

Université de Montréal

Caractéristiques spécifiques associées aux femmes
souffrant de dyspareunie.

par

Dominique Proulx

Département de Psychologie

Faculté des Arts et des Sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en Psychologie option clinique behaviorale

Août, 1999

© Dominique Proulx, 1999



BF
22
U54
2000
v.016

Université de Montréal

Faculté des Études Supérieures
Département de Psychologie

Thèse présentée à la Faculté des Études Supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophie (Ph.D.)
en Psychologie par M. Dominique Pratik



Adm. 100
M. Dominique Pratik 100

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :
Caractéristiques spécifiques associées aux
femmes souffrant de dyspareunie

présentée par :
Dominique Proulx

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Président - MICHEL CLAES
EXAMINATEUR - ARIEL STRAVYNSKI
INTERNE
EXAMINATEUR - Gilles TRUDEL
EXTERNE
CO-DIRECTEUR - Sylvie Champagne
DIRECTRICE - Luc Granger
Représentante - JACQUELINE AVARD
F.E.S.
Thèse acceptée le : 26 MAI 2000

Sommaire

La dyspareunie est une dysfonction sexuelle étudiée principalement par le milieu médical; peu de recherches en psychologie se centrent sur ce sujet. Pourtant, les taux de prévalence de la dyspareunie, ses conséquences sur la femme et son entourage et la contribution de facteurs psychologiques au développement et au maintien de la problématique sont reconnus. L'objectif de cette étude exploratoire est d'arriver à retrouver les caractéristiques qui distinguent les femmes dyspareuniques de la population féminine générale. Nous proposons, à l'aide des hypothèses de cette recherche, de retrouver une différence significative entre les femmes souffrant de dyspareunie et la population féminine en général sur les niveaux suivants : la somatisation, la dépression, l'anxiété, les traits de personnalité histrionique, obsessionnelle-compulsive et passive-agressive, la satisfaction conjugale et sexuelle, ainsi que l'expérience d'abus sexuel. La recherche effectuée pour vérifier ces hypothèses s'est déroulée au CHUM, Pavillon St-Luc auprès de 138 femmes. Un pairage a posteriori (appariement individuel) des sujets a pris place dans cette recherche. Les sujets étaient divisés en deux groupes : 69 femmes souffrant de dyspareunie composaient le groupe expérimental, tandis que 69 femmes ne souffrant pas de dyspareunie composaient le groupe témoin. La participation à la recherche comprenait les trois étapes suivantes : assister à une entrevue dirigée, répondre aux différents questionnaires psychologiques et passer un examen gynécologique. Les questionnaires sont au nombre de cinq : l'entrevue dirigée et les formulaires A ou B (Meana, Binik, Khalifé et Cohen, 1995), le Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI) (Millon, 1983),

le SCL-90 (Derogatis, 1977), l'Inventaire de satisfaction « maritale » (Hudson et Harrison-Glisson, 1976) et l'Inventaire de satisfaction sexuelle (Hudson, 1981). L'analyse des résultats s'est faite par le moyen d'analyses univariées et multivariées. Les analyses univariées étaient principalement des Tests-T (calculées sur des moyennes) et des tests de chis-carré (χ^2) (calculés sur des variables catégorielles) des deux groupes pour tous les questionnaires, dans le but de faire des analyses multivariées par la suite. Les analyses multivariées étaient la régression logistique hiérarchique pas à pas. Les hypothèses suivantes ont été confirmées lors des analyses univariées. C'est-à-dire que des différences significatives ont été retrouvées entre les deux groupes à ces niveaux : les femmes dyspareuniques démontraient des scores plus élevés sur les échelles de somatisation, d'anxiété (globale et phobique), de dépression, du trouble obsessionnel-compulsif et de personnalité passive-agressive. De même, des caractéristiques spécifiques au fonctionnement sexuel des femmes dyspareuniques sont ressorties. Les analyses multivariées nous ont permis d'élaborer un modèle décrivant les caractéristiques principales prédisant l'appartenance aux catégories femme dyspareunique et femme de la population générale. Ce modèle a retenu les variables du type d'emploi, se trouver en psychothérapie (oui ou non), le score sur l'échelle d'anxiété du MCMI et le score d'algie comme étant des caractéristiques significativement importantes pour prédire l'appartenance à la catégorie femme dyspareunique ou femme de la population générale. En fait, le modèle a été un succès : il a une sensibilité de 73.8% de "cas détectés" pour le groupe dyspareunique et une spécificité de 75% de "normaux détectés" pour le groupe témoin. Il a donc été conclu que les recherches futures devraient porter sur la question de

la somatisation chez ces femmes ainsi que leur seuil de tolérance à la douleur. Le développement d'un traitement adapté aux femmes dyspareuniques, plus spécifiquement orienté vers la gestion de la douleur, l'affirmation de soi et une meilleure gestion de leur anxiété serait à explorer.

Table des matières

Sommaire.....	iii
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures.....	ix
Remerciements.....	x
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	5
Définition de la dyspareunie.....	6
La dyspareunie comme syndrome de douleur.....	9
Prévalence.....	15
Méthodes de classification.....	17
Conséquences de la dyspareunie.....	19
Étiologie.....	21
Les principales causes de la dyspareunie.....	22
Conclusion.....	44
Hypothèses.....	45
Méthode.....	48
Sujets.....	49
Instruments de mesure.....	52
Déroulement.....	60
Plan de l'expérience.....	62
Résultats.....	63
Discussion.....	84
Conclusion.....	95
Références.....	98

Appendice A - Lettre de consentement des sujets.....	113
Appendice B - L' Entrevue dirigée.....	115
Appendice C - Les Formulaires A et B.....	123
Appendice D - Le SCL-90.....	138
Appendice E - Le Millon clinical multiaxial inventory.....	143
Appendice F - L'Inventaire de satisfaction maritale.....	160
Appendice G - L'Inventaire de satisfaction sexuelle.....	162
Appendice H - Les critères du Trouble de somatisation..... et du Trouble somatoforme indifférencié	164

Liste des tableaux

Tableau 1. Variables de la typologie de la dyspareunie proposée par Meana et Binik.....	11
Tableau 2. Illustration des facteurs psychologiques et organiques pouvant contribuer à la dyspareunie.....	23
Tableau 3. Résultat des analyses univariées comparant les cotes moyennes des 2 groupes sur l'âge, le nombre d'années de scolarité, ainsi que sur les échelles du ESM, ESS et le score d'algie.....	109
Tableau 4. Résultats des analyses univariées comparant la douleur et la consultation thérapeutique rapportée par les 2 groupes.....	67
Tableau 5. Comparaison univariée des 2 groupes sur leur histoire médicale et leur fonctionnement sexuel.....	68
Tableau 6. Résultats des analyses univariées comparant les cotes moyennes des 2 groupes sur les échelles du SCL-90.....	110
Tableau 7. Résultats des analyses univariées comparant les cotes moyennes des 2 groupes sur les échelles sélectionnées du MCMI.....	111
Tableau 8. Résultats des analyses univariées comparant les réponses des 2 groupes au niveau de l'abus sexuel.....	76
Tableau 9. Analyses multivariées- corrélations entre les variables des analyses univariées.....	79
Tableau 10. La signification du modèle multivariée final.....	82
Tableau 11. Analyses multivariées- sensibilité et spécificité du modèle final.....	82
Tableau 12. Analyses multivariées- Rapport de cotes des variables jugées significatives par le modèle final.....	83

Liste des figures

Figure 1. Comparaison des 2 groupes sur les échelles de syndrômes cliniques du Millon Multiaxial Clinical Inventory.....112

Remerciements

Je désire exprimer ma reconnaissance aux personnes suivantes, qui ont contribué de diverses façons à cette thèse. Je remercie de prime abord mes directeurs de thèse, Dr. Luc Granger et Dr. Sylvie Champagne, pour leur expertise, leur grande disponibilité, leur patience et encouragements au cours de la rédaction.

J'ai une grande appréciation pour les judicieux conseils statistiques de M. Marc Dumont ainsi que pour l'apport technique dans la réalisation des graphiques par Mme. Caroline Gagnier. De même, le Dr. Pierre Alarie est remercié pour avoir donné accès à l'Unité des dysfonctions sexuelles du CHUM (Pavillon St-Luc).

Je ne peux terminer sans témoigner de mon appréciation pour ma famille et mes amis, qui ont toujours su m'encourager. J'ai pu apprendre, par cette expérience, l'importance d'un bon système de support social.

Introduction

Une dysfonction sexuelle peut se définir comme étant un trouble ou une perturbation d'une des phases de la réponse sexuelle (Wincze & Carey, 1991). Une recension des écrits menée par Spector et Carey (1990) révèle que les difficultés sexuelles sont très communes dans la population en général. Aussi, nous pouvons croire que les dysfonctions sexuelles féminines sont présentes depuis très longtemps.

Même si les dysfonctions sexuelles féminines existent depuis des millénaires, les recherches dans ce domaine ont vu le jour assez récemment dans notre histoire, soit dans les années 1960-70. Les études de chercheurs comme Alfred Kinsey (1948 ; 1953), William Masters et Virginia Johnson (1970) ainsi que ceux d'Helen Signer Kaplan (1974) permettent d'éliminer certains tabous liés à la sexualité. Grâce à ces pionniers, un changement dans les attitudes sexuelles a pu prendre place. De même, des classifications des dysfonctions sexuelles masculines et féminines ont été proposées.

La dyspareunie fait donc partie des dysfonctions sexuelles féminines. Les hommes peuvent également souffrir de dyspareunie mais dans cette présente recherche, nous choisissons de nous centrer uniquement sur une population féminine, les hommes souffrant de ce trouble étant beaucoup plus rares (Masters & Johnson, 1970 ; Sandberg & Quevillon, 1987). Ainsi, les divers types d'inconfort physique ressenti par certaines femmes lors de relations sexuelles sont englobés

sous le terme dyspareunie. Ce nom a comme origine le mot grec *dypareunia* qui signifie « mal accouplé » (Mears, 1958). Plus précisément, le terme *pareunia* réfère au compagnon de lit et *dys* implique difficile, pénible (Arbanel, 1978). La dyspareunie serait la dysfonction sexuelle la plus facilement identifiée au cours de l'histoire médicale (Fordney, 1978). Nous pouvons retracer son étymologie à la période de la Grèce Antique (Meana & Binik, 1994). Une description détaillée des symptômes reliés à cette dysfonction se retrouve dans les écrits de l'ancienne Égypte, où l'on y fait référence dans les publications de Raesseum Papyri IV (Fordney, 1978). Par ailleurs, la dyspareunie considérée sévère était mentionnée dans le Talmud comme cause suffisante de divorce (Glatt, Zinner & McCormack, 1990). Arbanel (1978) croit que le terme *coïtalgie* (coït douloureux) est plus approprié que le mot *dyspareunie* pour décrire cette dysfonction. Aucun changement à la terminologie de cette dysfonction n'a été apporté jusqu'à maintenant. Il faut croire qu'un terme ayant des racines aussi lointaines est difficile à remplacer.

Par ailleurs, on considérait la dyspareunie comme un problème physique jusqu'à la fin du XIXe siècle, et son étiologie n'était d'aucun intérêt (Fordney, 1978). L'introduction de la dyspareunie en tant que dysfonction sexuelle n'a eu lieu qu'en 1980, lors de la troisième édition du « Diagnostic and statistical manual of mental disorders » (DSM III), dans la catégorie des dysfonctions psychosexuelles. L'intérêt en psychologie pour l'étude de cette dysfonction, autant dans le passé que présentement, était et semble toujours assez limité (Meana & Binik, 1994).

Pourtant, plusieurs femmes souffrent de ce trouble et c'est la raison pour laquelle nous nous centrons sur cette problématique, afin d'améliorer nos connaissances sur les aspects psychologiques qui distinguent ces femmes de la population en général.

Contexte théorique

Dans cette première partie, une définition de la dyspareunie sera présentée et une proposition de classification de la dyspareunie comme trouble de douleur sera expliquée. Des informations sur la prévalence, la classification et les différentes étiologies de la dyspareunie suivront. Les conséquences possibles de la dyspareunie et les conclusions des recherches dans le domaine compléteront le tout. Les hypothèses de cet ouvrage seront proposées à la lumière de ces recherches.

Définition de la dyspareunie

Plusieurs définitions et descriptions de la dyspareunie sont utilisées présentement. Pour une définition plus « officielle », le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV) catégorise la dyspareunie comme étant *un trouble sexuel avec douleur*. Les critères diagnostiques sont les suivants :

- A. Douleur génitale persistante ou répétée associée aux rapports sexuels, soit chez l'homme, soit chez la femme.
- B. La perturbation est à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles.
- C. La perturbation n'est pas due exclusivement à un vaginisme ou à un manque de lubrification, n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'axe 1 (à l'exception d'une autre Dysfonction sexuelle) et n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une substance donnant lieu à l'abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale. (APA, 1995, p.601).

Par ailleurs, il faut spécifier s'il s'agit d'une dyspareunie de type de tout temps ou acquise, généralisée ou situationnelle, attribué à des facteurs psychologiques ou à une combinaison de facteurs. En outre, il est souligné que l'on doit se référer au jugement clinique pour établir le diagnostic (comme il est le cas pour toute dysfonction sexuelle) : « Le jugement diagnostique doit être établi par le clinicien qui prendra en considération des facteurs tels que l'âge et l'expérience de l'individu, la fréquence et la chronicité du trouble, le désarroi subjectif et le retentissement dans d'autres domaines du fonctionnement ». (APA, 1995, p.578).

Selon certains auteurs, la définition et la méthode de classification de la dyspareunie dans le DSM IV présentent certaines limites. Cette définition est considérée comme étant imprécise et portant à confusion. Malheureusement, les critères d'exclusion du Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux, édition trois et quatre, (p. ex., manque de lubrification) auraient été ignorés par plusieurs auteurs avant et après la publication des manuels (Meana & Binik, 1994). De plus, aucune étude portant sur la fidélité et la validité des diagnostics reliés aux dysfonctions sexuelles, incluant la dyspareunie, n'est disponible pour le DSM III-R ou le DSM IV (Wincze & Carey, 1991). Une autre limite de ce manuel est sa façon de référer au fonctionnement sexuel : il le divise en deux catégories distinctes qui sont, soit la santé sexuelle ou la dysfonction sexuelle. Selon ces auteurs, une solution plus souhaitable serait de répartir le fonctionnement sexuel sur un continuum de satisfaction individuelle ou interpersonnelle. Ceci aiderait à éviter une

catégorisation sans compréhension du problème. Étant donné les limites du DSM en ce qui a trait aux dysfonctions sexuelles et, plus particulièrement à la dyspareunie, d'autres systèmes diagnostiques sont proposés (voir Schover, Friedman, Weiler, Heiman, & LoPiccolo, 1982) mais selon Rosen et Leiblum (1995), ils n'ont pas encore été adoptés. Par conséquent, pour les besoins de cette recherche nous choisissons une définition simplifiée de la dyspareunie utilisée par Glatt et al. (1990), qui décrit la dyspareunie comme étant une douleur ou un inconfort dans la région introïtale, vaginale ou pelvienne pendant ou après une relation sexuelle.

Cette dysfonction n'est donc pas spécifiquement reliée à une phase de la réponse sexuelle (désir, excitation, plateau ou orgasme). A ce sujet, Poudat et Jarousse (1986) affirment également que la dyspareunie peut survenir à n'importe quel moment de la réponse sexuelle mais elle apparaîtrait plus fréquemment lors de la phase d'excitation.

La composante essentielle à la dyspareunie est la douleur. A ce propos, Arbanel (1978) a réparti les différentes intensités de douleur rapportés par les femmes dyspareuniques en quatre catégories : une douleur aiguë momentanée, des élancements intermittents, un inconfort intense répété ou une combinaison des trois, avant, pendant ou après le coït. Cette catégorisation correspond à un effort de la part d'Arbanel de rassembler les rapports verbaux à teneur personnelle et subjective

qui sont toujours impliqués dans la douleur (Wincze & Carey, 1991). Selon plusieurs gynécologues et professionnels de la santé, ce qui motive les femmes à consulter est le fait que cette douleur est devenue **intolérable** (Jarousse & Poudat, 1985). La douleur peut avoir lieu lors des préliminaires sexuels, lorsque le pénis commence à pénétrer le vagin, lorsque le pénis se trouve à mi-chemin dans le vagin, lors de pénétration profonde, lors de l'orgasme, ou après la relation sexuelle (phase de résolution) (Tollison & Adams, 1979). Une étude faite par Glatt et al. (1990) auprès de 313 femmes révèle que le moment d'apparition de la douleur se répartit comme suit chez les femmes dyspareuniques : un tiers de ces femmes auraient une douleur uniquement lors de la pénétration initiale sans inconfort par la suite, un tiers en ressentiraient tout au long de la relation sexuelle ainsi que par la suite, et un tiers des femmes éprouveraient de la douleur seulement après la relation sexuelle.

La dyspareunie vue comme syndrome de douleur

Les concepts de dyspareunie et de vaginisme soulèvent de la controverse auprès des chercheurs s'intéressant à ces dysfonctions. Par ailleurs, Meana et Binik (1994) se disent en désaccord avec les définitions et catégorisations élaborées jusqu'à présent sur la dyspareunie et le vaginisme. Il est reconnu que ces dysfonctions reliées à la douleur coexistent régulièrement et sont difficiles à différencier au niveau diagnostique et physiologique (Bergeron, Binik, Khalifé & Pagidas, 1996 ; Van Lankveld, Brewaeys, Ter Kuile & Weijnenborg, 1995). Meana

et Binik (1994) proposent de ne pas différencier les deux termes, mais plutôt d'utiliser le terme « douleur coïtale ». Ils ont élaboré un système de classification qui ne fait pas de distinction entre les deux dysfonctions. Le système proposé comporte différentes variables, soit une variable historique, des variables décrivant la douleur comme telle, et une variable d'interférence fonctionnelle. La variable historique nous révèle si la condition est primaire (depuis toujours) ou secondaire (acquise). La variable situationnelle nous indique si la difficulté est globale (dans toutes les situations) ou situationnelle (limitée à certains partenaires ou situations). Les variables se référant à la douleur englobent le moment d'apparition de la douleur, la localisation de la douleur, la durée et l'intensité de celle-ci. Le moment d'apparition de la douleur serait soit avant, pendant ou après la relation sexuelle. La localisation serait classifiée comme introïtale (spécifique/ non-spécifique), vaginale (spécifique/ non-spécifique) ou pelvienne (spécifique/ non-spécifique). La variable spécifique/ non-spécifique permet de voir si on peut localiser la douleur à un endroit précis. La durée de la douleur se répartit en quatre catégories : (1) avant le coït + pendant le coït + après le coït, (2) durant le coït seulement, (3) durant + après le coït, (4) après le coït seulement. En dernier lieu, la variable d'interférence nous démontre la perception de la femme de l'interférence de sa douleur avec l'acte de pénétration. Elle est soit faible (pas d'effet à léger), significative (pénétration est difficile) ou grave (pénétration est impossible). Le Tableau 1, p.11 (tiré de Champagne, Martin & Alarie 1995, p.81) donne une meilleure vue d'ensemble du système proposé.

Tableau 1

Variables de la typologie de la dyspareunie proposée par Meana et Binik

Primaire / Globale		Primaire / Situationnelle	
Apparition de la douleur	avant la pénétration pendant la pénétration après la pénétration	Apparition de la douleur	avant la pénétration pendant la pénétration après la pénétration
Localisation	« introïtale » (spéc./ non spéc.) vaginale " pelvienne "	Localisation	« introïtale » (spéc./ non spéc.) vaginale " pelvienne "
Durée	avant la pénétration pendant la pénétration après la pénétration	Durée	avant la pénétration pendant la pénétration après la pénétration
Interférence	faible (pas d'effet / léger) significative (pénétration difficile) grave (pénétration impossible)	Interférence	faible (pas d'effet / léger) significative (pénétration difficile) grave (pénétration impossible)
Secondaire / Globale		Secondaire / Situationnelle	
Apparition de la douleur	avant la pénétration pendant la pénétration après la pénétration	Apparition de la douleur	avant la pénétration pendant la pénétration après la pénétration
Localisation	« introïtale » (spéc./ non spéc.) vaginale " pelvienne "	Localisation	« introïtale » (spéc./ non spéc.) vaginale " pelvienne "
Durée	avant la pénétration pendant la pénétration après la pénétration	Durée	avant la pénétration pendant la pénétration après la pénétration
Interférence	faible (pas d'effet / léger) significative (pénétration difficile) grave (pénétration impossible)	Interférence	faible (pas d'effet / léger) significative (pénétration difficile) grave (pénétration impossible)

Comme les auteurs le précisent, un de leurs buts est de rassembler les **variables pertinentes** à la classification de la dyspareunie, mentionnées dans les diverses études. Ils sont parvenu à cet objectif, ce qui permet de remédier à certaines lacunes observées dans le DSM IV au niveau des critères diagnostiques de la dyspareunie. Ce système permet de différencier les types de dyspareunie, ainsi que d'établir des profils de douleur. Ces auteurs ont d'ailleurs fait une étude pour vérifier l'efficacité du système de classification qu'ils ont élaboré (Meana, Binik, Khalifé & Cohen, 1997). Leur étude regroupait 112 sujets (des femmes souffrant de dyspareunie) ; celles-ci devaient répondre à une entrevue structurée, des questionnaires standardisés sur la douleur ainsi que passer des examens gynécologiques. Trois systèmes de classification de cette dysfonction sexuelle ont été comparées entre eux au niveau de leur validité : soit le système du DSM IV, le système élaboré par *l'International Association for the Study of Pain (IASP)* (voir Merskey & Bogduk, 1994) et le système développé par Meana et Binik (1994), qui englobe les deux autres systèmes. Les systèmes de classification du IASP et celui de Meana et Binik ont surpassés le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4e ed.) au niveau de la capacité de prédiction des facteurs physiques dans l'étiologie de la dyspareunie : selon leur analyse fonctionnelle discriminante, le système du DSM IV a réussi à classier correctement 42% des femmes, le système IASP en aurait classifié 60%, et celui de Meana et Binik 72%. Les résultats sont venu confirmer leurs hypothèses. Ces résultats suggèrent qu'il y est possible de classier la dyspareunie autrement que comme une dysfonction sexuelle. Ils

proposent de la classer comme un syndrome de douleur résultant en une dysfonction sexuelle. Nous sommes en accord avec Meana et al. (1995), qui affirment que le fait de restreindre la compréhension de ce phénomène en parlant seulement de la douleur sexuelle pourrait nuire à l'exploration d'autres voies menant à une compréhension globale du problème. Ces auteurs semblent percevoir la dyspareunie non pas comme une dysfonction sexuelle qui résulte en une douleur, mais plutôt comme un syndrome de douleur qui résulte en une dysfonction sexuelle (Meana et al., 1997). Ils appuient principalement leur argument sur le fait que ces femmes ont de la douleur génitale à d'autres occasions que lors des relations sexuelles (p. ex. : douleur à l'urination), et que la caractéristique principale de la douleur n'est pas l'activité de la relation sexuelle mais plutôt la localisation de la douleur dans la région génitale. La perspective de Meana et al. (1997) face à la dyspareunie diffère donc du DSM IV. D'ailleurs, les théories modernes de la douleur se basent également sur un modèle multifactoriel incorporant des dimensions sensorielles-discriminantes, cognitivo-évaluatives et affectives-motivationnelles pour décrire l'expérience de la douleur (Melzack & Casey, 1968) ; des facteurs autant organiques que psychosociaux sont donc impliqués.

Il est possible de penser que les femmes qui souffrent de dyspareunie ont tendance à avoir des douleurs à différentes localisations dans leur corps, soit une tendance à la somatisation. La somatisation aurait de multiples définitions, qui communément réfèrent au comportement de la personne qui rapporte plusieurs

symptômes physiques ou recherche un traitement pour ces symptômes qui sont en excès de ce qui peut être expliqué cliniquement ou observé par le processus pathologique (Escobar, Burnam, Karno, Forsythe & Golding, 1987). Le trouble de somatisation qui se trouve dans le DSM III-R a été critiqué par plusieurs auteurs comme étant trop sévère (trop de symptômes étaient requis) et donc ce trouble est très rare. Une forme moins sévère de somatisation aurait lieu chez 4% de la population selon Escobar et al. (1987), qui ont utilisé les données du Epidemiologic Catchment Area pour proposer une modification aux critères diagnostiques du trouble de somatisation pour l'édition suivante, soit le DSM IV. Que peut-on dire sur la présence de somatisation chez les femmes dyspareuniques? Une recherche a été faite par Van Lankveld et al. (1996) auprès de 43 femmes diagnostiquées avec une vestibulite vulvaire et souffrant de dyspareunie superficielle depuis six mois ou plus ainsi qu'auprès de 38 partenaires masculins. Ces femmes devaient remplir quatre questionnaires mesurant leur fonctionnement psychologique et sexuel. Les résultats des questionnaires ont été comparés aux normes de la population normale. Il a été révélé que sur le SCL-90, les femmes souffrant de vestibulite vulvaire avaient des scores significativement plus élevés sur l'échelle de somatisation, ce qui indiquait selon les auteurs que ces femmes utilisent plus souvent des plaintes physiques pour gérer leur stress psychologique. Une autre étude faite par Schover, Youngs et Cannata (1992) aurait retrouvé auprès de 27 femmes souffrant de vestibulite vulvaire, lors de l'entrevue dirigée, des symptômes de somatisation à un degré très élevé. Il faut par contre tenir compte des limites de ces deux études, qui ont utilisé

de petits échantillons sans groupe contrôle. Comme le suggèrent Bergeron, Khalifé et Pagidas (1997), il faut essayer de confirmer ces résultats en utilisant un plus grand échantillon de sujets appariés à un groupe témoin, ainsi que des instruments de mesure standardisés. Il serait intéressant de voir si la tendance à la somatisation se retrouve chez les femmes dyspareuniques dans notre étude.

Prévalence

Selon Riley (1992), la dyspareunie affecte la plupart des femmes à un moment ou un autre de leur vie. Tandis que la majorité des femmes souffriront de dyspareunie en quelques occasions, d'autres auront une difficulté persistante qui influencera grandement leur vie sexuelle. Ainsi, suite à l'anorgasmie, la dysfonction sexuelle féminine la plus fréquente est la dyspareunie (Kaplan, 1974 ; Masters & Johnson 1970). Une plus grande prévalence de dyspareunie est observée chez les femmes ménopausées comparées à toute autre catégorie d'âge (Bachmann, Leiblum, & Grill, 1989 ; Hall & Leiblum, 1990 ; Rosen, Taylor, Leiblum & Bachmann, 1993). Ce fait s'explique dans la majorité des cas, par la diminution du taux d'oestrogène chez ces femmes, causant une atrophie vaginale (Arbanel, 1978 ; Bachmann, Leiblum, Kemmann, Colburn, Schawartzman & Shelden, 1984).

Par ailleurs, Spector et Carey (1990) ont fait une revue critique des études portant sur les dysfonctions sexuelles. Les études communautaires qu'ils ont

analysées démontrent une prévalence de la dyspareunie variant de 8 à 25% chez les femmes. Ils concluent en affirmant qu'une évaluation de la prévalence des troubles d'excitation sexuelle, de vaginisme et de dyspareunie dans la communauté n'est pas disponible. Ces auteurs soulignent les manquements du *Epidemiological Catchment Area Program* (du *National Institute of Mental Health*) : ainsi, les spécialistes des études épidémiologiques de la santé mentale ne donnent pas d'informations sur les dysfonctions sexuelles dans leur rapport.

De la même manière, les études portant sur la prévalence de la dyspareunie varient grandement, soit entre 4.5 % (Frank, 1948) et 33.5 % (Glatt et al., 1990). Quevillon (1993) observe que depuis les études de Kinsey et al. (1948 ; 1953) sur la prévalence et l'incidence des dysfonctions sexuelles, l'information sur la prévalence de la dyspareunie provient en majorité d'observations cliniques. Dans la même veine, Meana et Binik (1994) nous recommandent de porter un oeil critique sur la prévalence de la dyspareunie. Selon eux, plusieurs études visant à déterminer l'incidence des dysfonctions sexuelles combinent la dyspareunie avec le vaginisme, ou excluent tout simplement la dyspareunie de leur liste. Ces auteurs remarquent l'absence d'une définition claire et d'un questionnement spécifique sur la douleur lors du coït dans la plupart des études cliniques. De plus, la présence de co-morbidité d'autres dysfonctions sexuelles chez la femme souffrant de dyspareunie pourrait résulter en une présentation des autres dysfonctions comme étant primaires, laissant de côté ou en deuxième place la dyspareunie (Meana & Binik, 1994).

C'est le milieu médical qui reçoit le plus grand nombre de plaintes de la part de leur clientèle concernant des relations sexuelles douloureuses (Brant, 1978). La dyspareunie est la dysfonction sexuelle la plus communément rapportée aux gynécologues/obstétriciens (Bachmann et al, 1989 ; Brown, 1989 ; Steege, 1984; Tordjman, 1988). Une femme sur cinq se plaindrait de dyspareunie lors d'une consultation avec un gynécologue (Tordjman, 1988). Il importe donc de se demander si la prévalence de la dyspareunie n'est pas sous-rapportée (Dodd & Parsons, 1984 ; Jarvis, 1984). A ce sujet, Glatt et al. (1990) ont découvert que plus de la moitié des femmes ayant souffert de dyspareunie ne rapportent pas cette difficulté à un professionnel de la santé ou autre.

La prévalence de la dyspareunie est donc difficile à déterminer. L'incidence plus élevée dans les dernières années est-elle réelle ou reflète-t-elle d'autres phénomènes? L'augmentation de la fréquence de la dyspareunie peut s'attribuer tout simplement à un changement dans les habitudes sexuelles, à une augmentation des Maladies transmises sexuellement (MTS), ou encore à une plus grande ouverture des femmes à discuter des problèmes sexuels (Fordney, 1978; Meana & Binik, 1994).

Méthodes de classification

Plusieurs chercheurs ont tenté de mieux expliquer et qualifier la dyspareunie

en développant différentes terminologies. Une revue des écrits scientifiques par Meana et Binik (1994) permet de répertorier les diverses méthodes de classification employées jusqu'à ce jour. Ils démontrent que les chercheurs dans le domaine se basent soit sur la localisation de la douleur, sur le moment d'apparition de la douleur dans la vie de la femme, sur le moment d'apparition de la douleur lors du coït, sur l'intensité de la douleur, sur le fait que la difficulté soit globale ou situationnelle, ou sur l'étiologie de la douleur, pour essayer de classifier la dyspareunie. De plus, certains auteurs ont recours à la même terminologie, mais l'utilisent différemment (voir Sandberg & Quevillon; 1987). Par exemple, les termes dyspareunie « primaire » et « secondaire » ne signifient pas la même chose, selon les auteurs : pour Hartnell (1955), primaire réfère à l'apparition de la dyspareunie immédiatement après le mariage, et secondaire réfère à une apparition beaucoup plus tardive, souvent après la naissance des enfants. Spano et Lamont (1978) emploient ces termes de la façon suivante : la dyspareunie est primaire lorsque la condition a toujours été présente, et secondaire lorsque la pénétration est devenue douloureuse suite à une période sans difficulté. Il existe donc une grande diversité de méthodes de classification de la dyspareunie, qui ne semble pas susciter d'accord entre les chercheurs. Il faut se demander si la difficulté de ces gens à s'entendre sur une même définition, terminologie et classification de la dyspareunie ne reflète pas les lacunes plus générales de la recherche dans le domaine.

En résumé, la définition, la méthode de classification ainsi que la prévalence de la dyspareunie ne sont pas claires et sèment la confusion. D'ailleurs, O'donohue et Greer, (1993) soulèvent la nécessité de se baser sur une bonne taxonomie et définition des catégories diagnostiques, ainsi que sur des instruments de mesures fiables et valides pour obtenir un bon estimé de la prévalence de la dyspareunie.

L'importance de la contribution des différentes recherches sur la dyspareunie peut donc en être déduite, car chaque composante des recherches sur la dyspareunie est interdépendante. Il est certain que les bases devront être solides avant de faire des recherches plus élaborées. Il n'est donc pas étonnant de constater les lacunes au niveau de la recherche sur la dyspareunie, étant donné les maillons faibles ou même manquants à ce jour.

Conséquences de la dyspareunie

L'impact de la dyspareunie sur la vie de la femme qui en souffre doit aussi être pris en considération. Cette dysfonction sexuelle, lorsqu'elle n'est pas traitée, a autant de répercussions chez la personne que toute autre dysfonction. Les effets de la dyspareunie peuvent se faire sentir à différents niveaux, autant individuellement qu'en interaction avec les autres. Au niveau individuel tout d'abord, le fonctionnement psychologique de la femme peut être affecté. Ainsi, il y aurait possibilité de développer d'autres dysfonctions sexuelles ; il a été établi cliniquement

que les patients présentent souvent une co-morbidité ou plus qu'un diagnostic de dysfonction sexuelle (Rosen & Leiblum, 1995). L'anorgasmie, l'inhibition du désir et le vaginisme sont tous rapportés comme étant présents chez certaines femmes dyspareuniques (Fordney, 1978 ; Schellen & Schellen, 1983). Celles-ci peuvent ressentir différentes émotions néfastes, comme la culpabilité, la solitude, l'humiliation et la déception (Lamont, 1980). La femme risque de se demander si elle est normale ou adéquate. Un cercle vicieux de peur et d'évitement de toute activité à caractère sexuel risque également de s'installer (Tollison & Adams, 1979). Il n'est donc pas surprenant qu'une réaction dépressive soit observée chez certaines de ces femmes (Fordney, 1978 ; Kaplan, 1983). Il serait donc intéressant à notre avis d'observer s'il y a présence de co-morbidité entre les troubles de dépression et d'anxiété chez les femmes souffrant de dyspareunie.

Au niveau de la relation de couple, des déceptions répétées sont présentes ainsi qu'une frustration sexuelle ressentie par les deux partenaires. Du ressentiment envers le partenaire et un certain rejet de celui-ci peuvent également se produire. Une perte d'intimité dans la relation de couple, ainsi qu'une diminution de l'estime de soi chez l'homme et la femme sont mentionnées comme effets possibles (Lamont, 1980). De même, l'apparition de dysfonctions sexuelles secondaires chez le partenaire de la femme, comme l'éjaculation précoce ou l'impuissance, ont été observées (Jarousse & Poudat, 1985). Ces différentes observations à propos du couple nous amène à nous interroger sur l'impact possible de la dyspareunie sur la

satisfaction maritale du couple, ainsi que sur leur satisfaction sexuelle.

Par ailleurs, afin de résoudre le problème de la dyspareunie, un nombre important d'interventions chirurgicales invasives jugées non nécessaires ont été réalisées et rapportées. Elles seraient d'ailleurs devenues moins communes avec le temps (Riley, 1992). Ces diverses observations proviennent des professionnels cotoyant des femmes dyspareuniques. Ils semblent tous d'accord pour affirmer que la dyspareunie peut avoir un impact négatif sur le fonctionnement psychologique de la femme, sur son expression et fonctionnement sexuel ainsi que celui de son partenaire, sa relation de couple et même sur sa santé physique. Ces raisons devraient être suffisantes en soi pour nous motiver à poursuivre nos recherches dans ce domaine.

Etiologie

Notre étude se centre en grande partie sur l'étiologie de la dyspareunie. Nous cherchons essentiellement à découvrir la contribution de certains facteurs psychologiques au développement de la dyspareunie. Avant de nous lancer dans les différentes étiologies proposées dans le cas particulier de la dyspareunie, voici un résumé de l'étiologie des dysfonctions sexuelles en général, expliquée par Wincze et Carey (1991) :

En premier lieu, les causes des dysfonctions sexuelles sont multifactorielles, c'est-à-dire qu'une multitude de facteurs contribuent à la difficulté. Deuxièmement, les causes peuvent se répartir en trois catégories temporelles : les « facteurs prédisposants » sont les expériences de vie et les caractéristiques héréditaires de la personne ; les « facteurs précipitants » sont les événements de vie associés au déclenchement de la dysfonction ; et les « facteurs de maintien » qui expliquent pourquoi la dysfonction est plus présente dans la vie de la personne. Troisièmement, on peut attribuer ces causes à trois facteurs principaux; soit une causalité biologique ou médicale, une causalité d'origine psychologique ou en raison du contexte social de la personne. Les catégories développées par Wincze et Carey (1991) devraient nous aider à comprendre les recherches effectuées à ce jour sur l'étiologie de la dyspareunie.

Les principales causes de la dyspareunie

Plusieurs causes ont été identifiées pour expliquer la dyspareunie au cours des années. La majorité des auteurs s'entendent pour les répartir en deux grandes catégories : les facteurs organiques et les facteurs psychologiques. Pour en faciliter la compréhension, notre discussion sur l'étiologie est divisée de la même façon. Ainsi, les facteurs organiques/médicaux seront abordés en premier lieu, suivi des facteurs psychologiques. Le tableau 2, p.23 présente une répartition des différents facteurs organiques et psychologiques contribuant à la dyspareunie.

Tableau 3

Illustration des facteurs psychologiques et organiques
pouvant contribuer à la dyspareunie

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES

FACTEURS ORGANIQUES

A- Prédiposants

- . peur
- . ignorance
- . manque ouverture à la sexualité
- . psychopathologie (somatisation, anxiété)
- . traits de personnalité (obsessif-compulsif..)
- . traumatisme / abus sexuel

- . infections vaginales
- . endométriose
- . vestibulite vulvaire
- . ménopause
- . infection du tractus urinaire
- . cystite interstielle
- . atrophie vaginale
- . épisiotomie
- . chirurgie gynécologique etc.

B- Précipitants

- . conflits entre les partenaires
 - au niveau relationnel
 - au niveau sexuel
- . facteur situationnel et autre (fatigue, abstinence prolongée)

C- De maintien

- . bénéfices secondaires
- . peur et évitement des relations sexuelles

A- Facteurs organiques

La dyspareunie semble être la dysfonction sexuelle la plus fréquemment associée à une causalité organique (Fordney, 1978 ; Rosen & Leiblum 1995). Ainsi, l'approche première face à la dyspareunie est souvent médicale ; aussi, il existe un plus grand nombre de recherches sur la dyspareunie dans ce milieu. Une approche médicale de premier abord s'explique par le fait qu'il est impossible de poser le diagnostic « d'étiologie psychologique » avant d'exclure et d'éliminer les nombreuses conditions organiques possibles (Mira, 1988). Cependant, les médecins généralistes éprouveraient de la difficulté à porter le diagnostic de dyspareunie et à faire la distinction entre l'origine organique et psychologique de cette dysfonction (Trudel, 1988).

Selon les gynécologues oeuvrant dans le domaine, le diagnostic d'organicité de la dyspareunie ne doit être posé qu'à la suite d'une évaluation complète et à ce niveau, l'examen gynécologique se veut précis et méthodique (Poudat & Jarousse, 1986). Il est également recommandé de prendre en note l'historique détaillée de la vie sexuelle de la patiente (Riley, 1992). Par ailleurs, l'évaluation des difficultés sexuelles par le professionnel de la santé devrait inclure les éléments suivants : la localisation de la douleur, sa durée et sa sévérité, les facteurs améliorant ou aggravant la condition, ainsi que le moment précis de l'apparition de la douleur. En outre, Sarazin et Seymour (1991) proposent de faire une vérification de la présence

de trauma sexuel, des actions entreprises pour réduire la douleur, ainsi que l'état actuel des relations sexuelles de la femme.

En ce qui concerne l'examen gynécologique, De Witt (1991) offre une description détaillée de la procédure, qui serait différente d'un examen pelvien habituel. Ainsi, pour évaluer un problème de dyspareunie, le gynécologue doit essayer de reproduire la douleur rapportée par la patiente et faire un examen systématique afin de détecter les conditions pathologique subtiles qui ont pu être ignorées lors d'examens antérieurs. La capacité de reproduire la douleur lors de l'examen suggère un trouble organique (Kaplan, 1983). Il est également recommandé de passer des examens non invasifs, comme une échographie pelvienne ou une hystérosalpingographie, si l'organicité de la douleur est mise en doute (Buvat-Herbaut & Buvat, 1984). Comme l'affirme Cohen (1998), il vaut mieux faire passer ces examens à la patiente, même s'ils sont inutiles, que de passer à côté d'une lésion organique.

L'évaluation médicale de la dyspareunie exige une recherche puis l'élimination de plusieurs **facteurs organiques** possiblement à l'origine de la dyspareunie. Les principaux facteurs proposés dans la littérature sont entre autres l'endométriose, les infections vaginales, l'atrophie vaginale, les anomalies congénitales, une déchirure des ligaments, les cicatrices causées par une épisiotomie lors de l'accouchement ou une chirurgie gynécologique. De même, la proximité du système génito-urinaire

exige une évaluation des causes attribuables à l'appareil urinaire : ainsi, les infections du tractus urinaire et la cystite interstitielle se retrouvent parmi les causes urologiques responsables de la dyspareunie (Tordjman, 1992). Les pathologies pelviennes ont aussi un lien étroit avec la dyspareunie, et méritent d'être évaluées par le médecin (Beard, Reginald & Wadsworth, 1988). Le syndrome de la vestibulite vulvaire, qui se définit comme étant « une inflammation chronique non spécifique du vestibule, située à l'entrée du vagin » (Bergeron et al., 1996, p.113) en est un bon exemple. Les femmes souffrant de ce trouble rapportent une douleur superficielle intense lors du coït ainsi qu'une irritation et un échauffement pouvant durer des heures et même des jours suivant la relation sexuelle (Shover et al., 1992). Certains chercheurs (Friedrich, 1988 ; Meana et al., 1997) soumettent l'hypothèse que la vestibulite vulvaire serait la cause organique la plus fréquente de dyspareunie chez la femme d'âge pré-ménauposée. Un examen attentif doit donc être fait pour ne pas passer à côté de ce syndrome (Bergeron et al., 1997 ; Meana & Binik, 1994). Étant donné le volet psychologique de cette étude, nous référons le lecteur aux auteurs suivants pour de plus amples détails sur les facteurs organiques. Ces auteurs ont établi une liste exhaustive des causes organiques de la dyspareunie. (Voir Arbanel, 1978 ; Buvat-Herbaut & Herbaut, 1984 ; Goldberg, Wabrek & Young, 1987 ; Jarvis, 1984 ; Kaplan, 1974 ; Mears, 1958 ; Stuntz, 1986).

La dyspareunie est donc une des dysfonctions sexuelles où la théorie et la recherche mettent l'accent sur les facteurs organiques (Harrop-Griffiths et al., 1988).

Le plus grand nombre de recherches dans le domaine médical s'explique par le fait que la dyspareunie est plus fréquemment rapportée aux médecins et gynécologues (Spector & Carey, 1990). Ces auteurs suggèrent que les femmes interprètent leur douleur lors des relations sexuelles comme étant un symptôme médical. Une fois arrivée au bureau du médecin, la patiente peut présenter son problème de dyspareunie sous une forme déguisée ou secondaire. Ainsi, des maux de dos ou de l'abdomen, des leucorrhées, des maux de tête, des troubles du sommeil ou de dépression peuvent dissimuler un trouble de dyspareunie (Shellen & Schellen, 1983).

Les gynécologues peuvent être frustrés d'avoir à faire face à certaines plaintes reliées à la dyspareunie (Black, 1991). D'ailleurs, ceux-ci reconnaissent que cette dysfonction n'a pas été bien gérée cliniquement, donnant lieu à des interventions chirurgicales non nécessaires. Par ailleurs, les diagnostics du genre « vous n'avez rien madame » ne font qu'ajouter à la confusion de la patiente (Dodd & Parsons, 1984 ; Meana & Binik, 1994). Ces interventions médicales sont perçues comme étant des *facteurs iatrogéniques*, ce qui correspond à l'impact des interventions du médecin auprès de la patiente. En plus des différentes cicatrices laissées par des interventions chirurgicales, les facteurs iatrogéniques comprennent les effets des drogues et des médicaments comme les tranquillisants ou médicaments antihypertensifs et antidépresseurs. Ceux-ci contribuent à diminuer la libido, le niveau d'excitation et la réponse sexuelle de la femme. Finalement, l'attitude du

médecin envers la patiente lorsqu'ils discutent de problèmes sexuels a aussi un impact : il peut provoquer tellement de honte et de culpabilité chez celle-ci qu'une dyspareunie secondaire peut être développée (Arbanel, 1978).

Il semble donc y avoir d'une part, un besoin plus urgent dans le milieu médical d'entreprendre des recherches et de parvenir à une certaine compréhension de ce phénomène. D'autre part, la contribution des facteurs psychologiques à l'étiologie de la dyspareunie n'a pas encore été explorée à fond.

B- Facteurs psychologiques

Une multitude d'explications à teneur psychologique sont proposées comme facteur étiologique de la dyspareunie. Par contre, très peu d'études sur les causes de la dyspareunie semblent avoir été faites au cours des années (Trudel, 1988). Le diagnostic de dyspareunie d'origine psychogène ou psychologique doit être posé lorsqu'il est impossible de trouver de facteurs physiques à l'origine de la douleur de la patiente et que celle-ci continue de se plaindre d'inconfort physique (Lazarus, 1980). Un autre facteur venant appuyer l'origine psychologique de cette dysfonction se retrouve lorsque la douleur n'a pas de localisation spécifique ; Tordjman (1988) observe que ces femmes ont plus de risque de souffrir de dyspareunie d'origine psychogène. Celles-ci ont de la difficulté à identifier la localisation précise de la douleur ou à décrire les caractéristiques de leur mal. Cette douleur a tendance à

être diffuse et ne se prolonge pas après la relation sexuelle (Fordney, 1978). Il faut spécifier que ces renseignements ne sont que des impressions cliniques élaborées pour aider les professionnels à poser un diagnostic différentiel.

Nous retrouvons dans les écrits scientifiques les différentes explications reliées à l'étiologie psychologique de la dyspareunie. Les auteurs de diverses approches en psychologie ont émis leurs hypothèses à ce sujet, et certains y ont trouvé une organisation particulière, comme Arbanel (1978), Lamont (1980) et Lazarus (1980). Nous allons donc accorder plus d'importance aux hypothèses de ces auteurs dans cette section, étant donné leur plus grande insistance sur les facteurs psychologiques contribuant à l'étiologie de la dyspareunie. Nous incluerons également les recherches portant sur l'origine psychologique de cette dysfonction.

A) Les facteurs prédisposants. Les premiers facteurs abordés dans cette catégorie sont *intrapersonnels*. Ce terme reflète bien la signification que Lamont (1980) désirait y attribuer ; il réfère uniquement à ce qui se passe à l'intérieur de la personne. Le fonctionnement psychologique et les caractéristiques de l'individu en particulier sont proposés comme étant la cause principale du développement de la dyspareunie. Les facteurs intrapersonnels incluent une variété d'états psychologiques ou émotifs, que nous allons maintenant identifier.

Un premier état correspond à la **peur** des activités reliées à la sexualité, par exemple : ressentir de l'excitation sexuelle, avoir une relation sexuelle, atteindre l'orgasme, subir un examen gynécologique ou encore avoir une grossesse. La peur de la douleur ou de l'intimité sont d'autres facteurs à considérer (Lamont, 1980). Par ailleurs, certaines femmes anticipent les relations sexuelles douloureuses, en se basant soit sur leur expérience passée ou en imaginant ce qui peut se produire lors de la relation sexuelle (Arbanel, 1978). Un autre état est l'**anxiété**, comme le fait de ressentir de la tension ou être incapable de se relaxer. De l'**ignorance** sur les fonctions de son corps, ou une limitation de son expérience sexuelle peuvent aussi avoir un impact. La tension peut se produire plus spécifiquement lors de nouvelles situations sexuelles, par exemple avec un nouveau partenaire sexuel (Arbanel, 1978). Ceci vient rejoindre la possibilité d'un **manque d'ouverture ou de libération sexuelle**, qui implique une incapacité de la part de la femme de prendre la responsabilité de son propre plaisir sexuel et la probabilité de ressentir de la culpabilité face à ses relations sexuelles antérieures. Ses **perceptions sur la sexualité** et sur elle-même ont aussi une influence : si la femme perçoit la sexualité comme étant uniquement pour des fins de reproduction, pour prouver sa fertilité ou comme un moyen de « paiement affectif », ceci risque d'affecter ses relations sexuelles. De même, une pauvre image de soi est un autre facteur intrapersonnel susceptible de contribuer à l'étiologie de la dyspareunie (Lamont, 1980).

La présence de **psychopathologie** chez les femmes souffrant de dyspareunie a été soulevée par certains chercheurs. La possibilité qu'elle joue un rôle étiologique dans le développement de cette dysfonction est explorée dans les recherches, ou commentée cliniquement. A ce sujet, certaines recherches suggèrent que la somatisation, la dépression et l'anxiété, ainsi que certains traits de personnalité histrionique ou obsessionnelle-compulsive sont représentatifs des femmes dyspareuniques. La présence de dépression et d'anxiété est fréquente chez les femmes souffrant de dysfonction sexuelle (Jarvis, 1984 ; Tordjman, 1988 ; Trudel, 1988). Schover et al. (1992) auraient retrouvé chez des femmes souffrant de vestibulite vulvaire, lors de l'entrevue dirigée (étude mentionnée à la p.12 de ce texte) un degré élevé de somatisation, de dépression et de troubles relationnels. Derogatis, Meyer & King (1981) ont administré une mesure de détresse psychologique, soit le SCL-90, à une population d'hommes (n=199) et de femmes (n=126) souffrant de dysfonctions sexuelles. Les résultats ont indiqué en général des profils de symptômes plus élevés sur le SCL-90 par comparaison aux normes. Plus spécifiquement pour les femmes souffrant de vaginisme et dyspareunie, des taux beaucoup plus élevés de détresse psychologique étaient démontrés, surtout aux niveaux des échelles de dépression, d'aspects psychotiques, d'anxiété et de sensibilité interpersonnelle.

Différents **traits de personnalité** de la femme souffrant de dyspareunie sont également proposés comme contribuant au développement de cette dysfonction.

Kaplan (1983) suggère que des préoccupations hypochondriaques et des réactions excessives (obsessives) à des sensations physiques normales peuvent porter la personne à se plaindre de dyspareunie. Lamont (1980) prétend qu'une femme rapportant plusieurs symptômes physiques, une histoire d'opérations multiples, se démontrant compulsive et inflexible ressentirait probablement de l'anxiété, et influencerait le développement de la dyspareunie. De même, Steg (1987) rapporte que certains types de personnalités auraient plus tendance à souffrir de relations sexuelles douloureuses, comme l'histrionique, l'hypervigilante ou l'obsessionnelle qui portent une attention particulière à toute douleur. Il inclut aussi la femme vivant des sentiments d'angoisse ou de dépression, qui pourrait créer une douleur en se basant sur une sensation. Un des types de personnalité sur lequel nous nous questionnons correspond à la personnalité *passive-agressive*, qui se définit par un « mode général de résistance passive à des demandes de fournir des performances adéquates, sociales ou professionnelles » (APA, 1989, p.402). Des observations cliniques suggèrent qu'un certain nombre de femmes dyspareuniques manifestent ce type de personnalité (communication personnelle ; Alarie & Champagne, 1997). Il serait intéressant d'observer si ces traits de personnalité sont réellement plus présents ou importants chez les femmes souffrant de dyspareunie.

Ces affirmations sur l'association entre la personnalité de la femme et la dyspareunie dont elle souffre n'ont pas été étudié scientifiquement par les divers auteurs mentionnés précédemment. Ce sont plutôt des déclarations basées sur

leurs opinions ou observations cliniques. Comme le soulignent Meana et Binik (1994), les liens entre la dyspareunie et la psychopathologie sont fragiles, car ils ne peuvent être valides sans études avec des groupes témoins appropriés. La seule recherche qui semble avoir été bien élaborée et qui a abordé la question de la personnalité et la psychopathologie de la femme dyspareunienne est celle de Meana et al. en 1995. Celle-ci a été réalisée auprès de sujets appariés, dont 105 femmes dans le groupe expérimental et 105 femmes dans le groupe témoin. Cette recherche biopsychosociale impliquait trois examens gynécologiques, des mesures standardisées portant sur la psychopathologie, l'ajustement marital et les attitudes sexuelles, ainsi qu'une entrevue structurée portant sur l'histoire médicale, le fonctionnement sexuel, l'histoire physique et l'abus sexuel. Les résultats de cette recherche ont démontré qu'il y avait des différences significatives aux niveaux suivants : la pathologie physique, l'histoire médicale, l'histoire de la douleur, la psychopathologie; plus spécifiquement la sensibilité interpersonnelle, la dépression et l'anxiété phobique. Ils ont aussi trouvé un plus bas niveau d'ajustement dans la relation maritale pour le groupe expérimental, de même que des différences dans le fonctionnement sexuel des couples du groupe expérimental. Aucune différence n'a été remarquée entre les deux groupes au niveau de l'abus sexuel des femmes.

Les facteurs développementaux correspondent à une autre catégorie venant s'insérer sous la rubrique des facteurs prédisposants et sur lesquels se sont penchés certains auteurs. Ces facteurs se réfèrent principalement aux premières

influences dans la vie de l'enfant et à la formation d'attitudes envers la sexualité chez celui-ci. Durant leur enfance, certaines femmes auraient appris à associer la sexualité à la honte et la culpabilité. L'orthodoxie religieuse des parents peut amener l'enfant à vivre de l'ambivalence et de la confusion face à sa sexualité. Des informations erronées sur la sexualité ont pu être communiquées à ce moment, ce qui peut causer de la tension et l'anxiété chez la femme (Lazarus, 1980).

D'autres aspects liés au facteur développemental sont *les traumatismes*, qui englobent les événements aversifs ou négatifs de nature sexuelle, qui se sont produits tout au long de la vie de la femme. On inclut donc un **trauma** vécu par la femme, qui peut comprendre une histoire d'agression sexuelle, une punition à cause de masturbation ou de coït, des interdits religieux sévères, un mariage forcé ou arrangé, un examen génital ou une mésinformation de la part du médecin (Lamont, 1980). Un viol ou une agression sexuelle, un rapport sexuel consenti par intimidation, de l'abus sexuel pendant l'enfance ou une défloration violente font tous partie de cette catégorie (Arbanel, 1978 ; Lazarus, 1980 ; Tordjman, 1988).

Certains chercheurs se sont intéressés aux liens entre l'histoire d'abus sexuel et les dysfonctions sexuelles : selon Grenier (1994), plusieurs auteurs (voir Gross, Doerr, Caldirola, Guzinski & Ripley, 1980 ; Harrop-Griffiths et al., 1988 ; Mimoun, 1990 ; Shover & Jensen, 1988) rapportent qu'un nombre important de femmes souffrant de douleurs gynécologiques ont été victimes d'abus sexuels dans leur

enfance. D'autres chercheurs ont découvert que les femmes présentant des difficultés au niveau du désir, de l'excitation ou de la pénétration rapportaient fréquemment un abus sexuel (Bekker, 1989). Une étude menée par Sarwer et Durlak (1996) va dans le même sens : une analyse fonctionnelle discriminante a révélée que l'abus sexuel à l'enfance était une variable qui discriminait significativement les femmes ayant une dysfonction sexuelle de celles n'ayant pas de dysfonction sexuelle. Ils ont concluent que l'abus sexuel n'était pas par contre une condition nécessaire ou suffisante en soi pour causer le développement de dysfonctions sexuelles. Une des études de Becker, Skinner, Abel et Cichon (1986) a été réalisée auprès de 372 femmes ayant été victimes d'agression sexuelle et 99 femmes n'ayant pas d'histoire d'agression sexuelle. Celles-ci ont été interviewées pour déterminer le type de dysfonction sexuelle qui était présent, puis ont remplis un questionnaire sur la sexualité. Du groupe de femmes ayant souffert d'agression sexuelle, 58.6% ont rapporté souffrir d'une dysfonction sexuelle, dont 71% croyaient que leur développement était relié à l'agression sexuelle. En contraste, 17.2% du groupe témoin (les femmes n'ayant pas été victime d'agression sexuelle) ont rapporté avoir des problèmes sexuels. Cependant, Quevillon (1993) croit que d'autres études sont requises pour élucider le rôle de l'abus sexuel dans l'étiologie de la dyspareunie. Il conclut, avec l'appui de Wincze et Carey (1991), qu'il existe assez de preuves sous forme d'anecdotes cliniques pour appuyer l'hypothèse que l'abus sexuel est un facteur étiologique dans le développement de la dyspareunie.

B - Les facteurs précipitants. La deuxième grande catégorie d'aspects psychologiques sont *les facteurs interpersonnels ou relationnels*, qui se regroupent plutôt sous les facteurs précipitants. Dans le cas de facteurs interpersonnels, il est sous-entendu que la causalité de la dyspareunie est associée à la relation de la femme avec son environnement, principalement son partenaire. Lamont (1980) et Lazarus (1980) parlent de **conflits majeurs** entre les partenaires dans les domaines suivants : le nombre d'enfants qu'ils désirent avoir dans leur famille, les moyens de contraception à utiliser, les priorités à avoir dans leur relation de couple, l'échec conjugal ou la séparation d'un des partenaires dans le passé et le manque de confiance réciproque dans le couple. Il est également possible de retrouver des sentiments de frustration envers son partenaire, de l'inquiétude personnelle face à son couple et de la difficulté à s'investir dans la relation avec son partenaire (Tordjman, 1988). D'autres types de conflits peuvent être reliés à la fréquence des relations sexuelles ainsi que leur moment d'initiation, les techniques sexuelles employées, " l'ennui sexuel " ressenti par un ou l'autre des partenaires, une lutte pour le contrôle, une pression pour la performance sexuelle, une pauvre communication avec le partenaire, incluant l'expression des besoins sexuels (Brant, 1978), l'inexpérience sexuelle de son amant, l'ignorance de l'anatomie et de la réponse sexuelle de la part d'un des partenaires et des préliminaires sexuels insuffisants. Ainsi, ces différents aspects peuvent être à la source de conflits dans le couple. La femme peut également développer un problème de dyspareunie suite à une dysfonction sexuelle de son partenaire (Tordjman, 1988). Les facteurs interpersonnels font donc référence au bon

fonctionnement de la relation conjugale, incluant la composante sexuelle dans le couple.

Les recherches portant sur les dysfonctions sexuelles en général démontrent que le manque d'intimité et de confiance envers le partenaire ainsi que les conflits de pouvoir sont fréquemment associés aux dysfonctions sexuelles (Rosent & Leiblum, 1995). Il existe peu de recherches portant spécifiquement sur la satisfaction des relations conjugales et la dyspareunie, de même que la satisfaction sexuelle et la dyspareunie. Selon certains auteurs (Kaplan, 1974 ; Quevillon, 1993) la dyspareunie serait associée à des difficultés conjugales et de communication, comme c'est souvent le cas pour d'autres dysfonctions sexuelles. Mira (1988) propose de répartir la dyspareunie en "type un" et "type deux", où le type deux est réservé exclusivement au développement de la dyspareunie provoqué par la relation de couple, avec un traitement qui lui est spécifiquement adapté. Lazarus (1986) va jusqu'à déclarer qu'après avoir éliminé les dyspareuniques ayant une causalité organique, environ la moitié des femmes souffrant de dyspareunie sont tout simplement avec le mauvais partenaire. Comme il a été mentionné précédemment, les résultats de recherche de Meana et al. (1995) démontrent des différences significatives entre les deux groupes de femmes (dyspareuniques et groupe témoin) en ce qui concerne la relation conjugale : ainsi, de plus bas niveaux d'ajustement conjugal sont observés chez le groupe expérimental. Il serait donc réaliste de s'attendre à retrouver un plus bas niveau de **satisfaction** conjugale chez le groupe expérimental de cette étude.

Une question qui semble importante est de savoir si les problèmes conjugaux entraînent la dyspareunie ou si cette dysfonction provoque des problèmes au niveau du couple. Selon les observations de Stuart et Hammond (1980), les dysfonctions sexuelles peuvent mener à des problèmes conjugaux, particulièrement lorsque l'un des deux partenaires accorde une plus grande importance aux activités sexuelles. À ce sujet, Glatt et al. (1990) ont effectué une recherche auprès de 313 femmes, qui ont répondu à un questionnaire portant sur leurs expériences sexuelles et la dyspareunie ; 33.5% de ces femmes souffraient de dyspareunie au moment de l'étude. Parmi ces femmes, 90.2% ont discuté de leur dysfonction avec leur partenaire sexuel. Aussi, l'impact sur leur relation de couple semble avoir été important ; 33.7% de ces femmes ont rapporté un effet négatif sur leur relation de couple, et 48% ont rapporté une diminution de la fréquence des relations sexuelles à cause de l'inconfort qu'elles ressentaient. Trudel (1988) vient tempérer cette affirmation en déclarant que bien qu'une relation entre le degré de satisfaction conjugale et le fonctionnement sexuel semble être établie, elle est sujette à la variabilité d'un couple à l'autre. Comme l'affirme Turcotte (1993, p.3) : “ Il est tout aussi correct de dire que les problèmes sexuels ont un effet pernicieux sur la relation de couple que d'affirmer que les difficultés relationnelles sont nuisibles pour l'ajustement sexuel ”.

En ce qui concerne le lien entre la satisfaction sexuelle et les dysfonctions sexuelles dans le couple, il serait plutôt douteux selon certains auteurs comme Bancroft (1983). Celui-ci a conclu qu'une dysfonction sexuelle n'influence pas nécessairement la satisfaction sexuelle des partenaires ; il cite une recherche faite par Golombok, Rust et Pickard, (1984) où des entrevues réalisées auprès de 30 femmes et 30 hommes démontrent que malgré les difficultés sexuelles (anorgasmie, éjaculation précoce, etc.) 97% des hommes et 77% des femmes se disent satisfaits de leurs relations sexuelles. Par contre, l'étude de Meana et al. (1995) révèle des différences significatives dans le fonctionnement sexuel du groupe de femmes souffrant de dyspareunie, sur différentes variables : ces femmes rapportent une plus faible fréquence de rapports sexuels, de masturbation, de désir sexuel et d'excitation. Elles ont moins de succès à atteindre un orgasme par stimulation orale ou par pénétration, avec une moins grande variété de positions pratiquées lors des relations sexuelles. Il semblerait que l'impact de leur dysfonction sexuelle sur la satisfaction sexuelle des femmes dyspareuniques demeure encore à explorer.

Enfin, *les facteurs situationnels et autres* viennent compléter la liste exhaustive des facteurs psychologiques contribuant possiblement à la dyspareunie. Par exemple, la femme peut anticiper que les enfants s'introduisent dans la chambre à coucher lors de relations sexuelles. De même, la fatigue physique ou mentale peut venir diminuer l'excitation ressentie par la femme (Arbanel, 1978). D'autres facteurs psychologiques à prendre en considération seraient une homosexualité latente

(Frank, 1948), le rejet du partenaire, le refus de se laisser prendre ou de se laisser aller (Jarousse & Poudat, 1985), la crainte d'un échec, le refus de la sexualité et du plaisir qui y est associé (Poudat & Jarousse, 1986). Par ailleurs, une abstinence sexuelle prolongée, que ce soit à cause d'un divorce, d'une maladie chronique ou d'un éloignement peut également provoquer une dyspareunie (Tordjman, 1988).

C- Les facteurs de maintien. Nous en sommes maintenant à la dernière catégorie temporelle dans l'explication de l'étiologie élaborée par Wincze et Carey (1991). Un facteur de maintien nous indique ce qui se passe **présentement** pour entretenir la dysfonction. Il faut noter que ce qui maintient ce trouble n'est pas nécessairement ce qui était à l'origine de celui-ci. De plus, la disparition ou la guérison du trouble organique n'empêche pas le maintien de la dyspareunie par des facteurs psychologiques (Fink, 1972; Meana & Binik, 1994). La possibilité de bénéfices secondaires pour la femme souffrant de dyspareunie a été soulevée par Buvat-Herbaut et Buvat (1984) comme un exemple de facteur de maintien. Ces bénéfices secondaires peuvent être une interruption des relations sexuelles avec le partenaire, un moyen d'exprimer son agressivité, ou encore d'attirer l'attention et la compassion (Trudel, 1988). Il est possible que ces conséquences ou bénéfices secondaires soient attirants pour certaines femmes.

Un autre facteur de maintien est la peur des relations sexuelles, qui peut maintenir à elle seule la dysfonction sexuelle, selon Jarousse et Poudat (1985). Cette peur s'installe comme un cercle vicieux ; la douleur lors du coït cause de l'anxiété et diminue l'excitation de la femme. Ceci entraîne une diminution de la lubrification du vagin, ce qui cause plus de douleur et de difficulté lors des relations sexuelles (Jarvis, 1984 ; Sarazin & Seymour, 1991). L'anxiété vient donc remplacer ou distraire du fait que la sexualité peut être plaisante pour les deux partenaires (Arbanel, 1978). L'évitement des relations sexuelles permet ainsi à la femme de diminuer les conséquences négatives qu'elle vit, comme la douleur, la peur ou l'appréhension. Cette forme d'évitement devient un renforcement négatif (Poudat & Jarousse, 1986). Cette explication des facteurs de maintien correspond à une perspective comportementale, soit la théorie de l'apprentissage.

Kaplan (1983) souligne l'importance de l'évaluation psychologique suite à l'élimination de causes organiques pour pouvoir identifier de façon précise les mécanismes psychologiques contribuant à la douleur de la femme dyspareunIQUE. Le traitement variera selon le diagnostic psychiatrique et la compréhension du rôle que la douleur sexuelle joue dans la vie de la patiente est aussi important à évaluer. Comme dans le cas d'une pathologie organique, la possibilité d'étiologie psychologique doit donner lieu à une évaluation détaillée, tel que proposée par Lazarus (1980) ou Kaplan (1983) L'évaluation des femmes se plaignant de dyspareunie devient donc plus difficile, à cause de la complexité au niveau

étiologique, et le fait que la plupart des femmes se présentent d'abord en milieu médical (Quevillon, 1993). Les tabous sexuels entretenus par le médecin peuvent nuire à un questionnement professionnel. Deux fois plus de difficultés sexuelles seraient rapportés dans le bureau du médecin lorsque celui-ci inclut des questions sur la sexualité lors de son entrevue avec la patiente (Bachmann et al. 1989 ; Dodd & Parsons, 1984). Seulement deux brèves questions « Êtes-vous active sexuellement? » et « Avez-vous des difficultés ou problèmes sexuels présentement? » ont été rajouté par Bachmann et al. (1989) pour obtenir ces résultats. Dans certains cas, il est possible de trouver une étiologie claire, mais il faut en général déduire qu'une étiologie combinée est présente (Wincze & Carey, 1991).

Selon Meana et Binik (1994), une grande partie des hypothèses élaborées sur l'étiologie sont basées sur des observations ou des études cliniques. Sandberg et Quevillon (1987) soulignent le débat toujours existant entre les causalités organiques et psychologiques de la dyspareunie. Certains tenants déclarent retrouver des causes organiques à la dyspareunie chez la majorité des femmes souffrant de dyspareunie (Huffman, 1976 ; Stuntz, 1986 ; Tollison & Adams, 1979). D'autres chercheurs affirment que chez une grande proportion de femmes dyspareuniques, il y a une cause psychologique à l'origine de leur problème (Lamont, 1980). Une étude dirigée par ce dernier (1980) a donné les résultats suivants au niveau de la répartition des causes de la dyspareunie chez ses sujets: 43% des femmes dyspareuniques étaient incluses dans la catégorie des « facteurs

intrapersonnels » (causalité psychologique), 27% d'entre elles se retrouvaient dans la catégorie de « facteurs interpersonnels » (causalité psychologique), puis 30% dans la catégorie de « facteurs physiques » (causalité organique). Selon ces résultats, 70% de ces cas démontraient une cause psychophysiologique à leur douleur. Lamont a été critiqué pour avoir trouvé majoritairement une cause psychologique au développement de la dyspareunie. Malgré tout, celui-ci a réussi à mettre l'accent sur la présence **possible** de facteurs psychologiques en nous donnant des suggestions de sujets spécifiques à explorer avec la patiente.

Sandberg et Quevillon (1987) proposent par ailleurs de considérer l'étiologie de la dyspareunie comme étant établi sur un continuum : à un extrême, la contribution serait principalement organique et à l'autre extrême il y aurait une causalité principalement psychologique ; la majorité des femmes se situant entre les deux. Leur message est de considérer la possibilité d'une contribution équivalente des deux facteurs. Ils proposent de rassembler les données déjà existantes et d'intégrer les opinions divergentes.

D'ailleurs, comme Poudat et Jarousse (1986) l'ont remarqué, il y a toujours une interaction entre le somatique et le psychologique et il devient difficile de déterminer la contribution de chaque facteur. De la même façon, Meana et Binik (1994) affirment qu'une vision dualiste de la dyspareunie limiterait nos connaissances sur l'étiologie et le traitement de cette dysfonction.

Malgré l'incertitude et les débats sur la pertinence de l'étiologie de la dyspareunie, ou peut être à cause de ceci, les facteurs psychologiques reliés à cette dysfonction méritent d'être explorés. Une approche biopsychosociale dans l'étude et la conceptualisation de la dyspareunie devrait donc en découler (Champagne et al., 1995 ; Jarousse & Poudat, 1985).

Conclusion

Il semble y avoir peu de recherches en psychologie portant spécifiquement sur la dyspareunie, malgré l'incitation par plusieurs chercheurs d'explorer le côté psychologique de cette dysfonction. Ainsi, la dyspareunie serait la dysfonction la moins étudiée par rapport à la prévalence rapportée dans la littérature (Meana & Binik, 1994). Les manuels référant à la sexualité humaine et leurs dysfonctions accordent peu d'attention à la dyspareunie. Notre compréhension au niveau de l'étiologie des dysfonctions sexuelles est donc très limitée, comme le soulignent Trudel (1988) ainsi que Wincze et Carey (1991). À leur avis, il y aurait un grand nombre d'anecdotes et d'observations cliniques sur la dyspareunie mais une pénurie de recherches bien contrôlées. Les variables comme la personnalité, l'histoire d'abus sexuel ou la relation conjugale auraient des influences possibles sur le développement de la dyspareunie et celles-ci sont fréquemment soulignées dans des histoires de cas (O'donohoe & Greer, 1993). Ces auteurs suggèrent, avec raison, de procéder à des études plus systématiques et empiriques pour vérifier ces

hypothèses. Il est donc requis d'avoir un échantillonnage plus précis et nombreux, des critères de sélection clairs, des instruments de mesures valides, de même que des groupes témoin dans les prochaines recherches (Bergeron et al., 1997). Par ailleurs, la recherche au niveau du traitement de la dyspareunie semble inexistante si le volet portant sur les causes organiques est exclu (Lazarus, 1980 ; Quevillon, 1993). Ces faits nous limitent donc dans la compréhension et le traitement de cette dysfonction (Meana & Binik, 1994).

Notre recherche a pour but d'évaluer les caractéristiques qui permettent de différencier les femmes souffrant de dyspareunie de la population des femmes en général. Nous nous interrogeons donc sur les caractéristiques personnelles, interpersonnelles, comportementales, cognitives et physiques qui parviennent à les distinguer. Une meilleure compréhension des caractéristiques particulières de ces femmes devrait nous aider à atteindre le but ultime : pouvoir développer et offrir aux femmes dyspareuniques un traitement spécifiquement adapté à leurs besoins.

Hypothèses

À la lumière des données théoriques et expérimentales, il nous est maintenant possible de préciser les hypothèses de la présente recherche qui se propose d'évaluer ce qui distingue les femmes dyspareuniques de la population féminine en général.

Ainsi, nous nous attendons à retrouver comme caractéristiques un niveau plus élevé de somatisation, d'anxiété et de dépression chez les femmes dyspareuniques. En ce qui concerne la personnalité, des traits histrioniques, obsessionnels-compulsifs et passifs-agressifs devraient également distinguer les femmes dyspareuniques des femmes de la population en général. Par ailleurs, au niveau du couple, la satisfaction conjugale et sexuelle des femmes dyspareuniques devrait être inférieure à celle des femmes qui ne souffrent pas de cette dysfonction. Finalement, le dévoilement d'abus sexuel à l'enfance ou à l'âge adulte devrait être plus fréquent chez les femmes souffrant de dyspareunie.

Conséquemment, les hypothèses que nous entendons vérifier peuvent se formuler ainsi ; les femmes souffrant de dyspareunie devraient se distinguer de la population féminine en général en démontrant :

- 1 - un niveau de somatisation significativement plus élevé ;
- 2 - un niveau de dépression significativement plus élevé ;
- 3- un niveau d'anxiété significativement plus élevé ;
- 4 - des traits de personnalité histrionique significativement plus élevés ;
- 5 - des traits de personnalité obsessionnelle-compulsive significativement plus élevés ;
- 6 - des traits de personnalité passive-agressive significativement plus élevés ;

- 7 - un niveau de satisfaction conjugale significativement moins élevé ;
- 8 - un niveau de satisfaction sexuelle significativement moins élevé ;
- 9 - un niveau d'expérience d'abus sexuels significativement plus élevé ;

Méthode

Sujets

Nous avons recruté uniquement des sujets féminins pour cette recherche. Au total, 138 ($N=138$) participantes ont été impliqués dans l'étude sur la dyspareunie. Les sujets ont été soumis à un appariage (appariement individuel) selon trois critères, soit l'âge (avec plus ou moins cinq ans de différence), le degré de scolarité (avec plus ou moins un niveau de différence) et la présence ou l'absence de relations sexuelles dans les derniers six mois. Cet appariage s'est fait à *post tériori* de la recherche, pour les raisons suivantes : nous avons débuté la recherche en recrutant des femmes dyspareuniques pour le groupe expérimental qui ont répondu favorablement à notre annonce, en grand nombre (200 sujets). Le recrutement du groupe témoin s'est par contre révélé à être une tâche ardue, et nous avons dû interrompre le processus de recrutement à 70 sujets, étant donné le contexte d'une thèse doctorale. Le bassin de femmes dyspareuniques semble donc avoir été plus important, tandis que le taux de réponse de femmes de la population normale était faible, probablement à cause de l'investissement plus élevé exigée pour cette population. Étant conscients de l'asymétrie entre les deux groupes au niveau du nombre de sujets, du degré de scolarité et de la catégorie d'emploi dans notre recherche, nous avons dû changer de perspective et évaluer deux possibilités. Dans le premier choix, nous avons fait les analyses univariées et multivariées avec 215 sujets dans le groupe expérimental et 70 sujets dans le groupe contrôle, tout en incluant les informations socio-démographiques dans nos analyses, dans le but de

contrôler l'inégalité entre les groupes. Mais la méthode de contrôle statistique présentant certaines limites, nous avons opté pour le deuxième choix. Nous avons donc repris les analyses statistiques en faisant un pairage (a post.tériori) des deux échantillons sur les critères de l'âge, du niveau de scolarité et le profil d'activité sexuelle, ce qui nous permettait d'exclure les différences décrites précédemment entre les groupes. Nous avons constaté que les deux options que nous avons essayés n'ont pas présenté de différences majeures au niveau des résultats, et que la première option nous a permis de nous contre-valider. Pour les besoins de la thèse, nous présenterons seulement les résultats d'une des options, soit l'appariage des échantillons.

Les deux groupes, soit le groupe expérimental et le groupe témoin, étaient composé de 69 sujets ($n=69$). L'âge des femmes variait de 18 à 65 ans ; l'âge moyen du groupe expérimental était de 31.8 ans (écart-type = 9,41) et celui du groupe témoin était de 32.1 ans ($\hat{e}-t= 9,42$). De toute évidence, les deux groupes étaient identiques au niveau de l'âge ($t= 0.24$; $p= 0,814$), du degré de scolarité ($t=0.70$; $p=0,485$) et de la présence d'activité sexuelle dans les derniers six mois (Formulaire A en Appendice C pour les femmes ayant eu des relations sexuelles dans les derniers six mois et Formulaire B en Appendice C pour les femmes n'en ayant pas eu dans les derniers six mois). L'échantillon était réparti en deux groupes en ce qui concerne les activités sexuelles ; le Formulaire A comptait 73.9% du groupe témoin et 76.5% du groupe expérimental, tandis que 26.1% des femmes du

groupe témoin et 23.5% du groupe expérimental ont complété le Formulaire B (voir le tableau 3 en appendice pour plus de détails à ce sujet). Au niveau du dernier diplôme obtenu, 4.3% des sujets avaient un secondaire non complété, 18.1% un secondaire complété, 0.7% un collégial non complété, 20.3% un collégial complété, 4.3% un niveau universitaire non complété et 52.2% des femmes avaient un diplôme universitaire complété. Le type d'emploi différait de façon significative entre les deux groupes ($X=14.67$; $p=0.00$) : pour le groupe de femmes dyspareuniques 6.1% étaient ménagères et 21.2% d'entre elles étaient étudiantes, tandis que pour le groupe témoin, 2.9% étaient ménagères et 52.2% appartenaient à la catégorie étudiantes. La majorité des femmes provenaient de la région de Montréal et ses environs, leur lieu de naissance s'établissant comme suit : 47.8% des sujets sont nées à Montréal, 43.5% à l'extérieur de Montréal, 5.1% à l'extérieur du Québec et 3.6% à l'extérieur du Canada. La proportion de femmes avec un ou plusieurs enfants était de 29.7%, tandis que 70.3% des femmes étaient nullipares. Le statut civil des participantes était le suivant: 18.8% d'entre elles étaient mariées, 24.6% en union de fait, 22.5% étaient des célibataires non-engagées dans une relation et 27.5% des célibataires avec un partenaire régulier, 0.7% séparées et 5.8% étaient divorcées.

Les sujets ont été assigné au groupe expérimental ou au groupe témoin, dépendamment des critères d'inclusion auxquels elles répondaient. Le critère d'inclusion pour les participantes du groupe expérimental était de ressentir

contrôler l'inégalité entre les groupes. Mais la méthode de contrôle statistique présentant certaines limites, nous avons opté pour le deuxième choix. Nous avons donc repris les analyses statistiques en faisant un pairage (a post tériori) des deux échantillons sur les critères de l'âge, du niveau de scolarité et le profil d'activité sexuelle, ce qui nous permettait d'exclure les différences décrites précédemment entre les groupes. Nous avons constaté que les deux options que nous avons essayés n'ont pas présenté de différences majeures au niveau des résultats, et que la première option nous a permis de nous contre-valider. Pour les besoins de la thèse, nous présenterons seulement les résultats d'une des options, soit l'appariage des échantillons.

Les deux groupes, soit le groupe expérimental et le groupe témoin, étaient composé de 69 sujets ($n=69$). L'âge des femmes variait de 18 à 65 ans ; l'âge moyen du groupe expérimental était de 31.8 ans (écart-type = 9,41) et celui du groupe témoin était de 32.1 ($\acute{e}-t= 9,42$). De toute évidence, les deux groupes étaient identiques au niveau de l'âge ($t= 0.24$; $p= 0,814$; $df= 136$), du degré de scolarité ($t= 0.70$; $p= 0,485$; $df= 135$) et de la présence d'activité sexuelle dans les derniers six mois (Formulaire A en Appendice C pour les femmes ayant eu des relations sexuelles dans les derniers six mois et Formulaire B en Appendice C pour les femmes n'en ayant pas eu dans les derniers six mois). L'échantillon était réparti en deux groupes en ce qui concerne les activités sexuelles ; le Formulaire A comptait 73.9% du groupe témoin et 76.5% du groupe expérimental, tandis que 26.15 des femmes du groupe témoin et 23.5% du groupe

expérimental ont complété le Formulaire B (voir le tableau 3 en appendice pour plus de détails à ce sujet). Au niveau du dernier diplôme obtenu, 4.3% des sujets avaient un secondaire non complété, 18.1% un secondaire complété, 0.7% un collégial non complété, 20.3% un collégial complété, 4.3% un niveau universitaire non complété et 52.2% des femmes avaient un diplôme universitaire complété. Le type d'emploi différait de façon significative entre les deux groupes ($\chi=14.67$; $p=0.000$; $df= 3$) : pour le groupe de femmes dyspareuniques, 6.1% étaient ménagères et 21.2% d'entre elles étaient étudiantes, tandis que pour le groupe témoin, 2.9% étaient ménagères et 52.2% appartenaient à la catégorie étudiantes. La majorité des femmes provenaient de la région de Montréal et ses environs, leur lieu de naissance s'établissant comme suit : 47.8% des sujets sont nées à Montréal, 43.5% à l'extérieur de Montréal, 5.1% à l'extérieur du Québec et 3.6% à l'extérieur du Canada. La proportion de femmes avec un ou plusieurs enfants était de 29.7%, tandis que 70.3% des femmes étaient nullipares. Le statut civil des participantes était le suivant : 18.8% d'entre elles étaient mariées, 24.6% en union de fait, 22.5% étaient des célibataires non-engagées dans une relation et 27.5% des célibataires avec un partenaire régulier, 0.7% séparées et 5.8% étaient divorcées.

Les sujets ont été assignés à un groupe expérimental ou témoin, dépendamment des critères d'inclusion auxquels elles répondaient. Le critère d'inclusion pour les participantes du groupe expérimental était de ressentir

régulièrement de la douleur lors des relations sexuelles. Le critère d'inclusion du groupe témoin était de ne pas éprouver de douleur de façon régulière lors des relations sexuelles. La présence d'autres troubles sexuels n'était pas un critère d'exclusion pour les deux groupes.

Instruments de mesure

Les questionnaires administrés au cours de cette étude sont au nombre de cinq : l'entrevue dirigée, incluant les formulaires A ou B (Meana & Binik, 1995), le Symptom Check List (SCL-90) (Dérogatis, 1977, 1981), le Millon clinical multiaxial inventory (MCMI) (Millon, 1983), l'Échelle de satisfaction maritale (ESM) (Hudson & Harrison-Glisson, 1976) et l'Échelle de satisfaction sexuelle (ESS) (Hudson, Harrison et Crosscup, 1981). Il faut noter que la plupart des questionnaires dans le domaine des dysfonctions sexuelles ne réfèrent pas à la dyspareunie (voir Quevillon, 1993). Nous avons donc emprunté des questionnaires sur la dyspareunie élaborés par l'équipe de Meana et al. (1995). Ainsi, l'entrevue dirigée, incluant les Formulaires A et B est le seul instrument existant pour déterminer la présence de dyspareunie. Les autres questionnaires ont été sélectionnés dans le but de nous aider à confirmer nos hypothèses portant sur la présence de psychopathologie, les traits de personnalité impliqués ainsi que l'impact sur le couple et la satisfaction sexuelle.

Entrevue dirigée

L'entrevue dirigée a été formulée dans le but de recueillir des données démographiques et des renseignements particuliers sur les sujets, reliés à la dyspareunie. Les questions portant sur les variables démographiques incluent le lieu et la date de naissance, la religion pratiquée dans le passé et présentement, le statut civil, le nombre d'enfants, les années d'éducation et la profession pratiquée. La partie portant sur l'histoire médicale réfère aux menstruations, le déroulement des grossesses et accouchements, l'historique des infections vaginales et urinaires, ainsi que la présence des MTS. Un retour sur les conditions médicales et gynécologiques dans la vie de la femme complète le tout. Un exemplaire de l'entrevue dirigée se retrouve à l'Appendice B.

Formulaires A ou B

Les formulaires A et B sont essentiellement identiques : le formulaire A réfère aux femmes ayant présentement des relations sexuelles et le formulaire B aux femmes n'ayant pas eu de relations sexuelles dans les six derniers mois (mais en ayant eu dans le passé). Une des premières questions (voir question no.2 du Formulaire A) nous permettait d'appliquer le critère d'inclusion dans le groupe expérimental. Les questions portent sur la douleur lors du coït, la fréquence, la localisation et les facteurs influençant la douleur, ainsi que les tentatives de

traitement pour améliorer la situation douloureuse. D'autres questions portent sur les pratiques sexuelles de la femme, comme la fréquence de la masturbation, son attitude face à la sexualité, son niveau de désir, d'excitation ou d'aversion sexuelle et sa capacité d'avoir un orgasme. La dernière partie du formulaire porte sur la présence d'abus sexuel ou physique dans l'enfance ou à l'âge adulte, puis demande à la participante de préciser si l'abus était avec ou sans pénétration. Les femmes du groupe témoin devaient remplir le même questionnaire, tout en excluant la section portant sur la douleur lors du coït. Donc, en répondant " non " à la question no. 2 du Formulaire A ou B, les participantes du groupe témoin se rendaient immédiatement à la question no. 27 du formulaire. (L'Appendice C donne la version complète des Formulaires A ou B).

SCL-90

Le " Symptom Check List " (SCL-90) (Derogatis, 1977, 1981) est un inventaire d'auto-évaluation nous indiquant, avec des indices variés, la présence de paramètres psychologiques chez une personne. Le SCL-90 vise à mesurer la détresse psychologique actuelle du sujet répartie sur neuf paramètres, soit : l'anxiété, l'anxiété phobique, la dépression, la somatisation, les symptômes obsessifs-compulsifs, la sensibilité interpersonnelle, l'hostilité, les difficultés de sommeil et les symptômes psychotiques. On y retrouve 90 énoncés, chacun étant évalué sur une échelle en cinq points, partant de (0) *pas du tout*, (1) *un peu*, (2) *pas mal*, (3) *beaucoup* et à (4) *énormement*. Un score global de détresse psychologique peut donc être obtenu, où un score élevé suggère un degré

élevé de détresse psychologique et un score bas un faible degré de détresse psychologique. De plus, trois indices de détresse globale peuvent être calculés, soit le "Global severity Index " (GSI), le " Positive Symptom Distress Index " (PSDI) et le "Positive Symptom Total " (PST). Chacun de ces indices, qui sont représentés par un score simple, permettent de tenir compte d'un aspect différent de la détresse psychologique.

Derogatis (1977) a validé son questionnaire auprès d'un échantillon de la population normale aux Etats-Unis, avec un total de 974 personnes : 50.7% d'entre eux étaient des hommes et 49.3% des femmes. La moyenne d'âge était de 46 ans, avec un écart-type de 14.7 ans. De même, la validité de construit a été confirmée empiriquement (Derogatis & Cleary, 1977). Plus récemment (Derogatis et al., 1981), des coefficients de consistance élevée s'affichaient pour les neuf échelles, variant de 0,77 à 0,99.

Une validation et normalisation de l'adaptation française du SCL-90 auprès d'une population féminine québécoise a été réalisée par Fortin et Coutu-Wakulczyk (1985). Le groupe de femmes provenait de la région de Montréal, et leur âge variait de 20 à 45 ans. Fortin et al. (1985) ont trouvé que l'adaptation du questionnaire était fidèle à la version américaine et que la cohérence interne était significative ; variant de ,90 à ,92. Les normes québécoises seraient quelque peu

au-dessus de la moyenne américaine. Pour une copie du SCL-90, voir l'Appendice D.

Millon Clinical Multiaxial Inventory

Le Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI) a été élaboré par Millon (1983). C'est un inventaire de personnalité qui a été fait dans le but de combler les lacunes du MMPI. Ce n'est pas un test de personnalité qui s'adresse à la population générale, mais plutôt à une population clinique. Une traduction et adaptation francophone du questionnaire a été faite par D'Elia et Lagier (1986).

Le questionnaire comporte un total de 20 échelles, divisées en trois grandes catégories : les caractéristiques de personnalité de base, les troubles de personnalité pathologiques et les syndrômes cliniques. La première catégorie est composée de huit échelles représentant des traits de personnalité basé sur l'axe II du DSM : schizoïde, évitant, dépendant, narcissique, antisocial, compulsif et passif-agressif. La deuxième catégorie a trois échelles portant sur les traits de personnalité considérés pathologiques : schizotypique, borderline et paranoïde. La dernière catégorie comporte neuf échelles basé sur l'axe I du DSM : (trouble) d'anxiété, somatoforme, hypomaniaque, dysthymique, abus d'alcool, abus de drogue, pensée psychotique, dépression psychotique et hallucination psychotique. De plus, deux échelles de correction (W et V) permettent de détecter des incohérences.

Après un calcul complexe, dont la correction et les résultats sont obtenus par ordinateur, un profil composé de toutes les échelles est établi pour chaque individu (le manuel de Millon (1983) donne de plus amples informations). Il a été déterminé que le point de rupture serait de 75 ; ainsi un score de 75 ou plus sur une échelle indique la psychopathologie. La fidélité du MCMI a été calculée par test-retest auprès de deux groupes, à une semaine d'intervalle avec un coefficient alpha moyen de ,88 pour les échelles puis à cinq semaines d'intervalle pour l'autre groupe, avec un coefficient alpha moyen plus faible. L'Appendice E présente une copie complète du questionnaire.

Évaluation de la Satisfaction "Maritale"

Le développement du questionnaire " Index of Marital Satisfaction " (IMS) a été faite par Hudson et Harrison-Glisson (1976). L'IMS est un court questionnaire d'auto-évaluation élaboré dans le but de mesurer le degré de discorde conjugale. Les questions portent sur des composantes, comportements, attitudes et événements qui caractérisent l'insatisfaction conjugale. Le questionnaire contient 25 items, dont la moitié des questions sont formulées positivement et l'autre moitié négativement, dans le but de minimiser un même style de réponse de la part du répondant. La satisfaction conjugale est mesurée par une échelle en cinq points, variant de (0) *rarement ou jamais*, (1) *peu souvent*, (2) *quelquefois*, (3) *assez souvent* à (4) *la plupart du temps ou toujours*. Avant de calculer le score, il faut inverser les items suivants (1, 3, 5, 8, 9, 11, 13, 16, 17, 19, 20, 21 et 23), qui sont formulés positivement. Le score minimum possible est de 0 et le score

maximum est de 100. Les auteurs ont déterminé qu'un score de 30 ou plus indique une insatisfaction conjugale, tandis qu'un score de 29 ou moins indique une satisfaction conjugale. Son administration et sa correction sont très rapides, le temps moyen pour un répondant étant de 3 à 5 minutes.

La fidélité de L'IMS a été évaluée de deux façons, soit par le test-retest et le "split half". La fidélité du test-retest était de ,96 et ,95 (Hudson & Harrison-Glisson, 1976). Une revalidation du IMS faite par les auteurs a démontré des coefficients de validité en excès de ,90 ainsi qu'une validité discriminante de ,83 (Cheung & Hudson, 1982).

La traduction et l'adaptation du questionnaire en français a été réalisée par Jean-Marie Boisvert (1979) qui la nomme L'Évaluation de la Satisfaction Maritale. L'Appendice F présente une copie du questionnaire.

Évaluation de la Satisfaction Sexuelle

La version originale anglophone du " Index of Sexual Satisfaction " (ISS) a été développée par Hudson, Harrison et Crosscup (1981). Une version francophone a été traduite et adaptée par Comeau et Boisvert (1985), soit L'Évaluation de la

Satisfaction Sexuelle. L'instrument a ensuite été validé auprès d'une population francophone québécoise par Turcotte (1993). Cette validation a été reproduite pour employer le même processus de validation de la version originale : elle a menée une étude avec deux échantillons totalisant 822 couples.

Le questionnaire comporte 25 questions portant sur le degré de satisfaction sexuelle globale : 19 items sont reliés à la qualité des échanges sexuels et 6 items identifient des facteurs antécédants ou conséquants à la satisfaction sexuelle. On mesure la satisfaction sexuelle par une échelle en cinq points, variant de (0) *rarement ou jamais*, (1) *peu souvent*, (2) *quelquefois*, (3) *assez souvent* à (4) *la plupart du temps ou toujours*. Il faut noter que certains items sont inversés et sont formulés positivement (1, 2, 3, 9, 10, 12, 16, 17, 21, 22 et 23). La cote finale peut varier entre 0 et 100. Le point de rupture est à 30 : un score de 30 ou plus indique une insatisfaction sexuelle, tandis qu'un score de 29 ou moins démontre de la satisfaction sexuelle. Nous avons choisi ce questionnaire d'auto-évaluation entre autres parce qu'il s'administre et se corrige rapidement.

Pour la version originale de Hudson et al. (1981), la consistance interne a été mesurée avec trois échantillons, les coefficients alpha variant de ,91 à ,93. Un test-retest administré à une semaine d'intervalle a indiqué un coefficient de ,93. La consistance interne pour la traduction française a été mesurée avec deux échantillons, donnant des coefficients alpha de ,92 et ,93. La validation de construit

serait semblable à l'instrument américain (Turcotte, 1993). L'Appendice G contient une copie du questionnaire.

Déroulement

L'expérimentation s'est déroulée à l'Unité des Dysfonctions Sexuelles du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Pavillon St-Luc, sur une période de deux ans, soit de 1995 à 1997. L'équipe formée pour mener la recherche à terme se composait d'un médecin, d'une gynécologue, d'une psychologue, et de quelques étudiantes à la maîtrise en sexologie. Dans le but de recruter les sujets pour le groupe expérimental, l'équipe a utilisé différentes voies de publicité. Une annonce à la radio, décrivant le projet de recherche a été faite au cours d'une émission portant sur la sexualité (émission de la sexologue Claire Bouchard). Ensuite, une conférence auprès des gynécologues et obstétriciens du CHUM au Pavillon St-Luc a été animée par la psychologue et le médecin impliqués dans la recherche. Ceux-ci ont été informés des buts de la recherche et du besoin de références de femmes dyspareuniques pour l'expérimentation. De même, la gynécologue membre de l'équipe de recherche a utilisé ses ressources pour recruter des participantes. Le groupe témoin a été sollicité par l'entremise de rencontres avec des femmes par différents membres de l'équipe de recherche. Celles-ci se sont portées volontaires et n'ont bénéficié d'aucune rémunération pour leur participation.

Le protocole de sélection des sujets s'est déroulé en trois volets : l'entrevue dirigée, passation des questionnaires, et l'examen gynécologique. Les différentes étapes de la recherche ont eu lieu le même jour au Pavillon St-Luc ; ainsi les sujets du groupe expérimental et du groupe témoin se sont déplacés qu'à une occasion. A son arrivée à la clinique de dysfonctions sexuelles du Pavillon St-Luc, la participante était conduite à une salle où avait lieu l'entrevue dirigée. Cette entrevue était une rencontre individuelle de chaque sujet avec la psychologue ou les étudiantes à la maîtrise en sexologie de l'équipe de recherche. La rencontre avait pour but d'expliquer au sujet les étapes de la recherche, d'obtenir son consentement écrit (voir exemplaire en Appendice A) et d'aider celle-ci à bien remplir le formulaire de l'entrevue dirigée. Cette rencontre durait approximativement 45 minutes. Suite à cette étape, le sujet était mené à une salle de l'Unité des Dysfonctions Sexuelles (au Pavillon St-Luc), où elle devait répondre aux différents questionnaires. La durée de passation des tests variait entre une heure trente minutes et trois heures, selon la rapidité du sujet. Un membre de l'équipe de recherche se présentait à l'occasion dans la salle pour répondre aux questions de la participante. Le nom des sujets n'apparaissait pas sur les questionnaires : ceux-ci ne pouvaient être identifiés par les questionnaires, qui étaient codés par chiffres.

L'examen médical terminait l'évaluation ; le sujet rencontrait le médecin désigné de l'équipe, puis passait un examen gynécologique. Cette rencontre avait lieu afin de déterminer avec autant de précision possible l'existence d'une origine

organique à la douleur. En plus d'un examen gynécologique de routine, il y avait des analyses d'urine et des cultures. La présence d'indices d'organicité amenait le médecin à référer la participante pour une colposcopie ou une laparoscopie.

Plan de l'expérience

Pour les analyses statistiques univariées, on retrouve un plan de recherche dont le schème est à un facteur : la variable indépendante devient le groupe (à deux niveaux: les femmes dyspareuniques et les femmes du groupe témoin) et les variables dépendantes sont les caractéristiques évaluées par les questionnaires, soit les traits de personnalité, la psychopathologie, la présence d'abus sexuel, la satisfaction conjugale et sexuelle.

Résultats

Les analyses statistiques comprennent des analyses univariées et multivariées, qui ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS PC plus, version 7.5. Dans un premier temps, des analyses univariées ont été faites, suivi par des analyses multivariées. Les questionnaires utilisés dans la recherche contenaient des variables continues ainsi que des variables catégorielles (p. ex, « oui » ou « non » comme choix de réponse). Les analyses univariées ont donc respecté ces deux types de variables: pour les variables continues, des tests- t de Student ont été employés et pour les variables catégorielles nous avons utilisé des chis carrés de Pearson. Les analyses univariées ont été effectuées dans le but de faire une sélection préliminaire pour les analyses multivariées prévues par la suite. Les variables des deux groupes présentant certaines différences jugées intréressantes ont été retenus en utilisant le seuil de signification suivant : $p < 0,25$. L'outil d'analyse multivariée utilisé par la suite était la régression logistique hiérarchique pas à pas, qui nous a permis de faire une opération de modélisation des caractéristiques spécifiques aux femmes souffrant de dyspareunie. Pour une meilleure compréhension des résultats, nous présenterons les analyses univariées en premier lieu, suivi des analyses multivariées.

Les données brutes ont subies très peu de transformations lors des analyses. Une compilation des scores totaux des échelles se sont faites pour chaque questionnaire, puis des transformations des données brutes ont eu lieu pour certains questionnaires (p. ex., transformation en score T pour le SCL-90). (La section

réservée à la description des questionnaires, dans le chapitre précédent, mentionne le moyen de calculer les scores de chaque instrument utilisé).

Un grand nombre de caractéristiques spécifiques aux femmes du groupe expérimental a été relevé, surtout lors des analyses des résultats des Formulaires A et B. Le paragraphe qui suit sera consacré à une description des échantillons des femmes dyspareuniques de notre recherche (échantillon apparié $n=69$). Les caractéristiques habituelles de leur douleur, répartie en trois catégories, nous indique que la douleur est limitée à un point précis pour 57.8% des femmes dyspareuniques, est généralisée pour 32.8% d'entre elles et changeante pour 9.4% des femmes du groupe. Les situations dans lesquelles ces femmes ressentent de la douleur ne se limiteraient pas seulement aux relations sexuelles avec pénétration de la part du partenaire. Celles-ci éprouvent significativement plus de douleur que les femmes du groupe témoin dans les situations suivantes : lorsqu'elles portent des vêtements serrés ($\chi=12.13$; $p=0,000$; $df=1$), lors de l'urination ($\chi=4.97$; $p=0,026$; $df= 1$), à l'insertion d'un tampon ($\chi=15.46$; $p=0,000$; $df=1$), lors de la masturbation avec un objet ($\chi=6.28$; $p=0,012$; $df=1$), lors de la stimulation manuelle de la part du partenaire ($\chi= 10.44$; $p=0,001$; $df=1$), lors de l'insertion d'un ($\chi=12.68$; $p=0,000$; $df= 1$) ou deux ($\chi=13.92$; $p=0,000$; $df= 1$) de ses doigts ou de ceux de son partenaire dans le vagin ($\chi=32.19$; $p=0,000$; $df=1$; $\chi=41.20$; $p=0,000$; $df=1$) et finalement, au cours d'un examen gynécologique de routine ($\chi=51.84$

; $p=0,000$; $df= 1$). Ces femmes souffrent aussi plus fréquemment de douleur arthritique ($\chi=3.98$; $p=0,040$; $df= 1$), de douleur abdominale ($\chi=16.69$; $p=0,000$; $df=1$) de douleur au cou ($\chi=6.69$; $p=0,009$; $df= 1$), de douleur rénale ($\chi=3.98$; $p=0,040$; $df=1$) et de douleur au dos ($\chi=8.57$; $p=0,003$; $df=1$). Leur histoire médicale indique qu'elles auraient eu un nombre significativement plus important d'infections vaginales ($t=2.47$; $p=0,016$; $df=115$) et ressentiraient significativement plus de douleur lors des menstruations ($t=2.91$; $p=0,004$; $df= 115$). Leur fonctionnement sexuel diffère aussi ; la fréquence ($t=2.52$; $p=0,013$; $df= 114$) et le niveau de désir sexuel ($t=3.30$; $p=0,001$; $df=134$) lors des derniers six mois est significativement plus faible pour les femmes dyspareuniques. Le niveau d'excitation sexuelle va dans le même sens ($t=5.02$; $p=0,002$; $df=134$). La fréquence de la masturbation ($t=3.01$; $p=0,003$; $df= 128$) et le pourcentage de relations sexuelles avec orgasme ($t=5.82$; $p=0,000$; $df=128$) sont aussi significativement plus bas pour ces femmes. Par contre la possibilité d'orgasme lors de stimulation manuelle ($t=0.67$; $p=0,505$; $df= 119$) ou orale du partenaire ($t=1.37$; $p=0,174$; $df= 116$) ne semble pas être affecté : les dyspareuniques atteignent l'orgasme 54.1% du temps lors de stimulation manuelle et 48.1% du temps lors de stimulation orale, tandis que les femmes du groupe témoin ont un orgasme 58.9% du temps lors de stimulation manuelle et 58.6% lors de stimulation orale. Les femmes dyspareuniques rapportent avoir une plus grande aversion pour les relations sexuelles ($t=5.40$; $p=0,000$; $df= 133$). De plus, les partenaires des femmes dyspareuniques ont moins de temps de pénétration avant l'éjaculation ($t=2.25$; $p=0,026$; $df=122$) et un plus faible pourcentage d'essais avec orgasme ($t=2.49$;

Tableau 4
 Comparaison univariée des 2 groupes
 sur leur histoire médicale et leur fonctionnement sexuel

Variables dépendantes	N (N=69)		D (N=69)		t	p
	\bar{x}	écart-type	\bar{x}	écart-type		
Nombre d'infections vaginales	1.02	2.09	2.65	4.46	2.47 ** ⁽¹⁾	0.016
Douleurs menstruelles	42.38	33.76	62.19	39.67	2.91 **	0.004
Fréquence du désir sexuel dans les 6 mois	15.44	14.87	9.76	9.37	2.52 **	0.013
Niveau du désir sexuel dans les 6 mois	88.49	29.45	68.34	40.73	3.30 ** ⁽¹⁾	0.001
Niveau d'excitation sexuelle	95.69	31.21	67.00	35.36	5.02 **	0.000
Fréquence de la masturbation	5.13	6.40	2.33	3.83	3.01 ** ⁽¹⁾	0.003
% des relations sexuelles avec orgasme	56.40	36.87	19.32	35.72	5.82 **	0.000
Orgasmes par stimulation manuelle	58.85	37.26	54.05	41.71	0.67	0.505
Orgasmes par stimulation orale	58.62	39.53	48.14	43.58	1.37	0.174
Aversion aux relations sexuelles	10.21	7.73	33.43	34.38	5.40 ** ⁽¹⁾	0.000
Partenaires temps de pénétration	14.56	11.50	9.48	13.61	2.25 **	0.026
Partenaires essais avec orgasmes	92.37	14.65	80.08	36.28	2.49 ** ⁽¹⁾	0.015

N = Groupe de femmes témoin

D = Groupe de femmes dyspareuniques

(1) = Corrigé pour hétérogénéité de la variance

** = Significatif $p \leq 0,05$

Tableau 5
 Résultats des analyses univariées comparant la douleur
 et la consultation thérapeutique rapportées par les 2 groupes

Variables dépendantes	C	N (N=69)		D (N=69)		χ ²	p
		n	%	n	%		
Douleur d'œ aux vêtements serrés	Oui	7	10.4	24	35.8	12.13 **	0.000
Douleur lors de l'urination	Oui	5	7.5	14	20.9	4.97 **	0.260
Douleur à l'insertion d'un tampon	Oui	4	6.0	22	32.8	15.46 **	0.000
Douleur lors de la masturbation avec un objet	Oui	0	0.0	6	9.0	6.28 **	0.012
Douleur lors de la stimulation manuelle du partenaire	Oui	6	9.0	21	31.3	10.44 **	0.001
Douleur lors de l'insertion d'un doigt	Oui	1	1.5	14	20.9	12.68 **	0.000
Douleur lors de l'insertion de 2 doigts	Oui	3	4.5	19	28.4	13.92 **	0.000
Douleur lors de l'insertion d'un doigt du partenaire	Oui	2	3.0	30	44.8	32.19 **	0.000
Douleur lors de l'insertion de 2 doigts du partenaire	Oui	3	4.5	34	55.2	41.20 **	0.000
Douleur lors de l'examen gynécologique	Oui	7	10.4	48	71.6	51.84 **	0.000
Douleur arthritique	Oui	2	2.9	8	11.8	3.98 **	0.040
Douleur abdominale	Oui	3	4.3	21	30.9	16.69 **	0.000
Douleur au cou	Oui	8	11.6	20	29.4	6.69 **	0.009
Douleur rénale	Oui	2	2.9	8	11.8	3.98 **	0.040
Douleur au dos	Oui	16	23.2	32	47.1	8.57 **	0.003
Consultation thérapeutique	Oui	26	37.7	42	61.8	7.95 **	0.005

N = Groupe de femmes témoin

D = Groupe de femmes dyspareuniques

C = Catégorie

n = Nombre de personnes dans cette catégorie

% = Pourcentage de personnes dans cette catégorie

(1) = Corrigé pour hétérogénéité de la variance

** Significatif $p \leq 0,05$

$p=0,015$; $df=127$) (Les tableaux 4, p.67 et 5, p.68 permettent de mieux visualiser les différences entre les groupes de femmes au niveau de leur fonctionnement sexuel et autre). Ces femmes ont aussi été questionnées sur les raisons qu'elles utilisent pour expliquer leur douleur. Ces raisons sont réparties comme suit : 61.5% d'entre elles l'attribuent à une cause physiologique, 15.4% à une causalité psychologique et 23.1% à une combinaison des deux. Ces femmes consultent significativement plus de psychologues ($\chi=7.95$; $p=0,005$; $df=1$) dans notre étude, 61.8% du groupe expérimental sont traitées en psychothérapie, par comparaison à 37.7% du groupe témoin. L'ensemble de ces observations sur la femme dyspareuniquie semble indiquer une qualité de vie réduite pour ces femmes.

Pour les **analyses univarées**, des Tests-T et des chi carés (χ^2) ont été calculés sur les moyennes obtenues des échelles ainsi que sur les variables catégorielles de chaque questionnaire pour le groupe expérimental par rapport au groupe témoin. Les résultats considérés significatifs sont à un seuil de signification de $p < 0,05$. Nous allons réviser chaque hypothèse et exposer les résultats qui viennent les confirmer ou les infirmer. Rappelons que les hypothèses à vérifier peuvent se formuler ainsi ; les femmes souffrant de dyspareunie devraient se distinguer de la population de femmes en général en démontrant :

Hypothèse 1 – Un niveau de somatisation significativement plus élevé.

Cette hypothèse a été confirmée. Trois questionnaires ont aidé à confirmer l'hypothèse, soit le MCMI, le SCL-90 et l'Entrevue dirigée. Le Millon Multiaxial Clinical Inventory contient une échelle de syndrome clinique (échelle H, Axe I) représentant le trouble somatoforme. Un Test-T a été fait sur les moyennes des deux groupes sur cette échelle, le score moyen du groupe expérimental étant de 74.60 et le score moyen du groupe témoin étant de 65.46. Une différence statistiquement significative a été retrouvée pour les deux groupes ($t=3.17$; $p=0,002$; $df=134$). De plus, le score moyen des femmes dyspareuniques sur l'échelle somatoforme était le deuxième plus élevé sur tout le MCMI (figure 1, p.112 en appendice). Le score moyen de ces femmes se situe au point de rupture du questionnaire, établi à 75 (un score de 75 ou plus étant considéré pathologique).

Le SCL-90 contient aussi une échelle de somatisation, qui nous permet de confirmer l'hypothèse 1. Un Test-T calculé sur les moyennes obtenues sur cette échelle pour les deux groupes indique une différence statistiquement significative entre ceux-ci ($t=2.38$; $p=0,019$; $df=133$). Le score moyen du groupe expérimental étant de ($\bar{x}= 52.94$) et le score moyen du groupe témoin étant de ($\bar{x}= 49.58$) (tableau 6, p.110 en appendice).

La question no. 23 de l'Entrevue dirigée portait sur différents types de douleur ressentie régulièrement par la répondante. Un score " d'algie " a été calculé pour chaque sujet, en additionnant tout simplement chaque type de douleur à côté duquel elle avait mis

un crochet. Un Test-T calculé sur les moyennes pour le groupe expérimental ($\bar{x}=2.38$) et pour le groupe témoin ($\bar{x}=1.33$), a révélé des différences significatives entre les deux groupes au niveau de ce score d'algie : les femmes dyspareuniques avaient un score significativement plus élevé que les femmes du groupe témoin ($t=3.23$; $p=0,002$; $df=135$) (tableau 3, p.109 en appendice). Nous avons décidé d'inclure ce score d'algie comme preuve de somatisation, étant donné que le critère B du Trouble de somatisation dans le DSM IV (Appendice H) exige la présence de quatre types de douleur ou plus chez la personne pour que ce trouble soit diagnostiqué.

Hypothèse 2 – Un niveau de dépression significativement plus élevé.

Les résultats des analyses statistiques sont venus confirmer cette hypothèse. Le niveau de dépression pouvait se mesurer sur deux échelles différentes, soit l'échelle de dépression du SCL-90 et l'échelle de dépression du MCMI. En ce qui concerne le SCL-90, l'échelle de dépression a été comparée pour les deux groupes, en calculant un Test-T sur les moyennes des groupes sur cette échelle. Pour le groupe expérimental, le score moyen était de ($\bar{x}=55.39$) et pour le groupe témoin le score moyen était de ($\bar{x}=48.57$). Les résultats révèlent que le score obtenu sur l'échelle de dépression était significativement plus élevé pour le groupe de femmes dyspareuniques que pour le groupe témoin ($t=4.08$; $p=0,000$; $df= 133$) (tableau 6).

Le MCMI contient une échelle de trouble de dysthymie (échelle D, Axe I), sur laquelle nous avons effectué un Test-T sur les moyennes des deux groupes. Une différence significative entre les deux groupes s'est révélée, le score moyen obtenu sur l'échelle de dysthymie étant significativement plus élevé chez les dyspareuniques ($\bar{x}=67.57$) que chez le groupe témoin ($\bar{x}=49.18$), ($t=3.90$; $p=0,000$; $df= 134$) (tableau 7, p.111 en appendice).

Hypothèse 3 – Un niveau d'anxiété significativement plus élevé.

Cette hypothèse a été partiellement confirmée. Nous avons utilisé deux questionnaires pour nous aider à confirmer la troisième hypothèse, soit le MCMI et le SCL-90. Un Test-T a été fait sur les moyennes de l'échelle du trouble d'anxiété du MCMI (échelle A, Axe I) pour les deux groupes. On a retrouvé une différence significative entre les deux groupes ; le score sur l'échelle d'anxiété était plus élevé pour le groupe expérimental ($\bar{x}=79.26$) que le groupe témoin ($\bar{x}=62.07$), ($t=4.14$; $p=0,000$; $df=134$) (tableau 7). En fait, le score moyen d'anxiété des femmes dyspareuniques était le plus élevé de tout le MCMI, dépassant le point de rupture fixé à 75 (figure 1, p.112 en appendice).

En ce qui concerne l'anxiété mesurée avec l'échelle d'anxiété du SCL-90, les résultats n'ont pas révélé de différence significative entre les deux groupes ($t=1.63$; $p=0,106$; $df=133$). Par contre, un Test-T effectué sur les moyennes de l'échelle d'anxiété

phobique du SCL-90 pour les deux groupes va dans le même sens des scores sur le MCMI : une différence significative existe entre les deux groupes, le score moyen sur l'échelle d'anxiété phobique étant significativement plus élevé chez les femmes dyspareuniques ($\bar{x}=50.56$) que chez les femmes du groupe témoin ($\bar{x}=48.29$), ($t=2.43$; $p=0,017$; $df= 134$) (tableau 6).

Hypothèse 4 – Des traits de personnalité histrionique significativement plus élevés.

La quatrième hypothèse a été infirmée : aucun trait de personnalité histrionique était présent de façon significative chez les femmes souffrant de dyspareunie. Le MCMI nous a permis de vérifier cette hypothèse avec son échelle de personnalité histrionique (échelle 4, Axe II). Un Test-T fait sur les moyennes des deux groupes de cette échelle a donné les résultats suivants : une différence significative entre les deux groupes a été remarquée sur cette échelle, les femmes **du groupe témoin** présentant un score moyen de traits de personnalité histrionique ($\bar{x}=72.66$) significativement plus élevé que les femmes du groupe expérimental ($\bar{x}=62.88$), ($t=2.44$; $p=0,016$; $df=134$) (tableau 7).

Hypothèse 5 – Des traits de personnalité obsessionnelle – compulsive significativement plus élevés.

La cinquième hypothèse a été infirmée. Les questionnaires utilisés pour vérifier cette hypothèse étaient le SCL-90 et le MCMI. Un Test-T portant sur les moyennes des deux groupes sur l'échelle de personnalité obsessionnelle-compulsive (échelle 7, Axe II) du

MCMI n'a révélé aucune différence significative entre les deux groupes ($t=0.63$; $p=0,530$; $df=134$). Le score moyen du groupe expérimental étant de ($\bar{x}=67.72$) et le score moyen du groupe témoin étant de ($\bar{x}=66.54$). Par contre, une analyse statistique identique (Test-T) portant sur les moyennes des deux groupes sur l'échelle d'obsession-compulsion du SCL-90 a révélé des différences significatives entre les groupes : les femmes du groupe expérimental avaient un score moyen significativement plus élevé sur cette échelle ($\bar{x}=51.97$) que les femmes du groupe témoin ($\bar{x}=46.67$), ($t=3.16$; $p=0,002$; $df=133$) (tableau 6).

Hypothèse 6 – Des traits de personnalité passive –agressive significativement plus élevés.

Cette hypothèse est confirmée. L'échelle de personnalité passive-agressive (échelle 8, AxeII) du MCMI a été employée pour valider cette hypothèse. Un Test-T performé sur les moyennes de deux groupes sur cette échelle indique des différences significatives entre les groupes : les femmes du groupe expérimental avaient un score moyen significativement plus élevé sur l'échelle de personnalité passive-agressive ($\bar{x}=44.01$) que les femmes du groupe témoin ($\bar{x}=34.07$), ($t=2.46$; $p=0,015$; $df=134$) (tableau 7).

Hypothèse 7 – Un niveau de satisfaction conjugale significativement moins élevé.

La septième hypothèse n'a pas été confirmée. L'Échelle de Satisfaction Maritale a été utilisée comme moyen de vérifier cette hypothèse. Un Test-T a été fait sur les

moyennes du score total obtenu sur les questionnaire pour les deux groupes. Aucune différence significative entre les deux groupes a été observée ($t=0.43$; $p=0,668$; $df=104$). Le score moyen du groupe expérimental sur l'ÉSM étant de ($\bar{x}=3.09$) et pour le groupe témoin de ($\bar{x}=3.11$) (tableau 3, p.109 en appendice).

Hypothèse 8 – Un niveau de satisfaction sexuelle significativement moins élevé.

La huitième hypothèse n'est pas confirmée. Le questionnaire intitulé Échelle de Satisfaction Sexuelle (ESS) a été employé pour valider cette hypothèse. Grâce à un Test-T fait sur les moyennes du score total au questionnaire ESS pour chaque groupe, aucune différence significative n'a été trouvée ($t=1.28$; $p=0,025$; $df=105$). Le score moyen pour le groupe expérimental étant de ($\bar{x}=2.81$) et pour le groupe témoin étant de ($\bar{x}=2.86$) (tableau 3).

Hypothèse 9 – Un niveau d'expérience d'abus sexuel significativement plus élevé.

La dernière hypothèse n'a pas été confirmée. Les Formulaire A et B ont été employés pour vérifier cette hypothèse, plus spécifiquement les questions no. 45 à 48. Le test de chi-carré (χ^2) a été appliqué sur les variables catégorielles des deux groupes, pour chaque question. Les résultats de ces analyses n'ont révélé aucune différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne l'abus sexuel qui s'est produit pendant l'enfance ($\chi= 2.05$; $p=0,150$; $df=1$) ou à l'âge adulte ($\chi=2.06$; $p=0,148$; $df=1$), avec pénétration à l'enfance ($\chi= 0.03$; $p=0,856$; $df=1$) ou avec pénétration à l'âge adulte ($\chi=1.99$; $p=0,086$; $df=1$) (tableau 8, p.76).

TABLEAU 8
 Résultats des analyses univariées
 comparant les réponses des 2 groupes au niveau de l'abus sexuel

Variables	Catégorie	N (n=69)		D (n=69)		χ^2	p
		n	%	n	%		
Abus sexuel à l'enfance	oui	9	13,2	15	22,7	2,05	0,150
Abus sexuel à l'âge adulte	oui	5	7,5	10	15,4	2,06	0,148
Abus sexuel avec pénétration à l'enfance	oui	3	30	4	26,7	0,03	0,856
Abus sexuel avec pénétration à l'âge adulte	oui	6	100	8	72,7	1,99	0,086

n = Nombre de personnes dans cette catégorie
 % = Pourcentage de personnes dans cette catégorie
 N = Groupe témoin
 D = Groupe dyspareuniques

Les analyses multivariées

Nous avons effectué un deuxième type d'analyse statistique lors de l'analyse des résultats, soit la régression logistique hiérarchique. Des explications sur la procédure et les résultats des analyses seront présentées dans cette section. Cette approche de modélisation vient rajouter quelques éléments aux analyses univariées présentées précédemment. Le but de la méthode de régression logistique hiérarchique pas à pas est d'établir un modèle qui explique mieux le phénomène étudié. Nous sommes donc parti d'un modèle théorique assez large qui a été expliqué dans le chapitre 1, soit le contexte théorique. De ce contexte théorique, des hypothèses en sont découlées, que nous avons vérifié à l'aide de différents instruments, soit des questionnaires. Par la suite, nous avons fait des analyses statistiques univariées puis multivariées, pour finalement aboutir à un modèle explicatif. La régression logistique hiérarchique pas à pas se fait essentiellement en trois étapes : 1) faire une sélection des variables significatives ressortant des analyses univariées, 2) établir une matrice de corrélation entre les variables choisies, permettant de faire la sélection de celles à inclure dans le modèle, puis 3) faire les calculs statistiques pour le test de stabilité et de signification du modèle. Nous allons présenter les résultats des analyses multivariées dans l'ordre des trois étapes pour une meilleure compréhension. Pour la procédure de régression logistique hiérarchique pas à pas, des ensembles de variables décrivant le même phénomène sont rassemblés dans un bloc et plusieurs blocs peuvent être générés.

Ces blocs seront soumis ou inclus dans l'équation. Ce modèle consiste à organiser ces blocs les uns par rapport aux autres. Les variables ou blocs différenciant le mieux le phénomène étudié seront retenus comme faisant partie du modèle explicatif final. Dans cette étude, les variables retenus dans ce modèle ont engendré des valeurs manquantes et par conséquent, une perte de neuf sujets.

La première étape, telle que mentionnée précédemment consiste à comparer les deux groupes sur différentes variables, à l'aide des analyses univariées exécutées antérieurement. Nous avons retenu les variables rencontrant un seuil de signification de $p < 0,25$, considérés comme des facteurs de risque pertinents de la dyspareunie, et les avons incluses dans les analyses multivariées. D'emblée, certaines variables n'ont pas été intégrées dans l'analyse multivariée, car les résultats de l'analyse univariée indiquaient qu'elles n'étaient pas puissantes.

La deuxième étape exige de calculer les corrélations entre les variables qu'on désire inclure dans le modèle du multivariée, une matrice de corrélation est donc générée pour calculer la multicollinéarité des variables. Des corrélations fortes entre deux variables impliquent une exclusion d'une des deux variables dans l'analyse multivariée (une corrélation de .90 étant considéré comme élevée). (Le tableau 9, p.79 représente la matrice de corrélation ayant servie aux analyses multivariées de cette recherche).

Dans le troisième étape, nous avons soumis les variables sélectionnées lors de l'étape deux par blocs dans l'analyse multivariée. Nous avons retenu les cinq blocs suivants :

Bloc 1 - Caractéristiques socio-démographiques

- emploi
- statut civil
- nombre d'années de scolarité
- suivi en psychothérapie

Bloc 2 - Césarienne oui / non

Bloc 3 - Le questionnaire MCMI

Bloc 4 - Le questionnaire SCL-90

Bloc 5 - Le score total d'algie (nombre de sites douloureux)

Comme dans toute opération de modélisation, différents essais sont nécessaires pour s'assurer de la stabilité et du potentiel explicatif maximal du modèle. La stabilité de ce modèle a été vérifiée de deux façons ; soit en enlevant la variable de psychothérapie et en inversant l'ordre d'entrée des variables du MCMI et du SCL-90. Ces deux stratégies visaient en particulier à investiguer les effets des liens que pourraient entretenir les échelles du SCL-90 et du MCMI ainsi que le fait de se trouver en thérapie. Les résultats de cette démarche de vérification permettent de conclure à une bonne stabilité du modèle #1 ; en dépit du rôle que pouvait jouer l'échelle « Dépression » du SCL-90, son utilité est réduite par l'ajout des scores d'anxiété du MCMI. Mieux que les affects dépressifs, c'est le niveau d'anxiété des

femmes dyspareuniques qui permet de les caractériser.

On constate donc une opération de modélisation intéressante : les analyses de régression logistique permet de construire un modèle qui est significatif à $p < 0,0001$ le chi-carré (χ^2) étant de ($\chi=34.2$), ($df=6$) (tableau 10, p.82). La performance du modèle est comme suit : il réussit à classifier avec une sensibilité de 73.8% les femmes dyspareuniques (“ cas détectés “) et une spécificité de 75% les femmes du groupe témoin (“ normaux détectés “) (tableau 11, p.82). Nous pouvons constater que c'est une réussite qui est beaucoup mieux que le hasard (50%).

Les variables significatives retenues par le modèle sont les suivantes : le type d'emploi ($d=.002$; $f=.09$), se trouver en psychothérapie ($d=.03$; $f=.03$), l'échelle d'anxiété du MCMI ($d=.01$; $f=.015$) ainsi que le score d'algie ($d=.017$; $f=.017$) (tableau 12, p.83).

Tableau 10
Signification du modèle multivarié final

	Chi-Square	df	Significance
Model	34.180	6	0.000
Block	6.499	1	0.108
Step	6.499	1	0.108

Tableau 11
Analyses multivariées
sensibilité et spécificité du modèle final

		Predicted		Percent correct
		norm (n)	dyspar (d)	
Observed norm	n	51	17	75.00%
Dyspar	d	16	45	73.77%
			Overall	74.42%

TABLEAU 12
 Analyses multivariées
 Rapport de cotes des variables jugées significatives par le modèle final

Variables	Rapport de cotes	p	I-C	
			Limite inférieure	Limite supérieure
Emploi		0,093		
Emploi (1) Ménagère	0,80	0,868	0,0596	10,7919
Emploi (2) Étudiante	0,34	0,271	0,0490	2,3328
Emploi (3) Travail extérieur	1,05	0,963	0,1620	6,7491
Psychothérapie	1,91	0,131	0,8248	4,4145
Anxiété	1,02	0,015	1,0045	1,0421
Algie	1,33	0,075	1,0513	1,6737

Discussion

Les objectifs de cette recherche étaient de voir si les femmes dyspareuniques se distinguaient des femmes de la population générale sur le plan psychologique et de pouvoir vérifier si le modèle suggérant un profil dyspareunique pouvait bien caractériser ou différencier les femmes souffrant de dyspareunie des femmes de la population en général. Pour arriver à ces fins, nous avons comparé les réponses aux divers questionnaires des deux groupes de femmes, puis avons sélectionné les résultats les plus significatifs pour intégrer à notre modèle final. Le modèle final qui en a résulté nous a permis d'atteindre notre but. Malgré certaines découvertes inattendues (seulement quatre des neuf hypothèses ont été confirmées), nous considérons les résultats obtenus très intéressants.

La première hypothèse, qui prédisait une plus grande tendance à la somatisation chez les femmes dyspareuniques, a été confirmée. Ces résultats viennent donc compléter les études précédentes (sans groupe contrôle) de Schover et al. (1992) et de Van Lankveld et al. (1996), qui avaient observé une présence plus forte de somatisation chez les femmes dyspareuniques. Nous avons également observé qu'une partie des critères diagnostiques du trouble de somatisation (DSM IV) ont été retrouvés dans le groupe expérimental de notre recherche :

(1) Quatre symptômes douloureux : antécédents de douleur touchant au moins quatre localisations ou fonctions du corps (p. ex., la tête, le dos, les articulations, les extrémités, la poitrine, le rectum, la menstruation, les rapports sexuels, la miction).

Par contre, les autres critères diagnostiques formant le trouble de somatisation (Appendice H) n'ont pas été vérifiés par cette recherche. Pour le moment, on pourrait parler du « trouble somatoforme indifférencié », qui est prévu dans le DSM IV lorsque la personne ne répond pas à tous les critères de somatisation. L'observation que les femmes dyspareuniques aient coté fortement au niveau de la somatisation peut suggérer qu'elles adoptent ce moyen afin d'exprimer leur détresse, comme le proposent Katon et al. (1991). Le fait que les femmes du groupe expérimental aient rapporté significativement plus de douleurs que les femmes du groupe témoin peut aussi indiquer une plus faible tolérance ou une sensibilité accrue à la douleur. Ceci vient appuyer les observations de Kaplan (1983) à cet égard, qui suggère que des préoccupations hypocondriaques et des réactions obsessives à des sensations physiques normales seraient présentes chez des femmes souffrant de dyspareunie. Une étude sur la douleur par Wilson, Dworkin, Whitney et LeReshe (1994) arrive à des conclusions similaires : une douleur intense pourrait sensibiliser la personne à la douleur et encourager celle-ci à augmenter sa vigilance face à sa santé : ceci baisserait le seuil de sensibilité à détecter les sensations physiques ou à décrire celles-ci comme étant douloureuses.

De façon complémentaire, semble-t-il, l'anxiété et la dépression viennent accompagner la somatisation. Les femmes dyspareuniques ressentent significativement plus d'anxiété (globale et phobique) et de dépression que les femmes de la population en général. La présence d'anxiété globale et de dépression

chez les femmes dyspareuniques vient donc confirmer les résultats de Derogatis et al. (1981), ainsi que ceux de Meana et al. (1995) en ce qui concerne l'anxiété phobique et la dépression. Nous avons surnommé l'anxiété mesurée par le MCMI anxiété globale, puisqu'elle semble inclure mais ne pas se limiter à l'anxiété phobique. L'anxiété dite phobique se retrouve dans le SCL-90 et se définit comme étant « une peur persistante face à une personne, une place ou un objet ou une situation spécifique qui est caractérisée par une réponse irrationnelle et disproportionnée au stimulus et mène à un comportement d'évasion » (p.23, Fortin & Coutu-Wakulczyk). Il n'est pas surprenant de retrouver une anxiété phobique chez les femmes dyspareuniques si on associe la situation phobique aux relations sexuelles. Nous pouvons donc tracer un portrait de pathologies fortement associées entre elles, soit l'anxiété globale, l'anxiété phobique et la dépression.

Le trait de personnalité histrionique ne s'est pas révélé plus fortement présent chez le groupe de femmes dyspareuniques mais de façon surprenante s'est démontré plutôt fort chez le groupe témoin. Les femmes du groupe témoin présentaient aussi un profil narcissique significativement plus élevé sur le MCMI que le groupe expérimental. Il faut peut-être admettre que le recrutement d'un groupe témoin en psychologie est imparfait, et que les sujets acceptant de participer à notre recherche sur la sexualité sans rémunération ont des traits de personnalité qui leur sont spécifiques.

La confirmation seulement partielle de l'hypothèse portant sur le trait de personnalité obsessionnel-compulsif est quelque peu décevante. Ceci pourrait par contre s'expliquer par la différence entre les mesures du SCL-90 et du MCMI : le SCL-90 mesure plutôt un trouble obsessionnel-compulsif, tandis que le MCMI mesure le trait de personnalité obsessionnelle-compulsive. Les propos de Kaplan (1983), Lamont (1980) et Steg (1987) sur les tendances obsessionnelles des femmes dyspareuniques à se préoccuper de leur symptômes physiques ne sont donc pas confirmés au niveau de leur trait de personnalité. Par contre, le trouble obsessionnel-compulsif semblerait être présent chez ces femmes. Nous expliquons ce résultat de la façon suivante : les obsessions retrouvées dans le trouble obsessionnel-compulsif peuvent être reliées à des idées répétitives, qui dans le cas des femmes dyspareuniques pourraient être associées aux relations sexuelles. De même, ce trouble est souvent associé aux autres troubles d'anxiété, ce qui semble prédominer chez les femmes dyspareuniques.

Un trait de personnalité qui jusqu'alors avait été ignoré chez les dyspareuniques, soit le trait passif-agressif, a été identifié comme étant présent chez les femmes dyspareuniques de cette recherche, ce qui apporte de la nouveauté et des preuves à l'appui d'observations qui n'étaient que cliniques jusqu'à présent (communication personnelle, Alarie & Champagne, 1997). On peut croire qu'un certain nombre de femmes dyspareuniques sont incapables d'exprimer directement et clairement leurs frustrations et leurs difficultés, mais passent leur message de

façon passive-agressive. Ce trait se lie intuitivement bien à la tendance à la somatisation. Ces deux aspects permettent seulement une communication indirecte du problème, tout en permettant d'éviter une confrontation directe. De plus, la causalité du problème peut être perçue comme étant l'entourage ou une faiblesse au niveau du corps. Ceci permet donc d'éviter toute exploration au niveau personnel tout en baissant l'anxiété de la femme dyspareunIQUE. Il faut par contre intégrer le trait passif-agressif au profil général : bien qu'il soit significativement plus fort chez les femmes dyspareuniques, il n'est pas au premier plan.

Le fonctionnement sexuel des femmes dyspareuniques n'était pas le thème de notre recherche, mais a révélé des faits très intéressants, qui viennent corroborer les résultats obtenus par Meana et al. (1995). Le fait d'être dyspareunIQUE semble entraîner une plus faible fréquence des relations sexuelles et un niveau de désir plus bas pour les femmes dyspareuniques, moins d'excitation sexuelle et d'intérêt à l'auto-stimulation (masturbation), moins d'orgasmes lors des relations sexuelles et une plus grande aversion face à la sexualité. Il est donc quelque peu surprenant, dans ce contexte, qu'il n'y avait pas de différence au niveau de la satisfaction sexuelle des femmes dyspareuniques et des femmes du groupe témoin. Il faut par contre indiquer que la **satisfaction** sexuelle des femmes souffrant de dyspareunie n'avait pas été étudiée avant cette recherche. Une explication possible serait au niveau de l'instrument de mesure lui-même, le questionnaire d'Évaluation de la satisfaction sexuelle ; nous avons constaté que l'instrument évalue plutôt la

Satisfaction sexuelle **avec le partenaire**, et ne va pas isoler la satisfaction sexuelle de la femme elle-même : le questionnaire dans ce sens ressemble à celui sur la satisfaction conjugale. Une autre alternative serait de conclure comme Bancroft (1983), qui affirme que la satisfaction sexuelle n'est pas nécessairement affectée par une dysfonction sexuelle; tout dépend de l'importance qu'accorde le ou les partenaires à la sexualité. Si nous suivons cette façon de penser, nous devons affirmer que les femmes dyspareuniques dans cette étude n'accorderaient peut être pas une grande importance aux relations sexuelles.

La satisfaction conjugale des femmes souffrant de dyspareunie semblerait, de façon surprenante, à être égale à celle des femmes de la population en général. Nous nous attendions à ce que ces femmes démontrent moins de satisfaction conjugale que les femmes du groupe témoin, ce qui irait dans le même sens que les résultats de Meana et al. (1995) qui ont retrouvé un plus faible niveau d'ajustement conjugal chez les femmes dyspareuniques. Par contre, ceux-ci ont mesuré l'ajustement conjugal à l'aide de l'Échelle d'ajustement marital de Locke-Wallace (Locke & Wallace, 1959), tandis que nous avons mesuré la satisfaction conjugale avec l'Échelle de satisfaction maritale (Hudson et al., 1976) : bien que quelques questions abordent le même thème (organisation du budget familial, marques d'affection), les questions ne sont pas posées de la même façon et ne mesurent pas le même concept. Peut-être que l'ajustement et la satisfaction conjugale ne vont pas nécessairement ensemble? Ou doit-on porter des conclusions similaires à la satisfaction sexuelle, comme Trudel (1988) qui affirme qu'une dysfonction sexuelle et la

satisfaction (ou l'insatisfaction) conjugale ne vont pas toujours dans le même sens et dépendent de chaque couple?

La présence d'abus sexuel dans la vie de la femme dyspareuniquie, soit à l'âge adulte ou dans l'enfance ne semble pas avoir eu d'effet sur le développement de cette dysfonction sexuelle, soit la dyspareunie. Ceci va dans le même sens (qui était minoritaire jusqu'à présent) des résultats de Meana et al. (1995), qui n'ont pas retrouvé de différence significative entre les femmes dyspareuniques et leur groupe témoin en ce qui concerne l'abus sexuel dans l'enfance ou à l'âge adulte. Les propos de Bekker (1989), Becker et al. (1986) ainsi que Sarwer et al. (1996) sur la plus forte présence d'abus sexuel chez les femmes dyspareuniques ne sont donc pas appuyés par cette recherche.

Pour terminer, les analyses multivariées ont permis d'élaborer le modèle suivant : le type d'emploi occupé, le fait de se retrouver en psychothérapie, un score plus élevé sur l'échelle d'anxiété du MCMI ainsi qu'un score d'algie plus élevé sont des caractéristiques ou des critères qui distinguent semble-t-il, les femmes souffrant de dyspareunie des femmes de la population en général. De toutes les caractéristiques mesurées par les différents questionnaires de cette étude, soit au niveau physique, relationnel, sexuel, de la personnalité et de la psychopathologie, le modèle multivarié les a réduit à quatre facteurs de risque. Le type d'emploi, le fait de se trouver en thérapie, être anxieux et se plaindre de plusieurs sites douloureux (score d'algie) seraient les facteurs qui ont réussi **le mieux** à

prédire l'appartenance à la population féminine normale ou dyspareunIQUE. Il n'est pas surprenant de constater que l'anxiété ait été retenu dans le modèle final : nous n'avons qu'à nous référer aux Tests-T des analyses univariées : en plus d'avoir une différence significative sur l'échelle d'anxiété du MCMI, les femmes dyspareuniques ont démontré le score moyen le plus élevé sur cette échelle (dyspareuniques : $\bar{x}=79.26$; groupe témoin : $\bar{x}=62.07$; $p=0.00$; $df=134$) (Illustration, figure 1). De même, la tendance à la somatisation s'était montrée très forte lors des analyses univariées avec une différence significative au niveau du score d'algie ainsi que sur l'échelle de somatisation du MCMI, où le score moyen des femmes dyspareuniques était le deuxième plus élevé ($\bar{x}=74.60$; $p=0.00$; $df=134$). De toute évidence, le fait de se trouver en psychothérapie et son association avec la femme souffrant de dyspareunie ne serait pas autant un facteur de risque qu'une conséquence de cette dysfonction sexuelle. Les quatre variables dont nous venons de discuter sont considérés comme les meilleurs facteurs prédictifs de la dyspareunie : nous n'avons pas besoin de tous les facteurs pour ce modèle, qui se base beaucoup sur les corrélations entre les variables. Ceci ne veut pas dire par contre que les autres variables sont insignifiantes parce qu'elles n'ont pas été retenues par le modèle, au contraire, les résultats significatifs des analyses univariées sont très importants dans notre étude sur la dyspareunie et complémentaires au modèle proposé.

Les recherches futures portant sur la dyspareunie pourraient mettre l'accent sur différentes questions. La question la plus importante à notre avis est : quel est le traitement le plus efficace pour les femmes souffrant de dyspareunie? Nous proposons le développement d'un traitement axé sur la gestion de la douleur, avec l'objectif d'aider les femmes dyspareuniques à augmenter leur niveau de tolérance à la douleur. De même, un entraînement à une meilleure gestion de l'anxiété serait peut être nécessaire. L'objectif principal serait de les aider à faire face à leur détresse psychologique autrement qu'en somatisant. La tendance de ces femmes à exprimer leurs frustrations de façon passive-agressive pourrait être adressée par un entraînement à l'affirmation de soi pour les aider à exprimer leurs besoins, à tous les niveaux.

Les points faibles de cette recherche se situent aux niveaux suivants : le nombre restreint de recherches en psychologie portant sur la dyspareunie contribue par conséquent à limiter cette recherche. Conte (1983) a critiqué les moyens d'évaluation de la dyspareunie et spécifiquement l'état des instruments de mesure. Bien que quelques tests physiques précis soient disponibles pour déterminer la présence de dyspareunie, l'examen physique ainsi que l'évaluation psychologique ne seraient pas des moyens efficaces à son avis. Ces méthodes d'évaluation de la dyspareunie manqueraient de spécificité et de possibilité de généralisation. Nous avons utilisé les outils à notre disposition, les meilleurs étant selon nous les questionnaires de Meana et Binik (1995) sur la dyspareunie, qui nous semblent les

plus complets jusqu'à présent.

Le manque de questions portant sur les critères de somatisation ne nous a pas permis de confirmer ou d'infirmer la présence d'un trouble de somatisation selon les critères du DSM IV. De même, les échelles du SCL-90 et du MCMI ayant mesuré la somatisation se limitent plutôt à la dimension de préoccupation et rapport des symptômes, ne s'attardant pas aux comportements de recherche ou d'utilisation des services de santé de la personne.

Quelques échelles mesurant par exemple la dépression, l'anxiété et la somatisation se retrouvaient dans deux questionnaires, soit le SCL-90 et le MCMI, ce qui était redondant et a pu contribué aux corrélations retrouvées lors des analyses multivariées et du phénomène de collinéarité, donc d'élimination de variables : il aurait été préférable d'éliminer tout recouvrement entre ces échelles.

Finalement, un appariage des sujets *a priori* aurait de toute évidence été souhaitable dans cette recherche. Par contre, les conditions idéales étaient difficiles à respecter dans le contexte d'une recherche doctorale. De même, le faible pourcentage de recherches par la psychologie sur la dyspareunie nous a forcé à mener une étude plutôt exploratoire, avec un large inventaire de questionnaires et de concepts. Nous avons constaté par contre, à postériori, que sans ce large étendu de questions nous n'aurions pas pu recueillir les informations intéressantes obtenues dans cette recherche.

Conclusion

L'importance de découvrir les facteurs qui contribuent aux dysfonctions sexuelles en général a été soulignée par divers auteurs (Leiblum & Rosen, 1986 ; Trudel, 1988). Nous considérons que les objectifs de cette recherche ont été atteints: nous avons réussi à retrouver, en partie, ce qui distingue les femmes dyspareuniques de la population de femmes en général. Cette recherche s'est orientée uniquement vers l'exploration de facteurs psychologiques pouvant amener ou contribuer au développement de la dyspareunie chez les femmes, dans un domaine où les recherches en psychologie se font rares. L'élaboration d'un modèle pouvant expliquer en partie les facteurs psychologiques contribuant à la dyspareunie est innovateur. Nous sommes donc allés plus loin que faire une hypothèse sur la présence de pathologie générale chez ces femmes, mais avons cherché à voir exactement quelle pathologie ou facteur de risque était présent.

Il semblerait que la dyspareunie soit la dysfonction sexuelle la moins rapportée (Dodd & Parsons, 1984 ; Jarvis, 1984). Pour des intervenants intéressés à aider les femmes souffrant de dyspareunie, ceci devrait nous donner matière à réflexion. Une de raisons pour laquelle la dyspareunie est sous-rapportée, avancent Meana et Binik (1994), est que les professionnels de la santé ne s'en informent pas, peut-être par peur d'avoir à la traiter par la suite. Nous avons besoin d'une participation à un niveau multidisciplinaire, ainsi qu'une sensibilisation auprès des médecins et gynécologues qui reçoivent un grand nombre de ces femmes en consultation. Il

faudrait peut-être leur rappeler que l'histoire sexuelle est un point important à aborder en consultation. De même, les psychologues doivent être sensibilisés à l'évaluation et la présence possible de dysfonctions sexuelles dans leur pratique.

Une reconceptualisation de la dyspareunie, comme proposée par Meana et Binik (1994) semble présentement s'imposer : si la dyspareunie ne se limite pas seulement aux relations sexuelles et que la composante principale est une perception/sensibilité à la douleur ou une certaine somatisation, il faudrait en tenir compte dans la prochaine édition du DSM.

Références

- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3e éd.). Washington, DC : Author.
- American Psychiatric Association. DSM-III-R : Manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux (3e éd. révisée) (version internationale) (Washington, Dc, 1989). Traduction française par J. D. Guelfi et al., Masson : Paris.
- American Psychiatric Association. (1986). DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux (4e éd.) (version internationale) (Washington, DC, 1995). Traduction française par J. D. Guelfi et al., Masson : Paris.
- Arbanel, A. R. (1978). Diagnosis and treatment of coital discomfort. Dans J. Lopiccolo & L. Lopiccolo (Éds.), Handbook of sex therapy (pp. 241-259). New York : Plenum Press.
- Bachmann, G., Leiblum, S., Kemmann, E., Colburn, D., Schwartzman, L., & Shelden, R. (1984). Vaginal atrophy in postmenopausal dyspareunia. Female Patient, 9, 118-127.
- Bachmann, G. A., Leiblum, S. R. & Grill, J. (1989). Brief sexual inquiry in gynecologic practice. Obstetrics and Gynecology, 73, 425-427.
- Bancroft, J. (1983). Human sexuality and its problems. Edinbourg : Churchill livingstone.
- Beard, R. W., Reginald, P. W., & Wadsworth, J. (1988). Clinical features of women with chronic lower abdominal pain and pelvic congestion. British Journal of Obstetrics and Gynecology, 95, 152-161.
- Bekker, F. (1989). The pelvic pain syndrome as a psychosomatic symptom in women with conflicts in gender identity. Journal of Psychosomatic Obstretic and Gynecology, 110, 231-245.

- Becker, J. V., Skinner, L. J., Abel, G. G., & Cichon, J. (1986). Level of postassault sexual functioning in rape and incest victims. Archives of Sexual Behavior, 15, 37-49.
- Bergeron, S., Binik, Y. M., Khalifé, S., & Pagidas, K. (1996). La vestibulite vulvaire: une cause fréquente de dyspareunie. Revue sexologique, 4, 111-134.
- Bergeron, S., Binik, Y. M., Khalifé, S., & Pagidas, K. (1997). Vulvar vestibulitis syndrome : a critical review. The Clinical Journal of Pain, 13, 27-42.
- Black, J. S. (1991). Sexual dysfunction and dyspareunia in the otherwise normal pelvis. The Journal of Sexual Health, 28-31.
- Brant, H. (1978). The psychosexual problems of women. Part 2 : Female sexual dysfunctions. Midwife Health Visitor Community Nurse, 14, 73-76.
- Brown, P. (1989). Sexual dysfunction in women. Canadian Family Physician, 35, 1345-1349.
- Buvat-Herbaut, M., & Buvat, J. (1984). Conduite à tenir devant une dyspareunie chez la femme. Cahiers de sexologie clinique, 10(60), 369-378.
- Champagne, S., Martin, S., & Alarie, P. (1995). La dyspareunie : aspects psychologiques. Le clinicien, (septembre), 79-104.
- Cheung, P. L. & Hudson, W. W. (1982). Assessment of marital discord in social work practice : a revalidation of the Index of marital satisfaction. Journal of Social Service Research, 5(1), 101-118.
- Cohen, J. (1998). Traitements des dysfonctionnements sexuels usuels. Contraception, Fertilité, Sexualité, 26(4), IX-XIII.

- Comeau, S. & Boisvert, J. M. (1985). Traduction du questionnaire de satisfaction sexuelle. Montréal.
- Conte, H. R. (1983). Development and use of self-report techniques for assessing sexual functioning : A review and critique. Archives of Sexual Behavior, 12, 555-576.
- D'Elia, A. & Lagier, P.M. (1986). Inventaire Clinique Multiaxial de Millon. (Traduction et adaptation en français). Bureau d'intervention psychosociale : Montréal.
- Derogatis, L. R. (1977). SCL-90-R (Revised) Version administration, scoring and procedures, Manual 1. John Hopkins University School of Medicine.
- Derogatis, L. R. & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90 : a study in construct validation. Journal of Clinical Psychology, 33(4), 981-990.
- Derogatis, L. R., Meyer, J. K. & King, K. M. (1981). Psychopathology and sexual dysfunction. American Journal of Psychiatry, 138(6), 757-763.
- DeWitt, D. E. (1991). Dyspareunia : tracing the cause. Postgraduate Medicine, 89, 67-73.
- Dodd, B. G., & Parsons, A. P. (1984). Psychosexual problems. Dans A. Broome & L. Wallace (Éds.), Psychology and gynecological problems. (pp.189-210). New York : Tavistock Publications.
- Escobar, J. I, Burnam, M. A., Karno, M., Forsythe, A. & Golding, J.M. (1987). Somatization in the community. Archives of General Psychiatry, 44, 713-718.
- Fink, P. J. (1972). Dyspareunia: current concepts. Medical Aspects of Human Sexuality, 8, 28-45.

- Fordney, D. S. (1978). Dyspareunia and vaginismus. Clinical Obstetrics and Gynecology, 21, 205-221.
- Fortin, M. F. & Coutu-Wakulczyk, G. (1985). Validation et normalisation d'une mesure de santé mentale. Le SCL-90-R : Rapport final. Montréal : Université de Montréal.
- Frank, R. T. (1948). Dyspareunia : a problem for the general practitioner. The Journal of the American Medical Association, 136, 361-365.
- Friedrich, E. G. (1988). Therapeutic studies on vulvar vestibulitis. The Journal of Reproductive Medicine, 33, 514-517.
- Glatt, A. E., Zinner, S. H., & McCormack, W. M. (1990). The prevalence of dyspareunia. Obstetrics and Gynecology, 75, 433-436.
- Goldberg, M., Wabrek, A. J., & Young, R. L. (1987). Dyspareunia, an uncomfortable topic, Patient Care, 7, 57-64.
- Golumbok, S., Rust, J. & Pickard, C. (1984). Sexual problems encountered in general practice. British Journal of Sexual Medicine, 11, 210-212.
- Grenier, M. (1994). Pour une meilleur compréhension des facteurs prédisposants à la coïtalgie féminine. Thèse de doctorat inédite, Université du Québec à Montréal.
- Gross, R. J., Doerr, H., Caldirola, D, Guzinski, G. M., & Ripley, H. S. (1980). Borderline syndrome and incest in chronic pelvic pain patients. International Journal of Psychiatry in Medicine, 10, 79-96.
- Hall, K. S. & Leiblum, S. R. (1990). Sexual dysfunction in M. Thase, B. Edelstein & M. Hersen (Éds.). Handbook of outpatient treatment of adults : nonpsychotic mental disorder. (pp.235-269). New York : Plenum Press.

- Harrop-Griffiths, J., Katon, W., Walker, E., Holm, L., Russo, J., & Hickok, L. (1988). The association between chronic pelvic pain, psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse. Obstetrics and Gynecology, *71*, 589-594.
- Hartnell, A. M. in discussion, Clave, M. (1955) The problem of dyspareunia. Proceedings of the First New Zealand Congress. New Zealand Medical Journal, *54*, 297-306.
- Hudson, W. W. & Harrison Glisson, D. (1976). Assessment of marital discord in social work practice. Social Service Review, *50*, 293-311.
- Hudson, W. W., Harrison, D. F. & Crosscup, P C. (1981). A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationships. The Journal of Sex Research, *17*(2), 157-174.
- Huffman, J. W. (1976). Office gynecology : relieving dyspareunia. Postgraduate Medicine, *59*, 223-226.
- Jarousse, F. X., & Poudat, N., (1985). Dyspareunie. Cahiers de sexologie clinique, *11*, 48-52.
- Jarvis, G. J. (1984). Dyspareunia. British Medical Journal, *288*, 1555-1556.
- Kaplan, H. S. (1974). The new sex therapy. New York : Brunner/Mazel.
- Kaplan, H. S. (1983). The evaluation of sexual disorders : Psychological and medical aspects. New York : Brunner/Mazel.
- Katon, W., Lin, E., Von Korff, M. R., Russo, J., Lipscomb, P. & Bush, T. (1991). Somatization : a spectrum of severity. American Journal of Psychiatry, *148*, 34-40.

- Kinsey, A., Pomeroy, W. B & Martin, C. E. (1948). Sexual behavior in the human male. Philadelphia : W. B. Saunders Co.
- Kinsey, A. (1953). Sexual behavior in the human female. Philadelphia : W. B. Saunders.
- Lamont, J. A. (1980). Female dyspareunia. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 136, 282-285.
- Lazarus, A. A. (1980). Psychological treatment of dyspareunia. Dans S. R. Leiblum & L. A. Pervin (Éds.), Principles and practice of sex therapy (pp. 147-166). New York : Guilford Press.
- Lazarus, A. A. (1986). Dyspareunia : A multimodal psychotherapeutic perspective. Dans S. R. Leiblum & R. C. Rosen (Éds.), Principles and practice of sex therapy: Update for the 1990's (pp. 89-112). New York : Guilford Press.
- Leiblum, S. R. & Rosen, R. C. (1986). Principles and practice of sex therapy : update for the 1990's. New York : Guilford Press.
- Levine, S. B., & Rosenthal, M. (1977). Marital sexual dysfunction : female dysfunctions. Annals of Internal Medicine, 86, 588-597.
- Locke, H. J. & Wallace, K. M. (1959). Short Marital-Adjustment and Prediction Tests: Their reliability and validity. Marriage Family Living, August, 251-255.
- Masters, W. & Johnson, V. E. (1970). Human sexual inadequacy. Boston : Little Brown.
- Meana, M., & Binik, Y. M. (1994). Painful coitus : a review of female dyspareunia. The Journal of Nervous and Mental Disease. 182, 264-272.

- Meana, M., Binik, Y. M., Khalifé, S. & Cohen, D. R. (1995). Deconstructing dyspareunia : Description, classification and biopsychosocial correlates of a pain disorder. Thèse de doctorat inédite, Mc Gill University.
- Meana, M., Binik, Y. M., Khalifé, S., & Cohen, D. (1997) Dyspareunia: sexual Dysfunction or pain syndrome? Journal of Nervous and Mental Disease., 185, 561-569.
- Mears, E. (1958). Dyspareunia. British Medical Journal, 2, 443-445.
- Melzack, R. & Casey, K. L. (1968). Sensory motivational and central control of determinants of pain. Dans D. R. Kenshalo (Éd.), The skin senses (pp.423-439). Springfield : C. C. Thomas.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). Classification of chronic pain : Syndromes and definitions of pain terms prepared by the task force on taxonomy of the International Association for the study of pain. 2nd ed. Seattle : International Association for the study of pain press.
- Millon, T. (1983). Millon clinical multiaxial inventory manual.(3e éd.). Minneapolis : Interpretative scoring systems.
- Mimoun, S. (1990). Le corps douloureux en gynécologie. Revue de médecine psychosomatique, 21, 45-52.
- Mira, J. J. (1988). A therapeutic package for dyspareunia : a three case example. Sexual and Marital Therapy, 3, 77-82.
- O'Donohue, W. & Greer, J. H. (1993). Handbook of sexual dysfunctions : Assessment and treatment. Toronto : Allyn & Bacon.
- Poudat, F. X., & Jarousse, N. (1986). Traitement comportemental des difficultés sexuelles. Paris : Maloine.

- Quevillon, R. (1993). Dyspareunia. Dans W. O'Donohue & J. H. Greer (Éds.) Handbook of sexual dysfunction : assesement and treatment. (pp.367-380) Toronto: Allyn & Bacon.
- Riley, A. J. (1992). Vaginal dryness and dyspareunia. The Journal of Sexual Health, 11, 8-18.
- Rosen, R. C. & Leiblum, S. R. (1995). Treatment of sexual disorders in the 1990s: An integrated approach. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 977-890.
- Rosen, R. C., Taylor, J. F., Leiblum, S. R., & Bachmann, G. A. (1993). Prevalence of sexual dysfunction in women : results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. Journal of Sex and Marital therapy, 19, 171-188.
- Sandbergh, G., & Quevillon, R. P. (1987). Dyspareunia : an integrated approach to assessment and diagnosis. The Journal of Family Practice, 24, 66-69.
- Sarazin, S. K., & Seymour, S. F. (1991). Causes and treatment options for women with dyspareunia. Nurse Practitioner, 16, 30-41.
- Sarwer, D. B., & Durlak, J. A. (1996). Childhood sexual abuse as a predictor of adult female sexual dysfunction : a study of couples seeking sex therapy. Child Abuse & Neglect, 20(10), 963-971.
- Schellen, T. M., & Schellen, C. M. (1983). Dyspareunia, an increasing symptom in gynecology. International Journal of Fertility, 28, 116-118.
- Schover, L., Friedman, J. M., Weiler, S. J., Heiman, J. R. & LoPiccolo, J. (1982). Multiaxial problem-oriented system for sexual dysfunctions. Archives of General Psychiatry, 39, 614-619.

- Schover, L. R. & Jensen, S. B. (1988). Sexuality and chronic illness : A comprehensive approach. New York : Guilford Press.
- Schover, L., Youngs, D. D., & Cannata, R. (1992). Psychosexual aspects of the evaluation and management of vulvar vestibulitis. American Journal of Obstetric Gynecology, 167, 630-636.
- Sotile, W. M. & Kilman, P. R. (1977). Treatments of psychogenic female sexual dysfunction. Psychological Bulletin, 84, 619-633.
- Spano, L., & Lamont, J. A. (1978). Dyspareunia : A symptom of female sexual dysfunction. Canadian Nurse, 71, 22-25.
- Spector, I. P., & Carey, M. P. (1990). Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions : A critical review of the empirical literature. Archives of Sexual Behavior, 19, 389-408.
- Steege, J. (1984). Dyspareunia and vaginismus. Clinics in Obstetrics and Gynecology, 27, 750- 759.
- Steg, G. (1987). La douleur vulvo-vaginale et ses obsessions. Contraception - fertilité - sexualité, 15(12), 1211-1217.
- Stuart, F. M. & Hammond, D. C. (1980). Sex therapy. Dans Stuart, R. B. (Éd.). Helping couple change : A social learning approach to marital therapy. (pp. 301-366). New York : Guilford Press.
- Stuntz, R. C. (1986). Painful intromission. Medical Aspects of Human Sexuality, 20(2), 68-72.
- Tollison, D. C., & Adams, H. E. (1979) Sexual disorders : Treatment, theory, research. New York : Gardner Press.

- Tordjman, G. (1988). Quand le rapport sexuel reste douloureux. Cahiers de sexologie clinique, 14, 23-26.
- Tordjman, G. (1992). Dyspareunies féminines d'origine urologique. Cahiers de sexologie clinique, 18, 16-18.
- Trudel, G. (1988). Les dysfonctions sexuelles, évaluation et traitement. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Turcotte, M.-J. (1993). Validation de la traduction française du Index of Sexual Satisfaction. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.
- Van Lankveld, J. J. D. M., Weijnen, P. TH. M. & Ter Kuile, M. M. (1996). Psychologic profiles of and sexual function in women with vulvar vestibulitis and their partners. Obstetrics & Gynecology, 88(1), 65-69.
- Wilson, L., Dworkin, S.F., Whitney, C & LeResche, L. (1994). Somatization and pain dispersion in chronic temporomandibular pain disorder. Pain, 57, 55-61.
- Wincze, J. P. & Carey, M. P. (1991). Sexual dysfunction : A guide for assessment and treatment. New York : Guilford Press.

Tableau 3

Résultat des analyses univariées comparant les cotes moyennes des 2 groupes sur l'âge, le nombre d'années de scolarité ainsi que sur les échelles du ESM, ESS et le score d'Algje

Variables dépendantes	N (N=69)		D (N=69)		t	p
	\bar{x}	écart-type	\bar{x}	écart-type		
Âge	32.10	9.42	31.80	9.41	0.24	0.814
ESM	3.11	0.22	3.09	0.19	0.43	0.668
ESS	2.86	0.16	2.81	0.20	1.28	0.205
Score d'algje	1.33	1.48	2.38	2.24	3.23 ** ⁽¹⁾	0.002
Nombre d'années de scolarité	16.20	3.34	15.84	2.71	0.70	0.485

N = Groupe de femmes témoin

D = Groupe de femmes dyspareuniques

(1) = Corrigé pour hétérogénéité de la variance

** = Significatif $p \leq 0,05$

Tableau 6
 Résultats des analyses univariées
 comparant les cotes moyennes des 2 groupes sur les échelles du SCL-90

Variables dépendantes	N (N=69)		D (N=69)		t	p
	\bar{x}	écart-type	\bar{x}	écart-type		
Échelle somatoforme	49.58	7.47	52.94	8.92	2.38 **	0.019
Échelle obsessif-compulsif	46.67	8.62	51.97	10.82	3.16 **	0.002
Échelle sensibilité interpersonnelle	50.19	8.12	52.85	9.51	1.75	0.082
Échelle dépression	48.57	9.45	55.39	9.99	4.08 **	0.000
Échelle anxiété	48.58	6.82	50.91	9.50	1.63 (1)	0.106
Échelle hostilité	48.32	7.60	51.12	8.04	2.08 **	0.039
Échelle anxiété phobique	48.29	4.12	50.56	6.45	2.43 **(1)	0.017
Échelle paranoïa	45.84	8.02	47.30	8.18	1.05	0.296
Échelle psychotisme	51.39	7.11	53.62	7.62	1.76	0.081

N = Groupe de femmes témoin

D = Groupe de femmes dyspareuniques

(1) = Corrigé pour hétérogénéité de la variance

** = Significatif $p \leq 0,05$

Tableau 7
 Résultats des analyses univariées
 comparant les cotes moyennes des 2 groupes sur les échelles sélectionnées
 du Millon Clinical Multiaxial Inventory

Variables dépendantes MCMi		N (N=69) x̄ écart-type		D (N=69) x̄ écart-type		t	p
Échelle 1	Schizoïde-anti-social	27.19	19.31	36.22	24.92	2.36 ** ⁽¹⁾	0.020
Échelle 2	Évitant	35.53	22.30	43.78	24.41	2.06 **	0.042
Échelle 4	Hystérique	72.66	20.54	62.88	25.86	2.44 ** ⁽¹⁾	0.016
Échelle 5	Narcissique	74.74	20.09	68.06	22.35	1.83	0.069
Échelle 6	Anti-social agressif	64.37	18.07	58.43	17.62	1.94 **	0.054
Échelle 7	compulsif	66.54	11.86	67.72	9.85	0.63	0.530
Échelle 8	Passif-agressif	34.07	21.83	44.01	25.26	2.46 **	0.015
Échelle S	Schyzotypique	44.71	16.18	50.82	17.91	2.09 **	0.039
Échelle C	Borderline Cyclothimique	48.29	18.88	62.10	21.95	3.93 **	0.000
Échelle P	Paranoïde	63.37	15.67	68.71	13.20	2.15 **	0.033
Échelle A	Anxiété	62.07	21.60	79.26	26.59	4.14 **	0.000
Échelle H	Somatoforme	65.46	15.87	74.60	17.71	3.17 **	0.002
Échelle D	Dysthimique	49.18	24.83	67.57	29.97	3.90 **	0.000
Échelle SS	Pensée psychotique	51.00	9.74	54.60	9.93	2.14 **	0.034
Échelle CC	Dépression psychotique	42.28	11.18	48.16	13.54	2.76 ** ⁽¹⁾	0.007

N = Groupe de femmes témoin

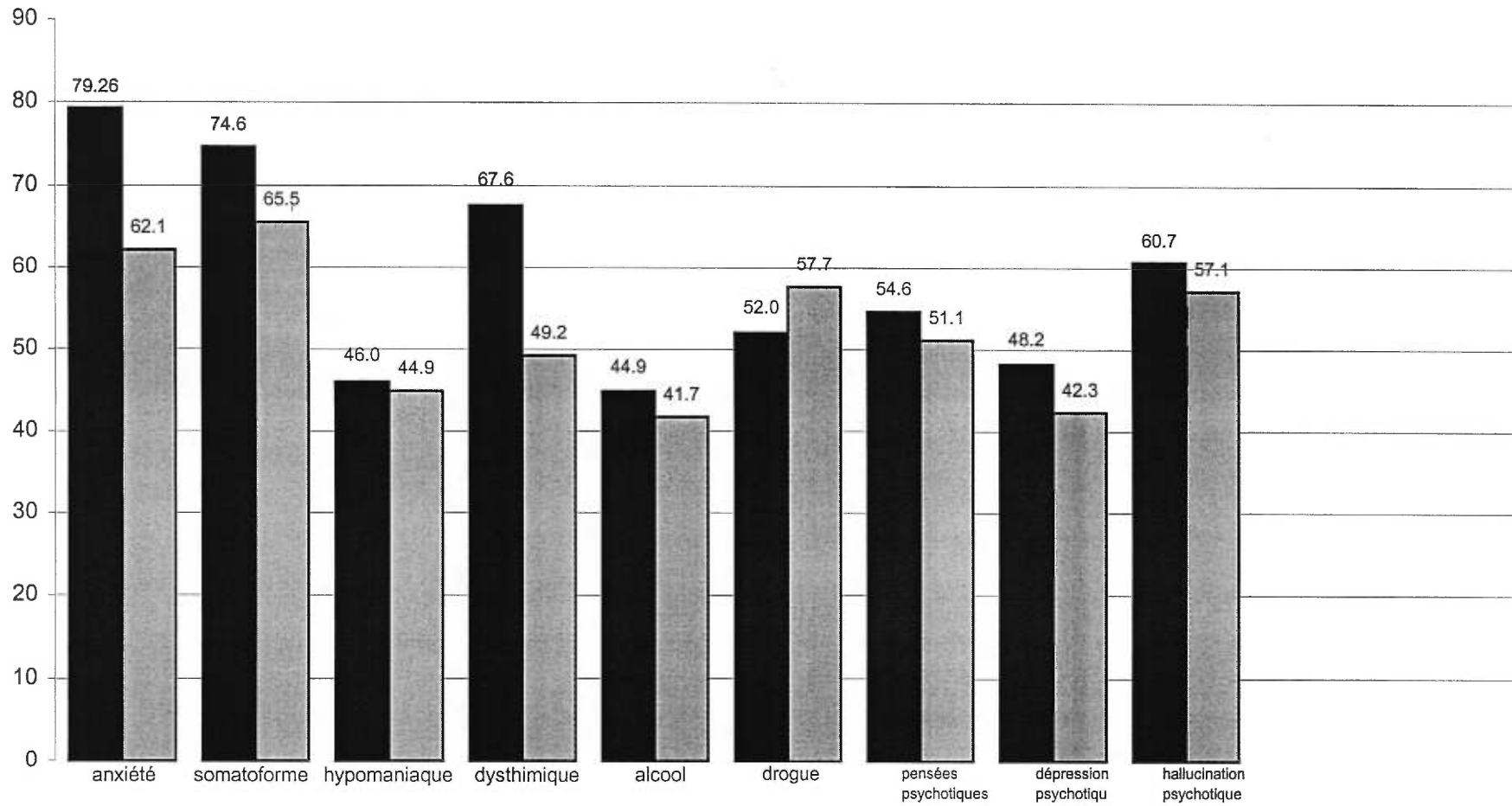
D = Groupe de femmes dyspareuniques

(1) = Corrigé pour hétérogénéité de la variance

** = Significatif $p \leq 0,05$

Figure 1
Comparaison des deux groupes
sur les échelles de syndrômes cliniques
du Millon Multiaxial Clinical Inventory

■ = Groupe expérimental
■ = Groupe témoin
N-S = Non-significatif



Appendice A

Lettre de consentement des participantes



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Etude sur l'étiologie (les causes) de la dyspareunie
(douleurs coïtales chez la femme)

Cette étude a pour but d'examiner la douleur qu'un nombre significatif de femmes ressentent durant les relations sexuelles, de même que les corrélats physiologiques et psychologiques de cet état. Cette démarche vers une meilleure compréhension de ce problème trop souvent négligé vise à aider les professionnels de la santé à développer des traitements plus efficaces pour les femmes qui souffrent de ce problème frustrant et dérangeant.

J'accepte librement de participer au projet de recherche intitulé "La dyspareunie: dysfonction à démystifier". projet dirigé par Dr. Pierre Alarie, Dr. Marie-Josée Dupuis et Sylvie Champagne, D.Ps., principaux investigateurs, ainsi que l'Unité des Dysfonctions Sexuelles de l'Hôpital St-Luc.

Parmi les étapes suivantes, j'accepte librement de participer à celles que j'ai cochées

- Entrevue dirigée et questionnaires portant sur mon histoire médicale, mes douleurs durant les relations sexuelles, ma sexualité, mes attitudes face à mon corps, mes relations, mes croyances ainsi que mes symptômes physiques et psychologiques (Durée: 60 à 90 minutes).
- Examen gynécologique de routine.
- Analyse d'urine et cultures
- Colposcopie (procédure habituellement sans douleur lors de laquelle le vagin et le col de l'utérus sont amplifiés et traités avec une solution permettant de détecter toute anomalie. L'inconfort est équivalent à celui ressenti lors d'un examen au spéculum).
- Laparoscopie (si nécessaire)

Il est entendu que toute information me concernant demeure strictement confidentielle.

Il est entendu que je suis nullement obligée de participer à cette étude. De plus, je demeure libre de me retirer de l'étude en tout temps ou de refuser de répondre à n'importe quelle question, et ce, sans avoir à fournir d'explication.

Advenant que j'aie des plaintes ou des insatisfactions par rapport à cette étude, je sais que je peux communiquer, si je le veux, avec Sylvie Champagne, psychologue à l'Unité des Dysfonctions Sexuelles de l'Hôpital St-Luc (Tél.: 281-2490).

Signature

Nom en lettres moulées

Date

Témoin

Appendice B
L'Entrevue dirigée



ENTREVUE DIRIGEE SUR
LA DYSPAREUNIE

- 1- Informations démographiques
- 2- Histoire médicale
- 3- Entrevue sur la dyspareunie

Numéro de la participante: _____

Référée par: _____

Examinatrice: _____

Date: _____

Lieu: _____ Heure: _____

INFORMATIONS DEMOGRAPHIQUES

- 1) Date de naissance: ____/____/____
 jour mois année
 Nombre de frère(s) ____
 Nombre de soeur(s) ____
 Rang occupé ____
- 2) Lieu de naissance: _____
- 3) Lieux de naissance de la mère _____
 et du père _____
- 4) Dans quelle religion avez-vous été élevée? _____
 Pratiquez-vous encore cette religion? Oui Non
 Sinon, pratiquez-vous une autre religion? Oui Non
 Si oui, laquelle? _____
- 5) Avez-vous un partenaire sexuel régulier? Oui Non
 Si oui, depuis quand? _____
- 6) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles avec un ou des partenaires qui vous ne considérez pas comme réguliers? Oui Non
- 7) Laquelle des situations suivantes décrit le mieux votre situation?
- a) célibataire non engagée dans une relation
 b) célibataire avec un partenaire régulier
 c) en union de fait
 d) mariée
 e) séparée
 f) divorcée
 g) veuve
- 8) Avez-vous des enfants (i.e. enfant biologique, et adopté)? Oui Non
 Si oui, indiquer le nombre ainsi que l'âge de chacun:
 Nombre d'enfant(s): _____ Age: ____/____/____/____/____/____
- 9) Avec combien de personnes partagez-vous votre domicile? _____
 Quelle est votre relation avec chacune de ces personnes? (ex.: mari, enfant, etc.)

- 10) Combien d'années d'étude avez-vous complétées? _____
 Dernier diplôme obtenu: _____
- 11) Quel est votre emploi actuel?
- Ménagère _____
 Etudiante _____ Domaine d'étude _____
- Autre emploi _____ Spécifier _____
 Sans emploi _____
 Dans quel domaine avez-vous été formée si vous ne travaillez pas dans ce domaine présentement: _____

HISTOIRE MEDICALE

- 1) Vos menstruations sont-elles régulières? Oui Non
Sinon, indiquer si vous êtes dans votre ménopause ou toute autre raison pour laquelle vos menstruations sont irrégulières. Puis passez au no. 4
-
-

2) Quelle est la durée de votre cycle menstruel? _____ jours

Quelle est la durée de vos menstruations? _____ jours

- 3) Indiquer sur l'échelle ci-dessous le degré de douleur que vous ressentez habituellement lors de vos menstruations. (dysménorrhée)

aucune
douleur

douleur modérée

douleur
extrême

- 4) Parmi les moyens suivants, lequel ou lesquels décrivent le mieux votre situation en ce qui concerne la contraception?

a) la douche vaginale

c) le condom

e) la cape cervicale

g) le stérilet

i) la pilule du lendemain

k) l'hystérectomie

m) je suis stérile

o) je suis ménopausée

q) le coït interrompu

(retrait avant l'éjaculation)

s) j'essaie de devenir enceinte

u) j'allaite

w) autre, préciser:

b) la gelée ou mousse spermicide

d) le diaphragme

f) l'éponge vaginale

h) la pilule

j) la ligature des trompes

l) mon partenaire a une vasectomie

n) mon partenaire est stérile

p) la méthode rythmique

(i.e. abstinence durant l'ovulation)

r) aucun moyen contraceptif même si

je ne veux pas devenir enceinte

t) je suis enceinte

v) abstinence complète

- 5) Avez-vous déjà eu une césarienne? Oui Non

Si oui, indiquer quand cela a-t-il eu lieu?

_____/_____/_____/_____/_____
mois / année mois / année mois / année mois / année mois / année

- 6) Au moment de la naissance de votre bébé, avez-vous eu une épisiotomie,
i.e.- une incision au niveau de l'ouverture vaginale afin de faciliter la sortie du bébé?
Oui Non Je ne sais pas

Si oui, indiquer quand cela a-t-il eu lieu?

_____/_____/_____/_____/_____
mois / année mois / année mois / année mois / année mois / année

- 7) Au moment de la naissance de votre bébé, avez-vous eu une lacération ou déchirement du vagin? Oui Non Je ne sais pas

Si oui, indiquer quand cela s'est-t-il produit?

_____/_____/_____/_____/_____
 mois / année mois / année mois / année mois / année mois / année

- 8) Avez-vous déjà eu une fausse-couche? Oui Non
 Si oui, indiquer quand elle a eu lieu?

_____/_____/_____/_____/_____
 mois / année mois / année mois / année mois / année mois / année

- 9) Avez-vous déjà subi un avortement? Oui Non

Si oui, indiquer quand cela a eu lieu et à quel période (semaine) de la grossesse.

_____(_____) / _____(_____) / _____(_____)
 mois / année (sem.) mois / année (sem.) mois / année (sem.)

- 10) Au cours des deux dernières années, combien d'infections vaginales ou aux champignons avez-vous eues? _____
 Si vous n'en avez eu aucune, passez au numéro 12.
 Si vous en avez eu une ou plusieurs, indiquer la durée moyenne de vos infections en jours. _____ jours

- 11) Souffrez-vous présentement d'une infection aux champignons? Oui Non
 Si oui, indiquer depuis combien de jours. _____ jours

- 12) Au cours des deux dernières années, combien d'infections de la vessie avez-vous eues en moyenne? _____
 Si vous n'en avez eu aucune, passez au numéro 14.

Si vous en avez eu une ou plusieurs, indiquer la durée moyenne de ces infections en jours _____ jours

- 13) Souffrez-vous présentement d'une infection de la vessie? Oui Non
 Si oui, indiquer depuis combien de jours _____ jours

- 14) Avez-vous déjà souffert d'une maladie transmissible sexuellement? Oui Non
 Si oui, indiquer laquelle ou lesquelles en faisant un crochet à l'endroit approprié

la chlamydia _____
 le gardnerella vaginalis _____ (vaginite non spécifique)
 la gonorrhée _____
 la syphilis _____
 la vaginite à trichomonas _____
 les condylôme accuminés (ou verrues génitales ou crêtes de coq) _____
 le virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H.) (SIDA) _____
 l'herpès génital _____
 autres _____ Précisez: _____

Si vous avez eu une ou des maladies transmissibles sexuellement, le traitement a-t-il été efficace? Oui Non

Etes-vous présentement sous traitement? Oui Non

Préciser: _____

- 15) Avez-vous déjà souffert d'une inflammation ou d'une infection
- | | | |
|----------------|-----|-----|
| a) des trompes | Oui | Non |
| b) des ovaires | Oui | Non |
| c) de l'utérus | Oui | Non |

16) Souffrez-vous présentement de ce genre d'inflammation ou d'infection? Oui Non

17) Veuillez décrire le traitement que vous avez reçu ou que vous recevez présentement pour cette inflammation / infection?

18) Avez-vous déjà souffert d'endométriose? Oui Non
 Si oui, continuez au numéro 19. Sinon, passez au numéro 21.

19) Souffrez-vous présentement d'endométriose? Oui Non

20) Veuillez décrire le traitement que vous avez reçu ou que vous recevez présentement pour votre endométriose.

21) Veuillez dresser la listes des interventions chirurgicales que vous avez subies et l'année durant laquelle vous les avez subies.

Interventions:	Année
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

22) Veuillez dresser la liste des maladies dont vous avez souffert et en quelle année vous les avez eues:

Maladies:	Année
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

23) Souffrez-vous régulièrement d'une ou plusieurs des douleurs suivantes?
Si oui, lesquelles?

Arthrite _____ A quel endroit? _____
Douleurs abdominales (autres que les crampes menstruelles) _____
Douleurs au cou _____
Douleurs musculaires (ex.: bras et jambes) _____
Douleurs rénales (aux reins: douleurs au côté) _____
Douleurs thoraciques (au niveau de la poitrine) _____

Maux de dents _____ Maux d'estomac _____
Maux de dos _____ Maux de tête _____
Maux de gorge _____ Maux d'oreilles _____
Autres _____ Veuillez préciser: _____

24) Avez-vous déjà été traitée par un(e) psychologue, un(e) psychiatre, un(e) sexologue ou un(e) travailleur(euse) social(e)? Oui Non
Si oui, indiquer la raison de votre consultation.

25) Veuillez dresser la liste des médicaments que vous prenez présentement et ce qu'ils visent à traiter.

Médicament:	Condition à traiter:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



INVENTAIRE DES ACTIVITES SEXUELLES

NOTEZ BIEN: l'expression "relation sexuelle" employée ici réfère à une relation sexuelle avec pénétration

- 1) Avez-vous eu ou tenté d'avoir une relation sexuelle au cours des 6 dernier mois? OUI NON

Si oui, complétez le Formulaire A (pages) sans compléter les autres questions de cette section. Sinon, continuez au numéro 2.

- 2) Avez-vous déjà eu ou tenté d'avoir une relation sexuelle? OUI NON
Si oui, complétez le Formulaire B (pages). Sinon, continuez au numéro 3.

- 3) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous régulièrement ressenti de la douleur dans la région génitale dû à une ou plusieurs des situations suivantes? Lesquelles?

- a) Friction due à des vêtements serrés
b) Quand vous urinez
c) A l'insertion d'un tampon
d) Lorsque vous vous masturbez (avec la main ou par frottement)
e) Lorsque vous vous masturbez avec un vibrateur ou un autre objet
f) Quand votre partenaire vous stimule manuellement
g) Quand vous insérez un de vos doigts dans votre vagin
h) Quand votre partenaire insère un de ses doigts dans votre vagin
i) Quand vous insérez deux de vos doigts dans votre vagin
j) Quand votre partenaire insère deux de ses doigts dans votre vagin
k) A un examen gynécologique de routine
l) Autres Veuillez préciser:

Si vous avez sélectionné un des points ci-dessus, avez-vous déjà parlé de ce problème à un(e) professionnel(le) de la santé? OUI NON

Si oui, veuillez indiquer de quel genre de professionnel il s'agissait (ex.: infirmière, médecin de famille, gynécologue, sexologue, psychologue, etc.) et ce qu'il ou elle vous a dit.

Four horizontal lines for handwritten notes.

- 4) Si vous deviez avoir une relation sexuelle dans un prochain avenir, dans quelle mesure croyez-vous que l'expérience serait douloureuse? Indiquer votre réponse en faisant un trait sur l'échelle ci-dessous.

Scale with three points: Aucune douleur, Douleur modérée, Douleur extrême.

Appendice C
Les Formulaires A et B



FORMULAIRE A

(Femmes ayant présentement des relations sexuelles)

- 1) Au cours des 6 derniers mois, combien de fois par mois en moyenne avez-vous eu des relations sexuelles? _____ fois par mois.

- 2) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous ressenti de la douleur ou de l'inconfort durant ou après les relations sexuelles? OUI NON
Sinon, passez au numéro 27.

- 3) D'après vous, quelle est la raison pour laquelle vos relations sexuelles sont douloureuses? Quelle est votre opinion à ce sujet?

- 4) Au cours des 6 derniers mois, à quel pourcentage des essais le pénis en érection de votre partenaire a-t-il pu pénétrer votre vagin?
_____ % des fois que nous avons essayé.

- 5) Au cours des 6 derniers mois, à quel pourcentage des essais pouviez-vous tolérer le mouvement de va-et-vient du pénis un fois qu'il était dans votre vagin?
_____ % des fois que mon partenaire a réussi à me pénétrer.

- 6) Au cours des 6 derniers mois, pendant combien de temps en moyenne le pénis en érection de votre partenaire a-t-il pu demeurer dans votre vagin?
_____ minutes.

- 7) Au cours des 6 derniers mois, à quel pourcentage des essais avez-vous ressenti de la douleur ou de l'inconfort causé par la relation sexuelle?
_____ % des fois que nous avons essayé.

Si la réponse est 100%, passez au numéro 10. Sinon, poursuivez au numéro 8.

- 8) Avez-vous remarqué des détails particuliers associés aux périodes où vous avez des relations sexuelles **sans douleur**? Pouvez-vous identifier des circonstances particulièrement **favorables ou défavorables**?
 Veuillez cocher les points qui s'appliquent à votre cas et/ou préciser les circonstances qui ne sont pas énumérées ci-dessous.

Mon confort durant les relations sexuelles dépend de:

- Jusqu'à quel point je suis fatiguée _____
 Jusqu'à quel point je suis excitée _____
 Jusqu'à quel point je suis lubrifiée _____
 La durée des préliminaires _____
 La position que nous adoptons pour faire l'amour _____
 L'endroit où nous nous trouvons _____
 Jusqu'à quel point je suis nerveuse ou anxieuse _____
 Où je me trouve dans mon cycle menstruel _____
 L'attitude du partenaire avec lequel je me trouve _____
 La grosseur du pénis de mon partenaire _____
 Si je suis fâchée avec mon partenaire _____
 Si nous sommes seuls dans la maison _____
 Le moment de la journée _____
 Si j'ai consommé un breuvage alcoolisé _____
 Si j'ai consommé des drogues (peu importe le genre) _____
 Autres _____ Veuillez préciser.
-
-
-

- 9) La douleur que vous ressentez lors des relations sexuelles est-elle
 a) toujours la même
 b) elle varie

- 10) Remarquez-vous que certains **facteurs semblent affecter la douleur**?
 Veuillez cocher dans la liste ci-dessous, les facteurs qui semblent influencer votre douleur dans un sens ou dans l'autre.

Ma douleur semble dépendre de:

- Jusqu'à quel point je suis fatiguée _____
 Jusqu'à quel point je suis excitée _____
 Jusqu'à quel point je suis lubrifiée _____
 La durée des préliminaires _____
 La position que nous adoptons pour faire l'amour _____
 L'endroit où nous nous trouvons _____
 Jusqu'à quel point je suis nerveuse ou anxieuse _____
 Où je me trouve dans mon cycle menstruel _____
 L'attitude du partenaire avec lequel je me trouve _____
 La grosseur du pénis de mon partenaire _____
 Si je suis fâchée avec mon partenaire _____
 Si nous sommes seuls dans la maison _____
 Le moment de la journée _____
 Si j'ai consommé un breuvage alcoolisé _____
 Si j'ai consommé des drogues (peu importe le genre) _____
 Autres _____ Veuillez préciser.
-
-

- 11) Quand avez-vous eu une relation sexuelle complète pour la première fois?
Mois _____ Année _____
- 12) A quel moment avez-vous commencé à ressentir de la douleur de façon régulière lors des relations sexuelles?
Mois _____ Année _____
- 13) Quel est le nombre total de partenaires sexuels avec lesquels vous avez eu des relations sexuelles? _____ Si la réponse est "un", passez au numéro 16.
- 14) Avez vous ressenti de la douleur avec tous vos partenaires sexuels depuis que vous avez commencé à ressentir de la douleur durant les relations sexuelles? OUI NON
Veuillez préciser: _____

- 15) Lors de relations sexuelles, à quel moment la douleur commence-t-elle habituellement?
a) Avant même que le pénis ne touche l'entrée du vagin
b) Lorsque le pénis commence à entrer dans le vagin
c) Lorsque le pénis est complètement entré et commence un mouvement de va-et-vient
d) Lors de l'éjaculation
e) Immédiatement après la relation sexuelle
f) Plus d'une demi-heure après la relation sexuelle
g) Autre, veuillez préciser: _____

- 16) En général, la douleur commence-t-elle de façon soudaine ou graduelle? Veuillez l'indiquer sur l'échelle ci-dessous.

Très graduelle _____ Très soudaine
- 17) Combien de temps la douleur dure-t-elle habituellement? _____ minutes.
Veuillez indiquer, en encerclant la lettre appropriée, le moment durant lequel vous ressentez habituellement la douleur.
a) Avant l'entrée du pénis, durant son mouvement de va-et-vient et après sa sortie
b) Seulement durant le mouvement de va-et-vient du pénis
c) Durant le mouvement de va-et-vient du pénis et quelque temps après sa sortie
d) Lors de l'éjaculation
d) Seulement pour un peu de temps après la sortie du pénis
e) Autre, veuillez préciser _____

- 18) A quel endroit ressentez-vous habituellement la douleur? (Vous pouvez sélectionner plus d'un choix)
- Sur la vulve
 - A l'entrée du vagin
 - A l'intérieur du vagin
 - Dans le fond du vagin (utérus)
 - Dans la région abdominale ou du bassin
- 19) La douleur est-elle habituellement
- limitée à un point particulier
 - généralisée à toute la région
 - changeante, préciser _____
-
-
- 20) Avez-vous déjà utilisé un lubrifiant pour essayer d'éviter ou de soulager la douleur causée par une relation sexuelle? OUI NON Sinon, passez au numéro 24.
- 21) Quel genre de lubrifiant avez-vous essayé? _____
- 22) Est-ce que les lubrifiants vous ont permis d'éviter ou de soulager la douleur?
OUI NON PARFOIS
- 23) Avez-vous déjà essayé autre chose qu'un lubrifiant pour éviter ou soulager la douleur et dans quelle mesure cette méthode était-elle efficace?

- 24) Est-ce que votre partenaire fait des choses qui affectent la douleur dans un sens ou dans l'autre lors des relations sexuelles? OUI NON Veuillez préciser:

- 25) Avez-vous déjà parlé de cette douleur à votre partenaire sexuel? OUI NON
- 26) Avez-vous déjà parlé de cette douleur à un professionnel de la santé? OUI NON
Si oui, veuillez indiquer de quel genre de professionnel il s'agissait (ex.: infirmière, médecin de famille, gynécologue, sexologue, psychologue, etc.) et ce qu'il vous a dit.

27) Durant les 6 derniers mois, combien de fois par mois en moyenne avez-vous ressenti du désir sexuel? _____ fois par mois.

28) Veuillez indiquer sur l'échelle ci-dessous votre **niveau moyen de désir sexuel** au cours des 6 derniers mois.

Pas du tout	Désir moyen	Beaucoup de désir
-------------	-------------	-------------------

29) Veuillez indiquer sur l'échelle ci-dessous votre **niveau moyen d'excitation sexuelle** durant les relations sexuelles au cours des 6 derniers mois. (excitation = lubrification)

Pas du tout	Assez excitée	Très excitée
-------------	---------------	--------------

30) Veuillez indiquer sur l'échelle ci-dessous comment votre niveau d'excitation des 6 derniers mois se compare à ce que vous considérez comme étant votre niveau d'excitation habituel ("normal") durant les relations sexuelles.

Beaucoup moins excitée que d'habitude	Aussi excitée que d'habitude	Beaucoup plus excitée que d'habitude
---------------------------------------	------------------------------	--------------------------------------

31) Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence vous masturbiez-vous? _____ fois par mois. Si la réponse est 0, passez au numéro 33. Sinon, continuez au numéro 32.

32) Au cours des 6 derniers mois, quel est le pourcentage de fois que la masturbation vous a conduit à l'orgasme? _____ % des fois que je me masturbais.

33) Veuillez indiquer sur l'échelle ci-dessous votre degré de dégoût ou d'aversion pour les relations sexuelles au cours des six derniers mois.

Aucune aversion ou dégoût	Aversion ou dégoût important
---------------------------	------------------------------

34) Est-ce que votre partenaire vous stimule parfois manuellement? OUI NON
Si oui, au cours des 6 derniers mois, quel est le pourcentage de fois que la stimulation manuelle de votre partenaire vous a menée à l'orgasme? _____ % des fois.

35) Est-ce que votre partenaire vous stimule parfois oralement? OUI NON
Si oui, au cours des 6 derniers mois, quel est le pourcentage de fois que la stimulation orale de votre partenaire vous a menée à l'orgasme? _____ % des fois.

36) Au cours des 6 derniers mois, dans quelle proportion atteigniez-vous l'orgasme uniquement lors de relation sexuelle? _____ % des fois.

- 37) Veuillez évaluer sur l'échelle ci-dessous le niveau moyen de désir ou d'intérêt sexuel **de votre partenaire** au cours des 6 derniers mois.

Aucun désir	Un peu de désir	Beaucoup de désir
-------------	-----------------	-------------------

- 38) Veuillez indiquer sur l'échelle ci-dessous comment le niveau d'excitation de votre partenaire au cours des 6 derniers mois se compare à son niveau d'excitation habituel ("normal") durant les relations sexuelles.

Beaucoup moins que d'habitude	Autant que d'habitude	Beaucoup plus que d'habitude
-------------------------------	-----------------------	------------------------------

- 39) Au cours des 6 derniers mois, à quel pourcentage de fois qu'une relation sexuelle était initiée votre partenaire a-t-il eu de la difficulté à obtenir ou maintenir son érection?
 _____ % des fois que nous avons initié une relation sexuelle.

- 40) Au cours des 6 derniers mois, pendant combien de minutes approximativement votre partenaire demeurait-il en érection, à l'intérieur de votre vagin, avant d'éjaculer?
 _____ minutes.

- 41) Au cours des 6 derniers mois, dans quelle proportion du temps la relation sexuelle a-t-elle mené votre partenaire à l'orgasme? _____ % des fois.

- 42) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous régulièrement ressenti de la douleur dans la région génitale due à une ou plusieurs des situations suivantes? OUI NON
 Si oui, lesquelles?

- a) Friction due à des vêtements serrés _____
- b) Quand vous urinez _____
- c) A l'insertion d'un tampon _____
- d) Lorsque vous vous masturbez (avec la main) _____
- e) Lorsque vous vous masturbez avec un vibreur ou un autre objet _____
- f) Quand votre partenaire vous stimule manuellement _____
- g) Quand vous insérez un de vos doigts dans votre vagin _____
- h) Quand votre partenaire insère un de ses doigts dans votre vagin _____
- i) Quand vous insérez deux de vos doigts dans votre vagin _____
- j) Quand votre partenaire insère deux de ses doigts dans votre vagin _____
- k) A un examen gynécologique de routine _____
- l) Autres _____ Veuillez préciser: _____

Si vous avez sélectionné un des points ci-dessus, avez-vous déjà parlé de ce problème à un(e) professionnel(le) de la santé? OUI NON

Si oui, veuillez indiquer de quel genre de professionnel il s'agissait (ex.: infirmière, médecin de famille, gynécologue, sexologue, psychologue, etc.) et ce qu'il ou elle vous a dit.

43) Considérez-vous que vous avez souffert d'abus ou de violence physique lorsque vous étiez enfant?

OUI NON

44) Considérez-vous que vous avez souffert d'abus ou de violence physique depuis que vous êtes adulte?

OUI NON

45) Considérez-vous que vous avez été abusée sexuellement lorsque vous étiez enfant?

OUI NON

Si oui, continuez au numéro 46. Sinon, passez au numéro 47.

46) Est-ce que le ou les incidents ont impliqué une pénétration (c'est-à-dire avec doigts, objets ou pénis)?

OUI NON

47) Considérez-vous que vous avez été abusée sexuellement depuis que vous êtes adulte?

OUI NON

Si oui, continuez au numéro 48.

Si non, **vous avez fini de compléter ce questionnaire. Ne complétez pas le formulaire B.**

48) Est-ce que le ou les incidents ont impliqué une pénétration (c'est-à-dire avec doigts, objets ou pénis)?

OUI NON

Vous avez fini de compléter ce questionnaire

Merci!



FORMULAIRE B

(Femmes n'ayant pas de relation sexuelle présentement
mais en ayant eu dans le passé)

- 1) Quand avez-vous eu une relation sexuelle pour la dernière fois?
Mois _____ Année _____

Quelle est la raison pour laquelle vous n'avez pas eu de relations sexuelles au cours
des 6 derniers mois?

- 2) Quand vous aviez des relations sexuelles dans le passé, aviez-vous de la douleur ou
de l'inconfort avant, pendant ou après la relation sexuelle? OUI NON
Sinon, passez au numéro 28.

- 3) D'après vous, quelle est la raison pour laquelle vos relations sexuelles étaient
douloureuses? Quelle est votre opinion à ce sujet?

- 4) Dans le passé, à quel pourcentage des essais le pénis en érection de votre partenaire
a-t-il pu pénétrer votre vagin?
_____ % des fois que nous avons essayé.

- 5) A quel pourcentage des essais pouviez-vous tolérer le mouvement de va-et-vient du
pénis un fois qu'il était dans votre vagin?
_____ % des fois que mon partenaire a réussi à me pénétrer.

- 6) Pendant combien de temps en moyenne le pénis en érection de votre partenaire a-t-il
pu demeurer dans votre vagin?
_____ minutes.

- 7) Dans le passé, à quel pourcentage des essais ressentiez-vous de la douleur ou de
l'inconfort causé par la relation sexuelle?
_____ % des fois que nous avons essayé.

- 8) Avez-vous remarqué des détails particuliers associés aux périodes où vous aviez des relations sexuelles **sans douleur**? Pouvez-vous identifier des circonstances particulièrement **favorables ou défavorables**?
 Veuillez cocher les points qui s'appliquent à votre cas et/ou préciser les circonstances qui ne sont pas énumérées ci-dessous.

Mon confort durant les relations sexuelles dépendait de:

- Jusqu'à quel point j'étais fatiguée _____
 Jusqu'à quel point j'étais excitée _____
 Jusqu'à quel point j'étais lubrifiée _____
 La durée des préliminaires _____
 La position que nous adoptions pour faire l'amour _____
 L'endroit où nous nous trouvions _____
 Jusqu'à quel point j'étais nerveuse ou anxieuse _____
 Où je me trouvais dans mon cycle menstruel _____
 L'attitude du partenaire avec lequel je me trouvais _____
 La grosseur du pénis de mon partenaire _____
 Si j'étais fâchée avec mon partenaire _____
 Si nous étions seuls dans la maison _____
 Le moment de la journée _____
 Si j'avais consommé un breuvage alcoolisé _____
 Si j'avais consommé des drogues (peu importe le genre) _____
 Autres _____ Veuillez préciser.

- 9) La douleur que vous ressentiez lors des relations sexuelles était-elle
 a) toujours la même
 b) elle variait

- 10) Remarquez-vous que certains **facteurs semblaient affecter la douleur**?
 Veuillez cocher dans la liste ci-dessous, les facteurs qui semblaient influencer votre douleur dans un sens ou dans l'autre.

Ma douleur semblait dépendre de:

- Jusqu'à quel point j'étais fatiguée _____
 Jusqu'à quel point j'étais excitée _____
 Jusqu'à quel point j'étais lubrifiée _____
 La durée des préliminaires _____
 La position que nous adoptions pour faire l'amour _____
 L'endroit où nous nous trouvions _____
 Jusqu'à quel point j'étais nerveuse ou anxieuse _____
 Où je me trouvais dans mon cycle menstruel _____
 L'attitude du partenaire avec lequel je me trouvais _____
 La grosseur du pénis de mon partenaire _____
 Si j'étais fâchée avec mon partenaire _____
 Si nous étions seuls dans la maison _____
 Le moment de la journée _____
 Si j'avais consommé un breuvage alcoolisé _____
 Si j'avais consommé des drogues (peu importe le genre) _____
 Autres _____ Veuillez préciser: _____

- 11) Quand avez-vous eu une relation sexuelle complète pour la première fois?
Mois _____ Année _____
- 12) A quel moment avez-vous commencé à ressentir de la douleur de façon régulière lors des relations sexuelles?
Mois _____ Année _____
- 13) Quel est le nombre total de partenaires sexuels avec lesquels vous avez eu des relations sexuelles? _____ Si la réponse est "un", passez au numéro 16.
- 14) Avez-vous ressenti de la douleur avec tous vos partenaires sexuels depuis que vous avez commencé à ressentir de la douleur durant les relations sexuelles? OUI NON
Veuillez préciser: _____

- 15) Lors de relations sexuelles, à quel moment la douleur commençait-elle habituellement?
a) Avant même que le pénis ne touche l'entrée du vagin
b) Lorsque le pénis commençait à entrer dans le vagin
c) Lorsque le pénis était complètement entré et commençait un mouvement de va-et-vient
d) Lors de l'éjaculation
e) Immédiatement après la relation sexuelle
f) Plus d'une demi-heure après la relation sexuelle
g) Autre, veuillez préciser: _____

- 16) En général, la douleur commençait-elle de façon soudaine ou graduelle? Veuillez l'indiquer sur l'échelle ci-dessous.

Très graduelle _____ Très soudaine
- 17) Combien de temps la douleur durait-elle habituellement? _____ minutes.
Veuillez indiquer, en encerclant la lettre appropriée, le moment durant lequel vous ressentiez habituellement la douleur.
a) Avant l'entrée du pénis, durant son mouvement de va-et-vient et après sa sortie
b) Seulement durant le mouvement de va-et-vient du pénis
c) Durant le mouvement de va-et-vient du pénis et quelque temps après sa sortie
d) Lors de l'éjaculation
e) Seulement pour un peu de temps après la sortie du pénis
f) Autre, veuillez préciser _____

- 18) A quel endroit ressentez-vous habituellement la douleur? (Vous pouvez sélectionner plus d'un choix)
- a) Sur la vulve
 - b) A l'entrée du vagin
 - c) A l'intérieur du vagin
 - d) Dans le fond du vagin (utérus)
 - e) Dans la région abdominale ou du bassin
- 19) La douleur est-elle habituellement
- a) limitée à un point particulier
 - b) généralisée à toute la région
 - c) changeante, préciser _____
- _____
- _____
- 20) Avez-vous déjà utilisé un lubrifiant pour essayer d'éviter ou de soulager la douleur causée par une relation sexuelle? OUI NON Sinon, passez au numéro 24.
- 21) Quel genre de lubrifiant avez-vous essayé? _____
- 22) Est-ce que les lubrifiants vous ont permis d'éviter ou de soulager la douleur?
OUI NON PARFOIS
- 23) Avez-vous déjà essayé autre chose qu'un lubrifiant pour éviter ou soulager la douleur et dans quelle mesure est-ce que cette méthode a été efficace?

- 24) Est-ce que votre partenaire faisait des choses qui affectaient la douleur dans un sens ou dans l'autre lors des relations sexuelles? OUI NON Veuillez préciser:

- 25) Avez-vous déjà parlé de cette douleur à votre partenaire sexuel? OUI NON
- 26) Avez-vous déjà parlé de cette douleur à un professionnel de la santé? OUI NON
Si oui, veuillez indiquer de quel genre de professionnel il s'agissait (ex.: infirmière, médecin de famille, gynécologue, sexologue, psychologue, etc.) et ce qu'il vous a dit.

- 27) En moyenne, combien de fois par mois ressentiez-vous du désir sexuel lors de la dernière période durant laquelle vous avez été active sexuellement?
_____ fois par mois.
- 28) Veuillez indiquer sur l'échelle ci-dessous votre **niveau moyen de désir sexuel** au cours des 6 derniers mois.
- | | | |
|-------------|-------------|-------------------|
| Pas du tout | Désir moyen | Beaucoup de désir |
|-------------|-------------|-------------------|
- 29) Veuillez indiquer sur l'échelle ci-dessous votre **niveau moyen d'excitation sexuelle** lors de la dernière période durant laquelle vous avez été active sexuellement? (excitation = lubrification)
- | | | |
|-------------|---------------|--------------|
| Pas du tout | Assez excitée | Très excitée |
|-------------|---------------|--------------|
- 30) Veuillez indiquer sur l'échelle ci-dessous comment votre niveau d'excitation lors de vos dernières relations sexuelles se compare à ce que vous considérez être votre niveau d'excitation habituel ("normal") durant les relations sexuelles.
- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Beaucoup moins excitée que d'habitude | Aussi excitée que d'habitude | Beaucoup plus excitée que d'habitude |
|---------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
- 31) Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence vous masturbiez-vous?
_____ fois par mois. Si la réponse est 0, passez au numéro 33. Sinon, continuez au numéro 32.
- 32) Au cours des 6 derniers mois, quel est le pourcentage de fois que la masturbation vous a conduit à l'orgasme? _____ % des fois que je me masturbais.
- 33) Veuillez indiquer sur l'échelle ci-dessous votre degré de dégoût ou d'aversion pour les relations sexuelles.
- | | |
|---------------------------|------------------------------|
| Aucune aversion ou dégoût | Aversion ou dégoût important |
|---------------------------|------------------------------|
- 34) Est-ce que votre partenaire vous stimulait parfois manuellement? OUI NON
Si oui, quel est le pourcentage de fois que la stimulation manuelle de votre partenaire vous a menée à l'orgasme? _____ % des fois.
- 35) Est-ce que votre partenaire vous stimulait parfois oralement? OUI NON
Si oui, quel est le pourcentage de fois que la stimulation orale de votre partenaire vous a menée à l'orgasme? _____ % des fois.
- 36) Dans quelle proportion atteigniez-vous l'orgasme uniquement lors de relation sexuelle? _____ % des fois.

- 37) Veuillez évaluer sur l'échelle ci-dessous le niveau moyen de désir ou d'intérêt sexuel **de votre partenaire** pour la dernière période durant laquelle vous étiez active sexuellement.

Aucun désir	Un peu de désir	Beaucoup de désir
-------------	-----------------	-------------------

- 38) Veuillez indiquer sur l'échelle ci-dessous comment le niveau d'excitation de votre partenaire pour la dernière période durant laquelle vous étiez active sexuellement se comparait à son niveau d'excitation habituel ("normal") durant les relations sexuelles.

Beaucoup moins que d'habitude	Autant que d'habitude	Beaucoup plus que d'habitude
----------------------------------	--------------------------	---------------------------------

- 39) A quel pourcentage de fois qu'une relation sexuelle était initiée votre partenaire a-t-il eu de la difficulté à obtenir ou maintenir son érection?
_____ % des fois que nous avons initié une relation sexuelle.

- 40) Pendant combien de minutes approximativement votre partenaire demeurait-il en érection, à l'intérieur de votre vagin, avant d'éjaculer?
_____ minutes.

- 41) Dans quelle proportion du temps la relation sexuelle a-t-elle mené votre partenaire à l'orgasme? _____ % des fois.

- 42) Vous est-il déjà arrivé de ressentir de la douleur dans la région génitale due à une ou plusieurs des situations suivantes? OUI NON Si oui, lesquelles?

- a) Friction due à des vêtements serrés _____
- b) Quand vous urinez _____
- c) A l'insertion d'un tampon _____
- d) Lorsque vous vous masturbez (avec la main) _____
- e) Lorsque vous vous masturbez avec un vibreur ou un autre objet _____
- f) Quand votre partenaire vous stimulait manuellement _____
- g) Quand vous insérez un de vos doigts dans votre vagin _____
- h) Quand votre partenaire insèrait un de ses doigts dans votre vagin _____
- i) Quand vous insérez deux de vos doigts dans votre vagin _____
- j) Quand votre partenaire insèrait deux de ses doigts dans votre vagin _____
- k) A un examen gynécologique de routine _____
- l) Autres _____ Veuillez préciser: _____

Si vous avez sélectionné un des points ci-dessus, avez-vous déjà parlé de ce problème à un(e) professionnel(le) de la santé? OUI NON

Si oui, veuillez indiquer de quel genre de professionnel il s'agissait (ex.: infirmière, médecin de famille, gynécologue, sexologue, psychologue, etc.) et ce qu'il ou elle vous a dit.

43) Considérez-vous que vous avez souffert d'abus ou de violence physique lorsque vous étiez enfant?

OUI NON

44) Considérez-vous que vous avez souffert d'abus ou de violence physique depuis que vous êtes adulte?

OUI NON

45) Considérez-vous que vous avez été abusée sexuellement lorsque vous étiez enfant?

OUI NON

Si oui, continuez au numéro 46. Sinon, passez au numéro 47.

46) Est-ce que le ou les incidents ont impliqué une pénétration (c'est-à-dire avec doigts, objets ou pénis)?

OUI NON

47) Considérez-vous que vous avez été abusée sexuellement depuis que vous êtes adulte?

OUI NON

Si oui, continuez au numéro 48.

Si non, **vous avez fini de compléter ce questionnaire. Merci!**

48) Est-ce que le ou les incidents ont impliqué une pénétration (c'est-à-dire avec doigts, objets ou pénis)?

OUI NON

Vous avez fini de compléter ce questionnaire

Merci!

Appendice D

Le SCL-90



SCL-90

SEXE (M=1, F=2) _____ SEMAINE _____

SCL-90 traduit par G. Chouinard
et J. Garant.

INITIALES _____ NUMÉRO _____

VOICI UNE LISTE DE PROBLEMES DONT LES GENS PEUVENT PARFOIS SE PLAINDRE. LISEZ CHACUN AVEC SOIN. POUR CHAQUE QUESTION, ENCELEZ LE NOMBRE QUI CORRESPOND LE MIEUX A VOTRE ETAT INCLUANT AUJOURD'HUI, ET DEPUIS _____.

JUSQU'A QUEL POINT ETES-VOUS OU AVEZ-VOUS ETE INCOMMODE(E) PAR:	Pas du tout	Un peu	Pas mal	Beaucoup	Enormément
1. Des maux de tête.....	0	1	2	3	4
2. De la nervosité ou des impressions de tremblements intérieurs.....	0	1	2	3	4
3. De l'incapacité de vous libérer de pensées obsédantes.....	0	1	2	3	4
4. Des faiblesses ou étourdissements.....	0	1	2	3	4
5. Une diminution du plaisir sexuel ou d'intérêt pour le sexe.....	0	1	2	3	4
6. Des besoins de critiquer les autres.....	0	1	2	3	4
7. Des idées que quelqu'un peut contrôler vos pensées.....	0	1	2	3	4
8. Des impressions que les autres sont responsables de la plupart de vos problèmes.....	0	1	2	3	4
9. Des difficultés à vous rappeler certaines choses.....	0	1	2	3	4
10. De la négligence ou du débraillement.....	0	1	2	3	4
11. Des tendances à être facilement irritable ou importuné(e).....	0	1	2	3	4
12. Des douleurs cardiaques ou à la poitrine.....	0	1	2	3	4
13. Des peurs des grands espaces ouverts ou sur la rue, ou des endroits publics.....	0	1	2	3	4
14. Un manque d'énergie ou le fait de vous sentir au ralenti.....	0	1	2	3	4
15. Des idées de vous enlever la vie.....	0	1	2	3	4
16. Des impressions d'entendre des voix que les autres n'entendent pas.....	0	1	2	3	4
17. Des tremblements.....	0	1	2	3	4
18. Des idées que vous ne pouvez avoir confiance en personne.....	0	1	2	3	4
19. Une diminution d'appétit.....	0	1	2	3	4
20. Des impressions de pleurer facilement.....	0	1	2	3	4
21. De la timidité ou maladresse avec le sexe opposé.....	0	1	2	3	4
22. Des impressions d'être enfermé(e) ou cloisonné(e).....	0	1	2	3	4
23. Des sentiments d'être effrayé(e) subitement sans raison.....	0	1	2	3	4
24. Des crises de colère incontrôlables.....	0	1	2	3	4
25. Des peurs de sortir de la maison seul(e).....	0	1	2	3	4

SCL-90

 SEXE (M-1, F-2) _____ SEMAINE _____
 INITIALES _____ NUMÉRO _____

 SCL-90 traduit par G. Chouinard
 et J. Garant

VOICI UNE LISTE DE PROBLEMES DONT LES GENS PEUVENT PARFOIS SE PLAINDRE. LISEZ CHACUN AVEC SOIN. POUR CHAQUE QUESTION, ENGERCLEZ LE NOMBRE QUI CORRESPOND LE MIEUX A VOTRE ETAT INCLUANT AUJOURD'HUI, ET DEPUIS _____.

JUSQU'A QUEL POINT ETES-VOUS OU AVEZ-VOUS ETE INCOMMODE(E) PAR:	Pas du tout	Un peu	Pas mal	Beaucoup	Enormément
26. Des tendances à vous blâmer.....	0	1	2	3	4
27. Des douleurs dans la partie inférieure du dos ou reins.....	0	1	2	3	4
28. De l'incapacité de finaliser vos actions.....	0	1	2	3	4
29. Des sentiments d'être isolé(e) ou seul(e).....	0	1	2	3	4
30. Des sentiments de tristesse ou dépression.....	0	1	2	3	4
31. Des sentiments de vous en faire à propos de tout ou de rien.....	0	1	2	3	4
32. Des pertes d'intérêt.....	0	1	2	3	4
33. Des tendances à vous sentir effrayé(e).....	0	1	2	3	4
34. Des impressions d'être facilement froissé(e) ou d'hypersensibilité.....	0	1	2	3	4
35. Des idées que les autres sont au courant de vos pensées intimes.....	0	1	2	3	4
36. Des sentiments de vous sentir incompris(e).....	0	1	2	3	4
37. Des sentiments que les autres ne sont pas aimables avec vous.....	0	1	2	3	4
38. Des tendances à faire les choses très lentement pour s'assurer qu'elles seront bien faites.....	0	1	2	3	4
39. Des palpitations ou des sentiments que votre coeur bat fort ou vite.....	0	1	2	3	4
40. Des nausées, douleurs ou malaises à l'estomac....	0	1	2	3	4
41. Des sentiments d'infériorité.....	0	1	2	3	4
42. Des douleurs musculaires.....	0	1	2	3	4
43. Des impressions qu'on vous observe ou qu'on parle de vous.....	0	1	2	3	4
44. De la difficulté à vous endormir ou à rester endormi(e).....	0	1	2	3	4
45. Des compulsions de vérifier et revérifier ce que vous faites.....	0	1	2	3	4
46. De la difficulté à prendre des décisions.....	0	1	2	3	4
47. Des peurs de prendre l'autobus, le métro ou le train.....	0	1	2	3	4
48. Des sentiments d'être à bout de souffle.....	0	1	2	3	4
49. Des bouffées de chaleur ou des frissons.....	0	1	2	3	4
50. Des tendances à éviter des lieux ou activités parce qu'ils vous effraient.....	0	1	2	3	4

SCL-90

SEXE (M=1, F=2) _____ SEMAINE _____
INITIALES _____ NUMÉRO _____

SCL-90 traduit par G. Chouinard
et J. Garant.

VOICI UNE LISTE DE PROBLEMES DONT LES GENS PEUVENT PARFOIS SE PLAINDRE. LISEZ CHACUN AVEC SOIN POUR CHAQUE QUESTION, ENCERCLEZ LE NOMBRE QUI CORRESPOND LE MIEUX A VOTRE ETAT INCLUANT AUJOURD'HUI, ET DEPUIS _____.

JUSQU'A QUEL POINT ETES-VOUS OU AVEZ-VOUS ETE INCOMMODE(E) PAR:	Pas du tout	Un peu	Pas mal	Beaucoup	Enormément
51. Des blancs de mémoire.....	0	1	2	3	4
52. Des engourdissements ou picotements dans les bras ou les jambes.....	0	1	2	3	4
53. Une boule dans la gorge.....	0	1	2	3	4
54. Des sentiments de pessimisme face au futur.....	0	1	2	3	4
55. De la difficulté à vous concentrer.....	0	1	2	3	4
56. Des faiblesses dans les membres.....	0	1	2	3	4
57. Des sentiments de tension ou d'être troublé(e)...	0	1	2	3	4
58. Des lourdeurs dans les bras ou les jambes.....	0	1	2	3	4
59. Des pensées en relation avec la mort.....	0	1	2	3	4
60. Des tendances à trop manger.....	0	1	2	3	4
61. Une impression d'être mal à l'aise lorsqu'on vous observe ou qu'on parle de vous.....	0	1	2	3	4
62. Des pensées qui ne viennent pas de vous.....	0	1	2	3	4
63. Des envies de frapper, blesser ou faire du mal à quelqu'un.....	0	1	2	3	4
64. Des tendances à vous réveiller tôt le matin.....	0	1	2	3	4
65. Des besoins de répéter les mêmes gestes tels que toucher, compter, laver.....	0	1	2	3	4
66. Des tendances à un sommeil agité ou perturbé.....	0	1	2	3	4
67. Des envies de casser ou briser des objets.....	0	1	2	3	4
68. Des idées ou des opinions que personne ne partage.....	0	1	2	3	4
69. Des sentiments de vous observer vous-même en présence des autres.....	0	1	2	3	4
70. Des tendances d'être mal à l'aise dans les foules, comme au magasin ou au cinéma.....	0	1	2	3	4
71. Des impressions que tout est un effort.....	0	1	2	3	4
72. Des moments de terreur ou de panique.....	0	1	2	3	4
73. Des sensations d'inconfort lorsque vous mangez ou buvez en public.....	0	1	2	3	4
74. Des tendances à vous disputer.....	0	1	2	3	4
75. De la nervosité lorsque vous êtes laissé(e) seul(e).....	0	1	2	3	4

SCL-90

SEXE (M=1, F=2) _____ SEMAINE _____
INITIALES _____ NUMÉRO _____

SCL-90 traduit par G. Chouinard
et J. Garant.

VOICI UNE LISTE DE PROBLEMES DONT LES GENS PEUVENT PARFOIS SE PLAINDRE. LISEZ CHACUN AVEC SOIN.
POUR CHAQUE QUESTION, ENCERCLEZ LE NOMBRE QUI CORRESPOND LE MIEUX A VOTRE ETAT INCLUANT
AUJOURD'HUI, ET DEPUIS _____.

JUSQU'A QUEL POINT ETES-VOUS OU AVEZ-VOUS ETE INCOMMODE(E) PAR:	Pas du tout	Un peu	Pas mal	Beaucoup	Enormément
76. Des sentiments de ne pas être reconnu(e) à votre juste valeur.....	0	1	2	3	4
77. Des sentiments d'être seul(e) même lorsqu'il y a des gens autour de vous.....	0	1	2	3	4
78. Des sentiments que vous ne pouvez rester en place.....	0	1	2	3	4
79. Des sentiments de vous sentir bon(ne) à rien.....	0	1	2	3	4
80. Des sensations que les objets familiers sont étranges ou irréels.....	0	1	2	3	4
81. Des tendances à crier ou lancer des objets.....	0	1	2	3	4
82. Des peurs de perdre connaissance en public.....	0	1	2	3	4
83. Des sentiments que les gens vont profiter de vous si vous les laissez faire.....	0	1	2	3	4
84. Des pensées sexuelles qui vous dérangent beaucoup.....	0	1	2	3	4
85. Des idées que vous devriez être puni(e) pour vos péchés.....	0	1	2	3	4
86. Des impressions de vous sentir poussé(e) à faire les choses.....	0	1	2	3	4
87. Des idées que vous avez une maladie physique grave.....	0	1	2	3	4
88. Des sentiments de ne jamais vous sentir près des autres.....	0	1	2	3	4
89. Des sentiments de culpabilité.....	0	1	2	3	4
90. Des idées que votre esprit est dérangé.....	0	1	2	3	4

Appendice E

Le Millon clinical multiaxial inventory



MILLON CLINIQUE MULTIAXIAL INVENTORY

INVENTAIRE CLINIQUE MULTIAXIAL

DE MILLON

(M.C.M.I., Forcule C, 1983)

traduit en français et adapté
pour le Québec par
Andrea D'ELIA, M. Ed. et
Pierre-Marie LAGIER, Ph.D.
Bureau d'intervention psycho-
sociale (B.I.P.S.), Montréal
Version 1986

No _____

Nom _____

Prénom _____

Date de
naissance _____

Sexe _____

Date de
passation _____

CONSIGNES

1. Les pages qui suivent contiennent une liste d'énoncés que les gens utilisent pour se décrire. Ici, ces énoncés vous sont proposés pour décrire vos sentiments et vos attitudes. Essayez d'être aussi honnête et sérieux que possible dans vos réponses puisque les résultats pourront être éventuellement utilisés pour vous aider.
2. Ne vous en faites pas si quelques énoncés vous paraissent inhabituels; ils correspondent aux nombreux types de problèmes qu'on peut avoir.
3. Vous devrez répondre à chaque question par VRAI (V) ou FAUX (F) en marquant d'une croix ou en entourant la lettre correspondant à votre réponse.
4. Lisez soigneusement chaque phrase. Si vous êtes d'accord avec l'énoncé ou si vous sentez qu'il vous décrit assez correctement, marquez la lettre "V". Dans le cas contraire, marquez la lettre "F".
5. Si vous faites une erreur ou si vous voulez changer votre réponse, effacez complètement la marque et marquez l'autre lettre.

6. Vérifiez, à chaque page, que vous avez répondu à tous les énoncés sans en omettre aucun. Donc, essayez chaque fois de faire un choix entre "V" et "F", même si vous n'êtes pas absolument sûr de ce choix. Si vraiment vous ne pouvez choisir, alors marquez le "P".
7. Il n'y a pas de limite de temps pour remplir cet inventaire. Mais c'est mieux de le remplir assez rapidement, d'une seule traite, en donnant la réponse qui spontanément vous paraît la meilleure possible, la plus vraie pour vous.
8. Vos réponses seront compilées par ordinateur et les résultats demeureront absolument confidentiels. Ils ne seront communiqués qu'à vous-même ou à un professionnel qui aura reçu votre autorisation. S'ils sont utilisés pour fins de recherche, votre identification n'apparaîtra pas et personne ne saura qu'il s'agit de vos résultats.

Autorisation

Je certifie avoir pris connaissance des consignes ci-dessus et je donne mon autorisation à _____
d'utiliser mes résultats à cette épreuve pour fins de _____
_____. En foi de quoi, ce _____
(date), je signe _____.

	Inscrivez votre ré- ponse dans cette co- lonne		Ne rien mettre dans ce- marge
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			1 2
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			4 5
1. Je suis toujours mes propres idées plutôt que de faire ce que les autres attendent de moi.	V	F	<input type="checkbox"/> 6
2. Toute ma vie je me suis éreinté à tenter de plaire aux autres.	V	F	<input type="checkbox"/> 7
3. Pour moi, ça a presque toujours été difficile et pénible de parler aux gens.	V	F	<input type="checkbox"/> 8
4. Je crois être très sûr et déterminé dans tout ce que je fais.	V	F	<input type="checkbox"/> 9
5. Depuis quelques temps, je me mets à pleurer pour des niaiseries.	V	F	<input type="checkbox"/> 10
6. J'adore avoir beaucoup d'activités sociales différentes et j'aime aller de l'une à l'autre.	V	F	<input type="checkbox"/> 11
7. Je dois compter sur les autres pour presque tout parce que je ne suis pas capable.	V	F	<input type="checkbox"/> 12
8. Dans un groupe, j'ai toujours l'impression de ne pas être accepté.	V	F	<input type="checkbox"/> 13
9. Je vais souvent critiquer les gens très fort quand ils me contrarient.	V	F	<input type="checkbox"/> 14
10. Ça me satisfait d'être un "suiveur".	V	F	<input type="checkbox"/>

- | | | | | |
|-----|---|---|---|--------------------------------|
| 11. | J'adore faire tant de choses différentes que je n'arrive pas à décider par quoi commencer. | V | F | 15
<input type="checkbox"/> |
| 12. | Je suis très changeant dans ce que j'aime et ce que je n'aime pas. | V | F | 16
<input type="checkbox"/> |
| 13. | Je ne suis pas très intéressé à me faire des amis. | V | F | 17
<input type="checkbox"/> |
| 14. | Je pense être quelqu'un de très sociable et "sorteux". | V | F | 18
<input type="checkbox"/> |
| 15. | Je sais que je suis une personne supérieure, aussi je ne me préoccupe pas de ce que les gens pensent. | V | F | 19
<input type="checkbox"/> |
| 16. | Les gens ne m'ont jamais bien reconnu pour ce que j'ai été capable de faire. | V | F | 20
<input type="checkbox"/> |
| 17. | J'ai un problème de boisson que j'ai essayé de régler, mais sans succès. | V | F | 21
<input type="checkbox"/> |
| 18. | Dernièrement, j'ai eu des grouillements d'estomac et des sueurs froides. | V | F | 22
<input type="checkbox"/> |
| 19. | J'ai toujours préféré me tenir en retrait dans les activités sociales. | V | F | 23
<input type="checkbox"/> |
| 20. | Je vais souvent faire des choses tout simplement parce qu'elles peuvent être amusantes (être le fun). | V | F | 24
<input type="checkbox"/> |
| 21. | Je garde tout le temps ma chambre bien rangée avec chaque chose à sa place. | V | F | 25
<input type="checkbox"/> |
| 22. | Je suis ce genre de personne qui change ses opinions et ses attitudes d'un jour à l'autre. | V | F | 26
<input type="checkbox"/> |
| | | | | 27
<input type="checkbox"/> |

- | | | | | | |
|-----|---|---|---|--------------------------|----|
| 23. | ça m'est arrivé de contrarier des gens parce que je parlais trop ou trop vite pour eux. | V | F | <input type="checkbox"/> | 28 |
| 24. | Je ferais une remarque mordante et critique à quelqu'un s'il le mérite. | V | F | <input type="checkbox"/> | 29 |
| 25. | Je trouve que je m'accorde vite aux opinions des autres. | V | F | <input type="checkbox"/> | 30 |
| 26. | J'ai tendance à éclater en sanglots ou en colère pour des raisons inconnues. | V | F | <input type="checkbox"/> | 31 |
| 27. | Dernièrement, je me suis mis à me sentir seul et vide. | V | F | <input type="checkbox"/> | 32 |
| 28. | Je suis pas mal bon pour être dramatique. | V | F | <input type="checkbox"/> | 33 |
| 29. | J'ai de la difficulté à garder mon équilibre quand je marche. | V | F | <input type="checkbox"/> | 34 |
| 30. | J'adore la compétition intense. | V | F | <input type="checkbox"/> | 35 |
| 31. | Quand je rentre en crise, je cherche vite quelqu'un pour m'aider. | V | F | <input type="checkbox"/> | 36 |
| 32. | Je préfère me tenir avec des gens qui suivent la religion. | V | F | <input type="checkbox"/> | 37 |
| 33. | Très souvent je me sens faible et fatigué. | V | F | <input type="checkbox"/> | 38 |
| 34. | Il y a toujours quelque chose d'excitant qui arrive pour me sortir de ma tristesse. | V | F | <input type="checkbox"/> | 39 |
| 35. | Mes habitudes de drogue m'ont souvent mis dans pas mal de trouble. | V | F | <input type="checkbox"/> | 40 |

- | | | | | |
|-----|--|---|---|--------------------------|
| 36. | Dernièrement, je ne suis rendu compte que je pleurais pour rien. | V | F | <input type="checkbox"/> |
| 37. | J'ai toujours évité de m'engager socialement avec les gens. | V | F | <input type="checkbox"/> |
| | | | | 41 |
| | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | 42 |
| 38. | En aucune circonstance je ne me laisserai avoir par les gens qui disent avoir besoin d'aide. | V | F | <input type="checkbox"/> |
| | | | | 43 |
| 39. | Une façon sûre de faire un monde pacifique est d'améliorer les moeurs des gens. | V | F | <input type="checkbox"/> |
| | | | | 44 |
| 40. | Je suis une personne très cultivée. | V | F | <input type="checkbox"/> |
| | | | | 45 |
| 41. | Je trouve difficile de sympathiser avec les gens qui ne sont jamais sûrs de rien. | V | F | <input type="checkbox"/> |
| | | | | 46 |
| 42. | Je suis une personne très conciliante et très soumise. | V | F | <input type="checkbox"/> |
| | | | | 47 |
| 43. | Une grande cause de mon malheur a été ce qu'on pourrait appeler "ma mauvaise humeur." | V | F | <input type="checkbox"/> |
| | | | | 48 |
| 44. | J'ai toujours senti une douleur quelque part dans mon corps. | V | F | <input type="checkbox"/> |
| | | | | 49 |
| 45. | Maintenant je deviens très déprimé même par de petites choses. | V | F | <input type="checkbox"/> |
| | | | | 50 |
| 46. | Quelquefois mon esprit va si vite que je peux difficilement le suivre. | V | F | <input type="checkbox"/> |
| | | | | 51 |
| 47. | Je suis si tranquille et si retiré, la plupart des gens ne savent même pas que j'existe. | V | F | <input type="checkbox"/> |
| | | | | 52 |
| 48. | J'aime fleurter (flirt) avec des personnes du sexe opposé. | V | F | <input type="checkbox"/> |
| | | | | 53 |

- | | | | | | |
|-----|--|---|---|--------------------------|----|
| 49. | Je suis une personne tranquille et craintive. | V | F | <input type="checkbox"/> | 54 |
| 50. | Je suis quelqu'un de très erratique, je change tout le temps d'idées et de sentiments. | V | F | <input type="checkbox"/> | 55 |
| 51. | Je me sens très tendu quand je pense à tout ce qui arrive dans la journée. | V | F | <input type="checkbox"/> | 56 |
| 52. | En ce qui me concerne, boire de l'alcool ne m'a jamais causé de vrais problèmes au travail. | V | F | <input type="checkbox"/> | 57 |
| 53. | Depuis quelques temps, mes forces semblent m'abandonner, même le matin. | V | F | <input type="checkbox"/> | 58 |
| 54. | Ces dernières semaines, je me suis mis à me voir comme un échec. | V | F | <input type="checkbox"/> | 59 |
| 55. | Je déteste parler, même aux gens que je connais. | V | F | <input type="checkbox"/> | 60 |
| 56. | J'ai toujours eu une peur terrible de perdre l'amour des gens dont j'ai le plus besoin. | V | F | <input type="checkbox"/> | 61 |
| 57. | Il y a eu des fois où j'avais tellement d'énergie que, pendant des jours, je n'avais pas besoin de dormir. | V | F | <input type="checkbox"/> | 62 |
| 58. | Depuis quelques temps, je ne suis mis à avoir envie de fracasser des choses. | V | F | <input type="checkbox"/> | 63 |
| 59. | Récemment, j'ai sérieusement pensé d'en finir avec ma vie. | V | F | <input type="checkbox"/> | 64 |
| 60. | Je veille toujours à ne faire de nouveaux amis et à rencontrer de nouvelles personnes. | V | F | <input type="checkbox"/> | 65 |

- | | | | | | |
|-----|---|---|---|--------------------------|----|
| 61. | Je fais très attention à mon argent, si bien que je suis prêt en cas de besoin. | V | F | <input type="checkbox"/> | 66 |
| 62. | L'année dernière, je me suis trouvé en première page de plusieurs magazines. | V | F | <input type="checkbox"/> | 67 |
| 63. | Peu de gens m'aiment. | V | F | <input type="checkbox"/> | 68 |
| 64. | Si quelqu'un me critiquait pour une faute, je relèverais immédiatement quelques fautes de cette personne. | V | F | <input type="checkbox"/> | 69 |
| 65. | J'ai souvent de la difficulté à prendre des décisions sans demander l'aide d'autrui. | V | F | <input type="checkbox"/> | 70 |
| 66. | Je laisse souvent sortir mes sentiments de colère et ensuite je me sens terriblement coupable. | V | F | <input type="checkbox"/> | 71 |
| 67. | Depuis quelques temps, je me sens agité et dans une terrible tension, mais je ne sais pas pourquoi. | V | F | <input type="checkbox"/> | 72 |
| 68. | Je perds très souvent ma capacité de sentir toute sensation dans les différentes parties de mon corps. | V | F | <input type="checkbox"/> | 73 |
| 69. | Quand je suis seul chez moi, je téléphone à des amis l'un après l'autre, juste pour parler. | V | F | <input type="checkbox"/> | 74 |
| 70. | Ce n'est peut-être pas bien de prendre des drogues qu'on dit illégales, mais dans le passé j'ai trouvé que j'en avais besoin. | V | F | <input type="checkbox"/> | 75 |
| 71. | Depuis quelques temps, je me sens toujours fatigué. | V | F | <input type="checkbox"/> | 76 |
| 72. | Depuis quelques temps, je ne peux pas bien dormir et je me lève aussi fatigué que je me suis couché. | V | F | <input type="checkbox"/> | 77 |

- | | | | | | |
|-----|--|---|---|--------------------------|-----|
| 73. | Tous les deux ou trois jours ou presque, j'ai une forte tension au creux de l'estomac. | V | F | <input type="checkbox"/> | 78 |
| 74. | Quand j'étais plus jeune, j'adorais faire un spectacle pour les amis de ma famille. | V | F | <input type="checkbox"/> | 79 |
| 75. | Nous devons respecter les générations précédentes et ne pas penser que nous en savons plus qu'eux. | V | F | <input type="checkbox"/> | 80 |
| | | | | <input type="checkbox"/> | 1 2 |
| | | | | <input type="checkbox"/> | 4 5 |
| 76. | Maintenant, je me sens la plupart du temps très déprimé et triste. | V | F | <input type="checkbox"/> | 6 |
| 77. | Je suis cette sorte de personne sur qui les autres ambitionnent. | V | F | <input type="checkbox"/> | 7 |
| 78. | Je m'efforce toujours de plaire aux autres, même quand je ne les aime pas. | V | F | <input type="checkbox"/> | 8 |
| 79. | Pendant des années, il m'est arrivé d'avoir de sérieuses pensées de suicide. | V | F | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 80. | Je me rends rapidement compte de la façon dont les gens essaient de me causer des ennuis. | V | F | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 81. | Dans certaines périodes j'ai tant d'énergie que je suis absolument incapable de rester tranquille. | V | F | <input type="checkbox"/> | 11 |
| 82. | Je ne le comprends pas, mais on dirait que j'adore blesser les personnes que j'aime. | V | F | <input type="checkbox"/> | 12 |

- | | | | | | |
|-----|--|---|---|--------------------------|----|
| 83. | Depuis longtemps, j'ai décidé que c'est mieux d'avoir peu à faire avec les gens. | V | F | <input type="checkbox"/> | 13 |
| 84. | Je suis prêt à me battre à mort avant de laisser quelqu'un l'emporter sur sa résolution (sur sa volonté). | V | F | <input type="checkbox"/> | 14 |
| 85. | Depuis mon enfance, j'ai toujours dû faire attention aux gens qui essaient de me passer un sapin (de m'escroquer). | V | F | <input type="checkbox"/> | 15 |
| 86. | Quand les choses deviennent "plattes", j'aime bien mettre de l'animation. | V | F | <input type="checkbox"/> | 16 |
| 87. | J'ai un problème d'alcool qui m'a donné des difficultés ainsi qu'à ma famille. | V | F | <input type="checkbox"/> | 17 |
| 88. | Si quelqu'un veut faire faire une chose qui demande vraiment de la patience, il n'a qu'à m'appeler. | V | F | <input type="checkbox"/> | 18 |
| 89. | Je suis probablement le penseur le plus créatif de tous les gens que je connais. | V | F | <input type="checkbox"/> | 19 |
| 90. | Je n'ai pas vu une voiture depuis dix ans. | V | F | <input type="checkbox"/> | 20 |
| 91. | J'ai l'impression que je ne suis pas une personne sympathique. | V | F | <input type="checkbox"/> | 21 |
| 92. | La punition ne m'a jamais empêché de faire ce que je voulais. | V | F | <input type="checkbox"/> | 22 |
| 93. | Il y a bien des fois où sans raison je me sens très gai et plein d'excitation. | V | F | <input type="checkbox"/> | 23 |
| 94. | Ce serait bien pour moi d'être marié à quelqu'un de plus développé et de moins immature que moi. | V | F | <input type="checkbox"/> | 24 |

- | | | | | | |
|------|---|---|---|--------------------------|----|
| 95. | Très souvent je dis trop vite des choses que je regrette après. | V | F | <input type="checkbox"/> | 25 |
| 96. | Ces derniers temps, je me sens éreinté sans raison particulière. | V | F | <input type="checkbox"/> | 26 |
| 97. | Depuis quelques temps, je me sens très coupable de ne plus pouvoir faire les choses correctement. | V | F | <input type="checkbox"/> | 27 |
| 98. | Je tourne et retourne dans ma tête des idées qui ne veulent pas s'en aller. | V | F | <input type="checkbox"/> | 28 |
| 99. | Depuis quelques temps, je suis très découragé et triste au sujet de la vie. | V | F | <input type="checkbox"/> | 29 |
| 100. | Bien des gens espionnent ma vie privée depuis des années. | V | F | <input type="checkbox"/> | 30 |
| 101. | Je disparaissais toujours pour un bout de temps quand j'ai une dispute avec quelqu'un. | V | F | <input type="checkbox"/> | 31 |
| 102. | Je déteste ou je crains la plupart des gens. | V | F | <input type="checkbox"/> | 32 |
| 103. | J'exprime mes opinions quoique les autres puissent en penser. | V | F | <input type="checkbox"/> | 33 |
| 104. | Parfois je fais les choses si vite que les autres en sont importunés. | V | F | <input type="checkbox"/> | 34 |
| 105. | Dans le passé, mes abus de drogue m'ont fait manquer le travail. | V | F | <input type="checkbox"/> | 35 |
| 106. | Je préfère toujours céder pour éviter des désagréments. | V | F | <input type="checkbox"/> | 36 |
| 107. | Je suis souvent maussade et grognon. | V | F | <input type="checkbox"/> | 37 |

- | | | | | |
|--|---|---|--------------------------|----|
| 108. Ces derniers temps, je n'ai même pas la force de m'obstiner avec quelqu'un. | V | F | <input type="checkbox"/> | 38 |
| 109. Dernièrement, je dois penser et repenser les choses sans véritable raison. | V | F | <input type="checkbox"/> | 39 |
| 110. Quand je regarde ma vie, je vois que j'ai fait souffrir les autres autant que j'ai souffert. | V | F | <input type="checkbox"/> | 40 |
| 111. J'utilise mon charme pour capter l'attention d'autrui. | V | F | <input type="checkbox"/> | 41 |
| 112. Bien que mes douleurs et problèmes corporels soient réels, personne ne semble les comprendre. | V | F | <input type="checkbox"/> | 42 |
| 113. Quand des choses m'effayaient lorsque j'étais enfant, je courais presque toujours trouver ma mère. | V | F | <input type="checkbox"/> | 43 |
| 114. Dernièrement, j'en ai transpiré un sacré coup et je me sens très tendu. | V | F | <input type="checkbox"/> | 44 |
| 115. Parfois j'ai une envie irrésistible de faire quelque chose pour me blesser ou blesser quelqu'un. | V | F | <input type="checkbox"/> | 45 |
| 116. Je reste si affairé sur tellement de choses que les gens sont incapables d'imaginer ce que je vais faire ensuite. | V | F | <input type="checkbox"/> | 46 |
| 117. Ces dernières semaines, je suis devenu très agité. | V | F | <input type="checkbox"/> | 47 |
| 118. Je n'arrête pas d'avoir d'étranges pensées dont je souhaiterais pouvoir me débarrasser. | V | F | <input type="checkbox"/> | 48 |
| 119. J'ai une sacrée difficulté à essayer de contrôler mon envie de boire à l'excès. | V | F | <input type="checkbox"/> | 49 |

- | | | | | |
|--|---|---|--------------------------|----|
| 120. La plupart des gens me considère comme un rien. | V | F | <input type="checkbox"/> | 50 |
| 121. Je sens très souvent un "motton" dans ma gorge. | V | F | <input type="checkbox"/> | 51 |
| 122. J'ai réussi pendant des années à boire un minimum d'alcool. | V | F | <input type="checkbox"/> | 52 |
| 123. J'ai toujours "testé" les gens pour découvrir jusqu'où on peut leur faire confiance. | V | F | <input type="checkbox"/> | 53 |
| 124. Même quand je suis éveillé, je n'ai pas l'impression de remarquer les gens près de moi. | V | F | <input type="checkbox"/> | 54 |
| 125. C'est très facile pour moi de me faire beaucoup d'amis. | V | F | <input type="checkbox"/> | 55 |
| 126. Je m'assure toujours que mon travail est bien planifié et organisé. | V | F | <input type="checkbox"/> | 56 |
| 127. Très souvent j'entends les choses tellement bien que ça me tracasse. | V | F | <input type="checkbox"/> | 57 |
| 128. Si ce n'était pas des médicaments que je prends, je serais en train de dépenser mon trop plein d'énergie. | V | F | <input type="checkbox"/> | 58 |
| 129. Je ne blâme personne qui profite de quelqu'un qui le tolère. | V | F | <input type="checkbox"/> | 59 |
| 130. Je suis très facilement mené par les gens. | V | F | <input type="checkbox"/> | 60 |
| 131. J'ai beaucoup d'idées d'avant-garde. | V | F | <input type="checkbox"/> | 61 |

- | | | | | |
|---|---|---|--------------------------|----|
| 132. Ces derniers temps, j'avais le cafard et on dirait que je ne peux pas m'en extirper (m'en sortir). | V | F | <input type="checkbox"/> | 62 |
| 133. Je pense que c'est toujours mieux de chercher de l'aide dans ce que je fais. | V | F | <input type="checkbox"/> | 63 |
| 134. Toute ma vie je me suis senti coupable de décevoir tant de gens. | V | F | <input type="checkbox"/> | 64 |
| 135. J'ai toujours reconnu ce que mon esprit me dit et je n'ai jamais écouté ce que les autres disent. | V | F | <input type="checkbox"/> | 65 |
| 136. Ces dernières années, je me suis senti si coupable que je me serais fait quelque chose de terrible à moi-même. | V | F | <input type="checkbox"/> | 66 |
| 137. Je ne me tiens jamais à l'écart dans un party. | V | F | <input type="checkbox"/> | 67 |
| 138. Les gens me disent que je suis une personne très convenable et très morale. | V | F | <input type="checkbox"/> | 68 |
| 139. Récemment il y a eu des périodes où je courais d'un bord de l'autre à faire tellement de choses en même temps que j'en étais épuisé. | V | F | <input type="checkbox"/> | 69 |
| 140. J'ai un problème de consommation de drogues dites illégales qui m'a conduit à des disputes de famille. | V | F | <input type="checkbox"/> | 70 |
| 141. Je me sens très inconfortable avec des personnes du sexe opposé. | V | F | <input type="checkbox"/> | 71 |
| 142. J'ai une façon de parler directement qui met souvent les gens en colère. | V | F | <input type="checkbox"/> | 72 |

- | | | | | |
|---|---|---|--------------------------|-----|
| 143. Je m'en fiche que les gens ne s'intéressent pas à moi. | V | F | <input type="checkbox"/> | 73 |
| 144. Franchement, je mens bien souvent pour sortir du trouble. | V | F | <input type="checkbox"/> | 74 |
| 145. Les gens peuvent facilement me faire changer d'idée, même si je pensais mon opinion arrêtée. | V | F | <input type="checkbox"/> | 75 |
| 146. D'autres ont essayé de m'avoir, mais j'ai le pouvoir de volonté de les dominer. | V | F | <input type="checkbox"/> | 76 |
| 147. Sans y penser, je dis souvent des choses contrariantes qui heurtent les sentiments de quelqu'un. | V | F | <input type="checkbox"/> | 77 |
| 148. Je mets souvent les gens en colère en jouant au "boss". | V | F | <input type="checkbox"/> | 78 |
| 149. J'ai un grand respect pour ceux qui sont en autorité sur moi. | V | F | <input type="checkbox"/> | 79 |
| 150. Je n'ai presque aucun lien étroit avec d'autres gens. | V | F | <input type="checkbox"/> | 80 |
| | | | <input type="checkbox"/> | 1 2 |
| | | | <input type="checkbox"/> | 4 5 |
| 151. Dans le passé, les gens disaient que je devenais trop intéressé et trop excité par trop de choses. | V | F | <input type="checkbox"/> | 6 |
| 152. J'ai traversé l'Atlantique en avion une trentaine de fois l'an passé. | V | F | <input type="checkbox"/> | 7 |

- | | | | | |
|--|---|---|--------------------------|----|
| 153. Je crois dans l'expression: "T8t couché et t8t levé ...". | V | F | <input type="checkbox"/> | 8 |
| 154. Je m'efforce d'être le boute-en-train. | V | F | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 155. Je ne pourrais jamais être amical avec des gens qui font des choses immorales. | V | F | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 156. Mes parents ne s'entendaient pas l'un l'autre. | V | F | <input type="checkbox"/> | 11 |
| 157. A l'occasion, j'ai pu boire jusqu'à dix verres ou plus sans être soûl (paqueté) | V | F | <input type="checkbox"/> | 12 |
| 158. En groupe, je suis presque toujours très conscient de moi-même et très tendu. | V | F | <input type="checkbox"/> | 13 |
| 159. J'ai une haute opinion des règlements parce qu'ils sont un bon guide à suivre. | V | F | <input type="checkbox"/> | 14 |
| 160. Dès mon enfance, je me suis mis à perdre contact avec le monde réel. | V | F | <input type="checkbox"/> | 15 |
| 161. Je ressens rarement quelque chose fortement. | V | F | <input type="checkbox"/> | 16 |
| 162. J'ai un fort besoin de dépendre des autres. | V | F | <input type="checkbox"/> | 17 |
| 163. Très souvent les idées traversent mon esprit beaucoup plus vite que je ne peux les exprimer. | V | F | <input type="checkbox"/> | 18 |
| 164. Des gens "croches" (filous) essaient souvent d'avoir le crédit des choses que j'ai faites ou imaginées. | V | F | <input type="checkbox"/> | 19 |
| 165. J'aimerais vraiment beaucoup être dans le "show bizz". | V | F | <input type="checkbox"/> | 20 |

Appendice F

Questionnaire d'Évaluation de la satisfaction maritale



EVALUATION DE LA SATISFACTION MARITALE (E.S.M. - F)

Nom: _____

Date: _____

Numéro du patient: _____

Ce questionnaire a pour but de mesurer jusqu'à quel point vous êtes satisfaite de votre relation de couple actuelle. Il ne s'agit pas d'un test; il n'y a donc pas de réponses vraies ou fausses. Répondez à chaque item avec le plus d'attention et de précision possible en plaçant après chaque item l'un des numéros suivants:

- 1 Rarement ou jamais
- 2 Peu souvent
- 3 Quelquefois
- 4 Assez souvent
- 5 La plupart du temps ou toujours

Veillez commencer.

- 1. Je trouve que mon partenaire est assez affectueux _____
- 2. Je trouve que mon partenaire se conduit mal avec moi _____
- 3. Je sens que mon partenaire m'aime vraiment _____
- 4. Je crois que je ne choiserais pas le même partenaire si c'était à refaire _____
- 5. Je sens que je peux faire confiance à mon partenaire _____
- 6. Je sens que notre relation se détériore _____
- 7. Je trouve que mon partenaire ne me comprend pas _____
- 8. Je sens que notre relation est bonne _____
- 9. Je sens que nous vivons une relation très heureuse _____
- 10. Je sens que notre vie commune est ennuyeuse _____
- 11. Je trouve que nous avons beaucoup de plaisir ensemble _____
- 12. Je sens que mon partenaire ne se confie pas à moi _____
- 13. Je sens que nous sommes très proches l'un de l'autre _____
- 14. Je sens que je ne peux pas compter sur mon partenaire _____
- 15. Je trouve que nous n'avons pas suffisamment d'intérêts en commun _____
- 16. Je trouve que nous réglons très bien nos disputes et nos désaccords _____
- 17. Je trouve que nous organisons très bien notre budget _____
- 18. Je crois que je n'aurais jamais dû me marier avec mon partenaire _____
- 19. Je sens que mon partenaire et moi allons très bien ensemble _____
- 20. Je sens que notre relation est très stable _____
- 21. Je sens que mon partenaire se plaît avec moi sexuellement _____
- 22. Je trouve que nous devrions faire plus de choses ensemble _____
- 23. Je sens que l'avenir s'annonce bien pour notre relation _____
- 24. Je sens que notre relation est vide _____
- 25. Je trouve qu'il n'y a rien de stimulant dans notre relation _____

TOTAL: _____

Appendice G

Questionnaire d'Évaluation de la satisfaction sexuelle

EVALUATION DE LA SATISFACTION SEXUELLE (E.S.S. - F)

Nom: _____

Date: _____

Numéro du patient: _____

Ce questionnaire a pour but de mesurer le degré de satisfaction que vous retirez de vos relations sexuelles avec votre partenaire. Il ne s'agit pas d'un test; il n'y a pas de réponses vraies ou fausses. Répondez à chaque item avec le plus d'attention et de précision possible en plaçant après chaque item l'un des numéros suivants:

- | | |
|----------|--|
| 1 | Rarement ou jamais |
| 2 | Peu souvent |
| 3 | Quelquefois |
| 4 | Assez souvent |
| 5 | La plupart du temps ou toujours |

Veuillez commencer.

- | | |
|---|-------|
| 1. Je crois que mon partenaire apprécie notre vie sexuelle | _____ |
| 2. Ma vie sexuelle est passionnante | _____ |
| 3. Les relations sexuelles sont très plaisantes pour mon partenaire et pour moi | _____ |
| 4. C'est devenu une corvée pour moi d'avoir une relation sexuelle avec mon partenaire | _____ |
| 5. Je trouve que les activités sexuelles sont malpropres et répugnantes | _____ |
| 6. Ma vie sexuelle est monotone | _____ |
| 7. Quand nous avons des relations sexuelles, c'est fait rapidement et beaucoup trop à la hâte | _____ |
| 8. Je sens que ma vie sexuelle manque de qualité | _____ |
| 9. Mon partenaire est sexuellement très excitant | _____ |
| 10. J'aime beaucoup les techniques sexuelles que mon partenaire aime ou utilise | _____ |
| 11. Je trouve que mon partenaire m'en demande trop du point de vue sexuel | _____ |
| 12. Je crois que le sexe, c'est merveilleux | _____ |
| 13. Mon partenaire porte trop d'intérêt aux activités sexuelles | _____ |
| 14. J'essaie d'éviter les contacts sexuels avec mon partenaire | _____ |
| 15. Mon partenaire est trop rude ou brutal quand nous avons des relations sexuelles | _____ |
| 16. Mon partenaire est un compagnon sexuel épatant | _____ |
| 17. Je considère le sexe comme une composante normale de notre relation | _____ |
| 18. Mon partenaire refuse les relations sexuelles quand j'en désire | _____ |
| 19. Je considère que notre vie sexuelle ajoute vraiment beaucoup à notre relation | _____ |
| 20. Mon partenaire semble éviter les contacts sexuels avec moi | _____ |
| 21. C'est facile pour moi d'être excitée sexuellement par mon partenaire | _____ |
| 22. Je sens que mon partenaire est sexuellement satisfait avec moi | _____ |
| 23. Mon partenaire est très sensible à mes besoins et à mes désirs sexuels | _____ |
| 24. Mon partenaire ne me satisfait pas sexuellement | _____ |
| 25. Je trouve que ma vie sexuelle est ennuyante | _____ |
| TOTAL: | _____ |

Tous droits réservés Walter W. Hudson, 1974

Traduction: Jean-Marie Boisvert

1, 2, 3, 9, 10, 12, 16, 17, 19, 21, 22, 23.

Appendice H

Critères diagnostiques du trouble de somatisation

Critères diagnostiques du F45.0 (300.81) Trouble somatisation

A. Antécédents de plaintes somatiques multiples, débutant avant l'âge de 30 ans, se manifestant pendant une période de plusieurs années et aboutissant à une demande de traitement ou bien à une altération significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

B. Chacun des critères suivants doit avoir été rempli, les symptômes eux-mêmes survenant à n'importe quel moment de l'évolution de la perturbation :

(1) *Quatre symptômes douloureux* : antécédents de douleur touchant au moins quatre localisations ou fonctions du corps (p. ex., la tête, le dos, les articulations les extrémités, la poitrine, le rectum, la menstruation, les rapports sexuels, la miction)

(2) *Deux symptômes gastro-intestinaux* : antécédents d'au moins deux symptômes gastro-intestinaux autres que des douleurs (p. ex., nausées, ballonnements, vomissements en dehors de la grossesse, diarrhée, ou intolérance à plusieurs aliments différents)

(3) *Un symptôme sexuel* : antécédents d'au moins un symptôme sexuel ou de l'appareil génital autre qu'une douleur (p. ex. désintérêt sexuel, anomalies de l'érection ou de l'éjaculation, règles irrégulières, règles excessives, vomissements tout au long de la grossesse)

(4) *Un symptôme pseudo-neurologique* : antécédents d'au moins un symptôme ou d'un déficit évoquant une affection neurologique, autre qu'une douleur (symptômes de conversion comme un trouble de coordination ou de l'équilibre, une paralysie ou une faiblesse musculaire localisée, des difficultés de déglutition ou une « boule dans la gorge », une aphonie, une rétention urinaire, des hallucinations, une perte de la sensibilité tactile ou douloureuse, une diplopie, une cécité, une surdité, des crises convulsives ; des symptômes dissociatifs comme une amnésie ; une perte de conscience autre qu'un évanouissement)

C. Soit (1) soit (2) :

(1) Après des examens médicaux appropriés, aucun des symptômes du critère B ne peut s'expliquer complètement ni par une affectation médicale générale connue, ni

par des effets directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament)

(2) Quand il existe une relation avec une affectation médicale générale, les symptômes physiques ou l'altération du fonctionnement social ou professionnel qui en résulte sont nettement disproportionnés par rapport à ce que laisseraient prévoir l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires.

D. Les symptômes ne sont pas produits intentionnellement ou feints (comme dans le Trouble factice ou la Simulation)

Critères diagnostiques du F45.1 (300.81) Trouble somatoforme indifférencié.

- A. Une ou plusieurs plaintes somatiques (p. ex., une fatigue, une perte de l'appétit, des symptômes gastro-intestinaux ou urinaires).
- B. Soit (1) soit (2) :
- (1) après des examens médicaux appropriés, les symptômes ne peuvent s'expliquer complètement ni par une affection médicale générale connue ni par les effets directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament)
- (2) quand il existe une relation avec une affection médicale générale, les plaintes somatiques ou l'altération du fonctionnement social ou professionnel qui en résulte sont nettement disproportionnés par rapport à ce que laisseraient prévoir l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires.
- C. Les symptômes sont à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.
- D. La durée de la perturbation est d'au moins 6 mois.
- E. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble mental (p. ex., un autre Trouble somatoforme, une Dysfonction sexuelle, un Trouble de l'humeur, un Trouble anxieux, un Trouble de sommeil, ou un Trouble psychotique).
- F. Le symptôme n'est pas produit intentionnellement ou feint (comme dans le Trouble factice ou la Simulation).