, 2009).

DISCUSSION

- Les données suggèrent la pertinence potentielle pour les intervenants en sexologie d'être bien au fait de la théorie de l'attachement ainsi que des liens entre l'attachement et les problèmes sexuels (voir Davis, 2006).
- Des études sur les effets de la victimisation des patients sur l'évolution des traitements thérapeutiques pourraient aider à bonifier les interventions.
 - Par exemple, l'étude de Bolduc *et al.* (2014) indique que la dissociation pourrait être une variable clé à cibler afin de promouvoir la santé psychologique et possiblement sexuelle chez les survivants de trauma à l'enfance.

DISCUSSION

- Envisager des formations sur les défis thérapeutiques et les stratégies préconisées dans le travail avec des patients aux prises avec un attachement insécurisant pour potentialiser l'efficacité thérapeutique.
- Importance d'évaluer les expériences de traumas interpersonnels et d'en tenir compte dans les protocoles d'intervention.
- Envisager des techniques visant à travailler les phénomènes dissociatifs avec les patients (p. ex., traitements basés sur la pleine conscience).
- Limites de l'étude et pistes de recherche future.

MERCI!

**PÉRIODE DE
QUESTIONS**