

# Portrait descriptif des clients consultant en sexothérapie



CAPSULE DE RECHERCHE no. 14 - Décembre 2015

Le projet « Banque sexologique » a pour objectif de documenter les caractéristiques et les expériences des clients consultant un stagiaire en sexothérapie. Ce projet a débuté en 2001 et se poursuit toujours. Cette capsule vise donc à exposer un portrait descriptif de la clientèle rencontrée lors de consultation dans les divers milieux d'intervention sexologique.

## Procédure

Durant les premières semaines de leur suivi en sexothérapie, les clients sont invités à participer à l'étude par le biais de leur sexothérapeute stagiaire. Les clients sont rencontrés dans différents milieux de pratique (par ex., hôpitaux, cliniques universitaires, organismes communautaires) de la province de Québec, cependant la majorité provient de la région de Montréal. Après une présentation de l'étude et la signature du formulaire de consentement, les clients sont invités à remplir une première batterie de questionnaires (pré-test) et sont appelés à compléter une nouvelle série de questionnaires à la fin de leur démarche en sexothérapie (post-test). Les données colligées par questionnaire sont analysées pour dresser un bilan personnalisé des résultats des clients. Ces bilans sont remis aux stagiaires, ce qui leur permet bien situer l'évolution de leurs clients et de comparer leurs résultats en fonction des seuils cliniques.

## Participants

L'échantillon comprend 477 participants (54 % sont des femmes), âgés entre 17 et 77 ans dont la moyenne d'âge est de 37 ans. La majorité des participants (77 %) rapporte un revenu inférieur à 40 000 \$ par année et 43 % mentionnent avoir un revenu inférieur à 20 000 \$ par année. En ce qui concerne le statut relationnel, 21 % des participants déclarent être célibataire sans relation intime, 7 % sont célibataires avec un/des partenaires occasionnels, 21 % en relation avec un partenaire régulier, 29 % en union de fait et 22 % sont mariés. La majorité (88 %) des répondants sont d'origine canadienne. Des comparaisons de groupes indiquent que les femmes sont plus jeunes (âge moyen : 34 ans) que les hommes (âge moyen : 40 ans) et rapportent un revenu moyen inférieur aux hommes, avec 49 % des femmes versus 36 % des hommes qui ont des revenus inférieurs à 20 000 \$ par année.

## ÉVISSA

L'Équipe Violence Sexuelle et Santé (ÉVISSA), dirigée par Martine Hébert, Ph.D. (UQAM), est un regroupement interdisciplinaire de 11 chercheurs.es provenant de diverses universités québécoises. En plus des chercheurs.es réguliers.ères, l'équipe entretient des collaborations étroites avec des chercheurs.es nationaux et internationaux, et encadre les travaux de plus d'une quarantaine d'étudiants.es universitaires de tous les cycles. La programmation de l'équipe a pour objectif de mieux comprendre les conséquences de la violence sexuelle sur le plan de la santé mentale, physique et sexuelle, et ce dans différents contextes de vie (famille, enfance, premières relations amoureuses et couple adulte).

Cette équipe est financée par le Fonds de recherche du Québec – Société et Culture (FRQ-SC).

Pour télécharger les capsules de recherche disponibles, consulter ce lien : <https://martinehebert.uqam.ca>

**EVISSA**  
Équipe Violence Sexuelle et Santé

## Outils d'évaluation

Plusieurs instruments de mesure ont été utilisés afin de dresser un portrait descriptif de la clientèle qui consulte en sexothérapie :

- Motifs de consultation (questionnaire maison)
- Violence psychologique, physique et coercition sexuelle dans la relation de couple (version adaptée du Conflict Tactics Scale – CTS-2; Straus et al., 1996)
- Symptômes dépressifs (Beck Depression Inventory-13 - BDI-13; Beck et al., 1987; traduit par Gauthier et al., 1982)
- Ajustement dyadique (Dyadic Adjustment Scale - DAS; Spanier, 1976; Sabourin et al., 2005)

## Résultats

**Motifs de consultation.** Chez les femmes, le motif le plus fréquemment rapporté est la baisse du désir sexuel suivi de la douleur à la pénétration. Chez les hommes, la difficulté à obtenir et maintenir une érection est le motif le plus commun suivi de la baisse du désir sexuel. Dans l'échantillon, plus de la moitié des participants rapportent une problématique liée au désir sexuel comme source de motivation ayant mené à la consultation.

**Tableau 1**  
Prévalence des motifs de consultation

Motifs	Total	Femmes	Hommes
Absence de lubrification	--	32 %	--
Douleur à la pénétration	--	52 %	--
Pénétration impossible	--	23 %	--
Difficulté érectile	--	--	42 %
Éjaculation rapide	--	--	32 %
Éjaculation retardée	--	--	17 %
Baisse de désir	52 %	67 %	33 %
Difficulté orgasmique	27 %	38 %	12 %
Autre	18 %	19 %	16 %

Note. Échantillon total, N varie entre 317 et 403. Femmes, N varie entre 229 et 171. Hommes, N varie entre 141 et 170.

**Violence conjugale.** La majorité des clients rapporte avoir été victimes et avoir perpétré au moins un type de violence au sein de leur relation intime au cours de la dernière année. La violence psychologique est la plus fréquente suivie de la violence physique et de la violence sexuelle. Aucune différence statistiquement significative n'est observée entre les hommes et les femmes quant aux différentes formes de violence subies et perpétrées. Cela pourrait s'expliquer par la nature de l'échantillon, composé de clients consultant pour des difficultés sexuelles, et non pour des dynamiques conjugales violentes. Cette absence de différence pourrait également s'expliquer par la tendance des hommes à minimiser ou être moins à l'aise de rapporter les comportements

- Expression de la colère (State-Trait Anger Expression Inventory – STAXI; Spielberger, 1988; version française par Laughrea et al., 1996)
- Fonction sexuelle féminine (Female Sexual Function Inventory - FSFI; Rosen et al., 2000).
- Fonction sexuelle masculine (International Index of Erectile Function - IIEF; Rosen et al., 1997)
- Agression sexuelle dans l'enfance (ASE) (Sexually Victimized Children Questionnaire, Finkelhor, 1979; Early Trauma Inventory - ETI, Bremner, 2004)

de coercition et une propension pour les femmes à déclarer davantage de violence subie ou perpétrée.

**Tableau 2**  
Prévalence de la violence conjugale

Type de violence	Total	Femmes	Hommes	Tests	p
<u>Violence subie</u>					
Psychologique	63 %	63 %	63 %	0,03	ns
Physique	23 %	26 %	20 %	1,55	ns
Sexuelle	6 %	7 %	5 %	0,50	ns
<u>Violence perpétrée</u>					
Psychologique	63 %	63 %	62 %	0,01	ns
Physique	26 %	28 %	23 %	1,05	ns
Sexuelle	8 %	10 %	6 %	2,46	ns

Note. Échantillon total, N varie entre 375 et 376. Femmes, N varie entre 211 et 212. Hommes, N = 164.  
ns = non significatif

**Symptômes dépressifs.** Près du tiers des clients (30 %) rapportent des symptômes dépressifs modérés ou sévères, soit 35 % des femmes et 24 % des hommes. En moyenne, les femmes soulignent davantage de symptômes dépressifs et de dépression modérée que les hommes.

**Tableau 3**  
Moyennes et prévalence des symptômes dépressifs

	Total	Femmes	Hommes	Tests	p
<u>Score continu (M (ET))</u>					
Échelle totale	5,9 (6,4)	6,5 (6,5)	5,2 (6,2)	2,31	*
<u>Score catégoriel</u>					
Léger	16 %	15 %	16 %	0,09	ns
Modéré	21 %	24 %	17 %	4,02	*
Sévère	9 %	11 %	7 %	1,46	ns

Note. Échantillon total, N est de 472. Femmes, N est de 256. Hommes, N est de 216.  
ns = non significatif \* p < 0,05

**Ajustement dyadique.** Plus de la moitié des clients présentent des signes cliniques de détresse conjugale, soit 56 % des femmes et 62 % des hommes. Pour ce qui est des scores aux sous-échelles, les femmes démontrent plus de satisfaction au niveau de l'expression de l'affection.

**Tableau 4**  
Moyennes et prévalence de l'ajustement dyadique

	Total	Femmes	Hommes	Tests	p
<b>Score continu (M (ET))</b>					
Consensus dyadique	29,8 (17,8)	31,1 (17,4)	28,0 (17,1)	1,69	ns
Satisfaction dyadique	31,0 (6,7)	31,0 (7,1)	30,9 (6,2)	0,21	ns
Expression affective	6,0 (2,7)	6,3 (2,9)	5,7 (2,5)	2,27	*
Cohésion dyadique	14,4 (4,3)	14,3 (4,5)	14,5 (4,0)	-0,37	ns
Ajustement dyadique	80,9 (25,1)	82,5 (25,1)	78,8 (25,0)	1,40	ns
<b>Score catégoriel</b>					
Ajustement dyadique	59 %	56 %	62 %	1,39	ns

Note. Échantillon total, N varie entre 368 et 371. Femmes, N varie entre 212 et 215. Hommes, N varie entre 154 et 156.  
ns = non significatif \* p < 0,05

**Expression de la colère.** Plus du tiers des clients présentent des scores se situant au-dessus du 75<sup>e</sup> percentile au niveau des traits de personnalité colérique, du tempérament colérique et de la répression de la colère. Les femmes rapportent davantage un tempérament colérique et des réactions de colère.

**Tableau 5**  
Prévalence de l'expression de la colère

	Total	Femmes	Hommes	Tests	p
Trait de personnalité	32 %	35 %	29 %	1,92	ns
Tempérament	43 %	47 %	37 %	4,15	*
Réaction	17 %	23 %	10 %	11,28	***
Répression	40 %	40 %	40 %	0,00	ns
Expression	36 %	33 %	39 %	1,68	ns

Note. Échantillon total, N varie entre 397 et 423. Femmes, N varie entre 220 et 236. Hommes, N varie entre 177 et 187.  
ns = non significatif \* p < 0,05 \*\*\* p < 0,001

**Fonction sexuelle féminine.** Le score moyen des répondantes se trouve sous la limite clinique de 26, ce qui suggère une présence importante de dysfonctions sexuelles (par ex. : douleur à la pénétration, difficulté de lubrification, difficulté orgasmique, baisse de désir). En fait, la grande majorité (77 %, N varie entre 198 et 254) des femmes qui consultent en sexothérapie semble à risque de présenter une dysfonction sexuelle.

**Fonction sexuelle des hommes.** Les résultats indiquent que plus de trois participants sur quatre (78 %) sont à risque de dysfonctions légères à sévères. Ce chiffre est de 69 % pour la fonction orgasmique, de 81 % pour le désir sexuel, de 89 % pour la

satisfaction de la relation avec le, la ou les partenaires sexuels et de 77 % pour la satisfaction sexuelle totale.

**Tableau 6**  
Prévalence des dysfonctions sexuelles masculines

Fonction sexuelle masculine	Dysfonction			
	Légère	Modérée	Sévère	Présence
Fonction érectile	60 %	14 %	4 %	78 %
Fonction orgasmique	32 %	30 %	7 %	69 %
Désir sexuel	47 %	26 %	8 %	81 %
Satisfaction de la relation	72 %	16 %	1 %	89 %
Satisfaction totale	40 %	22 %	15 %	77 %

Note. N varie entre 132 et 208.

**Agressions sexuelles dans l'enfance (ASE).** Plus de la moitié des femmes et près du tiers des hommes qui consultent en sexologie clinique signalent des histoires d'ASE, ce qui représente 43 % de l'échantillon total. Les femmes sont davantage victimisées. La première agression est survenue en moyenne à l'âge de 9 ans. Chez les survivants d'agression sexuelle, 17 % ont vécu une expérience unique d'ASE. Pour ceux qui ont vécu plusieurs agressions, la durée entre le premier et le dernier événement d'agression est en moyenne de 2 ans et demi. La durée des situations d'agression sexuelle envers les femmes est plus longue comparativement aux hommes. Les agressions ont majoritairement été commises par un agresseur connu de la victime. Enfin, davantage de femmes mentionnent des agressions sexuelles avec contacts, pénétration ou tentative de pénétration comparativement aux hommes victimes.

**Tableau 7**  
Prévalence et caractéristiques des agressions sexuelles dans l'enfance

Caractéristiques	Total	Femmes	Hommes	Tests	p
Victime d'ASE	43 %	54 %	29 %	26,49	***
Nombre d'événements				3,68	ns
1 fois	17 %	17 %	19 %		
2-5 fois	48 %	48 %	48 %		
6-10 fois	14 %	14 %	11 %		
11-20 fois	10 %	8 %	15 %		
Plus de 21 fois	11 %	13 %	7 %		
Identité de l'agresseur					
Famille immédiate	19 %	23 %	14 %	3,54	ns
Famille élargie	14 %	19 %	7 %	9,61	**
Partenaire amoureux	12 %	18 %	2 %	18,18	***
Connaissance	28 %	33 %	21 %	5,09	*
Étranger	17 %	22 %	10 %	7,68	**
Sévérité					
Sans contacts	31 %	35 %	25 %	3,267	ns
Attouchements	44 %	51 %	35 %	7,38	**
Pénétration / Tentative	20 %	24 %	15 %	3,87	*

Note. Échantillon total, N varie entre 397 et 423. Femmes, N varie entre 220 et 236. Hommes, N varie entre 177 et 187.

ns = non significatif \* p < 0,05 \*\* p < 0,01 \*\*\* p < 0,001

# Implications pratiques

Les résultats sont cohérents avec les écrits scientifiques qui indiquent que le trouble de désir hypoactif est la dysfonction sexuelle la plus fréquemment rapportée par les femmes. Les résultats suggèrent que la clientèle consultant pour des difficultés sexuelles présente des niveaux importants de détresse psychologique (par ex., symptômes dépressifs, désajustements dyadiques, etc.) et de victimisation sexuelle à l'enfance. Ces informations sont précieuses dans la mise en place de plans d'intervention efficaces, pour guider l'implantation de modalités d'évaluation précise des difficultés sexuelles, de leurs facteurs prédisposant ou de maintien, menant à l'identification d'éléments importants à considérer afin de mieux orienter les traitements. Les études disponibles suggèrent que les interventions thérapeutiques intégratives visant l'amélioration de plusieurs symptômes (par ex., dysfonction sexuelle, symptômes dépressifs, difficulté de gestion de la colère, etc.) seraient appropriées afin de favoriser un traitement efficace à long terme. En effet, grâce à une prise en charge holistique, basée sur une évaluation approfondie des difficultés exprimées et des facteurs étiologiques liés aux motifs de consultation, qui tient compte de l'unicité de chaque client, des suivis intégrateurs permettraient d'améliorer le niveau de détresse ainsi que le fonctionnement au quotidien des patients de façon significative, et ce, à long terme.

À titre d'exemple, dans le cadre d'un traitement de dysfonctions sexuelles, il est recommandé de viser à la fois les symptômes de réduction de l'anxiété de performance, une amélioration du contexte dans lequel se déroulent les rapports sexuels ainsi qu'une amélioration des connaissances à propos de la sexualité à l'aide de méthodes éducatives. Outre les symptômes sexuels proprement dits, les traitements offerts gagneraient à cibler la détresse chez la clientèle, les impacts développementaux des traumatismes vécus à l'enfance dont les déficits de pleine conscience et de mentalisation, la colère ressentie, les problèmes de régulation émotionnelle, les insécurités d'attachement, l'identité diffuse ainsi que les potentielles dynamiques relationnelles dysfonctionnelles. Ainsi, des traitements sexothérapeutiques visant à la fois les symptômes sexuels, les corrélats psychologiques (détresse, colère) et les antécédents d'expériences relationnelles traumatiques, surtout en contexte intime ou sexuel, pourraient avoir un impact particulièrement positif sur la progression des clients.

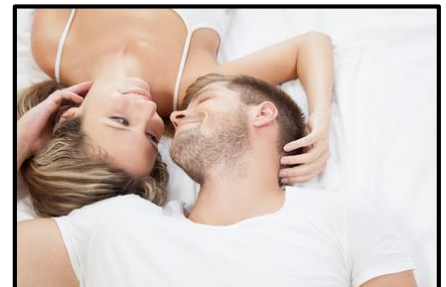
Enfin, ces données proposent de nouvelles pistes de réflexions et de recherche. Par exemple, il sera important de documenter l'efficacité des traitements offerts selon l'historique des clients afin de proposer interventions adaptées selon les besoins particuliers de chacun.

## Remerciements

Les auteures tiennent à remercier les stagiaires en sexologie, ainsi que les clients qui ont participé à l'étude, et les milieux de stage, qui rendent ce type d'étude possible. Merci à l'équipe de recherche, aux chercheurs collaborateurs (Michel Goulet, Martine Hébert et Sophie Boucher), aux coordonnatrices (Roxanne Bolduc, Noémie Bigras et Aurélie Bélanger), ainsi qu'à toutes les assistantes de recherche impliquées. Cette recherche est possible grâce au soutien financier des Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS #29051 et #30632).

### Pour plus d'informations:

Natacha Godbout, Ph.D., professeure  
Département de sexologie, Université du Québec à Montréal  
Courriel : [godbout.natacha@uqam.ca](mailto:godbout.natacha@uqam.ca)



### Référence de la capsule:

Godbout, N., Lafrenaye-Dugas, A.-J., Hébert, M., & Goulet, M. (2015). *Capsule de recherche #14 : Portrait descriptif des clients consultant en sexothérapie*. Équipe de recherche FRQ-SC – Violence sexuelle et santé (ÉVISSA), UQAM, Montréal, QC. Avec la collaboration de Mélanie St-Hilaire et Manon Robichaud, professionnelles de recherche.