

Université de Montréal

Les dysfonctions sexuelles chez les femmes sans partenaire

Par Jocelyne Bounader
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
Philosophiæ Doctor (Ph.D.) en psychologie
sous la direction de Docteur Ariel Stravynski
et la co-direction de Docteur Irv Binik

Juin 1998



© Jocelyne Bounader, 1998

BF
22
U54
2002
v. 010

U

U

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée:

Les dysfonctions sexuelles chez les femmes sans partenaire

présentée par
Jocelyne Bounader

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

Dr Irv Binik
Dr Jean-Yves Frigon
Dr Luc Granger
Dr Ariel Stravynski
Dr Richard Villeneuve

Thèse acceptée le: 16 Avril 2002

Table des matières

Sommaire	v
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	ix
Remerciements	x
Introduction	1
Chapitre I : Contexte théorique	4
Les dysfonctions sexuelles chez les femmes.	5
Définition et épidémiologie	5
Classification des dysfonctions sexuelles	8
D'autres systèmes de classification	14
Conclusions relatives à la classification des dysfonctions sexuelles chez les femmes	16
Alternatives à la médicalisation des dysfonctions sexuelles	17
Place du contexte relationnel dans les modèles explicatifs des dysfonctions sexuelles	20
Modèle physiologique: "Le cycle de la réponse sexuelle"	21
Modèle physiologique incluant une phase de désir	23
Modèle mettant l'accent sur le rôle des processus cognitifs dans le maintien des dysfonctions sexuelles	29
L'anxiété hétérosexuelle	39
Conclusion	40
Caractéristiques des femmes seules ayant des dysfonctions sexuelles	42
Dysfonctions sexuelles et contexte interpersonnel	47
La théorie interpersonnelle	50
Définition, validation et critique	50
Lien entre problèmes sexuels et psychopathologie	57
Problèmes sexuels et relations interpersonnelles	59
Comment la théorie interpersonnelle permet- elle de tester l'existence de problèmes relationnels chez les femmes seules?	62
Objectifs et hypothèses de la présente étude	64
Objectifs	64
Hypothèses	65
Chapitre II: Méthodologie	66
Plan de recherche	67
Sujets	67
Mesures	76
Le "Test d'Évaluation du Répertoire des Construits Interpersonnels"	76
Le "Symptom Check List - 90 - Revised"	80
L'"Inventaire d'Anxiété Situationnelle"	81
Le "Derogatis Sexual Functioning Inventory"	82

Déroutement de l'expérience	84
Recrutement	85
Evaluation	85
Chapitre III: Résultats	88
Stratégie d'analyse des données	89
Données relatives aux variables interpersonnelles	89
Rigidité	90
Affiliation et Dominance	94
Sensibilité interpersonnelle	96
Données relatives à l'anxiété	98
Données relatives aux variables sexuelles	100
Connaissance, attitudes, fantasmes et image	
du corps	101
Expérience	102
Désir	103
Rôles	104
Satisfaction	106
Index de satisfaction globale	107
Chapitre IV: Interprétation	110
Rôle du fonctionnement interpersonnel dans la	
définition des dysfonctions sexuelles	112
Rôle de l'anxiété dans la définition des	
dysfonctions sexuelles	124
Rôle du fonctionnement sexuel dans la définition	
des dysfonctions sexuelles	125
Faiblesses et limites de la présente étude	129
La méthode	129
L'"opérationnalisation" des comportements	
interpersonnels	130
La validité du DSFI	132
L'équivalence des groupes	132
La validité du diagnostic des dysfonctions	
sexuelles	133
Le contrôle de l'absence de psychopathologie	
Conclusions générales	135
Apport de la présente étude	135
Implications pour des recherches futures	138
Références	141
Annexe I: Formulaire	158
Annexe II: Données brutes	171

Sommaire

Le but de la présente étude est d'examiner certaines caractéristiques qui distinguent les femmes qui ont des dysfonctions sexuelles des femmes qui n'en ont pas, en fonction de leur statut de cohabitation (seules ou en couple). Trois caractéristiques ont été étudiées: le fonctionnement interpersonnel, l'anxiété et le fonctionnement sexuel.

Cette problématique est habituellement abordée sous un angle physiologique ou intra-psychique, en tenant rarement compte des facteurs interpersonnels qui la sous-tendent. La présente étude vise donc à étudier le phénomène des dysfonctions sexuelles chez les femmes seules, en tenant compte de leur manière d'établir des relations. Pour ce faire, quatre-vingts femmes âgées entre 18 et 55 ans ont été recrutées. Les deux variables indépendantes retenues sont la présence ou l'absence de dysfonction sexuelle et le fait d'être seule ou en couple. Les participantes ont été réparties en nombre égal dans un des quatre groupes suivants: seules ayant une dysfonction sexuelle, seules sans dysfonction sexuelle, en couple ayant une dysfonction sexuelle et en couple sans dysfonction sexuelle.

Les mesures utilisées pour évaluer les fonctionnements sexuel et interpersonnel ainsi que l'anxiété sont les suivantes: le "Test d'Evaluation du Répertoire des Conflits Interpersonnels", les échelles "Anxiété" et "Sensibilité interpersonnelle" du "Symptom Check List - 90 - Revised", l'"Inventaire d'Anxiété Situationnelle"

et le "Derogatis Sexual Functioning Inventory". Les résultats relatifs au fonctionnement interpersonnel sont mitigés: c'est uniquement au niveau de la rigidité dans le comportement que les femmes seules ayant une dysfonction sexuelle se distinguent des trois autres groupes. Au niveau de l'anxiété, les résultats indiquent que les femmes fonctionnelles sexuellement sont significativement moins anxieuses que les femmes dysfonctionnelles. Au niveau du fonctionnement sexuel, les femmes ayant une dysfonction sexuelle ont une moins grande expérience à vie, des rôles masculins et féminins moins prononcés et sont moins satisfaites que les femmes n'ayant pas de dysfonction sexuelle.

L'existence de caractéristiques interpersonnelles propres aux femmes seules ayant des dysfonctions sexuelles est discutée. Le style interpersonnel semble être la principale variable qui différencie le groupe des femmes fonctionnelles de celui des femmes dysfonctionnelles sexuellement.

Au niveau des implications cliniques, l'affirmation de soi pourrait aider les femmes ayant une dysfonction sexuelle à être plus satisfaites de leur vie sexuelle.

Liste des tableaux

Tableau 1.	Dysfonctions sexuelles chez les femmes: données épidémiologiques	7
Tableau 2.	Études du modèle à deux dimensions du comportement interpersonnel	55
Tableau 3a.	Caractéristiques démographiques et cliniques: moyennes et écarts-types	71
Tableau 3b.	Analyse de variance des caractéristiques démographiques	72
Tableau 3c.	Analyse de variance des caractéristiques cliniques	73
Tableau 4.	Comparaisons entre les pourcentage des dysfonctions sexuelles	74
Tableau 5.	Analyse de variance de l'Indice global de sévérité	75
Tableau 6.	Moyennes de l'Indice global de sévérité	75
Tableau 7.	Analyse multivariée des mesures interpersonnelles	90
Tableau 8.	Analyse de variance de l'Indice de rigidité	90
Tableau 9.	Comparaison à posteriori des moyennes de la variable Rigidité	91
Tableau 10.	Distribution des types de Rigidité	93
Tableau 11.	Comparaisons entre les fréquences des types de Rigidité	94
Tableau 12.	Analyse de variance des mesures de la Dominance et de l'Affiliation	95
Tableau 13.	Moyennes de la variable Dominance	95
Tableau 14.	Analyse de variance des mesures de la Sensibilité Interpersonnelle	97
Tableau 15.	Moyennes de la variable Sensibilité Interpersonnelle	97

Tableau 16.	Analyse multivariée des mesures de l'Anxiété selon le SCL-90-R et l'IAS	98
Tableau 17a.	Analyse de variance des mesures de l'Anxiété selon le SCL-90-R	99
Tableau 17b.	Analyse de variance des mesures de l'Anxiété selon l'IAS	99
Tableau 18.	Moyennes de la variable Anxiété	100
Tableau 19.	Analyse multivariée des mesures du comportement sexuel selon le DSFI	101
Tableau 20.	Analyse de variance des résultats aux échelles de Connaissance, Fantasmés et Image du corps . .	102
Tableau 21.	Analyse de variance des résultats aux échelles Expérience à vie et Expérience au cours des 60 derniers jours	103
Tableau 22.	Moyennes de la variable Expérience	103
Tableau 23.	Analyse de variance des résultats à l'échelle de Désir	104
Tableau 24.	Moyennes de la variable Désir	104
Tableau 25.	Analyse de variance des mesures des Rôles . . .	105
Tableau 26.	Moyennes de la variable Rôles	106
Tableau 27.	Analyse de variance des résultats à l'échelle de Satisfaction	106
Tableau 28.	Moyennes de la variable Satisfaction	107
Tableau 29.	Analyse de variance des résultats à l'Index de satisfaction globale	107
Tableau 30.	Comparaisons à posteriori des moyennes de l'Index de satisfaction globale	109

Liste des figures

Figure 1.	Classification des comportements interpersonnels selon T. Leary	52
Figure 2.	Classification des comportements interpersonnels selon R. Hould	78
Figure 3.	Rigidité en fonction des groupes expérimentaux .	91
Figure 4.	Index de satisfaction globale en fonction des groupes expérimentaux	108

Remerciements

Je désire exprimer ma reconnaissance à mon directeur de thèse, Docteur Ariel Stravynski, pour ses excellents conseils et ses encouragements constants tout au long de chacune des étapes de cette recherche. J'adresse aussi ma gratitude à mon co-directeur, Docteur Irv Binik, pour ses précieuses recommandations et son soutien continu. Tous deux m'ont laissé l'autonomie nécessaire afin de développer un esprit critique et analytique tout en me guidant dans ma démarche.

Je remercie aussi Lise Lachance, consultante en analyses statistiques, pour sa contribution à l'analyse des résultats, ses précieuses suggestions et son support encourageant. De même que Docteur Richard Hould, auteur du TERCI, qui était disponible pour toutes les explications et les conseils nécessaires, ainsi que Suzanne Lepage pour l'excellent travail de traitement de texte effectué.

Cette thèse a été réalisée grâce à une subvention accordée à Docteur Ariel Stravynski par les Fonds de la Recherche en Santé du Québec ainsi qu'à l'aide d'une bourse offerte à l'auteure par le Conseil de Recherches en Sciences Humaines du Canada.

Je souhaite aussi exprimer ma profonde gratitude à mes amis David Synior pour ses inestimables conseils afin d'améliorer la

qualité de ce travail, Eric Van Zuiden pour ses efforts dans la recherche concernant les instruments utilisés et Patrick Grisé pour ses commentaires. Je remercie aussi mes amies Jihane Samaha, Claude Kaliski et Alina Czarlinska, ainsi que les nombreux amis ayant prodigué support et encouragements tout au long de la rédaction, notamment Joanne Boucher, Phyllis Amato et Lorrie Merriott. Merci aussi à toutes les femmes, amies ou inconnues, ayant volontairement répondu aux questionnaires de cette recherche.

En terminant un grand merci à mon conjoint Guy Léveillé qui a toujours montré beaucoup d'intérêt tout au long des différentes étapes de cette recherche et qui a été d'une patience et d'une compréhension sans limite. Son support et ses encouragements ont contribué à l'achèvement de cette thèse.

Introduction

L'intérêt pour le comportement sexuel féminin a connu plusieurs facettes à travers l'histoire. Selon les époques et les lieux, il a été réduit à la procréation, ou au plaisir du partenaire, ou encore à un péché honteux. Après les autorités religieuses, qui dictaient ce qui était acceptable ou pas sexuellement, ce sont les autorités médicales qui ont pris la relève pour dicter ce qui est normal ou pas. D'abord déterminé par la collectivité, le comportement sexuel a ensuite été directement lié au bien de l'individu. Depuis une trentaine d'années, le point de vue adopté dans le monde occidental, relatif au fonctionnement sexuel féminin, est surtout lié à l'atteinte du plaisir (Tannahill, 1992; Masters, Johnson et Levin, 1982; Gagnon, 1977; Foucault, 1976; Sadock, Kaplan et Freedman, 1976; van Ussel, 1970). Les difficultés à ce niveau sont médicalisées, considérées comme une anomalie et désignées par les termes "dysfonctions sexuelles" (Masters et Johnson, 1966). Cette médicalisation a mené à répertorier et catégoriser les difficultés sexuelles chez les femmes (Masters et Johnson; "Diagnostic and statistical manual of mental disorders - III" et "Diagnostic and statistical manual of mental disorders - IV"), à évaluer l'étendue du problème par des recherches épidémiologiques et à proposer des méthodes d'interventions thérapeutiques. D'abord réservées au traitement des couples aux prises avec les dysfonctions sexuelles, ces méthodes d'interventions thérapeutiques sont aujourd'hui appliquées à des femmes seules qui se présentent pour des difficultés

sexuelles. Mais les besoins de ces femmes seules sont-ils les mêmes que ceux des femmes en couple ayant des dysfonctions sexuelles? Présentent-elles des caractéristiques différentes qui permettraient de penser qu'il faut les traiter comme un groupe distinct?

Pour répondre à ces questions, nous allons commencer par définir le phénomène de dysfonctions sexuelles chez les femmes, présenter les études épidémiologiques associées et passer en revue la classification de ces dysfonctions. Nous irons ensuite voir si les connaissances acquises dans ce domaine peuvent s'appliquer aux femmes seules ayant des dysfonctions sexuelles. Enfin nous comparerons les groupes de femmes seules et en couple ayant des dysfonctions sexuelles aux niveaux de leur anxiété et de leurs caractéristiques interpersonnelles et sexuelles. Le but de cette comparaison serait de déterminer s'il s'agit de populations différentes ou de populations ayant des caractéristiques similaires à ces niveaux.

Chapitre I
Contexte théorique

Contexte théorique

Les dysfonctions sexuelles chez les femmes

Définition et Épidémiologie. Il est difficile de définir les dysfonctions sexuelles chez les femmes, d'une part à cause des différences culturelles qui reconnaissent ou pas le caractère problématique de certains phénomènes sexuels; d'autre part, à cause du fait que dans les études scientifiques sur la question sont mêlées les stratégies de traitement, la description des problèmes et les caractéristiques de la population étudiée.

Dans la culture occidentale de la fin du XXe siècle, voici comment le "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -IV" définit les dysfonctions sexuelles chez les femmes: elles sont caractérisées par un trouble au niveau du cycle de la réponse sexuelle, ou par une douleur associée aux relations sexuelles. Le cycle de la réponse sexuelle est composé de quatre phases:

- Le désir. Cette phase comprend des fantasmes au sujet de l'activité sexuelle et un désir d'avoir une activité sexuelle.

- L'excitation. Cette phase regroupe un sens subjectif de plaisir sexuel ainsi que des changements physiologiques, tels qu'une vasocongestion au niveau du pelvis, une lubrification et une expansion vaginales et une enflure de la partie génitale externe chez la femme.

- L'orgasme. Durant cette phase le plaisir sexuel atteint son maximum, la tension sexuelle se relâche, les muscles périnéens et les organes reproductifs se contractent. Chez la femme on observe des contractions des parois du tiers externe du vagin et du sphincter anal.

- La résolution. Cette phase comprend un sens de relaxation musculaire et de bien-être général. Les femmes pourraient répondre à d'autres stimulations presque immédiatement.

Les normes d'un fonctionnement sexuel "normal" sont une absence de trouble dans ces quatre phases. Cependant depuis le DSM-IV, la seule difficulté à atteindre une de ces phases ne suffit plus pour qu'on parle de dysfonctions sexuelles: il faut que cette difficulté cause une détresse psychologique ou des problèmes interpersonnels pour être désignée par les termes "dysfonctions sexuelles". Ce dernier critère est important car il reflète la place croissante des "individualités" et du contexte interpersonnel quand il s'agit d'établir des normes "scientifiques" du fonctionnement sexuel.

Les auteurs du DSM-IV mentionnent qu'il n'existe que peu de données épidémiologiques au sujet de la prévalence des différentes dysfonctions sexuelles et que ces données donnent lieu à des résultats très variables, probablement à cause des différences dans les méthodes d'évaluation, les définitions utilisées et les caractéristiques des échantillons.

Spector et Carey (1990) se réfèrent aux études effectuées en Europe et aux États-Unis pour rapporter les données épidémiologiques relatives aux dysfonctions sexuelles chez les femmes (tableau 1).

Tableau 1

Dysfonctions sexuelles chez les femmes : données épidémiologiques
(Spector et Carey, 1990)

	Population clinique	Population générale
Troubles de l'orgasme	18% à 32%	5% à 8%
Troubles de l'excitation	51% à 62%	11% à 14%
Dyspareunie	3% à 5%	8% à 23%
Vaginisme	5% à 17%	(données non disponibles)
Trouble du désir	37% à 55%	16% à 34%

Les pourcentages présentés varient en fonction de l'année où ces chiffres sont recueillis; ainsi les données les plus récentes font état d'un pourcentage plus élevé de problèmes de désir que celles recueillies lors d'années antérieures; elles varient aussi en fonction du milieu, tel que les cultures différentes; de la méthode utilisée pour établir un diagnostic; par exemple, questionnaire auto-administré ou entretien clinique; de l'âge des sujets questionnés, dont seules certaines enquêtes tiennent compte; de la définition des dysfonctions sexuelles; du but de

l'étude ayant servi à amasser ces données: prévalence ou incidence; du type de population clinique évaluée, comme par exemple dans un service de thérapie sexuelle ou de thérapie conjugale, ainsi que de la sélection des sujets. Il est évidemment impossible, dans un tel contexte, d'avoir des données représentatives concernant la fréquence des dysfonctions sexuelles. Cependant l'apparition de telles études montre que, d'abord inexistant, le phénomène des dysfonctions sexuelles a fini par être considéré comme une entrave au bon fonctionnement sexuel de l'individu occidental. Mais une vie sexuelle "normale" selon les critères du DSM-IV n'équivaut pas nécessairement à une vie sexuelle satisfaisante. On gagnerait donc à moins mettre l'accent sur ce qui relève d'un modèle sexuel approuvé mais limitatif et à aborder la sexualité sous un angle plus global, tant dans ses composantes physiologiques que psychologiques et interpersonnelles. Malheureusement la classification des dysfonctions sexuelles chez les femmes ne tient pas compte de toutes ces composantes.

Classification des dysfonctions sexuelles. De nos jours, cette classification est surtout basée sur le modèle biomédical. La plupart des cliniciens et des chercheurs ont choisi de classer les dysfonctions sexuelles comme étant des entités de psychopathologie; ce qui laisse entendre qu'elles sont entièrement présentes ou entièrement absentes, clairement différenciées et mutuellement exclusives. Ils ont aussi utilisé un langage catégorique en prétendant cerner les dysfonctions sexuelles d'une

façon efficace; ce qui leur permet d'agir comme si une entité cachée a été révélée. Un des inconvénients d'une telle approche est de mettre une étiquette sur les symptômes sexuels d'une personne en pensant ajouter de l'information. L'examen du DSM-III et du DSM-IV permettra d'illustrer ces observations.

Le système de diagnostic psychiatrique est basé sur les différents types de troubles, considérés comme des entités séparées. Les origines de ce système remontent jusqu'à l'an 2600 av. J.-C. (Zilboorg, 1941). Toutefois il a fallu attendre les années trente avant qu'un début d'empirisme ne commence à guider les classifications en psychiatrie. De nos jours cette classification a recours à l'utilisation d'indices relatifs au langage et au comportement dans l'examen de l'"état mental".

Le système de classification utilisé aujourd'hui en Amérique du Nord découle de celui de William Menninger, pour ce qui est de la forme et non du contenu. Les travaux de Menninger pendant la deuxième guerre mondiale ont été incorporés dans le "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (APA, 1952). Ce manuel a servi de prototype au DSM-II (APA, 1968). Le DSM-III (1980), le DSM-III-R (1987) et le DSM-IV (1994) ne présentent pas de continuité avec les premiers manuels. Ils sont le fruit des efforts de leurs auteurs (APA, 1980; 1987; 1994) pour mettre entre les mains des professionnels un outil de classification diagnostique plus fiable que les précédents. Les dysfonctions sexuelles y trouvent leur place en tant que groupes à part entière,

alors que dans les DSM-I et DSM-II, elles étaient considérées comme étant des manifestations névrotiques, tout comme les troubles anxieux, affectifs ou autres. Mais qu'en est-il de la fidélité et de la validité de ces manuels de classification diagnostique?

Garfield (1986) affirme que les catégories des dysfonctions sexuelles du DSM-III présentent une très forte fidélité inter-juges:

Extrait du tableau de fidélité des diagnostics du DSM-III établie grâce au travail de cliniciens expérimentés auprès d'une population adulte (18 ans et plus): (APA, 1980)

Coefficients Kappa de conformité - Dysfonctions sexuelles:
Phase 1 (n=5): 1.0 Phase II (n=4): .86

L'échantillon ayant servi à déterminer la fidélité ne comprend que neuf sujets, ce qui ne permet pas de soutenir une telle affirmation. Quant aux auteurs du DSM-IV, ils n'ont pas empiriquement ré-évalué la fidélité des diagnostics des dysfonctions sexuelles de ce nouveau manuel (Schmidt Jr, Schiavi, Schover, Segraves et Wise, 1996).

La fidélité inter-juges d'un diagnostic psychiatrique n'est pas le seul facteur impliqué dans la détermination de son utilité; elle est complémentaire à la validité. Mais il n'y a pas d'étude sur la validité du DSM-III. Seule existe une haute corrélation entre les diagnostics inter-juges, par consensus plutôt que par recherche. Alors qu'il aurait fallu se baser sur des données

empiriques avant de se mettre d'accord sur le contenu d'une catégorie.

Idéalement la validité du diagnostic psychiatrique regroupant des catégories devrait reposer sur des éléments étiologiques démontrables (Pull, Guelfi, Boyer et Pull, 1986), ou encore d'autres critères comme la réponse à un traitement. Mais l'étiologie des dysfonctions sexuelles n'est pas claire. La documentation sur la question, sans se référer nécessairement à des études contrôlées, suggère que les facteurs suivants peuvent être à l'origine des dysfonctions sexuelles: maladies, interventions chirurgicales ou médicaments (Masters et Johnson, 1970; Kaplan, 1974); problèmes au niveau de la relation parents-enfants, viol, inceste, expériences traumatisantes avec les prostituées ou orthodoxie religieuse (Masters et Johnson, 1970); informations sexuelles erronées ou incomplètes (Kaplan, 1974); facteurs relevant d'absence d'habileté de la part du partenaire sexuel (Kaplan, 1974); anxiété, culpabilité, dépression ou peur de perdre le contrôle (Kaplan, 1974); facteurs relevant de problèmes relationnels (Masters et Johnson, 1970; Kaplan, 1974) ou même d'autres dysfonctions sexuelles (Masters and Johnson, 1970).

La plupart des auteurs ayant proposé des théories explicatives ou effectué des recherches empiriques s'accordent à reconnaître le rôle prépondérant des facteurs psychologiques dans l'étiologie des problèmes sexuels, sans toutefois établir une différenciation claire entre facteurs étiologiques et facteurs de maintien des dysfonctions (Hogan, 1978; Bancroft, 1989; LoPiccolo, 1990). Le

principal problème est que les débats au sujet de l'origine des problèmes sexuels sont influencés par les orientations théoriques des chercheurs et presque exclusivement basés sur ce que les patients eux-mêmes rapportent de leurs expériences passées, sans faire l'objet d'études chez des groupes contrôlés.

L'impossibilité de créer un instrument dont la validité reposerait sur une théorie étiologique a poussé les auteurs des "DSM" à s'en tenir à une liste de groupes descriptifs fixés suite à un consensus entre eux. L'examen de l'évolution de la classification dans les différents "DSM" révèle un nombre croissant de catégorisations, ce qui soulève d'emblée la question suivante: a-t-on "découvert" des "maladies" nouvelles? Examinons ces catégories de plus près: dans le DSM-III, les dysfonctions sexuelles décrites chez les femmes sont au nombre de cinq, plus une catégorie "Dysfonction sexuelle atypique". S'y ajoute d'"Autres désordres psychosexuels", où on retrouve "Homosexualité dystonique" et "Désordre psycho-sexuel non classé ailleurs". Dans le DSM-II, on avait commencé par considérer l'homosexualité comme un trouble mental, pour ensuite lui substituer la catégorie "Trouble de l'orientation sexuelle". Quant au DSM-III-R, il regroupe six catégories de dysfonctions sexuelles chez les femmes, plus une catégorie non spécifiée. A la différence du DSM-III, on y retrouve l'"Aversion sexuelle"; et les troubles de l'excitation du DSM-III ont été divisés en deux catégories: chez l'homme et chez la femme. Dans le DSM-IV, on a ajouté à toutes les dysfonctions citées un

nouveau critère de diagnostic clinique: la dysfonction doit causer une détresse prononcée ou des difficultés interpersonnelles pour être considérée comme telle. Dans les changements relatifs aux définitions du "Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme", on retrouve un retour au DSM-III: ce diagnostic n'est plus donné si les plaintes subjectives ne sont pas accompagnées de difficultés physiologiques au niveau de l'excitation. "Trouble de l'orgasme chez la femme" a remplacé l'appellation du DSM-III-R, "Inhibition de l'orgasme chez la femme". "Dysfonction sexuelle due à un état médical général" et "Dysfonction sexuelle induite par des substances" sont deux catégories ajoutées dans le DSM-IV. Ce qui signifie qu'il est possible à présent d'utiliser les catégories des dysfonctions sexuelles si une dysfonction est causée par des facteurs exclusivement organiques.

Ces changements correspondent donc, entre autres, à des remaniements de critères descriptifs afin de créer des catégories nouvelles, par exemple l'"aversion sexuelle" ou d'adoption de nouveaux points de vue "politiques", par exemple l'homosexualité considérée comme un phénomène normal en soi. De plus, toutes ces catégories comprennent une liste descriptive de "symptômes" dont l'individu doit se plaindre afin de "diagnostiquer" l'existence d'une ou plusieurs dysfonctions. On y retrouve des critères d'inclusion et d'exclusion; les critères opérationnels consistent à répondre par oui ou par non afin d'établir un diagnostic. Or il peut arriver que l'on ne puisse déterminer exactement la présence

d'un critère! Une des questions essentielles à se poser est de savoir ce que la formulation de tels diagnostics apporte à la compréhension du problème touchant au fonctionnement sexuel. Ce qui fait du DSM-IV un outil de travail et de recherches, et non la confirmation de l'existence d'entités distinctes de psychopathologie.

D'autres systèmes de classification. Schover, Friedman, Weiler, Heiman et Lopiccicolo (1982) font remarquer que la connaissance d'un diagnostic ne permet pas de prédire le comportement dans diverses situations ni le pronostic en thérapie sexuelle. Ils donnent comme exemple le cas de deux femmes répondant aux critères diagnostiques de la catégorie "Inhibition de l'orgasme" du DSM-III. Cependant l'une d'entre elles atteint l'orgasme par masturbation, l'autre dans deux situations: grâce à l'utilisation d'un vibreur ou durant des aventures extra-conjugales lors de la pénétration. Afin de tenir compte de ces variantes, Schover et al. (1982) proposent un système descriptif comprenant six axes de catégories plus détaillées. Ce système catégorise les dysfonctions sexuelles en décrivant le comportement sexuel sans faire d'allusion à l'étiologie. On y retrouve une liste de problèmes pouvant survenir dans les situations suivantes: phases du désir - phase de l'excitation, subjective, physique ou les deux - phase de l'orgasme, par exemple, orgasme non accompagné de sensation de plaisir - douleur lors de la pénétration, par exemple, avant ou après la pénétration - insatisfaction face à la

fréquence des activités sexuelles. A ce niveau on ne peut utiliser qu'une catégorie par axe. Il faut aussi préciser si le problème est primaire ou secondaire, situationnel ou global et si l'individu consulte à cause de lui ou pas. S'y ajoute une liste d'"informations qualificatives", telles que "fétichisme", "inceste", "plaisir sexuel tiré d'humiliations" ou "détresse conjugale", non mutuellement exclusives. L'avantage d'une telle classification est de tenir compte de facteurs multiples, ce qui permet une meilleure compréhension et un meilleur traitement des dysfonctions. De plus quand les personnes sont en couple ce système permet de mettre en valeur les relations entre différentes dysfonctions au sein d'une dyade. Schover et al. citent l'exemple d'un cas où l'inhibition de l'orgasme chez la femme est associée à l'éjaculation précoce, trois minutes après la pénétration, chez l'homme.

Les premiers écrits de Kaplan (1974; 1979) nous permettent aussi d'en déduire une classification des dysfonctions sexuelles en facteurs exclusivement psychogéniques et ceux exclusivement organiques. Kaplan suggère les deux termes suivants pour désigner la "Baisse du désir sexuel": "Inhibition du désir sexuel" si les facteurs étiologiques sont clairement psychogènes et "Désir sexuel hypoactif" si le facteur étiologique n'est pas clair. Mais une telle distinction n'est pas possible dans l'état actuel de nos connaissances. Cependant dans des publications plus récentes (1988a; 1988b; 1988c) Kaplan s'est aussi intéressée à la

distinction entre "Baisse du désir sexuel" et "Aversion sexuelle", reliant cette dernière aux troubles paniques. Elle suggère aussi de compléter l'évaluation clinique des troubles du désir sexuel par des tests visant à mesurer le taux des hormones androgènes, notamment chez les femmes ayant subi des interventions médicales pour traiter un cancer (Kaplan, 1992; Kaplan et Owett, 1993).

Conclusions relatives à la classification des dysfonctions sexuelles chez les femmes. Dans les classifications citées il n'est pas question de problèmes liés à la procréation en tant que critères pour établir la présence de dysfonctions sexuelles. Il y est plutôt question de douleur, de plaisir, de désir. Il n'y est pas question non plus de morale ni de religion. En fait, tout ce qui n'est pas relatif à la jouissance en a été évacué. Ce qui a donc changé au fil des millénaires, relativement aux rapports sexuels, c'est l'attitude adoptée face à eux. De nos jours, cette attitude se veut "scientifique", considérant parfois les dysfonctions sexuelles comme des dysfonctions physiologiques qui se développent quand un facteur pathologique est déclenché par des stress environnementaux. Cette façon de faire peut rendre moins claires les manières variées et souvent uniques qu'ont les individus et les couples de vivre leurs problèmes sexuels. Surtout que le modèle actuel des catégories de dysfonctions sexuelles laisserait penser que la baisse du désir sexuel, par exemple, est quelque chose que l'on a ou l'on a pas, comme la rougeole; et que c'est une entité distincte de l'inhibition de l'orgasme. Or le

plus souvent le type précis de dysfonction ne nous dit pas grand-chose quant à la meilleure approche thérapeutique à adopter.

Cependant, bien que la catégorisation ne soit pas la seule manière de classifier (Hine et Williams, 1975), elle a permis l'émergence d'une science relative à la sexualité. Malgré les inconvénients du modèle médical, il a l'avantage d'être populaire et de faire appel à des termes familiers. De plus, il est clair, simple et vise l'essentiel (Strauss, 1973). Il serait alors utile d'y avoir recours, en recherche comme en clinique, en tentant de l'améliorer, afin qu'il soit plus efficace lorsqu'on vise à mieux comprendre ce qui sous-tend les dysfonctions sexuelles chez un individu.

Alternatives à la médicalisation des dysfonctions sexuelles

Toutes les formes non approuvées du fonctionnement social et psychologique sont soumises de nos jours à un modèle biomédical. La sexualité n'y échappe pas: elle aussi est tombée sous l'emprise de la médicalisation. Quand les problèmes sexuels sont surtout abordés sous l'angle médical, le point de vue adopté pour les comprendre devient exclusivement sexuel, surtout physiologique et biologique. Or, même s'il est vrai que des facteurs médicaux, comme les drogues, les médicaments et les maladies, ou psychiatriques, comme la dépression et les troubles obsessifs-compulsifs, peuvent sous-tendre les dysfonctions sexuelles, les facteurs intrapsychiques jouent aussi un rôle prépondérant dans

l'apparition et le maintien de ces dysfonctions (Bancroft, 1989). Il existe aussi un nombre plus limité de publications, non basées sur des études contrôlées, évoquant les facteurs culturels (Gagnon, 1977) ou interpersonnels (Masters et Johnson, 1970; Kaplan, 1974) comme sous-tendant les dysfonctions sexuelles.

La surévaluation de la présence des maladies physiques et mentales ou de l'effet de drogues, l'intérêt plus prononcé des recherches psychologiques pour les facteurs intra-psychiques, jettent une ombre importante sur la compréhension du phénomène des dysfonctions sexuelles, puisque tant les recherches biologiques que psychologiques abordent le problème des dysfonctions sexuelles en tant que phénomènes intra-psychiques. Pourtant la relation sexuelle implique essentiellement des personnes en interaction. La sexualité peut être appréhendée autant par ses composantes intra-psychiques et biologiques que culturelles, émotionnelles et interpersonnelles. Certaines de ces composantes - notamment les trois dernières - varient en fonction de l'époque et du milieu. Le rôle des composantes de la sexualité n'a pas encore été précisé par le biais d'études contrôlées.

Il serait évidemment difficile, avec les moyens de recherche dont on dispose de nos jours, de vouloir cerner toutes ces composantes à la fois. On pourrait même envisager de ne pas classifier les dysfonctions sexuelles du tout, puisque chaque système pourrait présenter les mêmes problèmes que ceux rencontrés dans le système actuel. Il se trouve que le modèle médical soit celui qui ait été le plus étudié, donc qui peut faire l'objet du plus grand nombre de critiques. Mais si on décidait d'adopter un

modèle de classification interpersonnelle, par exemple, on rencontrerait les mêmes problèmes. Choisir la non-classification à cause des limites de tout système ne permettrait pas plus la compréhension du phénomène des dysfonctions sexuelles. Comment accéder à cette compréhension tout en sachant que dans l'état actuel de la recherche, on ne peut étudier toutes les composantes en même temps? En fait il serait possible, dans un premier temps, de mettre l'accent sur une composante à la fois, pour ensuite les intégrer. Étant donné que la plupart des recherches menées n'ont pas accordé suffisamment de poids à la composante interpersonnelle dans le maintien de ces dysfonctions, l'accent sera mis sur l'aspect interpersonnel des dysfonctions sexuelles dans la présente étude.

Il serait toutefois important de ne pas perdre de vue que s'en tenir exclusivement à l'aspect interpersonnel serait tout aussi limitatif que s'en tenir à l'aspect biomédical. Mais qu'il est nécessaire d'éclaircir le rôle de l'aspect relationnel malheureusement quelque peu délaissé actuellement. Pour mieux mesurer l'impact du facteur interpersonnel, on choisira une population chez qui cet aspect-là poserait problème, et pour qui la considération de difficultés relationnelles serait encore plus pertinente: les gens seuls ayant des dysfonctions sexuelles. Seules quelques rares études se sont intéressées aux gens seuls, essentiellement à la population masculine. Il existe donc d'évidentes lacunes relatives aux problèmes sexuels présentés par les femmes seules. Aussi cette étude sera la première étude

contrôlée à s'intéresser aux femmes seules ayant des dysfonctions sexuelles, dans le but de commencer à combler cette lacune.

En plus de s'écarter de la tradition biomédicale dans laquelle se sont inscrites les recherches sur la sexualité, cette étude s'écartera aussi de la tradition de prendre comme sujets d'études des couples. Cet intérêt pourrait évidemment être considéré comme étant le reflet d'un changement social, touchant aussi les valeurs contemporaines, puisqu'il y a une trentaine d'années seul le couple faisait l'objet d'études ~~quand il en venait aux dysfonctions sexuelles.~~
when it came to

La partie qui va suivre comprend la description des modèles existants des dysfonctions sexuelles chez les femmes. Ceci permettra d'illustrer comment ces modèles reflètent la "démocratisation" du plaisir sexuel et la "médicalisation" des difficultés à atteindre ce plaisir. L'évaluation de la place que laissent ces modèles au contexte interpersonnel dans lequel se déroule une relation sexuelle suivra.

Place du contexte relationnel dans les modèles explicatifs des dysfonctions sexuelles

Bien qu'il soit difficile de définir les "dysfonctions sexuelles", il n'en reste pas moins que le potentiel de jouissance sexuelle chez les femmes seules ayant de telles dysfonctions n'est pas toujours comblé. Malheureusement la revue de la documentation

au sujet des modèles théoriques se rapportant aux facteurs qui sous-tendent et maintiennent les dysfonctions sexuelles n'explique pas quels sont les problèmes spécifiques à la population de femmes célibataires. Aussi ce chapitre va-t-il comporter un examen critique des principaux modèles généraux des dysfonctions sexuelles chez les femmes ainsi que la pertinence de leur application à la population étudiée.

Modèle physiologique: "Le cycle de la réponse sexuelle". Le cycle de la réponse sexuelle, à l'origine de la classification des dysfonctions sexuelles dans le DSM-III et ses successeurs, a été conceptualisé par Masters et Johnson (1966; 1970) suite à leurs recherches physiologiques sur la sexualité humaine menées au laboratoire. Selon ce modèle, la conceptualisation de la réponse sexuelle repose sur les changements physiologiques observés chez les hommes et les femmes volontaires recrutés pour participer aux recherches. Ce cycle est formé de quatre étapes: excitation, plateau, orgasme et résolution.

Masters et Johnson ont eu l'occasion d'observer la sexualité normale et problématique sur des centaines de volontaires; ils ont avancé que la peur de ne pas être à la hauteur est le principal facteur qui empêcherait un fonctionnement sexuel adéquat, puisque ce facteur jouerait un rôle distracteur chez les hommes et les femmes anxieux; par conséquent ces derniers ne seront plus en mesure de répondre au stimulus sexuel. Si cette incapacité est suivie par une peur de voir la même situation se répéter, cet

incident isolé pourrait se transformer en dysfonction sexuelle chronique et ce à cause de l'anticipation anxieuse d'un échec. "Le rôle de spectateur" est une composante cognitive importante du dysfonctionnement sexuel; c'est un état de conscience de l'individu de sa propre performance, dans lequel il s'évalue et s'autocritique, ce qui le distrait et le rend non réceptif à la stimulation sexuelle. Masters et Johnson ont ajouté que la sensibilité personnelle à un "apport psychosexuel négatif", c'est-à-dire le stress et les pressions des performances sexuelles, affecte le fonctionnement sexuel chez les plus sensibles, alors que les autres n'en seraient pas touchés.

En se basant sur des changements purement physiologiques au niveau de l'organisme pour élaborer leur modèle, les auteurs ne laissent pas de place à l'expérience subjective ni au contexte relationnel dans lequel s'inscrirait un rapport sexuel. Pourtant Masters et Johnson abordaient les sentiments des gens dans leur approche thérapeutique. Alors qu'ils affichaient leur intérêt pour la communication, l'intimité, l'expression de soi et le plaisir mutuel en tant que composantes sexuelles, ce sont principalement les idées relatives au fonctionnement mécanique qui ont prédominé dans leur modèle de fonctionnement et de dysfonctionnement sexuels chez les hommes et les femmes. A ce sujet, Tiefer (1991) fait remarquer que définir l'essence de la sexualité comme étant une instance spécifique de changements physiologiques serait promouvoir un réductionnisme biologique. Le problème avec un tel réductionnisme, c'est qu'en plus de séparer les performances

sexuelles génitales des personnalités, des relations et des valeurs, ces performances sont surévaluées aux dépens du reste.

Tiefer (1991) adresse une autre critique à ce modèle, faisant remarquer qu'en mettant l'accent sur les aspects physiques de la sexualité et en ignorant le reste, le cycle de réponse sexuelle tel que décrit par Masters et Johnson favorisait les femmes orientées vers une expérience sexuelle plus variée et vers la gratification physique, mettant de côté celles plus orientées vers l'intimité et la communication émotionnelle. En faisant de l'expérience de la masturbation jusqu'à atteindre l'orgasme et du fait d'être à l'aise à ce niveau, un critère de sélection des sujets de leur recherche, Masters et Johnson se retrouvent avec une population féminine moins bien représentée dans leurs travaux sur lesquels est basé leur modèle du cycle de la réponse sexuelle.

Ce modèle biologiquement réductionniste n'offre donc pas de place au contexte relationnel dans lequel on se propose d'examiner les difficultés de la population visée par cette étude. Par conséquent il ne peut être question de se baser dessus pour étudier la population des femmes seules ayant des dysfonctions sexuelles.

Modèle physiologique incluant une phase de désir. Peu de temps après que Masters et Johnson aient conceptualisé le cycle de la réponse sexuelle comme étant formé de quatre étapes de changements physiologiques relevant d'un processus unique, Kaplan (1974) suggère que la réponse sexuelle est en fait un processus biphasique, composé de deux éléments distincts et relativement

indépendants. Son modèle biphasique, exposé dans "The New Sex Therapy", consiste en une réaction de vasocongestion génitale ou excitation, suivie par des contractions musculaires réflexes ou orgasme.

Kaplan développe ensuite son modèle pour y inclure une phase de désir (1977; 1979), laquelle était absente du modèle de Masters et Johnson. Son modèle triphasique comprend donc à présent une phase de désir, suivie par celle d'excitation, et enfin celle de l'orgasme.

Kaplan s'est basée sur ce que lui rapportaient les hommes et les femmes qu'elle voyait en thérapie pour élaborer son modèle, sans avoir recours à des mesures plus objectives ni à un groupe contrôle. La validité d'un tel modèle est d'emblée questionnable en raison de ces lacunes.

Se basant toujours sur ce que ses patients lui rapportaient, Kaplan prend soin de distinguer les causes organiques et les théories psychologiques de causalité des dysfonctions sexuelles, tout en soulignant qu'entre trois et vingt pour cent des dysfonctions sexuelles ont une étiologie organique, alors que la plupart sont causées par des facteurs psychologiques. Cependant, il n'existe pas d'accord par rapport à la nature de ces facteurs. De plus il existe d'innombrables controverses et confusions car plusieurs facteurs psychologiques spécifiques sont contradictoires. Par exemple, les psychanalystes soutiennent que les conflits inconscients venant d'expériences critiques de l'enfance causent des dysfonctions sexuelles. Alors que les behavioristes parlent de

réactions spécifiques entravant les réponses sexuelles, acquises à cause de contingences opposées qui suivent le comportement sexuel. Pour résoudre ce dilemme, Kaplan adopte la position selon laquelle les dysfonctions sexuelles sont causées par des facteurs "immédiats" et d'autres plus "lointains". Ces deux ensembles de causes agiraient à des niveaux différents sans être contradictoires. Parmi les facteurs immédiats, Kaplan cite les facteurs qui constitueraient un obstacle à un éventuel abandon de tout contrôle et de tout contact avec l'environnement, afin de s'adonner à une expérience sexuelle: l'anxiété, la peur de l'échec, la peur de se laisser aller, les préoccupations de l'autre, l'absence de communication, l'ignorance, etc... Parmi les causes éloignées, elle cite les conflits intra-psychiques, la culture, les causes apprises, etc...

Kaplan a suggéré que les effets du stress et de l'anxiété provenant des facteurs "immédiats" et "éloignés" étaient généraux et non spécifiques. Elle considère l'anxiété de performance comme étant une source parmi les innombrables autres sources d'anxiété et ne lui accorde pas un rôle unique dans l'étiologie des dysfonctions sexuelles. Kaplan (1974) identifie trois sources d'anxiété sexuelle comme étant des causes immédiates des dysfonctions sexuelles: la peur de l'échec, l'anxiété de performance et le besoin excessif de plaire au partenaire. Il n'est pas clair si cet effet a pour résultat des changements physiologiques dans la transmission du stimulus, tel que l'impact de la sécrétion de l'épinéphrine, une difficulté à se centrer sur ses sensations ou

des changements au niveau phénoménologique de l'expérience sensorielle.

Cependant tout comme Masters et Johnson, Kaplan considère la notion de "différentes réponses au stress" pour expliquer pourquoi certaines personnes sont affectées par une situation anxiogène quand il s'agit de performer sexuellement. Elle considère deux possibilités: la première est que certains individus ont de meilleures défenses contre l'anxiété que d'autres, et que les individus ayant une dysfonction sexuelle sont très vulnérables au stress, que cette vulnérabilité de base n'est pas affectée par la thérapie sexuelle. Par conséquent le but de son approche thérapeutique est de réduire au maximum l'anxiété et le stress entourant la situation sexuelle, puisqu'il n'y a pas moyen de réduire cette vulnérabilité. La deuxième est que les individus sont différents quant à leur vulnérabilité à la somatisation face au stress. Apfelbaum (1977) rejette cette alternative, suggérant plutôt que certains individus ont un "style" de réponse sexuelle rendant possible le fonctionnement sexuel quand ils sont anxieux ou dans des relations stressantes. Ce style est une approche psychologique générale pendant la sexualité désignée par le terme de "bypassing". Kaplan utilise ce même terme, mais pour décrire une technique thérapeutique consistant à ne pas s'attarder à l'absence de désir subjectif ou de satisfaction, en mettant l'accent sur des sensations physiologiques afin d'être fonctionnel. Alors que pour Apfelbaum, cette approche psychologique générale implique une aptitude et un désir de contourner tout ce qui, dans

ses propres relations sexuelles, pourrait interférer avec la performance sexuelle.

Bien que le modèle triphasique de Kaplan, par l'introduction de la première phase de "désir", soit un pas en avant dans le développement d'un modèle permettant de comprendre la réponse sexuelle humaine, la dualité entre l'expérience subjective et la physiologie dans la réponse sexuelle continue d'exister, tout comme dans le modèle de Masters et Johnson. Pourtant Kaplan a, elle aussi, discuté de la manière dont le contexte relationnel peut influencer les réponses physiologiques. De plus, elle ne s'est pas contentée, comme Masters et Johnson, d'accorder un rôle unique à l'anxiété de performance dans l'étiologie des dysfonctions sexuelles: elle a aussi identifié le besoin excessif de plaire au partenaire, comme deuxième source d'anxiété; ce qui décrirait mieux comment le contexte relationnel pourrait être source d'anxiété sexuelle chez les femmes visées par notre étude. Mais Kaplan n'a pas intégré ces aspects dans son modèle de fonctionnement sexuel. Elle ne les a pas non plus repris dans ses recherches plus récentes. Elle s'est plutôt intéressée à étudier les effets de la déficience en androgènes sur le fonctionnement sexuel des femmes ayant subi une hystérectomie ou suivi une chimiothérapie.

C'est ainsi que Kaplan et Owett (1993) ont sélectionné 22 femmes ayant subi une hystérectomie ou suivi une chimiothérapie et ayant des histoires médicale, conjugale, sexuelle et de ménopause similaires. Toutes avaient une vie sexuelle satisfaisante avant la

chimiothérapie ou l'hystérectomie. Ces 22 femmes ont été sélectionnées parmi un groupe de 41 en fonction de leur taux de testostérone: il était anormalement bas pour 11 d'entre elles et normal pour les 11 autres. Suite à l'hystérectomie ou la chimiothérapie, les 11 femmes ayant un taux de testostérone anormalement bas et 9 des 11 autres ayant un taux de testostérone normal ont rapporté avoir une baisse du désir sexuel. Mais chez ces dernières la perte d'intérêt pour le sexe était plutôt reliée à une douleur lors de la pénétration ou à la dépression. De même les 11 femmes ayant un taux d'androgènes anormalement bas et 5 des 11 ayant un taux normal d'androgènes ont rapporté une perte ou une diminution significative de la sensation d'orgasme. Une des conclusions tirées par les auteurs de cette étude est que l'on peut difficilement distinguer chez les femmes entre le syndrome d'insuffisance en androgènes et les troubles du désir sexuel de nature psychogénique en se basant uniquement sur des données cliniques.

Or, bien que la mesure du taux d'hormones soit une procédure qui permette de distinguer entre les femmes ayant un taux anormalement bas de testostérone et les autres, on peut se demander si cela permettrait d'affirmer que la baisse du désir sexuel serait due à des facteurs psychogéniques ou hormonaux. Car les deux facteurs peuvent co-exister et, selon les cas, contribuer différemment au maintien du problème sexuel. D'ailleurs les auteurs de cet article reconnaissent que la double étiologie, hormonale et psychogénique, est très répandue chez la population de

femmes ayant subi une chimiothérapie ou qui suivraient un traitement hormonal. C'est pourquoi elles suggèrent d'administrer le traitement hormonal dans le cadre d'une thérapie sexuelle, tout en rapportant aussi que la majorité des causes de la baisse de désir sexuel chez les femmes est d'ordre psychogène. Selon les auteurs, il est extrêmement rare de retrouver le syndrome de déficience en androgènes chez les femmes jeunes, en santé, ne prenant pas de médicaments qui peuvent avoir un effet sur leur taux de testostérone.

Modèle mettant l'accent sur le rôle des processus cognitifs dans le maintien des dysfonctions sexuelles. Cranston-Cuebas et Barlow (1990) et Beck et Barlow (1984) ont proposé un modèle alternatif pour comprendre l'excitation sexuelle fonctionnelle et dysfonctionnelle, mettant l'accent sur le rôle des processus cognitifs dans l'anxiété. A ce sujet, la documentation sur l'anxiété sociale suggère que les individus anxieux ont des pensées non pertinentes à la tâche qu'ils accomplissent; par exemple: "Que vont penser les autres si j'échoue?". Ils se perçoivent incapables de prédire, contrôler et obtenir les résultats attendus (Sarason, 1978). Ce processus distrait l'individu des pensées pertinentes à la tâche en cours.

Les pensées erronées concernant des inaptitudes potentielles au niveau sexuel se retrouvent souvent dans les troubles d'excitation. Elles jouent un rôle distracteur et diminuent

l'excitation. Mais il existe peu de recherches empiriques confirmant ce modèle, qui reste d'ailleurs, à ce stade, descriptif.

Dans la partie qui va suivre, il va être question du support empirique du modèle cognitif élaboré par Barlow et ses collaborateurs, ainsi que des limites d'un tel modèle. Les sujets pris par les auteurs sont des hommes. Les études similaires effectuées auprès des femmes seront ensuite présentées.

Beck, Barlow et Sakheim (1983) ont recruté huit hommes sans dysfonction sexuelle, tous ayant une partenaire sexuelle dans leur vie, et huit autres ayant des problèmes d'érection, dont quatre avaient une partenaire sexuelle. Ils ont attribué ces sujets à deux groupes expérimentaux distincts, en fonction de la présence ou de l'absence de dysfonction sexuelle. Ils ont demandé aux deux groupes de visionner au laboratoire des vidéos portant sur des préliminaires sexuels entre un homme et une femme. Dans un premier temps la consigne pour les sujets était de se concentrer sur leur propre excitation en s'imaginant être à la place de l'acteur dans le vidéo. Dans un deuxième temps, ils devaient se concentrer sur l'excitation de l'actrice dans le vidéo, toujours en s'imaginant être à la place de l'acteur. Ensuite les sujets devaient évaluer le niveau perçu d'excitation de leur "partenaire", c'est-à-dire l'actrice dans le vidéo, en utilisant trois leviers: un levier qui indiquait un haut niveau d'excitation, un autre, un bas niveau et le dernier, un niveau ambigu. L'excitation sexuelle des participants était mesurée à l'aide d'une jauge fixée sur leur

pénis. Les résultats montrent que chez tous les sujets, l'attention dirigée vers soi a produit plus d'excitation quand la "partenaire" était perçue comme peu excitée. Quand l'excitation sexuelle de la "partenaire" était jugée ambiguë, l'excitation des sujets était plus forte quand leur attention était dirigée vers elle. Cependant lorsque la "partenaire" était perçue comme très excitée, les hommes ayant des troubles d'érection étaient moins excités quand ils dirigeaient leur attention vers elle. Au cours d'entrevues ultérieures, les hommes ayant des troubles d'érection ont indiqué qu'ils sentaient une pression pour performer quand leur "partenaire" était très excitée. Alors que les hommes sans problème sexuel étaient plus excités quand leur "partenaire" était perçue comme très excitée. Ces résultats indiquent que les hommes qui ont des troubles d'érection, contrairement aux hommes qui n'en ont pas, seraient plus sensibles aux indices reliés à la performance. Quand ils se sentent incapables de répondre aux demandes perçues chez leur "partenaire", ils auraient des pensées qui les distraieraient de leur excitation.

Beck et Barlow (1986) ont apparié douze hommes ayant des troubles d'érection avec douze autres n'ayant pas de dysfonction sexuelle, en fonction de l'âge, du statut marital et de la profession. Tout au long de l'expérimentation, la mesure de la tumescence pénienne se faisait par une jauge installée sur le pénis des sujets, et la mesure de l'excitation subjective, par un levier que ces hommes actionnaient. Après avoir déterminé la tolérance de

chaque sujet à un choc électrique administré sur l'avant-bras, les expérimentateurs ont informé les sujets qu'ils allaient recevoir des chocs d'intensité croissante si leur excitation n'atteignait pas un niveau qu'un sujet moyen atteindrait, tout en visionnant différents films érotiques de préliminaires sexuels entre un couple hétérosexuel. La menace de choc ne s'appliquait pas à la totalité des films. De plus chaque sujet devait se plier à deux types d'instructions pendant le visionnement du vidéo: soit se centrer sur son érection comme s'il s'observait de l'extérieur en essayant de l'évaluer, soit se centrer sur ses sensations et ses sentiments d'excitation. Les auteurs rapportent que les fonctionnels ont eu moins de tumescence pénienne lors de visionnements précédés de menaces de choc, alors que les dysfonctionnels ont eu des tumescences plus importantes dans la condition de menace de choc et d'observation de leur érection comme s'ils étaient des observateurs externes. D'autre part, dans la situation de menace de choc et d'attention portée sur ses sensations et ses sentiments d'excitation, il y avait moins de concordance entre les valeurs de tumescence pénienne et les indices d'excitation subjective. Après avoir questionné les sujets les auteurs ont remarqué que les sujets dysfonctionnels avaient tendance à se centrer sur le stimulus érotique (le film) plutôt que sur leur érection dans la situation où on leur demandait de se centrer sur leur tumescence pénienne comme s'ils étaient des observateurs externes essayant de l'évaluer. Selon les auteurs, c'est comme si les dysfonctionnels ont une meilleure performance dans une situation de distraction,

puisqu'ils sont déjà distraits par des idées non appropriées à la situation sexuelle. Un distracteur supplémentaire de ces idées non appropriées les aiderait. Or ceci contredit ce que les auteurs déduisent des autres études qu'ils ont effectuées (Beck et Barlow, 1984; Barlow, 1986), à savoir que les dysfonctionnels répondent à des menaces de choc par une baisse de l'excitation.

Palace et Gorzalka (1990) ont voulu vérifier dans quelle mesure les observations de Barlow et al. pouvaient s'appliquer aux femmes. Ils ont pris comme sujets 16 femmes ayant une moyenne d'âge de 30 ans et consultant un hôpital local ou une clinique privée pour un problème de dysfonction sexuelle et 16 autres ayant une moyenne d'âge de 28 ans recrutées par le biais d'annonces dans le journal étudiant. Ils leur ont demandé de visionner au laboratoire deux cassettes vidéo: un film de tourisme et un autre décrivant un risque d'amputation. L'ordre de présentation des vidéos était alterné d'un sujet à l'autre. Puis ils leur ont projeté le "stimulus expérimental", deux autres cassettes vidéo dans lesquelles elles pouvaient voir un couple hétérosexuel nu se livrant à des attouchements et à un rapport sexuel. Pendant les visionnements un appareil inséré dans le vagin servait à mesurer l'excitation sexuelle physiologique à partir des changements du volume sanguin vaginal. Suite au visionnement les sujets remplissaient un questionnaire auto-administré dans lequel ils évaluaient leur excitation sexuelle, leur perception des changements physiologiques, leur anxiété et leurs sentiments. Les

auteurs rapportent que l'exposition à un stimulus anxiogène avant de visionner une séquence érotique permettait d'augmenter l'excitation sexuelle physiologique chez les femmes ayant ou non une dysfonction sexuelle. Cette excitation demeure toutefois inférieure chez les femmes ayant une dysfonction sexuelle. Cependant dans leur évaluation subjective les femmes fonctionnelles ou dysfonctionnelles sexuellement rapportaient moins d'excitation sexuelle suite au visionnement du stimulus anxiogène. Mais les femmes dysfonctionnelles rapportaient plus d'excitation subjective que les fonctionnelles quand leur niveau d'excitation physiologique était pourtant plus bas.

Suite à cette étude, Palace (1995) a voulu préciser comment les mécanismes cognitifs et physiologiques affectent l'excitation sexuelle chez les femmes. Elle a recruté 64 femmes ayant des dysfonctions sexuelles. Elle les a appariées en fonction de l'âge, la durée et le répertoire de l'expérience sexuelle ainsi que leur état d'anxiété mesuré par l'"Inventaire d'anxiété situationnelle". Elle les a ensuite réparties au hasard dans l'un des quatre groupes expérimentaux. Pour chaque sujet un appareil inséré dans le vagin permettait d'évaluer l'excitation physiologique à partir des changements du volume sanguin vaginal lors des visionnements de films. Après chaque visionnement de film érotique les femmes évaluaient leur excitation subjective en répondant à un questionnaire de 12 items. Dans le premier groupe, les femmes visionnaient un film dont le contenu stimulait le système nerveux

autonome; il s'agit de scènes de danger imminent; ces scènes sont suivies d'un film érotique; avant de procéder à la suite des projections de deux films, l'un à contenu de danger imminent suivi d'un autre érotique, les chercheurs leur donnaient un faux feed-back positif de leur excitation physiologique et leur demandaient aussitôt d'évaluer l'excitation subjective qu'elles pensent avoir après les prochains visionnements. Les procédures étaient identiques dans le deuxième groupe sauf que les femmes recevaient un faux feed-back neutre de leur excitation physiologique. Le troisième groupe visionnait un film à contenu neutre, la nature dans l'Arctique, avant de regarder le film à contenu érotique; puis les chercheurs leur fournissaient un faux feed-back positif de leur excitation physiologique et leur demandaient d'évaluer leur prochaine excitation avant qu'elles ne visionnent l'autre série de films, le premier à contenu neutre suivi de l'érotique. Dans le quatrième groupe la procédure était similaire au troisième sauf que les femmes recevaient un faux feed-back neutre de leur excitation physiologique. L'auteur rapporte que l'augmentation de l'excitation autonome, par le visionnement du film à contenu de danger imminent, augmentait l'excitation sexuelle physiologique. Elle rapporte aussi que les faux feed-back positifs augmentent l'attente d'excitation sexuelle ainsi que l'excitation sexuelle physiologique et subjective. C'est l'excitation autonome combinée au faux feed-back positif qui occasionne les plus grandes augmentations dans les attentes et dans la réponse génitale subséquente lors du visionnement du film érotique. Dans cette situation le degré

d'excitation physiologique est similaire à celui des femmes sans dysfonction sexuelle ayant participé à l'étude précédente de Palace et Gorzalka (1990). L'auteur souligne l'influence des attentes cognitives d'excitation sexuelle sur la réponse physiologique.

Bien que Barlow et Palace admettent l'implication des processus cognitifs dans le niveau d'excitation sexuelle, les explications et les modèles qu'ils proposent sont contradictoires. Le modèle proposé par Crantson-Cuebas et Barlow (1990) se caractérise par l'accent mis sur l'interaction entre les processus d'excitation autonome et d'interférences cognitives dans la détermination de la réponse sexuelle chez les hommes ayant ou non une dysfonction sexuelle. Les processus sont conceptualisés tels que formant un système de feed-back positif ou négatif. Dans le système de feed-back négatif, l'attention est dirigée vers des aspects non reliés au contexte sexuel. Cet accent devient de plus en plus efficace en raison de l'augmentation de l'excitation autonome et peut mener à une dysfonction sexuelle. Alors que dans le système de feed-back positif, l'activité cognitive demeure centrée sur des tâches relatives au contexte sexuel; l'efficacité de ces tâches augmente, ce qui permet une performance efficace. Palace et Gorzalka (1990) et Palace (1995) soulignent l'existence d'une relation non-synchronisée chez les femmes entre leurs réponses sexuelles subjective et physiologique. Elles font aussi remarquer que l'augmentation de l'excitation sexuelle physiologique, même chez les femmes ayant une dysfonction sexuelle,

suite à l'exposition à un stimulus anxiogène, est contraire au pattern rapporté chez les hommes par Barlow et al. Elles suggèrent que l'excitation sexuelle chez les femmes aurait deux composantes: une prédisposition biologique à l'excitation physiologique et des attentes cognitives conditionnées relatives à l'excitation sexuelle. Cette prédisposition serait moins prononcée chez les dysfonctionnelles que chez les fonctionnelles alors que leurs attentes seraient plus négatives, produisant un système de feedback négatif de la réponse sexuelle.

Cette différence entre les réponses de sujets hommes et femmes à des situations de laboratoire similaires a été soulignée par Laan et Everaerd (1995). Ces auteurs ont effectué une revue de la documentation portant sur la théorie psychophysologique de l'excitation sexuelle chez les femmes. Ils suggèrent qu'il existerait chez elles une contradiction entre l'excitation sexuelle subjective et génitale, ainsi qu'entre le comportement sexuel et l'excitation subjective. En essayant de définir leurs sensations, les femmes se baseraient surtout sur l'information fournie par les stimulus environnants et les hommes sur des indices corporels tels que l'érection. Les auteurs supposent que pour les femmes, la sexualité et les situations sexuelles n'ont pas uniquement des significations d'ordre sensuel, mais aussi des significations d'ordre émotionnel, comme par exemple la tendance à s'adapter au désir sexuel de leur partenaire. Cette piste mériterait d'être vérifiée par le biais d'études contrôlées.

Dans les modèles mettant l'accent sur le rôle des processus cognitifs dans le maintien des dysfonctions sexuelles, ce n'est donc pas l'excitation autonome en soi qui interrompt ou facilite l'excitation sexuelle. Pour Barlow les processus de distraction ou d'attentes négatives est le mécanisme d'action cognitif par lequel la réponse sexuelle est inhibée. Pour Palace l'anxiété n'est pas le seul ingrédient actif qui augmenterait l'excitation sexuelle: d'autres affects ou comportements, tels que le rire, la colère, l'activité physique, peuvent être le facteur de contrôle autonome de la réponse sexuelle. Mais ceci reste à être appuyé par le biais d'études contrôlées.

Ces modèles présentent des points communs avec ceux se rapportant à l'évaluation de l'anxiété et mettant l'accent sur le rôle de l'interférence cognitive dans les dysfonctions. Ils ne sont donc pas très différents de ce qu'ont avancé Masters et Johnson, malgré une plus grande rigueur conceptuelle et empirique. Malheureusement les recherches empiriques sur lesquelles ils sont basés ont été menées au laboratoire. Or l'expérience sexuelle qu'une personne a au laboratoire est solitaire, alors que la généralisation des résultats porte sur un comportement sexuel social (Hatch, 1981). Dans le cadre d'un laboratoire les auteurs s'efforcent de contrôler une grande variété de variables expérimentales, si bien que le résultat n'a plus grand chose à voir avec la situation réelle! Comme quand les sujets doivent manipuler des leviers, recevoir des chocs électriques, avoir leur tumescence

pénienne mesurée par un appareil fixé sur leur pénis ou leur vasocongestion évaluée grâce à un instrument inséré dans le vagin. De plus ces expériences conçoivent la sexualité comme étant un système isolé, puisque la dimension sexuelle est la seule dont les auteurs ont tenu compte, et que la différenciation ne se fait pas entre individus en couple et seuls. On ne peut donc pas se baser sur ces modèles pour étudier la population des femmes seules ayant des dysfonctions sexuelles, puisqu'on se propose de le faire sous l'angle interpersonnel.

L'anxiété hétérosexuelle. Un modèle ne tenant pas compte de l'interaction ne serait pas suffisant pour comprendre le problème des dysfonctions sexuelles chez les femmes seules. Certains auteurs (Schlenker et Leary, 1982) ont désigné par les termes d'"anxiété hétérosexuelle" une instance spécifique de l'anxiété sociale résultant de la possibilité d'évaluation par des personnes de l'autre sexe. Leary et Dobbins (1983) expliquent que l'anxiété hétérosexuelle serait liée à l'évitement des rencontres hétérosexuelles, donc à une réduction des expériences sexuelles. Dans une enquête effectuée auprès de 260 hommes et femmes, ayant un partenaire de vie stable pour la plupart, ils ont comparé des sujets ayant des scores bas à l'indice d'anxiété hétérosexuelle à ceux ayant des scores élevés à ce même indice. Ces derniers étaient moins expérimentés sexuellement, avaient des activités sexuelles moins fréquemment, avaient moins de partenaires sexuels, exprimaient plus d'appréhension et s'auto-évaluaient de façon plus

négative par rapport à la sexualité, avaient plus de dysfonctions sexuelles et moins de plaisir lors des rapports sexuels, comparés aux sujets ayant des scores bas à ce même indice. Cependant cette étude ne comprend pas les données nécessaires permettant de vérifier si les individus seuls ayant une dysfonction sexuelle ont significativement plus d'anxiété hétérosexuelle que ceux en couple. Elle n'apporte pas non plus de réponse à la question de savoir qu'est ce qui caractérise le style interpersonnel de personnes ayant des dysfonctions sexuelles.

Conclusion. La notion d'"anxiété de performance" est loin d'avoir fait l'unanimité parmi les chercheurs et cliniciens. Elle a été beaucoup critiquée dans la littérature, jugée comme étant trop large et spéculative, certains basant leurs critiques sur des études indiquant que l'anxiété peut en fait augmenter l'excitation sexuelle (Hogan, 1978; Jehu, 1979; Norton et Jehu, 1984; Schnarch, 1991). Mais l'anxiété a été "opérationnalisée" de différentes façons, en fonction des chercheurs ayant étudié ce phénomène. Masters et Johnson (1970), Kaplan (1981), Barbach (1975), Barbach et Flaherty, (1980) et Zilbergeld (1978) ont employé des concepts similaires pour expliquer que l'anxiété perturbe la réponse sexuelle. Mais par "anxiété", les uns entendaient "inhibitions basées sur des sanctions morales", les autres "inconfort global résultant de situations d'intimité" ou "peur de perdre le contrôle", ou encore "adoption d'un rôle de spectateur". Les auteurs qui, au contraire, montraient que l'anxiété augmente

l'excitation sexuelle (Hoon, Wincze et Hoon, 1977; Beck et Barlow, 1984; Barlow, 1986; Beggs, Calhoun et Wolchik, 1987; Cranston-Cuebas et Barlow, 1990; Palace et Gorzalka, 1990; Palace, 1995) l'ont "opérationnalisée" en chocs électriques, menaces de choc, injection d'épinéphrine, fantasmes à contenu désagréable ou films montrant des accidents. Or toutes ces définitions variées masqueraient une compréhension plus claire de la nature des dysfonctions.

Un autre aspect à considérer relatif à l'anxiété concerne les techniques utilisées en thérapie sexuelle, où certains traitements efficaces ont été développés. Ces traitements consistent à offrir une éducation quant à la physiologie et aux techniques sexuelles et une restructuration des comportements et des pensées non adaptés; ils ont aussi recours à la réduction de l'anxiété et l'entraînement aux habiletés sociales. Mais ces connaissances sont basées pour la plupart sur des observations cliniques plutôt que sur des recherches empiriques contrôlées (LoPiccolo, 1990). Quant à l'ingrédient actif de changement, il ne réside pas forcément dans la réduction de l'anxiété; l'entraînement aux habiletés sociales sans intervention relative à l'anxiété semble donner des résultats aussi bons (LoPiccolo, 1990).

Les modèles physiologique, triphasique et cognitif ont ceci en commun: ils ne tiennent pas compte d'une des composantes essentielles de la sexualité, l'aspect interpersonnel, dans lequel le fonctionnement sexuel est inscrit. Schlenker et Leary (1982) ont tenté de mesurer l'impact de la composante interpersonnelle sur

les dysfonctions sexuelles, mais ne parlent pas de ce qui caractérise le style interpersonnel des individus ayant des dysfonctions sexuelles. De plus dans tous ces modèles on ne retrouve pas de différenciation entre individus seuls ou en couple. Pourtant une femme seule, qui a de la difficulté à établir une relation, qui peut-être fuit les rapports sexuels, et qui a une dysfonction sexuelle, n'a pas le même problème qu'une femme en couple, mais qui a des rapports sexuels non satisfaisants.

Essayer de comprendre les dysfonctions sexuelles en mettant l'accent sur l'acte sexuel, c'est faire comme si le problème commençait à partir du moment où l'implication devenait sexuelle. Pourtant on ne peut faire fi des étapes précédant le passage à l'acte sexuel ni du contexte relationnel dans lequel se développe la relation avec le partenaire sexuel. Aussi dans la partie suivante sera abordée la nécessité de tenir compte de la relation interpersonnelle, en commençant par les caractéristiques des femmes seules ayant des dysfonctions sexuelles.

Caractéristiques des femmes seules ayant des dysfonctions sexuelles

De plus en plus d'individus séparés, divorcés ou n'ayant jamais cohabité avec un partenaire sexuel consultent pour un problème de dysfonction sexuelle. Pour beaucoup de ces célibataires, le "traumatisme" du célibat implique une période de rémission pénible qui, par moments, ébranle leur confiance en eux.

Leur vulnérabilité à une situation de malfonctionnement sexuel pourrait en être exacerbée, alors qu'à des périodes moins difficiles de leur vie ce malfonctionnement aurait eu un impact moindre. Certains individus célibataires ayant des difficultés dans leur vie sexuelle choisiraient des partenaires qui ne les pousseraient pas au-delà des limites de leurs problèmes non résolus, d'autres entreprendraient une nouvelle relation et y resteraient jusqu'à ce que les demandes sexuelles commencent, d'autres encore éviteraient tout rendez-vous amoureux par peur d'un échec (Sommers, 1982). Chez ce dernier groupe notamment on retrouverait dans leur discours et leur comportement une anxiété reliée à l'interaction avec les personnes de sexe opposé. On suppose que cette anxiété, décrite par Leary et Dobbins (1983), est une difficulté qu'il faudrait aborder avant de les aider au niveau de leurs difficultés sexuelles: il serait difficile d'aborder leurs dysfonctions sexuelles en faisant abstraction de leurs problèmes dans l'établissement d'une relation hétérosexuelle, alors que ce sont ces mêmes problèmes qui les empêchent de sortir de leur célibat et d'avoir des rapports sexuels dans le cadre d'une relation avec l'autre.

Toutefois il n'existe pas d'études ayant examiné les caractéristiques des femmes seules ayant des dysfonctions sexuelles. Seules Barbach et Flaherty (1980) citent le cas d'une thérapie de groupe pour femmes anorgasmiques. Le traitement avait réussi pour la plupart des participantes, sauf pour celles qui n'ont pas de partenaire. Barbach et Flaherty proposent l'explication suivante:

ces femmes célibataires auraient besoin d'avoir un entraînement aux habiletés sociales et d'apprendre à contrôler leur anxiété afin d'être capables d'établir des relations. Elles auraient besoin, dans un premier temps, de devenir à l'aise dans les processus de rencontre d'un partenaire et d'interaction sociale avec lui, plutôt que d'une aide pour atteindre l'orgasme.

En mettant l'accent sur l'entraînement aux habiletés sociales pour les femmes sans partenaire ayant une difficulté à atteindre l'orgasme, plutôt que sur l'aide à atteindre l'orgasme comme pour les femmes en couple de ce groupe, Barbach et Flaherty suggèrent indirectement qu'il y aurait une différence entre les femmes avec dysfonction sexuelle, selon qu'elles soient en couple ou non.

D'autres chercheurs ont voulu offrir un traitement tenant compte des difficultés interpersonnelles chez les gens seuls ayant une dysfonction sexuelle. Stravynski et Greenberg (1990) ont fait une revue des articles ayant comme sujets d'étude des hommes. Bien que ne visant pas les caractéristiques interpersonnelles de cette population, il est possible de s'appuyer sur cette documentation pour en dégager indirectement quelques-unes, notamment la peur d'être jugé par l'autre sexe. Une autre caractéristique serait qu'en plus de leurs difficultés sexuelles, ces hommes avaient des peurs et des difficultés liées aux situations sociales. Une autre étude effectuée par Stravynski, Gaudette, Lesage, Arbel, Petit, Clerc, Fabian, Lamontagne, Langlois, Lipp et Sidoun (1997), aborde elle aussi le traitement de cette population, comparant trois

approches thérapeutiques: sexuelle, interpersonnelle et une approche combinant les deux. Les approches combinée et interpersonnelle ayant tenu compte des difficultés interpersonnelles, ont donné de meilleurs résultats que celle n'abordant que les difficultés sexuelles: sur les 51 hommes traités, 80% de ceux ayant bénéficié de l'approche interpersonnelle et 88% de ceux ayant bénéficié de l'approche combinée ne présentaient plus de diagnostic de dysfonction sexuelle, alors que 41% de ceux ayant suivi une thérapie sexuelle ne présentaient plus une telle dysfonction, et ce un an après la fin du traitement. Ceci ne permet évidemment pas de se prononcer sur d'éventuelles caractéristiques interpersonnelles propres aux hommes seuls ayant des dysfonctions sexuelles, mais indique que les interventions portant sur les difficultés interpersonnelles sont plus efficaces. La même étude a été effectuée auprès de femmes (Stravynski et Lesage, 1996), mais l'efficacité des interventions a été beaucoup plus limitée. C'est ainsi que 45 femmes seules ont été traitées pour une dysfonction sexuelle selon l'une de ces trois approches. 20% de celles ayant bénéficié de l'approche combinée ne présentaient plus de dysfonction au bout d'un an de traitement, contre 35% pour l'approche interpersonnelle et 40% pour l'approche sexuelle. De plus aucune des trois approches ne s'est avérée supérieure aux deux autres. Ce qui ne va pas dans la même direction que les résultats trouvés auprès des hommes.

Ces recherches (Barbach et Flaherty, 1980; Stravynski et al, 1997; Stravynski et Lesage, 1996) suggèrent donc de tester l'idée selon laquelle les hommes ou les femmes seuls ayant une dysfonction sexuelle auraient en commun une difficulté d'établir une relation avec des personnes de sexe opposé. Mais Stravynski et Lesage (1996) soulignent que la même intervention thérapeutique abordant de telles difficultés serait plus efficace chez les hommes que chez les femmes. Il n'en reste pas moins que les caractéristiques interpersonnelles chez les femmes seules ayant des dysfonctions sexuelles devraient être précisées, parallèlement au développement d'interventions thérapeutiques efficaces.

Les femmes seules ayant des dysfonctions sexuelles pourraient effectivement former une population à caractère spécifique. Les femmes ayant une dysfonction sexuelle, qu'elles soient seules ou en couple, éprouveraient de l'anxiété par rapport à la situation sexuelle (Masters et Johnson, 1970; Kaplan, 1974). Mais les femmes seules éprouveraient en plus de l'anxiété relative au fait d'être acceptées par un partenaire potentiel. Il y aurait donc une dimension sociale importante dont il serait nécessaire de tenir compte. Les difficultés au niveau sexuel ne formeraient que quelques maillons de la chaîne des difficultés éprouvées par les femmes seules. Ce dont on a besoin, c'est d'un modèle plus global, tenant aussi compte des problèmes dans l'établissement de relations amoureuses pour mieux cerner les problèmes des femmes seules ayant des dysfonctions sexuelles.

Dysfonctions sexuelles et contexte interpersonnel

Quel que soit le problème clinique pour lequel les gens consultent, ils en vivent souvent des répercussions sur le plan interpersonnel. Cette dimension interpersonnelle est encore plus pertinente à considérer chez les femmes seules demandant de l'aide pour un problème sexuel, puisque la sexualité s'inscrit dans une relation. Tenir compte de la relation interpersonnelle pour éclairer les difficultés sexuelles chez les femmes seules conviendrait mieux à la nature de ces problèmes. Une telle approche serait plus appropriée à la recherche, puisqu'elle permet de poser les problèmes en ces termes: comment la variable "contexte interpersonnel" modèle-t-elle la variable "dysfonctions sexuelles", cet effet pouvant être différent d'une population à l'autre: femmes seules ou en couple. A la lumière de cette approche, ce sont surtout les manifestations diverses de la sexualité, en fonction du contexte du moment, qui sont examinées. Ce qui permet d'envisager comment une situation conflictuelle entre deux partenaires sexuels, par exemple, modèlerait le fonctionnement sexuel. Les mêmes individus, dans des contextes différents, comme par exemple avec des partenaires différents, ne répondraient pas de la même manière à un même stimulus. Comme dans les situations où une femme peut atteindre un orgasme avec un partenaire mais pas avec un autre.

La réaction sexuelle est ancrée dans un contexte précis; il existe un lien entre cette réaction, c'est-à-dire la réponse sexuelle et ce contexte, c'est-à-dire la présence ou l'absence d'un

partenaire. A partir de là, la définition de ce qui relève du sexuel est élargie: il ne s'agit pas uniquement de facteurs intrapersonnels tels que psychiques ou biologiques, comme l'avancent les modèles exposés précédemment; il s'agit d'un comportement qui ne se limite pas à la pénétration, mais la considère comme une étape dans le processus sexuel. D'où la nécessité de tenir compte de la relation ou l'absence de relation à ce partenaire dans l'étude des dysfonctions sexuelles. Dans le cas qui nous intéresse, on propose d'étudier une population de femmes seules ayant des dysfonctions sexuelles. On ne peut donc pas étudier la relation qui existe entre ces femmes et leurs partenaires. Par contre on peut caractériser la façon dont ces femmes établissent des relations.

Cependant chercher à cerner les caractéristiques propres à la façon d'établir des relations chez les femmes sans partenaire ayant des dysfonctions sexuelles est une entreprise complexe, nécessitant le recours à une multitude de paramètres, car un seul type de difficulté relationnelle n'est pas suffisant pour rendre compte des problèmes interpersonnels des femmes de la population étudiée. Par exemple, ce ne serait pas uniquement un problème au niveau de l'affirmation de soi qui sous-tendrait les difficultés d'être en relation: ceci n'est qu'un aspect du processus interpersonnel observé au sein d'une interaction. La complexité d'une telle démarche se traduirait par le besoin d'un nouveau vocabulaire afin d'exprimer une perspective théorique plus élaborée que celle dans

le cadre de laquelle sont décrites actuellement les difficultés de la population étudiée.

Toutefois une telle perspective théorique existe et plus de quarante ans de recherche dans le domaine interpersonnel ont permis de retrouver chez les auteurs (Leary, 1957; Benjamin, 1974; Hould, 1979; Wiggins, 1980; Kiesler, 1983, 1986) l'existence de trois dimensions principales: le contrôle, dimension à laquelle appartiennent les comportements d'affirmation de soi; l'implication psychologique, comme par exemple l'indépendance ou l'intimité; et la nature de l'implication, qui peut être hostile ou amicale. Il serait donc possible d'examiner l'application des dimensions interpersonnelles à la population étudiée pour décrire leurs difficultés relationnelles.

A ce sujet, la littérature interpersonnelle nous offre des pistes intéressantes à explorer. Une personne ayant de la facilité dans ses relations interpersonnelles est capable d'adopter différents types d'interaction en fonction de la situation présentée. Alors qu'une personne ayant des difficultés interpersonnelles s'en tiendrait à quelques patterns rigides, indépendamment de la situation à laquelle elle ferait face (Leary, 1957; Benjamin, 1974; Hould, 1979; Wiggins, 1980; Kiesler, 1986; Kiesler, van Denburg, Sikes-Nova, Larus et Goldston, 1990). Ces femmes seules éprouveraient-elles des difficultés à rentrer en relation? Auraient-elles un style d'interaction rigide, inapproprié, sans être capables de varier leurs réponses en

fonction des situations rencontrées? Et comment mesurer ce style d'interaction? Tel sera l'objet de la partie qui suivra.

La théorie interpersonnelle

Définition, validation et critique. McLemore et Benjamin (1979) soulignent l'importance pour les psychologues d'adopter un système de classification qui tient compte de la nature psychosociale des problèmes psychologiques. L'adoption d'une classification interpersonnelle mettrait l'accent sur la compréhension du comportement "pathologique" en tant que processus autonome, tel que psychologique ou social, plutôt que le concevoir comme l'expression d'une entité résultant de facteurs hypothétiques sous-jacents (Stravynski et O'Connor, 1995).

Le modèle de classification interpersonnelle a été élaboré par Leary (1957) et développé par différents auteurs tels que Benjamin (1974) et Kiesler (1983). Leary définit le terme "interpersonnel" comme étant ce qu'une personne fait à une autre, avec laquelle elle est en relation, cette autre personne étant l'objet de ce comportement. Ses travaux s'inscrivent dans la même lignée que ceux de Horney (1945) et de Sullivan (1953), qui ont mis l'accent sur les dimensions interpersonnelles de la psychopathologie. Depuis, les démarches se sont multipliées afin d'analyser les comportements

interpersonnels et d'établir des structures conceptuelles les définissant. On ne peut donc pas parler d'une disposition qui, de façon constante, est un mode d'adaptation supérieur à d'autres, puisque chacun est utile dans un contexte relationnel donné. Une personne ayant des facilités d'adaptation puiserait des comportements diversifiés dans le vaste répertoire dont elle dispose, en fonction des situations relationnelles.

Après avoir observé les interactions de sujets provenant d'une population psychiatrique dans de petits groupes, Leary et ses collaborateurs ont décrit l'activité impliquée dans des transactions interpersonnelles ainsi que les attributs des sujets en action. Ils ont retenu seize catégories différentes d'adjectifs (Voir la figure 1) décrivant divers modes de relations interpersonnelles. Ils les ont disposées d'une manière circulaire, donc sans point de commencement ni de fin, autour de deux axes orthogonaux: Dominance-Soumission (axe vertical) et Hostilité-Affection (axe horizontal), dans un continuum où les variables les plus proches sont les plus étroitement corrélées. Cette corrélation s'affaiblit au fur et à mesure que la distance séparant deux variables augmente. Les variables sont groupées deux par deux au niveau du périmètre, l'une d'intensité modérée, l'autre extrême. Les comportements les plus proches d'un axe s'y apparentent, alors que ceux intermédiaires revêtent des caractéristiques communes aux deux axes voisins. De plus les comportements les plus près du centre du cercle représentent l'aspect modéré de la catégorie en

question, ceux intermédiaires, la réponse à ce type de comportement, et ceux périphériques, l'aspect le plus rigide. Il s'ensuit que le cercle interpersonnel peut être ramené à huit vecteurs, la longueur de chacun de ces vecteurs étant la résultante de ses deux composantes orthogonales. Le centre du cercle serait la moyenne standard obtenue par une population normale. De plus, pour un sujet donné, la somme des vecteurs décrivant son profil peut être ramenée à un seul point situé dans l'une des huit parties du cercle et dont la distance par rapport au centre en révélerait l'intensité. Ce point indiquera la présence d'un comportement inadapté quand il est situé à plus d'un écart-type de la moyenne normale. A partir de là, Leary a élaboré une échelle de mesure des comportements interpersonnels (Interpersonnal Checklist) pouvant être utilisée dans le cadre de recherches. Il a proposé de mesurer ce système de variables à cinq niveaux différents: public ou l'évaluation par les autres, conscient ou l'auto-évaluation, privé ou les techniques projectives, niveau de l'inexprimé ou l'inconscient et niveau des valeurs; ces deux derniers ont été ajoutés par Leary au système initial. Le niveau conscient est celui qui est le plus étudié par les auteurs.

Il existe bon nombre d'études menées par des auteurs différents, aboutissant pour la plupart à ces dimensions majeures et comprenant deux ou trois axes, avec de légères différences quant à l'appellation. Les conceptions au coeur de ces études ont déjà été exposées plus haut: ce sont les dimensions interpersonnelles

élaborées par Leary et ses collaborateurs. La partie qui va suivre décrira les méthodes utilisées par les différents auteurs pour valider l'existence de ces dimensions.

Lorr et McNair (1963) ont testé la théorie circomplexe des comportements interpersonnels, qui consiste à disposer différentes catégories sur une figure circulaire avec deux dimensions. La méthode utilisée était la suivante: ils ont supposé l'existence de treize catégories interpersonnelles en se basant sur la littérature et les observations cliniques. Ils les ont disposées sur une figure circulaire, en tenant compte des corrélations statistiques existant entre elles. En comparant les systèmes de différents auteurs entre eux, ils ont retrouvé un chevauchement au niveau des facteurs Dominance, Affiliation, Indifférence et Humiliation soumise. Ce qui confirme la validité de tels systèmes.

Wiggins (1982) a dressé une liste représentative d'un échantillon d'études de modèles à deux dimensions du comportement interpersonnel (Voir le tableau 2); toutes convergent vers un paradigme commun, en dépit des différences au niveau des populations étudiées, des mesures utilisées et des bases théoriques. Le modèle de Leary serait donc être un outil pouvant être utilisé de manière fiable en recherche.

Il existe toutefois des controverses par rapport à certaines dimensions, puisqu'on retrouve selon les auteurs des appellations différentes relatives aux pôles des dimensions; par exemple, le terme "sévère" retrouvé chez certains auteurs peut être interprété

Tableau 2: Études du modèle à deux dimensions du comportement interpersonnel
(traduit de Wiggins, 1982)

AUTEURS	SUJETS	DIMENSION I	DIMENSION II
Freedman et al (1951)	Patients psychiatriques	Domination versus soumission	Affiliation versus hostilité
Carter (1954)	Petits groupes	Proéminence individuelle	Sociabilité
Leary (1957)	Patients psychiatriques	Domination versus soumission	Amour versus haine
Schaefer (1957)	Mères	Contrôle	Hostilité
Roe (1957)	Revue de littérature	Exigeant versus insouciant	Affectueux versus rejetant
Schutz (1958)	Étudiants collégiaux	Contrôle	Affection
Stern (1958)	Étudiants collégiaux	Succès	Expression émotionnelle
Borgatta et al (1958)	Petits groupes	Affirmation de soi	Sociabilité
Chance (1959)	Familles en traitement	Activité versus passivité	Positif versus négatif
Foa (1961)	Revue de littérature	Domination versus soumission	Amour versus hostilité
Slater (1962)	Comportements de parents rapportés	Discipline	Chaleur
Lorr et McNair (1963)	Évaluations de patients faits par des thérapeutes	Contrôle	Sociabilité
Becker et Krug (1964)	Évaluations d'enfants	Stabilité émotionnelle	Extraversion
Rinn (1965)	Thérapeutes	Domination versus soumission	Affectueux versus critique
Baumrind et Black (1967)	Évaluations d'enfants	Stable versus instable	Conformiste versus non-conformiste
Bayley (1968)	Entrevues d'adultes	Orientation vers l'extérieur versus vers l'intérieur	Acceptant versus hostile
Carson (1969)	Revue de littérature	Domination versus soumission	Amour versus haine
Benjamin (1973)	Patients psychiatriques	Interdépendance	Affiliation
Conte (1975)	Évaluations similaires de juges	—	—
Wiggins (1979)	Étudiants collégiaux	Domination versus soumission	Amour versus haine
Kiesler (1979)	Étudiants collégiaux	Domination versus soumission	Amour versus haine

comme étant une rigueur dans le jugement ou un comportement abusif; ou encore l'appellation des deux dimensions principales, amour - haine et domination - soumission, a été remplacée par celle de proximité - distance et supériorité - infériorité (Birtchnell, 1990). De même l'existence de certaines dimensions demeure controversée; par exemple Schutz (cité par Lorr et McNair, 1963) est l'un des rares auteurs à suggérer, en plus des deux dimensions principales, le "contrôle" et l'"affiliation", une troisième qu'il estime tout aussi déterminante pour expliquer le comportement interpersonnel: l'"inclusion", définie comme étant le besoin d'établir des relations satisfaisantes avec les autres. Des recherches restent à être menées pour déterminer aussi la position et la nature de nouveaux éléments afin de combler les "trous" existant dans le circomplexe qui demeure incomplet. Birtchnell (1990) souligne toutefois que ces recherches ne devraient pas vouloir absolument que la disposition des éléments soit conforme à une circomplexité quasi-parfaite et perdre de vue les deux dimensions principales dans la théorie interpersonnelle.

Lorr et McNair (1963) ont vérifié l'utilité théorique et pratique d'une telle disposition circulaire des modes de comportement interpersonnel. Ils ont abouti à la conclusion que, sur le plan conceptuel, des types de comportements distincts ont été identifiés, reliés entre eux et classifiés en diverses catégories grâce à une disposition circulaire les unifiant, et ouvrant la voie au développement d'un système circomplexe. Leary

propose des liens hypothétiques entre son système et nombre de catégories cliniques; c'est ainsi que les patients dociles seraient identifiés comme phobiques ou anxieux, les naïfs-conventionnels comme hystériques, les hypernormaux comme psychosomatiques, etc... Cependant ces hypothèses n'ont pas été jusqu'à date vérifiées dans le cadre d'études empiriques contrôlées.

Lorr et McNair (1963) soulignent aussi la possibilité d'utiliser un tel système dans la vérification d'hypothèses relatives aux mécanismes de défense ou dans la compréhension des psychoses. Par ailleurs Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno et Villasenor (1988) suggèrent l'utilité d'établir des relations entre des symptômes d'une part, et certains types de problèmes interpersonnels de l'autre, expliquant en conséquence le rôle des difficultés interpersonnelles en psychopathologie. Cette voie a été peu explorée jusqu'à date, notamment en ce qui concerne les symptômes touchant aux dysfonctions sexuelles. Toutefois la relation entre les symptômes relatifs aux problèmes sexuels d'une part et les indices de psychopathologie générale de l'autre a été plus explorée, comme en témoignent les études effectuées par Dérogatis et Meyer (1979) et Derogatis, Meyer et King (1981).

Lien entre problèmes sexuels et psychopathologie. Derogatis et Meyer (1979) ont administré le "Derogatis Sexual Functioning Inventory" à 47 hommes et 40 femmes ayant des dysfonctions sexuelles. Ils ont comparé les résultats à ceux de 200 personnes hétérosexuelles sans problème sexuel. Leur analyse révèle que:

- les hommes et les femmes ayant des dysfonctions sexuelles présentent un plus haut niveau de détresse psychologique et d'affect négatif que les normaux, ainsi qu'une connaissance moindre d'informations sexuelles.

- les femmes ayant un problème sexuel sont équivoques dans la définition des rôles masculin/féminin; elles sont plus créatives et moins limitées dans leurs activités sexuelles que les normales.

Derogatis, Meyer et King (1981) font remarquer que la documentation comprend des conclusions contradictoires au sujet de l'existence d'un lien entre dysfonctions sexuelles et troubles névrotiques. Afin de tester l'existence de ce lien, ils ont administré le "Symptom Check List - 90 - Revised" à 199 hommes et 126 femmes présentant des dysfonctions sexuelles. Les sujets avaient été vus dans une clinique spécialisée dans le traitement des dysfonctions sexuelles. Ils ont en outre effectué une évaluation psychiatrique pour chaque sujet, utilisant les critères du DSM-II pour déterminer l'existence éventuelle d'un diagnostic psychiatrique; dans un deuxième temps ils ont converti ces diagnostics selon les critères du DSM-III. Les résultats, comparés à ceux de populations normatives, révèlent que les individus ayant des problèmes sexuels ont aussi une symptomatologie générale de psychopathologie clairement élevée. Par exemple, parmi les femmes ayant participé à leur étude, un diagnostic psychiatrique a été établi pour cinquante pour cent de celles ayant un problème d'anorgasmie. Quant à celles ayant des problèmes de dyspareunie et de vaginisme, elles présentaient aussi un plus haut niveau de

détresse psychologique que les populations normatives; 88% d'entre elles ont été diagnostiquées comme ayant un trouble psychiatrique. Toutefois Meana (1995) a administré le "Brief Symptom Inventory" (BSI; Derogatis, 1982) à 112 femmes ayant des problèmes de douleur coïtale; leurs résultats ne différaient pas des normes pour la population féminine.

En dépit du fait que le SCL-90-R comporte des items relatifs à la sensibilité interpersonnelle, Dérogatis et al (1979; 1981) n'ont pas vérifié si les personnes ayant des dysfonctions sexuelles présentent aussi des particularités interpersonnelles qui les différencient d'un groupe contrôle. Ils ont plutôt mis l'accent sur le tableau clinique général, sans tenir compte de ses composantes affective, cognitive et interpersonnelle. D'autre part, en analysant les résultats, les auteurs ne font pas la distinction entre les sujets en couple et ceux sans partenaire.

Problèmes sexuels et relations interpersonnelles. Rares sont les études retrouvées dans la documentation sur la question tentant d'établir un lien entre les problèmes sexuels et interpersonnels chez les femmes. Elles sont rapportées ici: la première est une étude de cas, la deuxième n'est pas contrôlée et la troisième tente d'établir l'étiologie de la dyspareunie.

Horowitz, Sampson, Siegelman, Weiss et Goodfriend (1978) rapportent une étude de cas dans laquelle il s'agit du traitement

psychanalytique d'une femme consultant pour un problème de frigidité. Ce problème a été relié par les auteurs à la difficulté de cette patiente d'exprimer son agressivité. De plus, étant incapable de mettre les limites appropriées dans ses relations avec son entourage, l'intimité sexuelle pouvait être problématique. Des juges ont revu les notes de thérapie, évaluant sur une échelle de 1 à 4 les capacités de la cliente à formuler son désaccord et à exprimer des sentiments positifs; l'évaluation était fidèle. Les auteurs rapportent le développement des capacités de la cliente à se rapprocher des autres au fur et à mesure qu'elle devenait capable de les critiquer, se sentant par le fait même moins vulnérable. Cependant la validité externe de cette étude est très limitée.

Dans une étude auprès de 230 femmes se présentant avec une plainte de dyspareunie, les facteurs intrapersonnels, interpersonnels et physiques ayant contribué à la douleur ont été évalués (Lamont, 1979). L'auteur estime que 27% de ces femmes ont été considérées comme ayant des problèmes essentiellement interpersonnels, 43% des problèmes d'ordre intrapersonnel, et 30% des problèmes d'ordre physique. Cependant l'auteur n'a pas défini de façon opérationnelle les difficultés qualifiées comme étant d'ordre interpersonnel, ni les mesures utilisées. Les conclusions de cette étude ne peuvent donc être retenues, d'autant plus qu'il n'y a pas de groupe contrôle.

Ces deux dernières études illustrent la tentative de considérer les problèmes sexuels à la lumière de la manière d'être dans les relations interpersonnelles. Cependant cette idée n'a pas été testée avec des moyens appropriés au niveau méthodologique. De plus on dénote au niveau conceptuel l'absence d'un modèle théorique. Il n'y est pas mention non plus de différences entre les femmes seules et celles en couple.

Meana (1995) a comparé 105 femmes ayant un problème de dyspareunie à 105 autres n'ayant pas de dysfonction sexuelle. Parmi les mesures utilisées figuraient le "Brief Symptom Inventory" (BSI; Dérogatis, 1982) et le "Locke-Wallace Marital Adjustment Scale" (Locke et Wallace, 1959). Au niveau du BSI, le groupe des femmes ayant un problème de dyspareunie ont eu un score global significativement plus élevé que celui des femmes du groupe contrôle. Des différences significatives entre les deux groupes ont été retrouvées au niveau des échelles suivantes: sensibilité interpersonnelle, dépression et anxiété phobique. Toutefois les résultats des deux groupes restent dans les normes établies pour une population féminine. Au niveau du "Locke-Wallace Marital Adjustment Scale", les femmes ayant un problème de dyspareunie avaient un niveau d'ajustement relationnel plus bas que celui du groupe contrôle. Mais les résultats des deux groupes les situent là encore dans les normes établies. Dans cette étude on ne retrouve toutefois pas de différence entre les femmes seules qui

forment 14% de l'échantillon et celles en couple (communication personnelle de l'auteure).

Comment la théorie interpersonnelle permet-elle de tester l'existence de problèmes relationnels chez les femmes seules ayant des dysfonctions sexuelles? Le modèle circomplexe présenté permet de conceptualiser et de mesurer les composantes interpersonnelles du comportement. Il offrirait donc un cadre théorique dans lequel on pourrait vérifier dans quelle mesure les femmes seules ayant des dysfonctions sexuelles peuvent adopter des positions différentes dans leurs interactions. Par exemple avoir un comportement de refus à certains moments, d'obéissance à d'autres, ou encore d'ordonner, de mettre à distance, d'exprimer de l'affection, ou si ces femmes ont plutôt tendance à recourir à un comportement stéréotypé, quelle que soit la situation rencontrée. Dans ce dernier cas toute rencontre amoureuse pourrait être évitée car perçue comme menaçante, et non évaluée selon des critères plus appropriés. Une des particularités d'ailleurs du discours de ces femmes, quand elles parlent des relations qu'elles ont vécues, est de les décrire en ces termes: "Tous les hommes sont pareils, à quoi bon continuer d'essayer!". Alors que souvent, leur style d'interaction est le même, ne tenant pas compte de la nécessité d'adopter des comportements variés en fonction des situations qui se présentent à elles. Elles continueraient donc à fonctionner et à "dysfonctionner" de la même manière dans les diverses relations qu'elles entreprennent avec les hommes. Il leur est alors plus

facile de conclure que "tous les hommes sont pareils" et d'éviter tout contact amoureux, plutôt que d'admettre qu'"avec le temps je fonctionne de la même manière avec tous mes partenaires", en adoptant, par exemple, des comportements de type quasi-exclusivement passif ou contrôlant ou autres. La plupart d'ailleurs ne se sentent pas en droit de refuser une relation sexuelle. Souvent elles associent le fait d'accepter ou de solliciter une rencontre, à une inévitable union, des enfants, la belle-famille. Elles restent convaincues que les rendez-vous galants avec un homme se dérouleront tous de la même manière, unique et prévisible, et veulent éviter ce processus. Dans un tel contexte, la dysfonction sexuelle devient un ajout au problème principal, qui serait: "je ne suis pas à l'aise dans les relations amoureuses, j'ai beaucoup à perdre".

Une des manières d'avoir accès au style interpersonnel des femmes étudiées, à défaut d'une mesure directe et objective, serait d'évaluer leur perception de leurs manières d'inter-agir. Mais comment vérifier si la perception qu'ont les femmes seules ayant des dysfonctions sexuelles de leur comportement ne caractériserait pas aussi la population de femmes en couple ayant ou non de telles dysfonctions, ou la population des femmes célibataires n'ayant pas de telles dysfonctions?

Une manière de répondre à cette question serait de comparer la perception de leur style interpersonnel chez différentes populations; les différences auraient trait au statut de cohabitation: seules ou en couple et au fonctionnement sexuel: avec

ou sans dysfonction. Les contrastes établis permettraient de vérifier s'il existe une différence dans la perception qu'ont ces femmes de leurs manières d'établir des relations interpersonnelles, selon qu'elles soient seules et qu'elles présentent des dysfonctions sexuelles, ou pas. Tel est d'ailleurs l'objet principal de la présente étude.

Objectifs et hypothèses de la présente étude

Objectifs. Cette étude vise à comparer les caractéristiques des femmes seules et des femmes en couple, ayant ou non une dysfonction sexuelle, au niveau de l'anxiété, des caractéristiques sexuelles, ainsi que du style interpersonnel. Elle suggère que l'examen du style interpersonnel permettrait de comprendre pourquoi, en plus d'avoir des difficultés sexuelles, les femmes seules ayant des dysfonctions sexuelles n'ont pas de partenaire non plus. Ce sera donc la première étude contrôlée à examiner les problèmes sexuels de femmes sans partenaire stable sous l'angle interpersonnel. Bien que les auteurs ayant oeuvré dans le développement du modèle interpersonnel (Leary, 1957; Benjamin, 1974; Horowitz et al, 1988; Kiesler et al, 1990) n'aient pas proposé d'application à la population de femmes ayant des dysfonctions sexuelles, certains d'entre eux tels que Kiesler et Benjamin ont commencé à appliquer cette théorie aux troubles de personnalité. Il est donc permis d'espérer d'élargir le champ d'application à d'autres psychopathologies.

Hypothèses

1. Au niveau interpersonnel: les femmes seules ayant des dysfonctions sexuelles auront plus de difficultés que les femmes des trois autres groupes.

2. Au niveau de l'anxiété: les femmes ayant une dysfonction sexuelle, seules ou en couple, seront plus anxieuses que les femmes sans dysfonction sexuelle, seules ou en couple.

3. Au niveau sexuel: les femmes ayant une dysfonction sexuelle, seules ou en couple, auront des difficultés que les femmes sans dysfonction sexuelle, seules ou en couple, ne présentent pas.

Chapitre II

Méthodologie

Méthodologie

Plan de recherche

La présente recherche est un plan classique 2x2 à quatre groupes indépendants. Les variables indépendantes sont le fonctionnement sexuel: "avec dysfonction" ou "sans dysfonction" et le statut de cohabitation: "seules" ou "en couple". Vu qu'un même problème sexuel ne revêtirait pas la même signification selon que le sujet est seul ou en couple, ces quatre groupes ont permis de mettre en évidence les variations des facteurs "Fonctionnement sexuel" et "Statut de cohabitation". Le groupe "Seules dysfonctionnelles" sert de groupe expérimental. Les groupes de contrôle "Couple Dysfonctionnelles", "Seules Fonctionnelles" et "Couple Fonctionnelles" servent de comparaison: le premier est un groupe contrôle des effets de l'absence de partenaire, le second contrôle les effets de la présence de problèmes sexuels, le troisième contrôle les deux.

Sujets

Quatre-vingts femmes hétérosexuelles, âgées entre 18 et 55 ans (M=37.06), ont participé à l'étude. La méthodologie relative au recrutement et aux mesures administrées sera développée plus loin. Ces femmes ne présentaient aucun des troubles suivants selon les critères du DSM-III-R: troubles mentaux organiques, troubles

delirant, psychotiques ou thymiques, schizophrénie, toxicomanie, alcoolisme. Ont été aussi exclues les femmes prenant des antidépresseurs, des neuroleptiques ou des anticonvulsivants, ainsi que celles présentant des troubles sévères de la personnalité. Le fait de présenter une dysfonction sexuelle à étiologie organique était un autre critère d'exclusion. L'évaluation de ce critère sera présentée plus loin.

Ces quatre-vingts femmes ont formé quatre groupes de vingt sujets chacun: femmes seules ayant une dysfonction sexuelle (Seules Dysfonctionnelles), femmes seules sans dysfonction sexuelle (Seules Fonctionnelles), femmes en couple ayant une dysfonction sexuelle (Couple Dysfonctionnelles) et femmes en couple sans dysfonction sexuelle (Couple Fonctionnelles). Les sujets des quatre groupes ont été appariés en fonction de l'âge et de l'éducation. Le nombre de cohabitations et la durée totale d'années de cohabitation varient en fonction du groupe d'appartenance des sujets.

Parmi les femmes seules ayant une dysfonction sexuelle, deux n'ont connu que de rares et courtes relations dans lesquelles elles n'habitaient pas avec leur conjoint, sept rapportent de nombreuses relations dans la plupart desquelles elles ne se sont pas engagées, onze enfin un nombre limité de relations stables et durables. Presque toutes ont toujours eu des problèmes dans leur vie sexuelle, et ce depuis qu'elles ont commencé à être sexuellement actives. Seules deux d'entre elles avaient une vie sexuelle satisfaisante avec leur partenaire, mais suite à la fin de la relation elles n'avaient plus de désir sexuel. Dans leurs

interactions interpersonnelles, presque toutes ces femmes semblaient éviter les rapports amoureux, prétendant que ceci les protégeait contre les expériences de rejet par des partenaires potentiels. Elles consolidaient leurs liens amicaux, familiaux et professionnels au détriment de toute implication amoureuse, tout en désirant avoir un partenaire dans leur vie.

Les femmes formant le groupe "Couple dysfonctionnelles" sont en relation stable depuis au moins six mois et obéissent aux mêmes critères relatifs aux dysfonctions sexuelles que les femmes du groupe précédent.

Quant aux femmes des groupes "Seules Fonctionnelles" ou "Couple Fonctionnelles", elles ne présentent pas de dysfonction sexuelle et sont dans leur situation de couple ou de célibat depuis au moins six mois.

Les critères du DSM-III-R pour les dysfonctions sexuelles chez les femmes comprennent les points suivants (APA, 1989):

* Baisse du désir sexuel (302.71): - "Absence ou déficience persistante et répétée de fantaisies imaginatives d'ordre sexuel et du désir d'activité d'ordre sexuel".

* Aversion sexuelle (302.79): - "Aversion extrême, persistante ou répétée et évitement de presque tout contact avec un partenaire sexuel".

* Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme (302.72): - "Échec partiel ou complet, répété ou persistant, à atteindre ou à maintenir une réactivité sexuelle jusqu'à l'accomplissement de

l'acte". Ou "Absence répétée ou persistante du sentiment subjectif d'excitation sexuelle et de plaisir chez la femme durant l'activité sexuelle".

* Inhibition de l'orgasme chez la femme (302.73): - "Absence ou retard répété ou persistant de l'orgasme chez la femme après une phase d'excitation sexuelle normale, lors d'une activité sexuelle".

* Dyspareunie (302.76): - "Douleur génitale répétée ou persistante pendant les rapports sexuels ou à la suite de ceux-ci".

* Vaginisme (306.51): - "Spasme involontaire, répété ou persistant, de la musculature du tiers externe du vagin perturbant le coït".

Un seul sujet a reçu le diagnostic d'"Aversion sexuelle", un autre de "Vaginisme". La classification a été simplifiée en reprenant les appellations suivantes du DSM-III-R: "Baisse du désir sexuel" et "Aversion sexuelle" sont regroupées sous "Troubles du désir sexuel", "Dyspareunie" et "Vaginisme" sont regroupés sous "Troubles sexuels douloureux".

Dans le tableau 3a sont présentées les caractéristiques démographiques et cliniques des quatre groupes de l'étude. Il n'y a pas de différence significative entre les sujets quant à l'âge, le niveau d'éducation ni le revenu individuel. Il existe par contre des différences significatives entre les femmes seules et celles en couple par rapport au nombre de cohabitations [$F(1,76) = 13.81, p < .05$] et à la durée totale d'années de vie commune [$F(1,76) = 9.51, p < .05$] (tableau 3b), ce qui a été prévu: en

effet, les femmes seules ont passé moins d'années en couple que celles ayant un partenaire. La comparaison de l'âge du début des dysfonctions et leur durée a permis d'établir qu'il n'y a pas de différence significative à ces niveaux entre les deux groupes de femmes ayant des dysfonctions sexuelles (tableau 3c).

Tableau 3a

Caractéristiques démographiques et cliniques:
moyennes et écart-types

	Avec dysfonction		Sans dysfonction	
	Seule n=20	En couple n=20	Seule n=20	En couple n=20
Age	37.0 (9.4)	36.4 (10.1)	36.4 (10.0)	38.5 (9.4)
Années de scolarité	14.4 (1.6)	14.4 (1.8)	14.1 (1.9)	14.2 (1.8)
Revenu individuel	5.5 (1.6)	5.0 (1.8)	5.1 (2.8)	5.4 (2.2)
Années de cohabitation	7.3 (8.6)	11.7 (9.1)	6.7 (8.9)	14.5 (9.0)
Nombre de cohabitations	0.7 (0.7)	1.5 (0.8)	0.9 (1.0)	1.4 (0.6)
Durée du problème sexuel	15.9 (8.0)	11.2 (8.7)		
Age du début du problème	21.2 (5.6)	25.2 (7.7)		

-Revenu individuel: 5.0, 5.2, 5.4 et 5.5 correspondent à un revenu se situant entre 20,000\$ et 29,000\$.

-Durée du problème: en années

p* < 0.05

Tableau 3b

Analyse de variance des caractéristiques démographiques en fonction du Statut de cohabitation et du Fonctionnement sexuel

Variable	Source de variation	dl	CM	F
Age	Couple	1	10.51	0.11
	Dysfonction	1	12.01	0.12
	Couple x dysfonction	1	37.81	0.38
	Erreur	76	99.29	
Années de scolarité	Couple	1	0.05	0.02
	Dysfonction	1	1.25	0.39
	Couple x dysfonction	1	0.05	0.02
	Erreur	76	3.19	
Revenu individuel	Couple	1	0.31	0.07
	Dysfonction	1	0.01	0.00
	Couple x dysfonction	1	2.11	0.46
	Erreur	76	6.58	
Années de cohabitation	Couple	1	750.31	<u>9.51*</u>
	Dysfonction	1	23.11	0.29
	Couple x dysfonction	1	59.51	0.75
	Erreur	76	78.92	
Nombre de cohabitations	Couple	1	8.45	<u>13.81*</u>
	Dysfonction	1	0.05	0.08
	Couple x dysfonction	1	0.20	0.33
	Erreur	76	0.61	

p* < .05

Tableau 3c
 Analyse de variance des caractéristiques cliniques
 en fonction du Statut de cohabitation

Variable	Source de variation	dl	CM	F
Durée du problème sexuel	Couple	1	220.90	3.19
	Erreur	38	69.34	
Age du début du problème	Couple	1	164.03	3.65
	Erreur	38	44.89	

$p^* < .05$

Dans le tableau 4 figure la répartition des types de dysfonctions entre les deux groupes de femmes ayant des dysfonctions sexuelles. En comparant les fréquences observées et celles attendues pour chacune des dysfonctions sexuelles, il est apparu qu'elles ne sont pas significativement différentes d'un groupe à l'autre.

Tableau 4

Comparaisons entre les pourcentages des dysfonctions sexuelles dans les groupes de femmes seules et en couple par la méthode du chi-carré

Type de dysfonction	Fréquences observées		Fréquences attendues	dl	χ^2
	Seules	En couple			
Troubles du désir sexuel	24%	36%	30%	1	3.42
Troubles de l'excitation	14%	10%	12%	1	0.75
Inhibition de l'orgasme	49%	39%	44%	1	2.02
Troubles sexuels douloureux	13%	15%	14%	1	0.15

$p^* < .05$

Parmi les critères de sélection des sujets figurait l'absence de psychopathologie grave, qui a été vérifiée lors des entrevues d'évaluation. Une façon de confirmer cette évaluation est de la comparer avec les résultats à l'"Indice global de sévérité" du "SCL-90-R". L'ANOVA portant sur cet Indice (tableau 5) a permis de différencier significativement les groupes par rapport aux deux facteurs, statut de cohabitation [$F(1,76) = 4.61, p < .05$] et fonctionnement sexuel [$F(1,76) = 10.31, p < .05$].

Tableau 5

Analyse de variance de l' "Indice global de sévérité" du SCL-90-R en fonction du Statut de cohabitation et du Fonctionnement sexuel

Source	dl	CM	F
Couple	1	0.71	<u>4.61*</u>
Dysfonction	1	1.58	<u>10.31*</u>
Couple x Dysfonction	1	0.02	0.11
Erreur	76	0.15	

*p < .05

Les moyennes (tableau 6) montrent que les femmes seules ont un score plus élevé que les femmes en couple, alors que les femmes dysfonctionnelles ont un score plus élevé que les femmes fonctionnelles. Toutefois transformées en score T ces moyennes varient entre 48 et 55 pour les quatre groupes, ce qui reste dans les valeurs normatives. L'examen des moyennes des 80 sujets prises séparément a montré que deux personnes du groupe "Seules Fonctionnelles", une personne du groupe "Seules Dysfonctionnelles" et une autre du groupe "Couple Dysfonctionnelles" ont obtenu des résultats qui, transformés en score T, variaient entre 70 et 73.

Tableau 6

Moyennes de L' "Indice global de sévérité"

	Fonctionnelles	Dysfonctionnelles	\bar{x}
Seules	.53	.73	.63
En couple	.28	.51	.40
\bar{x}	.41	.62	.51

Mesures

L'environnement interpersonnel. Cet environnement a été évalué en se basant sur la perception subjective que la personne interrogée a de son répertoire de comportements interpersonnels. Cet aspect a été mesuré à l'aide du "Test d'Evaluation du Répertoire des Conflits Interpersonnels" (TERCI). Les sentiments de confort ou d'inconfort lors des interactions ont aussi été mesurés à l'aide de l'échelle "Sensibilité interpersonnelle" du "Symptom Check-List-Revised" (SCL-90-R).

L'anxiété. L'état d'anxiété chez les sujets a été pris en considération, vu que certains modèles expliquent les dysfonctions sexuelles en s'y basant. L'échelle "Anxiété" du "SCL-90-R" et l'"Inventaire d'Anxiété Situationnelle" ont été utilisés pour le mesurer.

Le comportement sexuel. Ce comportement a été "opérationnalisé" par ses composantes suivantes: l'expérience sexuelle, la connaissance, le désir, les attitudes, les fantasmes, les rôles, l'image du corps et la satisfaction. Les sections correspondantes du "Derogatis Sexual Functioning Inventory" (DSFI) ont été utilisées pour les mesurer.

Toutes les mesures sont auto-administrées et ont été informatisées.

Test d'Évaluation du Répertoire des Construits Interpersonnels (TERCI - Hould, 1979). Le TERCI a permis d'évaluer la perception que les sujets de la présente étude ont d'elles-mêmes par rapport

à ces deux dimensions principales du répertoire interpersonnel: Dominance et Affiliation. La fidélité du TERICI a été évaluée à l'aide de coefficients de cohérence interne. Le critère de 0.9 fixé par Guttman est atteint par toutes les échelles. Les corrélations de Spearman-Brown varient de 0.71 à 0.86 au niveau des dimensions du répertoire interpersonnel. Le TERICI a été validé auprès d'une population québécoise francophone; les indices de validité de construit se situent entre 0.76 et 0.85.

Dans un article publié en 1985, Hould et Gauthier expliquent que le TERICI se compose d'une liste de quatre-vingt-huit comportements interpersonnels correspondant aux huit catégories suivantes, représentées chacune par un octant: Domination-Assurance, Bienveillance-Gentillesse, Dévouement-Serviabilité, Docilité-Dépendance, Effacement-Soumission, Méfiance-Haine, Intolérance-Critique et Exploitation-Organisation (figure 2). Le sujet devra, pour chacun des items, répondre à la question suivante par oui ou par non: "Est-ce que ce comportement ou cette attitude pourrait être utilisé pour décrire la manière d'être ou d'agir avec les gens de vous-même, de votre père, de votre mère, de votre partenaire et de la personne que vous voudriez être". Pour chacune des huit échelles utilisées pour la description d'un personnage, on obtient un score. Puis les scores des octants sont ramenés sur les quatre dimensions principales du répertoire interpersonnel. L'avantage d'une telle procédure, ramener les scores des octants sur les quatre dimensions principales, est de réduire la quantité de

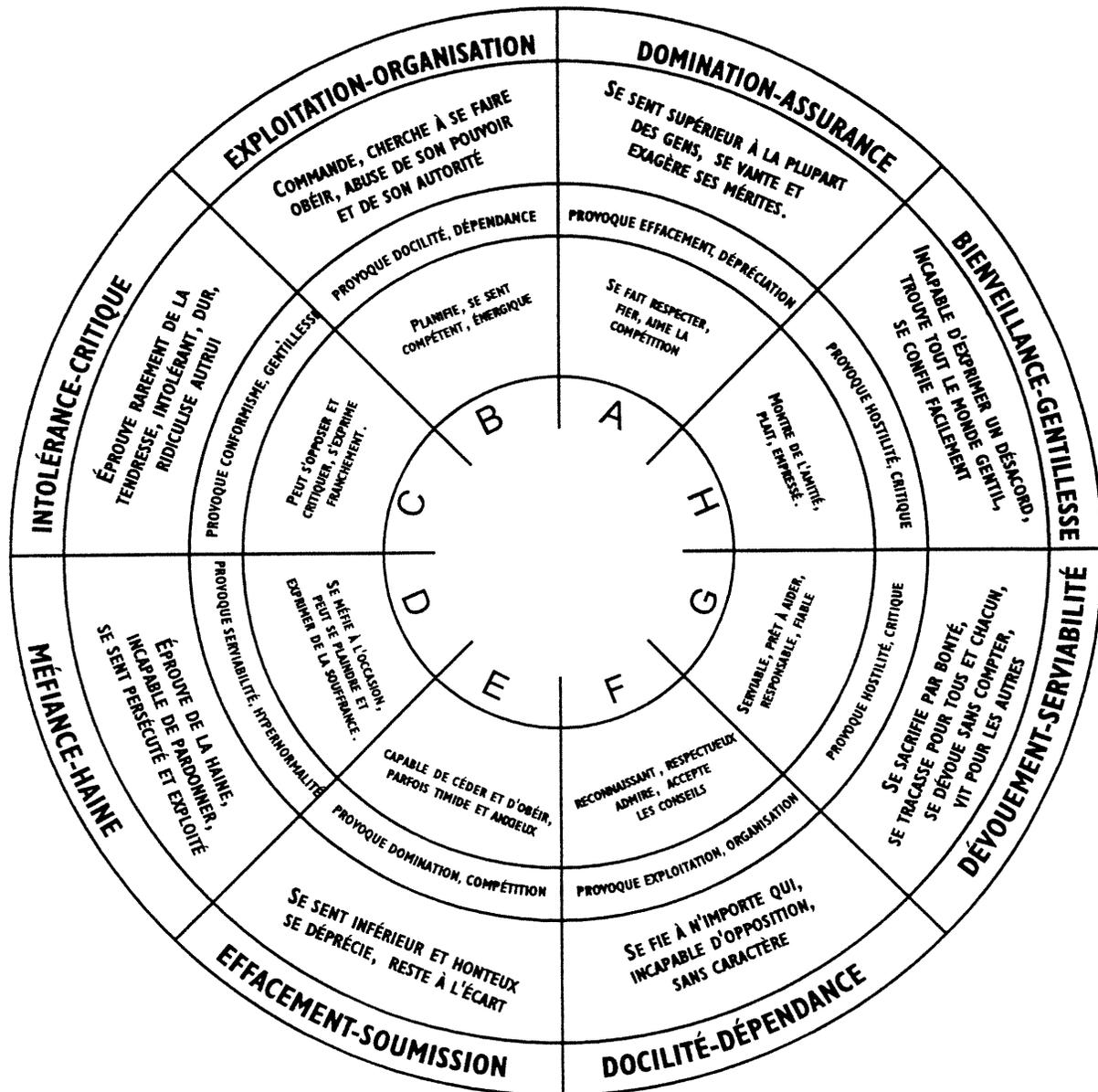


Figure 2 - Classification des comportements interpersonnels selon R. Hould (tiré de Hould et Gauthier, 1985; p.14)

résultats et de faciliter l'interprétation du test. Les résultats obtenus sont standardisés autour d'une moyenne de 35 avec un écart-type de 10. Comme chacune des quatre dimensions du TERC I recouvre le pôle positif ou négatif des deux axes de la classification des comportements interpersonnels, la Dominance et l'Affiliation, on peut calculer la résultante des tendances qui s'opposent par une soustraction. Pour obtenir la position d'un personnage sur l'axe vertical de Dominance, il faut soustraire le score de soumission du score de domination. Un résultat négatif correspondrait à une attitude de soumission. Pour obtenir la position d'un personnage sur l'axe horizontal d'Affiliation, il faut soustraire le score d'intolérance du score de dévouement. Un résultat négatif correspondrait à une attitude d'intolérance. Les scores d'Affiliation et de Dominance sont alors standardisés autour d'une moyenne de 0 et d'un écart-type de 15. Ces scores permettent de fixer, pour chacune des personnes décrites par le sujet, un point sur chacun des deux axes du plan. A partir de ces deux points on trace une droite perpendiculaire à l'axe sur lequel ils sont fixés. Le point de rencontre de ces deux droites indique le mode d'adaptation attribué par le sujet à la personne décrite. Lorsqu'un point se situe dans la partie centrale du cercle, soit que cette personne est versatile, soit qu'elle dispose d'un répertoire de comportements suffisamment diversifié pour s'adapter à une grande gamme de situations. Par contre le sujet situe aussi un personnage au centre du cercle s'il lui attribue très peu de comportements ou s'il acquiesce à un nombre exagéré d'items. Lorsqu'un point se

retrouve dans le premier anneau, on peut dire que la personne décrite par ce point manifeste une préférence pour le mode d'adaptation de l'octant sans pour autant manifester de réticences à l'égard de modes d'adaptation correspondant aux octants opposés. La présence d'un point dans le deuxième anneau indique une préférence marquée pour un mode d'adaptation qui tend à exclure le recours à des comportements ou attitudes associés à des modes d'adaptation alternatifs appropriés à certaines situations. Finalement l'anneau périphérique correspond à des formes rigides et exclusives d'un mode de comportement d'adaptation.

Symptom Check List - 90 - Revised (SCL-90-R, Derogatis, 1977).

Le SCL-90-R comprend 90 items qui regroupent neuf dimensions symptomatiques. Ces symptômes de base font partie de la majorité des comportements observés chez des patients psychiatriques non hospitalisés. Les neuf dimensions symptomatiques sont les suivantes: somatisation, obsession-compulsion, sensibilité interpersonnelle, dépression, anxiété, hostilité, anxiété phobique, idées paranoïdes et état psychotique. Les scores bruts à chacune des échelles sont ensuite transformés en score T. Les résultats des populations normatives se situent entre 50 et 70. Parmi les neuf dimensions du SCL-90-R, la "sensibilité interpersonnelle" et l'"anxiété" permettent de vérifier les hypothèses. La première porte sur les sentiments d'être inadéquat et inférieur, surtout en se comparant aux autres, la deuxième sur les comportements

habituellement associés sur un plan clinique avec d'importantes manifestations d'anxiété.

La fidélité du SCL-90-R a été évaluée à l'aide de coefficients de cohérence interne. Pour la version originale américaine, l'alpha de Cronbach varie entre 0.77 et 0.90 selon les dimensions; pour la traduction française par une équipe de chercheurs québécois (Fortin et Coutu-Wakulczyk, 1985), l'alpha de Cronbach varie entre 0.90 et 0.92. Le SCL-90-R a été validé auprès d'une population québécoise féminine (Fortin et Coutu-Wakulczyk, 1985); l'étendue de la distribution des corrélations entre chacune des neuf dimensions varie de 0.32 à 0.74, la corrélation moyenne entre les dimensions est de 0.53 (validité de construit). L'analyse de fidélité effectuée à partir des résultats des 80 sujets de cette étude donne des valeurs de l'alpha de Cronbach de 0.89 pour la "Sensibilité interpersonnelle" et de 0.85 pour l'"Anxiété".

Inventaire d'Anxiété Situationnelle (Spielberger, 1983).

L'Inventaire d'Anxiété Situationnelle permet de mesurer l'anxiété comme réponse émotionnelle transitoire, spécifique à une situation, pouvant donc varier d'une situation à l'autre. Il comprend 20 items évaluant l'état émotionnel actuel du sujet. Ce dernier indique l'intensité de ses sentiments en utilisant une échelle à quatre points, variant de "pas du tout" à "beaucoup". Les scores bruts sont ensuite transformés en score T. Les résultats des populations normatives se situent autour d'une moyenne de 50 et d'un écart-type de 10.

La fidélité de l'Inventaire d'Anxiété Situationnelle a été évaluée à l'aide de coefficients de cohérence interne. Les valeurs des coefficients de corrélations entre les items et l'ensemble de l'échelle varient entre 0.24 et 0.72 pour l'inventaire original américain et entre 0.35 et 0.69 pour la traduction. L'alpha de Cronbach pour une population féminine est de 0.86 pour la version originale et de 0.90 pour la traduction. L'inventaire a été validé auprès d'une population québécoise (Gauthier et Bouchard, 1993) en le faisant passer à 58 étudiantes et 25 étudiants à deux reprises: la première fois, dans des conditions non anxiogènes; la deuxième fois, 28 jours plus tard quelques instants avant un examen (validité de construit). Le coefficient de corrélation de Pearson entre les deux passations était de 0.39 ($p < .001$). L'analyse de fidélité effectuée à partir des résultats des 80 sujets de notre étude donne un coefficient alpha de 0.89.

Derogatis Sexual Functioning Inventory (DSFI; Dérogatis, 1975).

Le DSFI comprend 245 énoncés qui regroupent huit échelles fournissant une évaluation du répertoire sexuel d'un individu. Il comprend aussi deux échelles qui s'apparentent à des mesures de psychopathologie, "symptômes" et "affects". Pour cette raison elles n'ont pas été retenues dans la présente étude. Les scores obtenus à chaque niveau sont standardisés puis additionnés pour donner un score global de fonctionnement sexuel. Un indice additionnel d'évaluation de la satisfaction sexuelle est obtenu en réponse à une question unique, sur une échelle de 0 (ne peut être

pire) à 8 (ne peut être mieux). La "connaissance" permet de mesurer l'information sexuelle au moyen de 26 items auxquels le sujet répond par vrai ou faux. L'"expérience" évalue, à l'aide de vingt-quatre items, l'étendue du répertoire sexuel dans les soixante derniers jours et au cours de la vie. Le "désir" est une mesure du comportement sexuel explicite comprenant cinq composantes: rapports sexuels, masturbation, caresses, fantasmes et fréquence idéale des relations; chaque composante est évaluée sur une échelle de fréquence de 0 à 8. Les "attitudes" sont évaluées en termes de "libérales" ou "conservatrices"; le score global est obtenu en soustrayant le total des 15 items de chacune des deux échelles entre elles. Les "rôles" évaluent la position sur les deux dimensions masculine et féminine; le total est obtenu en soustrayant le total des 15 items de chacune des deux dimensions entre elles. Les "fantasmes" regroupent vingt variations du comportement sexuel. L'"image du corps" fait référence en 15 items à une évaluation de soi positive ou négative. Le degré de "satisfaction" tient compte, en 10 items, de la fréquence des rapports sexuels, leur variété, la communication, les préliminaires, l'orgasme et la résolution.

La fidélité du DSFI a été évaluée à l'aide de coefficients de cohérence interne. Les indices de fidélité varient entre 0.56 et 0.97 selon les échelles. Il a été validé la première fois auprès 40 femmes et 47 hommes ayant une dysfonction sexuelle, et 200 étudiants volontaires, soient 57 hommes et 143 femmes participant à un cours donné par l'auteur du test et considérés comme formant

le groupe normatif; la distribution des corrélations entre chacune des neuf échelles va jusqu'à 0.92 (validité de construit). La version française utilisée est celle qu'ont traduite Louis Rousseau et Louise Guay, de l'Université Laval à Québec. L'analyse de fidélité effectuée à partir des résultats des 80 sujets de notre étude donne des valeurs de l'alpha de Cronbach de 0.22 pour la "Connaissance", 0.83 pour les "Attitudes", 0.52 pour le "Désir", 0.75 pour les "Rôles", 0.84 pour les "Fantasmes", 0.82 pour l'"Image du corps" et 0.85 pour la "Satisfaction". Les valeurs <.70, donc inacceptables, sont celles se rapportant aux échelles évaluant la Connaissance et le Désir.

Déroulement de l'expérience

L'auteure de la présente thèse a coordonné le projet de recherches auquel ont participé les sujets. Elle était directement impliquée dans le recrutement, l'évaluation, le traitement et l'analyse des résultats. La partie "traitement" a été offerte aux femmes formant le groupe "Seules Dysfonctionnelles", puisqu'elles ont suivi une thérapie au Centre de Recherche Fernand-Seguin dans le cadre d'un projet de recherches sur les dysfonctions sexuelles. Elles ont été réparties au hasard dans l'une de ces quatre conditions thérapeutiques: une liste d'attente, un groupe de thérapie interpersonnelle, un autre de thérapie sexuelle, un dernier combinant les approches interpersonnelle et sexuelle. Les résultats du volet "traitement" de la recherche ne feront pas l'objet d'analyse dans la présente thèse.

Recrutement. Les sujets des groupes "Seules Dysfonctionnelles" et "Couple Dysfonctionnelles" ont été recrutés suivant leur réponse aux annonces dans les médias ou dans des services de thérapie sexuelle de différents hôpitaux de Montréal ou référés par des professionnels de la santé mentale. Les sujets du groupe "Seules Dysfonctionnelles" ont bénéficié d'une thérapie en échange de leur participation à l'étude, ceux du groupe "Couple Dysfonctionnelles" ont bénéficié d'une référence vers une source de traitement appropriée suite à leur évaluation. Sept sujets du groupe "Couple Dysfonctionnelles" ont été rémunérés pour leur participation et ce afin d'avoir le nombre requis de participantes. Les sujets des groupes "Seules Fonctionnelles" et "Couple Fonctionnelles" ont été recrutés suivant leurs réponses aux annonces dans les médias ou ont entendu parler de la recherche par des amies et se sont portés volontaires pour y participer. Tous les sujets ont par la suite signé un formulaire de consentement dans lequel le but de la recherche leur était expliqué.

Evaluation. Toutes ces personnes ont participé dans un premier temps à une entrevue téléphonique afin d'effectuer une pré-sélection avant de pouvoir compléter l'évaluation. Ensuite toutes les femmes du groupe "Seules Dysfonctionnelles" ont été évaluées par un psychiatre indépendant de l'étude afin de s'assurer de la présence d'une de ces dysfonctions sexuelles. Dans un deuxième temps ces femmes ont été évaluées par un psychologue lors d'une entrevue ayant permis la confirmation du diagnostic. L'auteure de

la thèse a effectué la plupart des évaluations. Dans le cas de désaccord entre le psychologue et le psychiatre le sujet ne pouvait faire partie de l'étude, ce qui n'a pas été le cas. Il y eut des désaccords concernant certains problèmes spécifiques, comme diagnostiquer une baisse de désir tout court ou en combinaison avec un trouble de l'orgasme. Ceci a été réglé par une discussion entre les cliniciens impliqués dans l'évaluation.

De plus toutes ces femmes ont été évaluées par un spécialiste en médecine interne afin d'éliminer les cas de sujets prenant des médicaments et ceux présentant des maladies communément associées aux dysfonctions sexuelles. Ce dernier a mené une entrevue détaillée sur leur vie sexuelle et leur condition physique générale. Aucune femme n'a été refusée selon ces critères. Ceci peut s'expliquer par le fait que, lors de l'évaluation téléphonique de pré-sélection, les femmes prenant des médicaments pouvant avoir des effets sur le fonctionnement sexuel et celles présentant des maladies communément associées aux dysfonctions sexuelles, n'ont pas été retenues.

Notons que tous ces évaluateurs, psychiatres, psychologues et médecin interniste, font partie de l'équipe des professionnels possédant une expertise en dysfonctions sexuelles.

Les femmes du groupe "Couple Dysfonctionnelles", "Seules Fonctionnelles" et "Couple Fonctionnelles" ont été évaluées par l'auteure de la présente thèse lors d'une entrevue détaillée.

Avant de répondre aux questionnaires, un numéro d'identification a été attribué à chaque sujet afin d'assurer la confidentialité. Un psychologue était toujours disponible pour répondre aux questions des sujets lorsqu'ils répondaient aux questionnaires.

Chapitre III

Résultats

Résultats

Stratégie d'analyse des données

La démarche effectuée pour analyser les résultats a été la suivante:

1. Commencer par une analyse d'homogénéité des variances en utilisant le test de Cochran, transformant les données qui étaient hétérogènes. Cette étape n'est pas développée ici.

2. Procéder à trois analyses de multivariance. La première porte sur les mesures interpersonnelles: Affiliation, Dominance et Sensibilité interpersonnelle. La deuxième, sur les mesures de l'anxiété. La troisième, sur celles du comportement sexuel, sauf l'Indice de satisfaction globale.

3. Dans le cas où les MANOVAs étaient significatives, les ANOVAs étaient ensuite effectuées.

4. Lorsqu'il y avait un effet d'interaction, la procédure adoptée était d'effectuer une comparaison de moyennes, qui est une des méthodes suggérées par Jaccard, Turrisi et Wan (1990) afin de déterminer la nature de cet effet.

Données relatives aux variables interpersonnelles

La MANOVA relative aux mesures interpersonnelles, non incluant la "Rigidité", montre qu'il n'y a pas d'effet d'interaction significatif [$F(3,74) = .81, p > .05$], mais qu'il existe par contre deux effets principaux significatifs, "Fonctionnement

sexuel" [$F(3,74) = 9.19, p < .05$] et "Statut de cohabitation" [$F(3,74) = 4.62, p < .05$] (tableau 7).

Tableau 7

Analyse multivariée des mesures interpersonnelles: "Affiliation", "Dominance" et "Sensibilité Interpersonnelle", en fonction du Statut de cohabitation et du Fonctionnement sexuel

Source de variation	Lambda de Wilks	F	dl, dl(e)
Couple x Dysfonction	0.97	0.81	3, 74
Dysfonction	0.73	<u>9.19*</u>	3, 74
Couple	0.84	<u>4.62*</u>	3, 74

$p^* < .05$

Rigidité. Le score global de la "Rigidité" a été analysé séparément en univarié vu que c'est la résultante de la "Dominance" et de l' "Affiliation". Cette analyse montre qu'il existe un effet significatif d'interaction "statut de cohabitation" par "fonctionnement sexuel" [$F(1, 76) = 13.18, p < .05$] (tableau 8).

Tableau 8

Analyse de variance de l'"Indice de Rigidité" en fonction du Statut de cohabitation et du Fonctionnement sexuel

Source de variation	dl	CM	F
Couple	1	104.42	1.16
Dysfonction	1	363.21	4.03
Couple x dysfonction	1	1187.49	<u>13.18*</u>
Erreur	76	90.12	

$p^* < .05$

La figure 3 permet d'illustrer cet effet.

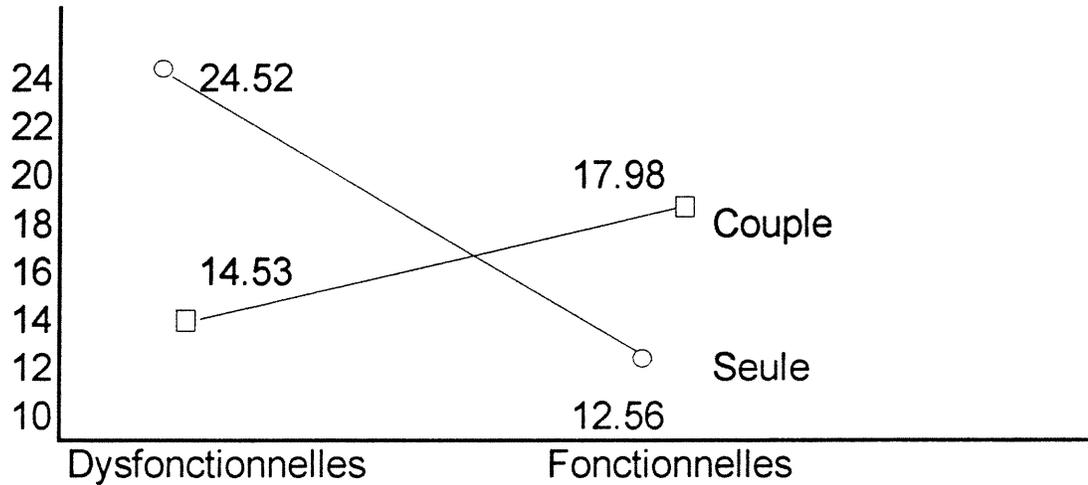


Figure 3 - Rigidité en fonction des groupes expérimentaux

Etant donné la présence de l'interaction, les moyennes des groupes ont été comparées entre elles. Les comparaisons a posteriori par la méthode de Student-Newman-Keuls montrent que les femmes seules ayant une dysfonction sexuelle sont significativement plus rigides que les femmes des trois autres groupes. Par contre ces dernières ne diffèrent pas entre elles (tableau 9).

Tableau 9

Comparaisons à postériori des moyennes de la variable "Rigidité"
Méthode de Student - Newman - Keuls

	CF	CD	SF	SD
moyennes	17.98	14.53	12.56	24.52
CF				*
CD				*
SF				*

$p^* < .05$

Afin de connaître le type de rigidité de chacun des groupes de cette étude, les résultats sur la rigidité ont été regroupés selon les scores d' "Affiliation" et de "Dominance": tous les deux positifs (rigidité de type amical - dominant), tous les deux négatifs (rigidité de type intolérant - soumis), le premier positif et le second négatif (rigidité de type amical - soumis) ou le premier négatif et le second positif (rigidité de type intolérant - dominant). Le tableau 10 montre que les femmes seules ayant une dysfonction sexuelle ont pour la plupart un mode d'adaptation de type "Amical - Soumis"; de plus, le score correspondant place la plupart d'entre elles au niveau du deuxième anneau de la figure circomplexe. Ceci suggère une tendance à exclure le recours à des comportements associés à d'autres modes d'adaptation pouvant être plus appropriés selon les circonstances. Les femmes en couple ayant une dysfonction sexuelle ont pour la plupart un style "Amical - Dominant" (premier anneau de la figure circomplexe) ou "Amical - Soumis" (deuxième anneau de la figure circomplexe). Les femmes seules sans dysfonction sexuelle ont pour la plupart un mode d'adaptation de type "Amical - Dominant"; de plus, le score correspondant place la plupart d'entre elles au niveau du premier anneau de la figure circomplexe. Ceci suggère qu'elles ne manifestent pas pour autant de réticence à l'égard de modes d'adaptation différents. Alors que les femmes en couple sans dysfonction sexuelle ont pour la plupart un style "Amical - Dominant" (deuxième anneau de la figure circomplexe) ou "Intolérant - Dominant" (deuxième anneau de la figure circomplexe).

Tableau 10

Distribution des types de rigidité dans les quatre groupes

	Amic - Dom	Int - Soum	Int - Dom	Amic - Soum
dysfct. seules	9.41 n=2	24.86 n=4	39.7 n=1	25.58 n=13
dysfct. en couple	13.22 n=8	22.85 n=2	5.65 n=3	17.46 n=7
fonct. seules	11.02 n=9	15.35 n=4	9.28 n=5	22.08 n=2
fonct. en couple	16.12 n=8	21.64 n=2	20.11 n=8	13.22 n=2

Le calcul des tests du χ^2 pour chacun des quatre groupes de l'étude pris séparément a permis de vérifier si les différences observées au niveau du type de rigidité étaient significatives. La comparaison a porté sur les fréquences observées et celles attendues relatives à chacun des types de rigidité: amical-dominant, intolérant-soumis, intolérant-dominant et amical-soumis. Il existe des différences significatives uniquement pour le groupe des femmes seules ayant une dysfonction sexuelle, qui tendent à adopter un style d'interaction de type amical-soumis et à éviter ceux de type intolérant-dominant [$\chi^2(1) = 10.28$, $p < .05$], intolérant-soumis [$\chi^2(1) = 4.76$, $p < .05$] et amical-dominant [$\chi^2(1) = 8.06$, $p < .05$] (tableau 11). Par contre, les sujets des groupes de femmes en couple dysfonctionnelles, seules fonctionnelles ou en couple fonctionnelles ne semblent avoir de type de comportement privilégié.

Tableau 11

Comparaisons entre les fréquences des types de rigidité chez les femmes seules ayant une dysfonction sexuelle

	Observé	Attendu	Résiduel	$\chi^2(1)$
Amic-Dom	n=2	7.5	-5.5	
Amic-Soum	n=13	7.5	5.5	
				<u>8.06*</u>
Int-Soum	n=4	8.5	-4.5	
Amic-Soum	n=13	8.5	4.5	
				<u>4.76*</u>
Int-Dom	n=1	7	-6	
Amic-Soum	n=13	7	6	
				<u>10.28*</u>
Amic-Dom	n=2	3	-1	
Int-Soum	n=4	3	1	
				0.67
Amic-Dom	n=2	1.5	0.5	
Int-Dom	n=1	1.5	-0.5	
				0.33
Int-Soum	n=4	2.5	1.5	
Amic-Dom	n=1	2.5	-1.5	
				1.8

$p < .05$

Affiliation et Dominance. Les deux facteurs principaux "statut de cohabitation" [$F(1, 76) = 13.95, p < .05$] et "fonctionnement sexuel" [$F(1, 76) = 26.82, p < .05$] présentent un effet significatif pour la "Dominance" uniquement (tableau 12).

Tableau 12

Analyse de variance des mesures de la "Dominance" et de l'"Affiliation" en fonction du Statut de cohabitation et du Fonctionnement sexuel

Mesure	Source de variation	dl	CM	F
Dominance	Couple	1	2728.56	13.95*
	Dysfonction	1	5243.13	26.82*
	Couple x dysfonction	1	476.33	2.43
	Erreur	76	195.47	
Affiliation	Couple	1	82.25	0.74
	Dysfonction	1	224.85	2.02
	Couple x dysfonction	1	1.15	0.01
	Erreur	76	111.05	

p* < .05

L'inspection des moyennes révèle que les femmes sans dysfonction sexuelle ont un score de "Dominance" significativement plus élevé que celui des femmes ayant une dysfonction sexuelle, et que les femmes en couple ont un score de "Dominance" significativement plus élevé que celui des femmes seules (Tableau 13).

Tableau 13

Moyennes de la variable "Dominance"

	Fonctionnelles	Dysfonctionnelles	\bar{x}
Seules	2.53	-18.53	-8
En couple	9.33	-1.97	3.67
\bar{x}	5.93	-10.25	-2.16

A titre descriptif, bien qu'il n'y ait pas d'effet d'interaction, le sens dans lequel vont l'"Affiliation": amical ou intolérant et la "Dominance": dominant ou soumis, a été examiné.

Les sujets de chaque groupe ont été regroupés en fonction de leur score positif (amical, dominant) ou négatif (intolérant, soumis) sur l'axe correspondant. Il apparaît que les femmes seules (15 sujets sur 20) et les femmes en couple (15 sujets sur 20), ayant une dysfonction sexuelle, auraient plutôt un style d'interaction de type "Amical" sur l'axe d'"Affiliation". Alors que les femmes seules avec dysfonction sexuelle (17 sujets sur 20) auraient un style d'interaction de type "Soumis", et les femmes sans dysfonction sexuelle, en couple (16 sujets sur 20) ou seules (14 sujets sur 20), auraient un style d'interaction de type "Dominant", sur l'axe de "Dominance".

Afin de déterminer si les différences de style d'interaction observées au niveau de la dominance étaient significatives le calcul du test de χ^2 2x4 a été effectué. Il apparaît qu'il existe une différence significative entre les fréquences attendues et observées uniquement pour les femmes seules ayant une dysfonction sexuelle et les femmes en couple sans dysfonction sexuelle [χ^2 (1,3) = 19.79, $p < .05$]. Les femmes seules ayant une dysfonction sexuelle tendent à adopter un style d'interaction de type "soumis" et à éviter celui de type "dominant", alors que les femmes en couple sans dysfonction sexuelle tendent à adopter un style d'interaction de type "dominant" et à éviter celui de type "soumis".

Sensibilité interpersonnelle. Les femmes seules ont une sensibilité interpersonnelle plus élevée que les femmes en couple,

puisque'il existe un effet significatif du facteur principal "statut de cohabitation" [$F(1, 76) = 4.89, p < .05$]. Les femmes ayant une dysfonction sexuelle ont une sensibilité interpersonnelle plus élevée que les femmes sans dysfonction sexuelle, puisque'il existe un effet significatif du facteur principal "fonctionnement sexuel" [$F(1, 76) = 11.08, p < .05$] (tableau 14).

Tableau 14

Analyse de variance des mesures de la "Sensibilité Interpersonnelle" en fonction du Statut de cohabitation et du Fonctionnement sexuel

Source de variation	dl	CM	F
Couple	1	0.21	<u>4.89*</u>
Dysfonction	1	0.48	<u>11.08*</u>
Couple x dysfonction	1	0.05	1.18
Erreur	76	0.04	

$p^* < .05$

L'inspection des moyennes (tableau 15) permet d'illustrer ces résultats.

Tableau 15

Moyennes de la variable "Sensibilité interpersonnelle"

	Fonctionnelles	Dysfonctionnelles	\bar{x}
Seules	0.54	1.05	0.79
En couple	0.30	0.58	0.44
\bar{x}	0.42	0.81	0.62

Transformés en score T tous ces résultats restent inférieurs à 70, rejoignant ceux des populations normatives.

En résumé, les femmes seules ayant une dysfonction sexuelle ont plus de difficultés interpersonnelles que celles des trois autres groupes, dans la mesure où leur comportement est plus rigide: elles semblent adopter des réponses de type "amical-soumis" et exclure les autres types de comportements. Cependant elles ne se différencient pas, au niveau de la dominance ni de la sensibilité interpersonnelle, des femmes en couple ayant des dysfonctions sexuelles. Au niveau de l'affiliation elles ne se différencient d'aucun autre groupe.

Données relatives à l'anxiété

La MANOVA permet d'écarter l'éventualité d'un effet d'interaction [$F(2,75) = .44, p > .05$] ainsi que celle d'un effet principal du facteur "statut de cohabitation" [$F(2,75) = 2.51, p > .05$]. Par contre il existe un effet principal significatif relatif au "fonctionnement sexuel" [$F(2,75) = 6.09, p < .05$] (tableau 16).

Tableau 16

Analyse multivariée des mesures de l'anxiété selon le "SCL-90-R" et l'"IAS", en fonction du Statut de cohabitation et du Fonctionnement sexuel

Source de variation	Lambda de Wilks	F	dl, dl(e)
Couple x Dysfonction	0.99	0.44	2, 75
Dysfonction	0.86	<u>6.09*</u>	2, 75
Couple	0.94	2.51	2, 75

$p^* < .05$

Cet effet principal, analysé en univarié, montre qu'il existe un effet significatif du facteur fonctionnement sexuel pour

l'"Anxiété" telle que mesurée par le "SCL-90-R" [$F(1, 76) = 5.14$, $p < .05$] (tableau 17a) et par l' "Inventaire d'anxiété situationnelle" [$F(1, 76) = 10.69$, $p < .05$] (tableau 17b).

Tableau 17a

Analyse de variance des mesures de l' "Anxiété" selon le "SCL-90-R" en fonction du Statut de cohabitation et du Fonctionnement sexuel

Source de variation	dl	CM	F
Couple	1	0.11	3.36
Dysfonction	1	0.17	<u>5.14*</u>
Couple x dysfonction	1	0.01	0.40
Erreur	76	0.03	

$p^* < .05$

Tableau 17b

Analyse de variance des mesures de l' "Anxiété" selon l' "IAS", en fonction du Statut de cohabitation et du Fonctionnement sexuel

Source de variation	dl	CM	F
Couple	1	231.20	3.38
Dysfonction	1	732.05	<u>10.69*</u>
Couple x dysfonction	1	14.45	0.21
Erreur	76	68.80	

$p^* < .05$

La comparaison des moyennes révèle que les femmes ayant une dysfonction sexuelle sont plus anxieuses que les femmes n'en ayant pas (tableau 18).

Tableau 18

Moyennes de la variable "Anxiété" selon le "SCL-90-R" et l'"Inventaire d'anxiété situationnelle"

	Fonctionnelles		Dysfonctionnelles		\bar{x}	
	SCL-90-R	IAS	SCL-90-R	IAS	SCL-90-R	IAS
Seules	0.42	31.45	0.49	38.35	0.46	34.90
En couple	0.16	28.90	0.37	34.10	0.26	31.50
\bar{x}	0.29	30.17	0.43	36.22	0.36	33.20

Transformés en score T tous ces résultats se situent dans les valeurs normales: entre 50 et 70 pour le "SCL-90-R" et entre 40 et 60 pour l' "IAS".

En résumé, les femmes ayant une dysfonction sexuelle, qu'elles soient seules ou en couple, ne se différencient pas au niveau de l'anxiété, mais elles sont plus anxieuses que celles n'ayant pas de dysfonction sexuelle.

Données relatives aux variables sexuelles

L' "Index de satisfaction globale" a été analysé séparément en univarié vu que c'est une échelle à item unique. La MANOVA des variables sexuelles montre qu'il n'y a pas d'effet d'interaction significatif [$F(8,69) = 1.25, p > .05$], mais qu'il existe par contre deux effets principaux significatifs: "fonctionnement sexuel" [$F(8,69) = 13.65, p < .05$] et "statut de cohabitation" [$F(8,69) = 6.37, p < .05$] (tableau 19).

Tableau 19

Analyse multivariée des mesures du comportement sexuel selon le "DSFI", en fonction du Statut de cohabitation et du Fonctionnement sexuel

Source de variation	Lambda de Wilks	F	dl, dl(e)
Couple x Dysfonction	0.87	1.25	8, 69
Dysfonction	0.39	<u>13.65*</u>	8, 69
Couple	0.58	<u>6.37*</u>	8, 69

p* < .05

Etant donné ces résultats à l'analyse multivariée des mesures sexuelles, ces dernières sont soumises à une analyse plus spécifique en univarié.

Connaissance, Attitudes, Fantasmés et Image du corps. Les groupes ne diffèrent pas à ces niveaux (tableau 20). Les scores bruts transformés en score T correspondent à des valeurs allant de 47 à 49 pour la "Connaissance", de 48 à 50 pour les "Attitudes" et de 53 à 54 pour les "Fantasmés"; ce qui correspond aux normes moyennes. Pour l' "Image du corps", la moyenne du groupe "couple fonctionnelle" est de T=42, ce qui correspond aux normes. Pour les trois autres groupes, les scores T vont de 33 à 35, ce qui les situe au-dessous des valeurs normales.

Tableau 20

Analyse de variance des résultats aux échelles de "Connaissance", "Attitudes", "Fantasmes" et "Image du corps", en fonction du Statut de cohabitation et du Fonctionnement sexuel

Echelle	Source de variation	dl	CM	F
Connaissance	Couple	1	0.11	0.04
	Dysfonction	1	0.31	0.11
	Couple x dysfonction	1	0.61	0.21
	Erreur	76	2.97	
Attitude	Couple	1	2.45	0.02
	Dysfonction	1	84.05	0.69
	Couple x dysfonction	1	12.80	0.11
	Erreur	76	121.68	
Fantasmes	Couple	1	0.20	0.01
	Dysfonction	1	18.05	1.06
	Couple x dysfonction	1	6.05	0.35
	Erreur	76	17.08	
Image du corps	Couple	1	208.01	3.63
	Dysfonction	1	189.11	3.30
	Couple x dysfonction	1	6.61	0.12
	Erreur	76	55.08	

$p^* < .05$

Expérience. Les femmes ayant une dysfonction sexuelle ont un score plus bas sur l'"Expérience à vie" que les femmes n'en ayant pas: il existe un effet significatif du facteur principal "fonctionnement sexuel" [$F(1, 76) = 13.76, p < .05$]. Toutefois les scores bruts transformés en score T correspondent à des valeurs allant de 45 à 48, ce qui situe les groupes dans les valeurs moyennes. Sur l'"Expérience au cours des 60 derniers jours", les femmes seules rapportent avoir eu significativement moins d'expériences sexuelles que les femmes en couple, puisqu'il existe

un effet significatif du facteur principal "statut de cohabitation" [$F(1, 76) = 36.17, p < .05$](tableau 21).

Tableau 21

Analyse de variance des résultats aux échelles "Expérience à vie" et "Expérience au cours des 60 derniers jours", en fonction du Statut de cohabitation et du Fonctionnement sexuel

Echelle	Source de variation	dl	CM	F
Expérience à vie	Couple	1	0.24	2.64
	Dysfonction	1	1.23	<u>13.76*</u>
	Couple x dysfonction	1	0.08	0.93
	Erreur	76	0.09	
Expérience 60 jours	Couple	1	1629.01	<u>36.17*</u>
	Dysfonction	1	165.31	3.67
	Couple x dysfonction	1	49.61	1.10
	Erreur	76	45.04	

$p^* < .05$

L'analyse des moyennes (tableau 22) permet d'illustrer ces résultats.

Tableau 22

Moyennes de la variable "Expérience"

	Fonctionnelles		Dysfonctionnelles		\bar{x}	
	A vie	60 jours	A vie	60 jours	A vie	60 jours
Seules	20.90	6.10	20.10	4.80	20.50	5.45
En couple	22.95	16.70	20.55	12.25	21.75	14.47
\bar{x}	21.92	11.40	20.32	8.52	21.12	9.96

Désir. Les femmes en couple rapportent avoir plus de désir sexuel que les femmes seules; il existe un effet significatif du

facteur principal "statut de cohabitation" [$F(1, 76) = 25.79, p < .05$] (tableau 23).

Tableau 23

Analyse de variance des résultats à l'échelle de "Désir", en fonction du Statut de cohabitation et du Fonctionnement sexuel

Source de variation	dl	CM	F
Couple	1	567.11	<u>25.79*</u>
Dysfonction	1	86.11	3.91
Couple x dysfonction	1	127.51	5.80
Erreur	76	21.99	

$p^* < .05$

L'examen des moyennes (tableau 24) permet d'illustrer ces résultats. Les scores bruts transformés en score T donnent des valeurs variant entre 41 et 48, ce qui situe les quatre groupes dans les moyennes.

Tableau 24

Moyennes de la variable "Désir"

	Fonctionnelles	Dysfonctionnelles	\bar{x}
Seules	10.55	11.00	10.77
En couple	18.40	13.80	16.17
\bar{x}	14.47	12.40	13.43

Rôles. Les femmes ayant une dysfonction sexuelle ont obtenu un score plus bas aux "Rôles masculins" que les femmes n'en ayant pas; à nouveau, il existe un effet significatif du facteur principal "fonctionnement sexuel" [$F(1, 76) = 6.24, p < .05$]. Au niveau des

"Rôles féminins", les femmes en couple ont un score plus élevé que les femmes seules: on retrouve là aussi un effet significatif du facteur principal "statut de cohabitation" [$F(1, 76) = 4.21, p < .05$]; les femmes ayant une dysfonction sexuelle ont un score plus bas que celles qui n'en ont pas, puisqu'on retrouve un effet significatif du facteur principal "fonctionnement sexuel" [$F(1, 76) = 4.03, p < .05$]. Au niveau des "Rôles" en général il n'y a pas de différence significative entre les groupes (tableau 25).

Tableau 25

Analyse de variance des mesures des "Rôles" (masculin, féminin et général), en fonction du Statut de cohabitation et du Fonctionnement sexuel

Echelle	Source de variation	dl	CM	F
Rôle masculin	Couple	1	0.05	0.29
	Dysfonction	1	1.14	<u>6.24*</u>
	Couple x dysfonction	1	0.59	3.24
	Erreur	76	0.18	
Rôle féminin	Couple	1	0.48	<u>4.21*</u>
	Dysfonction	1	0.46	<u>4.03*</u>
	Couple x dysfonction	1	0.03	0.30
	Erreur	76	0.11	
Rôle général	Couple	1	0.21	1.07
	Dysfonction	1	0.15	0.75
	Couple x dysfonction	1	0.34	1.70
	Erreur	76	0.20	

$p^* < .05$

L'examen des moyennes (tableau 26) permet d'illustrer ces résultats. Les scores bruts transformés en score T correspondent à une valeur de 60, ce qui situe les groupes dans les moyennes.

Tableau 26

Moyennes de la variable "Rôles"

	Fonctionnelles		Dysfonctionnelles		\bar{x}	
	masc.	fém.	masc.	fém.	masc.	fém.
Seules	2.28	2.01	1.87	1.82	2.07	1.92
En couple	2.16	2.13	2.09	2.02	2.12	2.07
\bar{x}	2.22	2.07	1.98	1.92	2.10	1.99

Satisfaction. Les femmes sans dysfonction sexuelle ont un score sur la "Satisfaction" plus élevé que les femmes avec dysfonction: on retrouve un effet significatif du facteur principal "fonctionnement sexuel" [$F(1, 76) = 76.70, p < .05$]. Les femmes en couple ont un score sur la "Satisfaction" plus élevé que les femmes seules: là apparaît un effet significatif du facteur principal "statut de cohabitation" [$F(1, 76) = 23.17, p < .05$] (tableau 27).

Tableau 27

Analyse de variance des résultats à l'échelle de "Satisfaction", en fonction du Statut de cohabitation et du Fonctionnement sexuel

Source de variation	dl	CM	F
Couple	1	1.17	<u>23.17*</u>
Dysfonction	1	3.87	<u>76.70*</u>
Couple x dysfonction	1	0.01	0.25
Erreur	76	0.05	

$p^* < .05$

L'inspection des moyennes permet d'illustrer ces résultats (tableau 28). Les scores bruts transformés en score T donnent les valeurs suivantes: une moyenne de 41 pour les femmes seules et de 47 pour les femmes en couple, ce qui les situe au niveau des

valeurs moyennes; et une moyenne de 53 pour les femmes sans dysfonction sexuelle, ce qui les situe aussi au niveau des valeurs moyennes, et de 38 pour les femmes ayant une dysfonction sexuelle, ce qui les situe au-dessous des valeurs moyennes.

Tableau 28

Moyennes de la variable "Satisfaction"

	Fonctionnelles	Dysfonctionnelles	\bar{x}
Seules	7.65	3.20	5.42
En couple	9.25	5.70	7.47
\bar{x}	8.45	4.45	6.45

Index de satisfaction globale. On retrouve pour cette mesure un effet significatif d'interaction "statut de cohabitation" par "fonctionnement sexuel" [$F(1, 76) = 6.99, p < .05$] (tableau 29).

Tableau 29

Analyse de variance des résultats à l'"Index de satisfaction globale", en fonction du Statut de cohabitation et du Fonctionnement sexuel

Source de variation	dl	CM	F
Couple	1	14.53	45.45
Dysfonction	1	13.45	42.06
Couple x dysfonction	1	2.24	<u>6.99*</u>
Erreur	76	0.32	

$p^* < .05$

La figure 4 permet d'illustrer ces résultats.

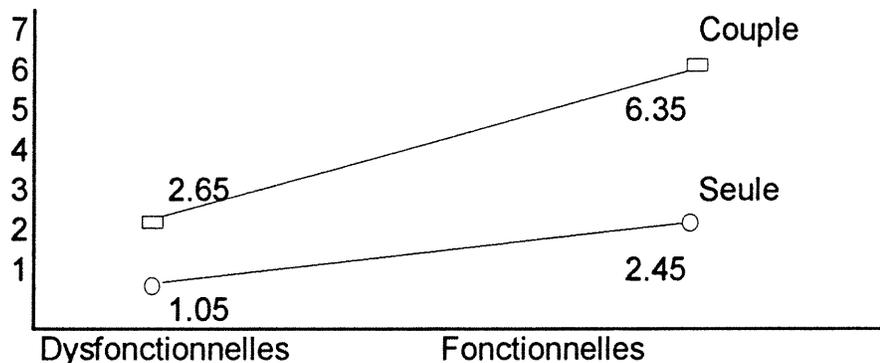


Figure 4 - Index de satisfaction globale en fonction des groupes expérimentaux

Etant donné la présence de l'interaction, les moyennes des groupes ont été comparées entre elles. Or les comparaisons a posteriori par la méthode de Student-Newman-Keuls montrent que les femmes seules ayant une dysfonction sexuelle sont moins satisfaites que les femmes des trois autres groupes; que les femmes seules sans dysfonction sexuelle sont moins satisfaites que les femmes en couple sans dysfonction sexuelle; et que les femmes en couple ayant une dysfonction sexuelle sont moins satisfaites que les femmes en couple sans dysfonction sexuelle (tableau 30). Les scores bruts transformés en score T donnent les valeurs suivantes: une moyenne de 35 pour les femmes seules ayant une dysfonction sexuelle, de 38 pour les femmes seules sans dysfonction sexuelle, de 39 pour les femmes en couple ayant une dysfonction sexuelle, ce qui situe ces trois groupes au-dessous des valeurs moyennes; et une moyenne de 55 pour les femmes en couple sans dysfonction sexuelle, ce qui les situe au niveau des valeurs moyennes.

Tableau 30

Comparaisons à posteriori des moyennes de l'"Index de satisfaction globale". Méthode de Student - Newman - Keuls

	CF	CD	SF	SD
moyennes	6.35	2.65	2.45	1.05
CF		*	*	*
CD				*
SF				*

En résumé, les femmes ayant une dysfonction sexuelle diffèrent de celles qui n'en ont pas sur les variables Expérience à vie, Rôles masculins, Rôles féminins et Satisfaction. Par contre les groupes ne diffèrent pas entre eux au niveau de la Connaissance, de l'Image du corps, des Attitudes, des Fantasmés et des Rôles en général. Les groupes diffèrent aussi entre eux selon leur statut de cohabitation sur les variables Expérience au cours des 60 derniers jours, Rôles féminins, Désir et Satisfaction. Toutefois sur l'Indice de satisfaction globale, les femmes seules ayant une dysfonction sexuelle ont eu le score le moins élevé, se différenciant ainsi des femmes en couple ayant une dysfonction sexuelle, alors que les femmes en couple ayant une dysfonction sexuelle ne se sont pas différenciées des femmes seules sans dysfonction sexuelle.

Chapitre IV
Interprétation

Interprétation

Dans cette recherche, on a voulu étudier le lien entre les dysfonctions sexuelles et le fonctionnement interpersonnel. On a supposé que les femmes seules ayant des dysfonctions sexuelles se distinguent au niveau interpersonnel des femmes en couple ayant des dysfonctions sexuelles et des femmes seules ou en couple sans dysfonction sexuelle. Or cette thèse a été partiellement corroborée, puisque les femmes seules dysfonctionnelles sont effectivement plus rigides que les femmes des trois autres groupes. Mais elles ne présentent pas d'autres caractéristiques interpersonnelles qui les distinguent de ces dernières. On a aussi supposé que les femmes dysfonctionnelles sont plus anxieuses que les fonctionnelles, ce qui a été confirmé. Et que les femmes dysfonctionnelles présentent des caractéristiques sexuelles différentes de celles des femmes fonctionnelles. Cette dernière thèse a aussi été en grande partie corroborée.

Dans la partie qui suit, ces résultats seront développés, en s'attardant plus particulièrement sur la rigidité. Seront ensuite présentées les faiblesses et limites de la présente étude, ainsi que les implications pour les recherches futures.

Rôle du comportement interpersonnel dans la définition des dysfonctions sexuelles

L'aspect interpersonnel était central dans cette étude. Or, en examinant le style interpersonnel des quatre groupes, il est apparu que les femmes seules ayant une dysfonction sexuelle se différencient des femmes des trois autres groupes par la rigidité de leur fonctionnement interpersonnel.

La notion de rigidité, dans la théorie interpersonnelle, fait référence à la différenciation entre des répertoires de comportements à caractère adaptatif ou pas (Leary, 1957). Pour une personne qui possède une grande variété de comportements d'adaptation dans son répertoire et qui est capable d'utiliser ces comportements en fonction des situations qu'elle rencontre, on parlerait de souplesse. Alors que pour une autre qui, quelle que soit la situation, aurait tendance à y répondre par les mêmes comportements, même non appropriés à la circonstance, on parlerait de rigidité.

Dans la théorie interpersonnelle, la rigidité se traduirait par des comportements privilégiés appartenant à l'une des dimensions suivantes: "amical-dominant", "amical-soumis", "intolérant-dominant" ou "intolérant-soumis". Or, les femmes seules ayant une dysfonction sexuelle privilégieraient une réponse de style "amical-soumis", même dans les situations pour lesquelles elles auraient besoin de faire preuve de plus de domination, d'agressivité ou de leadership. On peut supposer que ce mode

d'adaptation exclusif les mettrait dans des situations indésirables dans leurs relations amoureuses, ce qui pourrait les pousser à les éviter.

Mais comment expliquer alors que les femmes en couple ayant une dysfonction sexuelle ne se perçoivent pas comme ayant un comportement privilégié de type "amical-soumis", tout comme les femmes seules ayant une dysfonction sexuelle? En fait peut-être qu'en plus de l'aspect sexuel, la composante interpersonnelle poserait aussi problème chez les femmes seules ayant une dysfonction sexuelle. Mais il est aussi possible qu'à partir du moment où elles sont en couple, les femmes ayant une dysfonction sexuelle changeraient leur perception d'elles-mêmes et se percevraient comme moins amicales et soumises. Cependant la nature de cette étude ne permet pas de se prononcer sur cet aspect.

On a aussi voulu vérifier si les deux dimensions principales du comportement interpersonnel, la Dominance et l'Affiliation, permettent de discriminer entre les groupes. Les résultats à la dimension "Dominance" ont en effet permis de différencier les groupes en fonction des facteurs Statut de cohabitation et Fonctionnement sexuel. C'est ainsi que les femmes ayant une dysfonction sexuelle se perçoivent comme étant plus soumises que les femmes sans dysfonction. On peut supposer qu'il y aurait un lien entre le plaisir sexuel et la "domination", qui est la capacité de prendre sa place dans une relation; alors que la

"soumission" serait de se plier au partenaire en s'efforçant de lui plaire sans tenir compte de soi.

Par contre les résultats à la dimension "Affiliation" montrent qu'il n'existe pas de différences significatives entre les groupes au niveau de la bienveillance ou l'hostilité. Ce qui signifie que les différences observées au niveau de la "rigidité" seraient dues à la "domination" ou la "soumission", qui sont les pôles de la Dominance; ce qui signifierait aussi que les femmes de l'étude se perçoivent comme adoptant des comportements de type amical ou intolérant, qui sont les pôles de l'Affiliation, sans qu'un groupe ne se distingue de l'autre à ce niveau. Il semble toutefois que la tendance générale aille vers le style amical, bien que ceci ne soit pas statistiquement confirmé. Il est possible que ceci soit dû au fait que culturellement, le côté amical soit valorisé, ce qui pousserait ces femmes à se percevoir en ces termes. Mais il est vrai aussi que les côtés organisation et assurance, qui sont des composantes de la "domination", sont culturellement valorisés aux dépens de la "soumission", ce qui n'a pas empêché d'observer une différence significative entre les groupes à ce niveau.

Une autre façon d'examiner le comportement interpersonnel des femmes de l'étude a été de mettre l'accent sur la "sensibilité interpersonnelle", c'est-à-dire l'importance des sentiments suscités par la comparaison avec les autres. Les différences trouvées se situent là aussi au niveau des facteurs Fonctionnement sexuel et Statut de cohabitation. On aurait pu s'attendre à ce que

les femmes seules ayant une dysfonction sexuelle soient plus sensibles à la perception que les autres ont d'elles que les trois autres groupes. Le fait que ce soit un aspect qui ne touche pas à la perception que le sujet a de son répertoire interpersonnel pourrait expliquer que les différences observées ne discriminent pas les groupes de la même manière que pour la rigidité. Il n'en reste pas moins que les femmes dysfonctionnelles sont plus sensibles à la comparaison avec les autres que les femmes fonctionnelles. La sensibilité interpersonnelle toucherait à l'estime de soi et à l'affirmation de soi, rejoignant par là les caractéristiques au niveau de la domination.

Il semble donc que les recherches sur les caractéristiques interpersonnelles des femmes ayant des dysfonctions sexuelles devraient porter sur l'évaluation de leur capacité de s'affirmer ou se soumettre aux désirs de l'autre. Sachant que la soumission dans la théorie interpersonnelle est reliée à l'effacement, la docilité et la méfiance, il est possible que les femmes ayant une dysfonction sexuelle se perçoivent comme étant effacées. Un effacement extrême serait une forme de soumission, et la personne se sentirait honteuse et se déprécierait. De même une docilité extrême mettrait la personne dans un état de dépendance, sans caractère, incapable d'opposition. Ce qui rejoint la problématique au niveau de l'affirmation de soi.

Il existe un certain nombre d'études ayant tenté d'établir un rapport entre l'absence d'affirmation de soi et les dysfonctions

sexuelles. Mais ces études ne font pas la différence entre femmes seules et en couple.

C'est ainsi que Hurlbert (1991) a recruté 129 femmes volontaires, épouses de militaire et n'appartenant pas à une population clinique. Il leur a demandé de remplir un journal pendant un mois, en y notant: la fréquence des activités sexuelles, le nombre d'orgasmes, la mesure subjective de leur désir sexuel, leur satisfaction conjugale et celle sexuelle. Suite à quoi elles ont été divisées en deux groupes après avoir répondu au "Hurlbert Index of Sexual Assertiveness", selon que leur score ait été supérieur ou inférieur à 73. Cinquante femmes ont été choisies au hasard dans chaque groupe, tenant compte de l'équivalence de l'âge, la race, l'éducation, la religion, la durée du mariage, le nombre d'enfants, le revenu annuel et l'emploi. Les résultats indiquaient que les femmes qui s'affirment sexuellement, qui sont donc plus dominantes, ont plus de satisfaction conjugale et sexuelle, plus de fréquence d'activités sexuelles, plus d'orgasmes, plus de désir, que les femmes qui ne s'affirment pas sexuellement. Dans les résultats de la présente étude les mêmes différences au niveau de la domination existent entre les femmes ayant une dysfonction sexuelle et celles qui n'en ont pas. Et ceci en dépit du fait que ce ne sont pas les mêmes instruments utilisés. De plus les femmes de l'étude citée appartiennent à une population non clinique. Ce sont des femmes de militaires, dont les maris sont souvent absents. Et surtout, les classifications en femmes ayant des difficultés

sexuelles ou pas n'ont pas été faites selon le DSM-III-R comme dans la présente étude. L'auteur parle plutôt de satisfaction et d'insatisfaction. De plus l'auteur parle d'affirmation de soi ou domination au niveau sexuel, alors qu'il est question dans cette étude de domination dans un contexte interpersonnel.

Cotten-Huston et Wheeler (1983) ont voulu évaluer l'affirmation de soi, le fonctionnement sexuel et l'ajustement conjugal chez 70 femmes ayant une difficulté à atteindre l'orgasme. Ces 70 femmes ont formé deux groupes: un groupe de 38 sujets ayant suivi une thérapie de groupe visant à les aider à atteindre l'orgasme et un autre contrôle de 32 personnes n'ayant pas suivi une telle thérapie. Les deux groupes ne diffèrent pas significativement quant à l'éducation ni le statut économique. L'âge des sujets varie entre 21 et 55 ans, avec une moyenne de 31 ans pour le groupe contrôle et de 34 ans pour le groupe ayant suivi une thérapie, ce qui constitue une différence significative. Les mesures suivantes ont été administrées pour l'évaluation des sujets: "Gambrill-Richey Assertion Inventory" (Gambrill et Richey, 1975), "Dyadic adjustment scale" (Spanier, 1976), "Sexual arousal inventory" (Hoon, Hoon et Wincze, 1976), "Survey of sexual activity" (Heinrich, 1976) et "General information questionnaire" (Heinrich, 1976). Les auteurs rapportent que les femmes ayant suivi la thérapie de groupe avaient plus d'orgasmes, plus de sentiments positifs au sujet d'elles-mêmes et une meilleure communication avec leur conjoint que les femmes du groupe contrôle. Elles avaient aussi des scores un peu plus élevés aux items

d'affirmation de soi du "Survey of sexual activity" et du "General information questionnaire"; mais elles n'avaient pas de résultats significativement différents au "Gambrill-Richey Assertion Inventory". Les auteurs déduisent de ce dernier point que l'absence d'affirmation de soi peut être un facteur général contribuant aux difficultés sexuelles chez les femmes. Mais ils n'expliquent pas pourquoi on n'observe pas de changement à ce niveau suite au traitement. Une des hypothèses est que le "Gambrill-Richey assertiveness scale" serait une mesure d'affirmation de soi générale, ne détectant pas de changement dans le contexte sexuel. Une autre faiblesse de cette étude est qu'on ne sait pas si une évaluation pré-traitement a été effectuée, ni si les sujets présentent des caractéristiques cliniques et démographiques similaires. Toutefois, dans cette étude comme dans la présente recherche, il est question d'un lien entre les dysfonctions sexuelles et l'absence de domination ou d'affirmation de soi.

Dans l'étude de Delehanty (1982), l'auteur considère l'existence d'un lien entre le manque d'affirmation de soi, ce qui s'apparente au manque de domination dont il est question dans la présente recherche, et la difficulté à atteindre l'orgasme, supposant que le fait d'être active dans le processus d'obtention de plaisir sexuel demanderait une certaine dose d'affirmation de soi. Vingt-huit femmes volontaires ont participé à l'étude, qui consistait à offrir une thérapie sexuelle de groupe pour femmes ne pouvant atteindre l'orgasme. Le "Gambrill-Richey Assertion

Inventory" (Gambrill et Richey, 1975) a été administré à trois reprises: avant le traitement, après le traitement et quatre mois plus tard. Un groupe contrôle, formé de femmes ayant commencé le traitement plus tard, a répondu quatre fois à ce test, dont deux fois avant le début du traitement à dix semaines d'intervalle. Suite à la thérapie les scores aux mesures de l'évaluation de l'inconfort face à l'affirmation de soi avaient diminué, alors que ceux à l'évaluation de la probabilité d'une réponse d'affirmation de soi avaient augmenté. Parallèlement à ces résultats 82% des femmes rapportaient avoir atteint l'orgasme suite à la thérapie. L'auteur en déduit qu'il existe un lien entre les effets de la thérapie sexuelle et l'affirmation de soi, bien que la thérapie n'ait pas porté sur le développement d'habiletés interpersonnelles.

Hammond et Oei (1982) ont recruté 29 femmes suite à une annonce qu'ils ont fait paraître dans un journal. Toutes ces femmes ont un partenaire sexuel. Elles sont âgées entre 22 et 51 ans; la moyenne d'âge est de 32.9 ans. Elles ont été retenues car leurs scores à une échelle d'affirmation de soi dans un contexte sexuel était bas. Les auteurs les ont attribuées au hasard à l'une de ces quatre conditions de traitement: une première d'entraînement aux habiletés sociales, une deuxième de restructuration cognitive, une troisième combinant les deux précédentes et une dernière de discussion placebo. Le but du traitement est d'aider ces femmes à s'affirmer sexuellement. Sa durée est de quatre semaines, à raison de deux heures par semaine. Deux autres rencontres ont permis d'évaluer les sujets avant le début et à la fin du

traitement. Les changements suite à la thérapie ont été mesurés par les auto-observations des participantes ainsi que par des tâches comportementales effectuées par ces dernières et filmées sur vidéo. Les instruments de mesure sont les suivants: "Rathus assertiveness schedule" (Rathus, 1973), une mesure générale d'affirmation de soi. "Sexual assertiveness rating form", qui comprend six échelles de 11 points, évaluant l'aptitude du sujet à refuser et à initier des demandes sexuelles, ainsi que l'affirmation de soi en général dans des contextes sexuels. Enfin le "Sexual assertiveness role-playing test", comprenant huit situations dans lesquelles le sujet doit refuser un rapport sexuel et huit autres dans lesquelles il doit l'initier. Ces 16 situations sont filmées. Les auteurs déduisent de leur étude que le traitement combiné a permis aux sujets de s'affirmer plus que les autres traitements, en se basant sur les résultats aux mesures de l'affirmation de soi dans un contexte sexuel. Toutefois on n'a aucune information sur le fonctionnement sexuel des sujets et sur l'effet d'une telle thérapie sur leur vie sexuelle.

Kurianski, Shape et O'Connor (1982) ont évalué 23 femmes deux ans après leur avoir offert une thérapie de groupe pour une difficulté à atteindre l'orgasme. 19 de ces femmes ont complété le traitement alors que les quatre autres ne l'ont pas commencé ou l'ont abandonné. Ces femmes sont âgées entre 18 et 47 ans, avec une moyenne d'âge de 30 ans. Près du 4/5 d'entre elles avaient un partenaire sexuel régulier au moment du traitement. Les auteurs se basent sur un modèle d'apprentissage social selon lequel l'absence

d'affirmation de soi chez les femmes et leur inhibition par rapport à la sexualité sont apprises; elles peuvent donc être corrigées par un renforcement positif continu de l'expression de soi et de l'auto-détermination dans la poursuite de leurs buts. Les auteurs ont évalué les statuts psychiatrique et sexuel des sujets au moyen d'un entretien clinique avant le traitement et un autre deux ans plus tard. Les mesures administrées avant le traitement et deux ans plus tard sont les suivantes: "Orgasm hierarchy scale" développé par les auteurs dans le cadre de leur étude, "Derogatis sexual functioning inventory" (Derogatis, 1975), et "Structured and scaled interview to assess maladjustment" (Gurland, Yorkston, Stone, Frank et Fleiss, 1972). Les auteurs rapportent que la plupart des femmes ont maintenu les gains suite à la thérapie, notamment au niveau de l'atteinte de l'orgasme (16/19), de l'affirmation de soi dans un contexte sexuel (19/19) et de l'attitude sexuelle libérale (19/19). Cependant elles ont régressé par rapport aux scores "fantasmes" et "masturbation", mais pas par rapport à leur attitude libérale et l'affirmation de soi. Les auteurs émettent l'hypothèse suivante pour expliquer cette régression: une fois que ces femmes ont appris à atteindre l'orgasme, le recours à la masturbation et au fantasme ne sont plus nécessaires pour maintenir les gains. C'est plutôt l'affirmation de soi et l'attitude libérale par rapport à la sexualité qui sont nécessaire pour le maintien de tels gains. Là aussi on pourrait rapprocher l'affirmation de soi de la domination et établir un lien avec un fonctionnement sexuel satisfaisant. Quant aux quatre

femmes ayant abandonné le traitement, trois d'entre elles ont aussi rapporté une amélioration au niveau de l'atteinte de l'orgasme. Mais la taille réduite de ce dernier échantillon ne permet pas de comparer les deux. D'ailleurs il se peut que les interventions limitées dont ont bénéficié ces quatre femmes aient quand même été suffisantes pour trois d'entre elles, les aidant à résoudre leur problème sexuel. Une des conclusions tirée par les auteurs est qu'une thérapie de groupe mettant l'accent sur la masturbation et l'affirmation de soi chez les femmes ayant une difficulté à atteindre l'orgasme les aiderait à changer leur réponse sexuelle, notamment au niveau de l'atteinte de l'orgasme par auto-stimulation.

Le rapport sexuel s'inscrit donc dans une relation interpersonnelle. Etre capable d'être en relation impliquerait une dose de domination ou d'affirmation de soi, que les femmes dysfonctionnelles ne rapportent pas avoir. Selon les études citées, l'augmentation de l'affirmation de soi faciliterait le plaisir sexuel puisqu'en s'affirmant, la femme devient responsable de sa sexualité et son orgasme.

A partir de ce qui précède, on peut déduire que les hypothèses de départ ayant guidé ce travail, se rapportant au comportement interpersonnel, sont partiellement confirmées: les femmes seules ayant une dysfonction sexuelle se distinguent des trois autres groupes au niveau de la rigidité uniquement; les femmes ayant une dysfonction sexuelle se distinguent des femmes sans dysfonction

sexuelle au niveau de la domination et la sensibilité interpersonnelle, de même pour les femmes seules et en couple.

Il semble donc qu'en considérant la composante interpersonnelle des dysfonctions sexuelles, il serait plus pertinent d'examiner les différences entre les femmes fonctionnelles et dysfonctionnelles, sans tenir compte du statut de cohabitation. Ce qui reviendrait à former deux groupes au lieu de quatre et les comparer entre eux au niveau de leur fonctionnement interpersonnel.

Les résultats mitigés de cette étude ne permettent pas de déduire que les femmes seules ayant une dysfonction sexuelle forment en effet une population à part. Par contre les fonctionnelles et les dysfonctionnelles sexuellement présentent des caractéristiques interpersonnelles qui permettent de les distinguer. Ce qui va dans le même sens que les études effectuées sur l'affirmation de soi. De même il serait plus pertinent de se baser sur une observation du comportement interpersonnel pour le mesurer, plutôt que sur la perception qu'ont les femmes de leur répertoire de comportements. Car cette dernière façon de faire pourrait être sensible à un changement de perception que les femmes ont d'elles-mêmes en fonction de leur statut de cohabitation.

S'éloigner du modèle traditionnel qui n'intègre pas la composante interpersonnelle dans l'étude des dysfonctions sexuelles, mettre l'accent sur les caractéristiques interpersonnelles des femmes dysfonctionnelles, comparées à celles fonctionnelles, comme cela a été fait dans cette étude, a permis

d'envisager les différentes facettes de la problématique reliée au fonctionnement sexuel. Il serait alors bon que les études futures intègrent le comportement interpersonnel dans leur modèle des dysfonctions sexuelles, comparant les caractéristiques des femmes fonctionnelles et dysfonctionnelles à ce niveau. Ce qui impliquerait une remise en question de la définition étroite des dysfonctions sexuelles, c'est-à-dire ne l'appliquer que dans le contexte de l'existence de douleur associée au rapport sexuel ou de trouble du processus du cycle de la réponse sexuelle, sans tenir compte de la relation au partenaire sexuel. D'ailleurs on retrouve dans le DSM-IV un élargissement de cette définition, puisque pour l'appliquer on doit tenir compte aussi de l'existence de détresse psychologique ou de problèmes interpersonnels associés. Mais ces derniers sont évoqués sans être définis. Alors que dans cette étude il a justement été question de la définition des difficultés interpersonnelles qui pourraient être associées aux dysfonctions sexuelles.

Rôle de l'anxiété dans la définition des dysfonctions sexuelles

L'anxiété a été mesurée à partir de ses composantes cliniques, avec le "SCL-90-R". Les sentiments situationnels d'appréhension ont été mesurés par l'"IAS". Quelle que soit la mesure utilisée, les femmes ayant une dysfonction sexuelle se distinguent au niveau de l'anxiété des femmes fonctionnelles sexuellement. Ces constatations rejoignent les conclusions de certains auteurs

(Masters et Johnson, 1970; Barbach, 1975; Kaplan, 1981), qui rapportent plus d'anxiété chez les femmes dysfonctionnelles comparées aux fonctionnelles. Quant aux études dans lesquelles on a démontré que l'anxiété augmente l'excitation sexuelle (Hoon, Wincze et Hoon, 1977; Cranston-Cuebas et Barlow, 1990; Palace et Gorzalka, 1990), on y retrouve une mesure très différente de l'anxiété: il s'agit essentiellement de manipulations physiologiques effectuées au laboratoire. Le statut de cohabitation, lui, ne semble pas jouer de rôle au niveau de l'anxiété.

L'hypothèse de travail relative à l'anxiété est donc confirmée. Aurait-on abouti à la même conclusion si l'anxiété avait été "opérationnalisée" différemment, se basant par exemple sur des manipulations d'ordre physiologique? Probablement que non. C'est donc en tenant compte de la façon dont un concept est "opérationnalisé" que des conclusions à première vue contradictoires pourraient être interprétées.

Rôle du fonctionnement sexuel dans la définition des dysfonctions sexuelles

Le fait que les groupes ne se soient pas distingués entre eux aux niveaux de la connaissance de la sexualité, ni des fantasmes, ni de l'image du corps, est en contradiction avec ce qu'ont avancé Derogatis et Meyer (1979) et Derogatis et Melisaratos (1979). Il se peut que cette différence soit due au fait que les échantillons

de leurs études et de la présente recherche proviennent de populations différentes. Toutefois Derogatis et Meyer (1979), qui eux aussi avaient administré le DSFI à des populations ayant ou non une dysfonction sexuelle, soulignent que le manque d'informations n'est pas un facteur déterminant dans l'étiologie des dysfonctions sexuelles puisqu'il ne leur a permis dans leur étude d'expliquer que 4% de la variance observée au niveau des résultats différents entre les sujets ayant une dysfonction sexuelle et ceux n'en ayant pas. Kaplan (1974) et Masters et Johnson (1970) considèrent que les conceptions erronées sont un des facteurs sous-tendant les dysfonctions sexuelles sans avancer de preuves empiriques à l'appui. Concernant l'image du corps, les recherches effectuées par Derogatis et ses collaborateurs ne comprennent pas de données permettant d'effectuer des comparaisons avec la présente étude. Dans le cas de cette recherche, seules les femmes en couple n'ayant pas de dysfonction sexuelle semblent avoir une image positive de leur corps.

Au niveau de l'expérience sexuelle il est apparu que les femmes sans dysfonction sexuelle ont un répertoire d'activités généralement plus varié que celles ayant une dysfonction sexuelle. Toutefois si l'on s'en tient à l'activité sexuelle au cours des soixante derniers jours, les femmes en couple ont eu un répertoire d'activités sexuelles plus varié que les femmes seules, ce à quoi on pouvait s'attendre: les femmes de cette étude ont été recrutées selon leur statut au cours des six derniers mois. On s'attend à ce que les femmes seules depuis six mois aient eu moins d'activités

sexuelles que celles qui étaient en couple lors des derniers six mois. Le fait que l'on n'observe pas de différence significative entre les femmes seules et celles en couple quand on considère l'expérience sexuelle à vie, mais que la différence se situe entre les femmes ayant ou non une dysfonction sexuelle, laisse penser qu'à long terme le facteur Fonctionnement sexuel serait plus déterminant que celui du Statut de cohabitation au niveau de la variété dans le répertoire d'activités sexuelles. Cependant Derogatis et Meyer (1979) n'ont pas trouvé de telles différences chez les femmes de leur étude, ce qui à nouveau pourrait être dû à la différence entre les populations dont proviennent les échantillons des deux études.

Il n'existe pas de différence significative entre les femmes des différents groupes aux niveaux de leur attitude face à la sexualité, ni de leur désir sexuel, ni des rôles quand à la fois les composantes masculines et féminines sont prises en considération, ce qui rejoint les résultats rapportés par Derogatis et Meyer (1979). Les femmes de cette étude semblent adopter une attitude légèrement conservatrice par rapport à la sexualité. Par contre la différence au niveau du désir entre celles qui sont seules et celles qui sont en couple laisse penser que, pour les femmes, la présence d'un partenaire est un facteur plus déterminant que le fonctionnement sexuel dans l'intensité du désir. Alors que les différences observées au niveau des rôles quand les composantes masculines et féminines sont considérées séparément ont aussi été rapportées par Dérogatis et Meyer (1979), puisque les deux scores

sont plus élevés chez les femmes sans dysfonction sexuelle par rapport à celles ayant une dysfonction sexuelle. Derogatis et Meyer mettent ces résultats soit sur le compte de l'aspect androgyne de la définition des rôles chez les femmes, soit d'une ambivalence au niveau des rôles. Quand on regarde les adjectifs qui composent l'échelle de masculinité, on y voit des termes tels que "décisif", "confiant", "indépendant", "aventurier", "fort", "dominant", "autoritaire", "agressif", ou "qui s'affirme". Ceci s'apparente à une attitude d'affirmation de soi et rejoint aussi les caractéristiques retrouvées chez les femmes n'ayant pas de dysfonction sexuelle dans les études citées plus haut (Hurlbert, 1991; Cotten-Huston et Wheeler, 1983; Kuriansky et al., 1982; Delehanty, 1982). Toutefois, quand on regarde la liste d'adjectifs formant l'échelle des rôles féminins, on y retrouve des adjectifs tels que "frivole", "dépendante", "séductrice", "gentille". Peut-être que l'on peut retenir l'hypothèse d'ambivalence chez les femmes par rapport aux rôles masculins et féminins tels que définis par le "DSFI", vu que ces derniers adjectifs cités sont beaucoup moins valorisants que ceux traditionnellement attribués au rôle masculin.

Au niveau de la satisfaction sexuelle, l'échelle Satisfaction et l'Index global de satisfaction n'ont pas permis de discriminer les groupes de la même manière. En fait la première touche à la fréquence des rapports sexuels, à la qualité de l'échange avec le partenaire, au sentiment éprouvé suite aux rapports sexuels, à la qualité de performance; alors que le deuxième évalue directement,

à partir d'une note subjective, le degré de satisfaction relatif à sa vie sexuelle. Cette différence de contenu expliquerait la différence rapportée.

L'hypothèse de travail relative au fonctionnement sexuel est donc partiellement confirmée, puisque les fonctionnelles et les dysfonctionnelles sexuellement ne se distinguent pas entre elles à tous les niveaux du fonctionnement sexuel mesurés. Or les autres études citées ayant examiné les mêmes facettes du comportement sexuel à l'aide du même instrument chez des femmes fonctionnelles et dysfonctionnelles sexuellement ont trouvé des différences entre ces deux groupes. Il est fort possible que ceci soit dû à la différence des populations dont proviennent les échantillons de sujets.

Faiblesses et limites de la présente étude

La méthode. Dans cette étude on a voulu contraster quatre groupes afin de faire ressortir d'éventuelles différences entre eux, notamment au niveau interpersonnel. On a tenu compte du fonctionnement sexuel et du statut de cohabitation, effectuant des comparaisons aux niveaux des caractéristiques interpersonnelles, sexuelles et de l'anxiété. Les résultats obtenus n'ont démontré que l'existence de rares différences entre les quatre groupes. Par contre ils ont permis d'établir des différences entre les fonctionnelles et les dysfonctionnelles sexuellement. N'aurait-il

pas mieux valu tester l'existence de ces caractéristiques en comparant deux groupes entre eux, les fonctionnelles et les dysfonctionnelles sexuellement, afin d'évaluer la place qui devrait revenir à la composante interpersonnelle des dysfonctions sexuelles dans les modèles explicatifs? En fait c'est la démarche adoptée par les études examinant les composantes interpersonnelles des dysfonctions sexuelles (Hurlbert, 1991; Cotten-Huston et Wheeler, 1983; Kuriansky et al., 1982; Hammond et Oei, 1982; Delehanty, 1982). Si le statut de cohabitation n'a pas été pris en considération, c'est peut-être parce que ce n'est pas un facteur suffisamment pertinent. Les résultats de la présente recherche semblent d'ailleurs l'indiquer. Il se peut que le statut de cohabitation soit plutôt une manifestation de non-conformité à une culture dominante voulant que les individus soient en couple, et non une manifestation d'un problème à établir des relations interpersonnelles.

L' "opérationnalisation" des comportements interpersonnels.

Dans cette étude on s'est surtout basé sur la perception qu'ont les femmes de leurs comportements interpersonnels pour évaluer la rigidité ou la souplesse de leur répertoire. L'inconvénient d'une telle approche est de risquer de mesurer une perception plutôt qu'un comportement observable. On peut évidemment rétorquer à cet argument que, vu la difficulté que représente l'observation d'un répertoire de comportements de l'extérieur, se fier à l'auto-

perception des sujets reste une alternative acceptable, tout en tenant compte des limites d'une telle façon de faire. Il aurait même été préférable de commencer par dresser un inventaire complet des difficultés interpersonnelles que rapporteraient les femmes dysfonctionnelles, en couple ou seules. Le moyen pour le faire serait de leur administrer un questionnaire ouvert auquel elles répondraient dans un premier temps. Ensuite retenir les comportements interpersonnels problématiques rapportés et les mesurer. L'avantage d'une telle démarche serait de permettre aux femmes d'établir elles-mêmes leurs critères de différences, si elles existent, plutôt que de laisser au chercheur le soin de les sélectionner. Dans un deuxième temps on ira vérifier si les difficultés interpersonnelles ainsi identifiées sont différentes selon que les femmes soient seules ou en couple. Il aurait été possible de valider la perception qu'ont les femmes de leurs comportements interpersonnels en demandant à leur partenaire d'en évaluer le répertoire, au moyen des mêmes questionnaires. Mais ceci ne s'appliquerait évidemment qu'aux femmes en couple. Une autre façon de faire aurait été de simuler, au laboratoire, différentes situations dans lesquelles les femmes répondraient par un comportement de domination ou de soumission, d'hostilité ou d'amabilité, que l'expérimentateur observerait. Quant à la question de savoir si la perception que les femmes seules dysfonctionnelles ont d'elles-mêmes changerait à partir du moment où elles seraient en couple, on pourrait y répondre en leur faisant

passer le même questionnaire, une fois qu'elles auraient eu un partenaire.

La validité du DSFI. Le "DSFI n'a pas de validation au Québec, en dépit du fait que la traduction française de ce test est utilisée en recherche. Toutefois vu que ce test mesure des comportements et des attitudes face à un phénomène universel et non une opinion par rapport à un phénomène existant uniquement dans le pays où il a été conçu, on peut estimer que la traduction française peut être retenue. D'autre part, la même version a été utilisée dans une étude similiaire auprès d'un échantillon d'hommes sans partenaire ayant des dysfonctions sexuelles (Stravynski et al., 1997), ce qui va permettre aux deux études d'être comparables.

L'équivalence des groupes. Le nombre de cohabitations et la durée totale de cohabitations varie selon que les femmes soient seules ou en couple. En fait cette variation n'affecte pas la validité de l'étude, puisque l'on peut s'attendre à ce que les femmes seules aient vécu moins de temps en couple que les femmes des autres groupes. D'autre part le statut des femmes est défini au moment où elles commencent à faire partie de l'étude, peu importe le nombre d'années de cohabitations précédentes. Afin de s'assurer qu'elles sont seules ou en couple, le choix s'est fixé sur un délai minimum de six mois dans leur situation présente pour qu'elles puissent faire partie de la recherche.

La validité du diagnostic de "dysfonctions sexuelles". Afin de s'assurer que la dysfonction n'est pas sous-tendue par des facteurs organiques, tous les sujets prenant des médicaments pouvant affecter le fonctionnement sexuel ou présentant des maladies communément associées aux dysfonctions sexuelles, ont été écartés. De plus, les femmes de l'étude ont été évaluées par un médecin interniste, qui leur a posé des questions détaillées sur leur passé médical. On peut se demander si un tel processus ne comprend pas de chances de retenir des sujets qui, sans qu'on ne le sache, présenteraient des troubles organiques sous-tendant leur dysfonction sexuelle. Ceci s'appliquerait plus particulièrement aux troubles du désir et la dyspareunie. Mais on peut aussi estimer que le minimum de précautions afin qu'une telle situation ne se produise pas ont été prises, tenant compte du rapport entre les coûts et les bénéfices amenés par des évaluations supplémentaires. Ce minimum de précautions, c'est le fait de n'avoir retenu au départ que les femmes en bonne santé ne prenant pas de médicament pouvant nuire au fonctionnement sexuel. Ajoutons que le médecin interniste était prêt à conduire un examen gynécologique et à demander des tests sanguins s'il avait eu un doute quant à la présence de facteurs organiques sous-tendant les dysfonctions sexuelles; mais ceci n'a pas été le cas.

Le contrôle de l'absence de psychopathologie. Lors des entrevues d'évaluation clinique, tous les sujets présentant une psychopathologie grave n'ont pas été retenus. Malgré ceci, quatre

des quatre-vingt sujets ont obtenu des résultats supérieurs à la moyenne à l'Indice global de sévérité du "SCL-90-R". Kass, Charles, Klein et Cohen (1983) avaient trouvé une discordance entre le SCL-90 et une mesure identique de psychopathologie mais administrée oralement, concluant à une validité limitée du SCL-90. Toutefois comme ces résultats discordants ne touchent que quatre des quatre-vingts sujets, se distribuant sur trois des quatre groupes, et comme l'entretien clinique pour écarter les sujets présentant des troubles psychopathologiques n'est pas le même que celui du "SCL-90-R", nous ne pouvons aboutir aux mêmes conclusions que les auteurs cités. Il est plus probable que dans notre cas, cette discordance soit due à la différence des moyens dans l'évaluation de la psychopathologie. L'entretien clinique est celui retenu dans cette étude pour la sélection des sujets.

Cependant il est vrai aussi que, tout en ayant leurs résultats dans les limites normatives, les femmes dysfonctionnelles sexuellement diffèrent significativement des femmes fonctionnelles, de même pour les femmes seules et en couple. Donc même si l'ensemble des groupes ne présente pas de psychopathologie, les femmes dysfonctionnelles ont plus de symptômes cliniques que les femmes fonctionnelles sexuellement, de même que les femmes seules par rapport à celles en couple. D'ailleurs Dérogatis et Meyer (19979) et Dérogatis, Meyer et King (1981) font un lien entre dysfonctions sexuelles et symptômes cliniques, tout en reconnaissant que ce lien est controversé.

Conclusions générales

Apport de la présente étude. Avec la naissance du concept des dysfonctions sexuelles chez les femmes, deux implications ont vu le jour: leur plaisir sexuel devient important et son absence est médicalisée. Mais depuis que la sexualité est devenue un sujet d'études, on s'aperçoit que l'intérêt poussé pour le sexuel empêchait de voir que de nombreux problèmes pouvaient aussi être relationnels. En ne tenant pas compte de la composante relationnelle, les modèles explicatifs des dysfonctions sexuelles ne permettent pas d'expliquer entièrement ce qui les sous-tend. Car d'une part ils sont centrés sur le sexuel et considèrent les dysfonctions en termes de "difficultés dans le cadre de la relation sexuelle"; et d'autre part ces modèles sont essentiellement physiologiques ou intra-psychiques et ne tiennent pas compte du cadre relationnel dans lequel s'inscrit le rapport sexuel.

Examiner comment les femmes seules ou en couple ayant des dysfonctions sexuelles se perçoivent aux niveaux interpersonnel, sexuel et intra-psychique comme par exemple, l'anxiété, a permis d'envisager différentes composantes de la sexualité et d'éclairer le problème de façon plus globale qu'en s'en tenant à un modèle plus réductionniste.

L'apport de cette étude est donc d'avoir étudié le phénomène des dysfonctions sexuelles chez les femmes sans s'en tenir à la seule composante sexuelle. Certains pourraient objecter que l'on aurait pu s'en tenir à la classification par catégories du DSM-IV,

en prenant le soin d'indiquer sur l'axe I le diagnostic de dysfonction sexuelle, et sur l'axe II le trouble de personnalité, si le cas se présente, ce qui aurait permis de tenir compte aussi du style interpersonnel. Cependant cette dernière façon de faire n'aurait pas permis de tenir compte de plus d'un style interpersonnel à la fois, puisque les catégories du DSM-IV sont mutuellement exclusives; alors que la théorie interpersonnelle permet d'évaluer la position des femmes sur plusieurs dimensions à la fois, comme par exemple sur les deux axes principaux d'Affiliation et de Dominance. D'autre part, selon le DSM-IV, pour qu'un diagnostic soit posé sur l'axe II, il faut que le comportement soit très différent de ce qui est culturellement acceptable, qu'il soit inflexible, stable, afin d'être qualifié de trouble de la personnalité. Alors que la théorie interpersonnelle permet d'évaluer le répertoire de comportements dont dispose la personne et de décrire la flexibilité de ce répertoire. Une personne bien adaptée serait capable d'avoir divers types de comportements en fonction des situations qui se présentent, même si elle a un style interpersonnel privilégié qu'on ne pourrait pas inclure sur l'axe II d'un diagnostic selon le DSM-IV.

Ces observations ne contredisent pas l'accent mis dans les modèles traditionnels sur la place de l'anxiété dans les dysfonctions sexuelles chez les femmes: elles viennent les compléter en tenant compte de la composante interpersonnelle. Mais de quelle façon le style interpersonnel serait-il significatif pour

la compréhension des problèmes des femmes ayant une dysfonction sexuelle? Il est possible que les femmes en couple ou seules aient des difficultés interpersonnelles, mais d'ordre différent: pour les premières, elles seraient de l'ordre d'être satisfaites au sein de la relation; pour les autres, elles seraient de l'ordre d'entrer en relation. Ainsi, pour celles qui sont en couple, on suppose que le fait de se percevoir comme soumises ne les aiderait pas à être plus actives dans la recherche du plaisir sexuel. Pour celles qui sont seules, on suppose qu'elles auraient tendance à ne pas être actives dans leur choix du partenaire amoureux, ni dans la recherche de leur bien-être dans les situations d'interaction avec ce partenaire; elles auraient plutôt tendance à se plier aux exigences et aux besoins de l'autre. Ce qui pourrait les mettre dans des situations indésirables et les pousser à éviter de s'impliquer dans une relation amoureuse. Cette supposition est confirmée par les observations que les thérapeutes faisaient lors du traitement qu'ils offraient à des femmes seules ayant une dysfonction sexuelle (Stravynski et Lesage, 1996; Stravynski, Bounader, Gaudette, Arbel, Lesage, Fabian, Langlois, Sidoun, Lipp et Lamontagne, 1996a). Mais les tests utilisés ne permettent pas de vérifier cette observation. Il serait possible que l'anxiété rapportée dans les modèles traditionnels des dysfonctions sexuelles soit aussi une anxiété sociale, reliée au contexte interpersonnel, et non seulement une anxiété reliée au contexte sexuel.

Implications pour des recherches futures. Même si de telles différences interpersonnelles étaient confirmées, cela ne signifierait pas que des interventions axées sur les difficultés interpersonnelles seraient efficaces pour résoudre les difficultés des femmes seules ayant des dysfonctions sexuelles. Comme déjà mentionné, les femmes de cette étude ont participé à une recherche ayant servi à tester l'efficacité de trois approches thérapeutiques: sexuelle, interpersonnelle et combinée. Non seulement aucune ne s'est avérée supérieure aux autres, mais le pourcentage de femmes ne présentant plus de dysfonction sexuelle au bout d'un an de traitement est resté faible: 20% pour l'approche combinée, 35% pour celle interpersonnelle et 40% pour celle sexuelle (Stravynski et al, 1996a). Alors que dans une étude similaire chez les hommes (Stravynski et al, 1997), un an après la fin du traitement, 80% des sujets ayant bénéficié de l'approche interpersonnelle ne présentaient plus de dysfonction sexuelle, contre 88% pour l'approche combinée et 41% pour l'approche sexuelle. On en déduit que pour les femmes, tenir compte des caractéristiques interpersonnelles existantes pour élaborer un traitement n'est pas toujours garant de l'efficacité de ce traitement. Comment expliquer cette différence de réponses entre les hommes et les femmes à un traitement similaire? En fait, les hommes qui ont participé à la recherche citée étaient pour la plupart relativement isolés socialement et souffraient de leur solitude, ce qui a peut-être été une motivation plus grande pour travailler sur leurs problèmes. Alors que les femmes avaient, pour

la plupart, un réseau amical, familial et professionnel fort satisfaisants, desquels elles tiraient beaucoup de support. Avoir un partenaire impliquait pour elles un changement dans des habitudes satisfaisantes, risque qu'elles ne semblaient pas prêtes à prendre. D'ailleurs le recrutement des femmes pour participer à la recherche a été beaucoup plus ardu que celui des hommes. De plus pendant les séances de thérapie, les femmes avaient tendance à créer des relations amicales entre elles et n'exécutaient pas toujours les tâches thérapeutiques demandées, alors que les hommes prenaient la thérapie plus au sérieux. Il est aussi possible que le fonctionnement sexuel chez les hommes soit perçu comme étant plus important que chez les femmes, en raison de facteurs culturels ambiants. Une autre possibilité est que les hommes ont tendance à rechercher des partenaires plus jeunes qu'eux, alors que les femmes ayant participé à la recherche, avec une moyenne d'âge de trente-sept ans, sentaient qu'elles avaient moins de chance de rencontrer un partenaire. D'où une implication moins importante dans la thérapie.

Mais il est aussi possible qu'il faille chercher les raisons de la réponse au traitement dans la définition même du problème à la base de la présente étude: les femmes ont été recrutées suite à des annonces portant sur le traitement des dysfonctions sexuelles. Elles savaient donc que le but est de les aider à avoir un fonctionnement sexuel "normal", quelle que soit l'approche thérapeutique utilisée. Mais peut-on postuler que le "diagnostic" de ces femmes est un problème d'ordre sexuel? et si c'était plutôt

un problème de solitude ou de non-conformité à une norme sociale voulant que les individus soient en couple? Si l'on se base sur la tendance existante, toutes les variations comportementales au sein d'une culture donnée qui s'écartent du modèle prévalent sont malsaines ou pathologiques. Parler de difficultés interpersonnelles, c'est postuler un fonctionnement idéal duquel les femmes de cette étude s'écartent.

Si la définition de quelques-unes de ces difficultés interpersonnelles n'aura pas permis, au mieux, de traiter de façon plus efficace les femmes seules ayant des problèmes sexuels, elle aura au moins permis de tenir compte de cette population qui fréquente de plus en plus les cliniques de dysfonction sexuelle et d'amorcer des recherches futures qui prendraient en considération la composante interpersonnelle dans l'étude du phénomène des dysfonctions sexuelles chez les femmes, fussent-elles seules ou en couple.

REFERENCES

Références

American Psychiatric Association (1952). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (1st ed.). Washington, DC: Auteur.

American Psychiatric Association (1968). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2cd ed.). Washington, DC: Auteur.

American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC: Auteur.

American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed. rev.). Washington, DC: Auteur.

American Psychiatric Association (1989). DSM-III-R. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Masson.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Auteur.

Apfelbaum, B. (1977). On the etiology of sexual dysfunction. Journal of sex and marital therapy, 3(1), 50-62.

Bancroft, J. (1989). Sexual problems. In J. Bancroft (éd.) Human sexuality and its problems, (pp. 360-411). New York: Churchill Livingstone.

Barbach, L. (1975). For yourself: The fulfillment of female sexuality. New York: New American Library.

Barbach, L. et Flaherty, M. (1980). Group treatment of situationally orgasmic women. Journal of sex and marital therapy, 6(1), 19-29.

Barlow, D.H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. Journal of consulting and clinical psychology, 54, 140-148.

Beck, J.G. et Barlow, D.H. (1984). Current conceptualizations of sexual dysfunction: A review and an alternative perspective. Clinical Psychology Review, 4, 363-378.

Beck, J. G. et Barlow, D.H. (1986). The effects of anxiety and attentional focus on sexual responding-I. Physiological patterns in erectile dysfunction. Behaviour Research and Therapy, 24(1), 9-17.

Beck, J.G., Barlow, D.H. et Sakheim, D.K. (1983). The effects of attentional focus and partner arousal on sexual responding in functional and dysfunctional men. Behaviour Research and Therapy, 21, 1-8.

Beggs, V.E., Calhoun, S.C., et Wolchik, S.A. (1987). Sexual anxiety and female sexual arousal: A comparison of arousal during sexual anxiety stimuli and sexual pleasure stimuli. Archives of Sexual Behavior, 16(4), 311-319.

Benjamin, L.S. (1974). Structural analysis of social behavior. Psychological review, 81, 392-425.

Birtchnell, J. (1990). Interpersonal theory: Criticism, modification and elaboration. Human Relations, 43(12), 1183-1201.

Cotten-Huston, A.L. et Wheeler, K.A. (1983). Preorgasmic group treatment: Assertiveness, marital adjustment and sexual function in women. Journal of sex and marital therapy, 9 (4), 296-302.

Cranston-Cuebas, M.A. et Barlow, D.H. (1990). Cognitive and affective contributions of sexual functioning. Annual Review of Sex Research, 1, 119-162.

- Delehanty, R. (1982). Changes in assertiveness and changes in orgasmic response occurring with sexual therapy for preorgasmic women. Journal of Sex and Marital Therapy, 8, 198-208.
- Derogatis, L.R. (1975). Derogatis Sexual Functioning Inventory. Baltimore: Clinical Psychometrics Research.
- Derogatis, L.R. (1977). SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures Manual I. Baltimore: Clinical Psychometrics Research.
- Derogatis, L.R. (1982). The Brief Symptom Inventory. Baltimore: Clinical Psychometrics Research.
- Derogatis, L.R. et Melisaratos, N. (1979). The DSFI: A multidimensional measure of sexual functioning. Journal of Sex and Marital Therapy, 5(3), 244-281.
- Derogatis, L.R. et Meyer, J.K. (1979). A psychological profile of the sexual dysfunctions. Archives of sexual behavior, 8, 201-223.
- Derogatis, L.R., Meyer, J.K. et King, K.M. (1981). Psychopathology in individuals with sexual dysfunction. American Journal of Psychiatry, 138(6), 757-763.

- Fortin, M.F. et Coutu-Wakulczyk, G. (1985). Validation et normalisation d'une mesure de santé mentale: le SCL-90-R. Rapport final de recherche. Université de Montréal.
- Foucault, M. (1976). Histoire de la sexualité. Paris: Editions Gallimard.
- Gagnon, J. (1977). Human sexualities. Glenview, Illinois: Scott, Foresman and Company.
- Gambrill, E.D. et Richey, C.A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. Behavior Therapy, 6, 550-561.
- Garfield, S.L. (1986). Problems in diagnostic classification. In T. Millon, G.L. Klerman (Eds), Contemporary directions in psychopathology - Towards the DSM-IV (pp. 99-114). New York: Guilford Press.
- Gauthier, J. et Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 25(4), 559-578.

- Gurland, B, Yorkston, N, Stone, A.R, Frank, J et Fleiss, J. (1972).
The structured and scaled interview to assess maladjustment:
I. Description, rationale and development. Archives of
general psychiatry, 27, 260-263.
- Hammond, P.D. et Oei, P.S. (1982). Social skills training and
cognitive restructuring with sexual unassertiveness in women.
Journal of sex and marital therapy, 8 (4), 297-304.
- Hatch, J.P. (1981). Psychophysiological aspects of sexual
dysfunction. Archives of Sexual Behavior, 10, (1), 49-64.
- Heinrich, A.G. (1976). The effect of group and self-directed
behavioral-educational treatment of primary orgasmic
dysfunction in females treated without their partners. Ann
Arbor, Xerox university microfilms. Cité par: A.L. Cotten-
Huston, et K.A. Wheeler (1983).
- Hine, F.R. et Williams, R.B. (1975). Dimensional diagnosis and the
medical student's grasp of psychiatry. Archives of General
Psychiatry, 32, 525-528.
- Hogan, D.R. (1978). The effectiveness of sex therapy: A review of
the litterature. In J. Lopiccolo et L. Lopiccolo (éds)
Handbook of sex therapy (pp. 57-84). New York and London:
Plenum Press.

- Horney, K. (1945). Our inner conflicts. New York: Norton.
- Hoon, E.F., Hoon, P.W. et Wincze, J.P. (1976). An inventory for the measurement of female sexual arousability: The SAI. Archives of sexual behavior, 5 (4).
- Hoon, P., Wincze, J. et Hoon, E. (1977). A test for reciprocal inhibition - Are anxiety and sexual arousal in women mutually inhibitory? Journal of Abnormal Psychology, 86, 65-74.
- Horowitz, L.M., Sampson H., Siegelman, E.Y., Weiss, J et Goodfriend, S. (1978). Cohesive and dispersal behaviors: two classes of concomitant change in psychotherapy. Journal of consulting and clinical psychology, 46, 556-564.
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Baer, B.A., Ureno, G. et Villasenor, V. (1988). Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. Journal of consulting and clinical applications, 56, 885-892.
- Hould, R. (1979). Perception interpersonnelle et entente conjugale. Simulation d'un système. Thèse de doctorat non publiée. Université de Montréal.

Hould, R. et Gauthier, L. (1985). Le test d'évaluation du répertoire des construits interpersonnels: une application de l'approche systémique. Systemes humains, 1(2), 9-50.

Hurlbert, D.F. (1991). The role of assertiveness in female sexuality: A comparative study between sexually assertive and sexually nonassertive women. Journal of Sex and Marital Therapy, 17(3), 183-190.

Jaccard, J., Turrisi, R. et Wan, C.K. (1990). Interaction effects in multiple regression. University of Iowa: Sage Publications.

Jehu, D. (1979). Sexual dysfunction. New York: Wiley.

Kaplan, H.S. (1974). The new sex therapy. New York: Brunner/Mazel.

Kaplan, H.S. (1977). Hypoactive sexual desire. Journal of sex and marital therapy, 3, 3-9.

Kaplan, H.S. (1979). Disorders of sexual desire. New York: Brunner/Mazel.

Kaplan, H.S. (1981). The new sex therapy: active treatment of sexual dysfunction. New York: Brunner/Mazel.

- Kaplan, H.S. (1988a). Sexual panic states. Sexual and marital therapy, 3 (1), 7-9.
- Kaplan, H.S. (1988b). Intimacy disorders and sexual panic states. Journal of sex and marital therapy, 14 (1), 3-12.
- Kaplan, H.S. (1988c). Anxiety and sexual dysfunction. Journal of clinical psychiatry, 49 (10, suppl), 21-25.
- Kaplan, H.S. (1992). A neglected issue: The sexual side effects of treatment for breast cancer. Journal of sex and marital therapy, 18, 3-19.
- Kaplan, H.S. et Owett, T. (1993). The female androgen deficiency syndrome. Journal of sex and marital therapy, 19 (1), 3-24.
- Kass, F., Charles, E., Klein, D. et Cohen, P. (1983). Discordance between the SCL-90 and therapists' psychopathology ratings. Archives of General Psychiatry, 40, 389-393.
- Kiesler, D.J. (1983). The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. Psychological review, 90(3), 185-214.

Kiesler, D.J. (1986). The 1982 Interpersonal circle: an analysis of the DSM-III personality disorders. In T. Millon, G.L. Klerman (Eds), Contemporary directions in psychopathology - Towards the DSM-IV (pp. 571-598). New York: Guilford Press.

Kiesler, D.J., van Denburg, T.F., Sikes-Nova, V.E., Larus, J.P. et Goldston, C.S. (1990). Interpersonal behaviour profiles of eight cases of DSM-III personality disorders. Journal of clinical psychology, 46(4), 440-453.

Kuriansky, J.B., Sharpe, L. Et O'Connor, D. (1982). The treatment of anorgasmia: Long-term effectiveness of a short-term behavioral group therapy. Journal of sex and marital therapy, 8 (1), 29-43.

Laan, E. et Evereard, W. (1995). Determinants of female sexual arousal: Psychophysiological theory and data. Annual review of sex research, 6, 32-76.

Lamont, J.A. (1979). Female dyspareunia. American journal of obstetrics and gynecology, 136, 282-285.

Leary, T.F. (1957). Interpersonal diagnosis of personality. New York: Ronald Press.

- Leary, M.R. et Dobbins, S.E. (1983). Social anxiety, sexual behavior, and contraceptive use. Journal of personality and social psychology, 45(6), 1347-1354.
- LoPiccolo, J. (1990). Sexual dysfunction. In A.S. Bellack, M. Hersen, A. Kazdin (éds). International handbook of behavior modification and therapy, (pp.547-564). New York and London: Plenum press.
- Lorr, M. et McNair, D.M. (1963). An interpersonal behavior circle. Journal of abnormal and social psychology, 67, 68-75.
- Masters, W.H. et Johnson, V.E. (1966). Human sexual response. Boston: Little, Brown and Company.
- Masters, W.H. et Johnson, V.E. (1970). Human sexual inadequacy. Boston: Little, Brown and Company.
- Masters, W.H., Johnson, V.E. et Levin, R.J. (1982). L'union par le plaisir. Paris: Marabout. (Original publié en 1970).
- McLemore, C.W. et Benjamin, L.S. (1979). Whatever happened to interpersonal diagnosis? A psychosocial alternative to DSM-III. American psychologist, 34, 17-34.

Meana, M. (1995). Deconstructing dyspareunia: description, classification and biopsychosocial correlates of a pain disorder. Thèse de doctorat non publiée. Montréal: Université McGill.

Norton, G.R. et Jehu, D. (1984). The role of anxiety in sexual dysfunctions: a review. Archives of sexual behavior, 13(2), pp. 165-183.

Palace, E.M. (1995). Modification of dysfunctional patterns of sexual response through autonomic arousal and false physiological feedback. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63(4), 604-615.

Palace, E.M. et Gorzalka, B.B. (1990). The enhancing effects of anxiety on arousal in sexually dysfunctional and functional women. Journal of Abnormal Psychology, 99(4), 403-411.

Pull, C.B., Guelfi, J.D., Boyer, P. et Pull, M.C. (1986). Les critères diagnostiques en psychiatrie: historique, état actuel et perspectives d'avenir. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Rapport de psychiatrie.

Rathus, S.A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. Behavior therapy, 4, 398-402.

Sadock, B.J., Kaplan, H.I. et Freedman, A.M. (1976). The sexual experience. Baltimore: the Williams and Wilkins company.

Sarason, I.G. (1978). The test anxiety scale: concept and research. In C.D. Spielberger and I.G. Sarason (Eds), Stress and anxiety (pp.193-216). Washington D.C.: Hemisphere Publishing Corporation.

Schlenker, B.R. et Leary, M.R. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization and model. Psychological Bulletin, 92, 641-669.

Schmidt Jr, C.W., Schiavi, R.C., Schover, L.R., Segraves, R.T. et Wise, T.N. (1996). Sexual disorders. In T.A. Widiger, A.J. Frances, H.A. Pincus, R. Ross, M.B. First et W.W. Davis (éds). DSM-IV Sourcebook, Volume 2 (pp.1081-1147). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Schnarch, D. (1991). Constructing the sexual crucible. New-York: Norton.

Schover, L.R., Friedman, J.M., Weiler, S.J., Heiman, J.R. et Lopiccolo, J. (1982). Multiaxial problem-oriented system for sexual dysfunctions - An alternative to DSM-III. Archives of General Psychiatry, 39, 614-619.

Sommers, F.G. (1982). Sex counselling and therapy for single people. In Z. Hoch et H.I. Lief (éds). Sexology - Sexual biology, behavior and therapy, (pp. 270-277). Amsterdam-Oxford-Princeton: Excerpta Medica

Spanier, G. (1976). Measuring dyadic adjustment. New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. Journal of marriage and the family, February, 15-31.

Spector, I.P. et Carey, M.P. (1990). Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical litterature. Archives of Sexual Behavior, 19(4), 389-408.

Spielberger, C.D. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo-Alto: Consulting Psychologist Press.

Strauss, J.S. (1973). Diagnostic models and the nature of psychiatric disorders. Archives of General Psychiatry, 29, 445-449.

Stravynski, A. et Greenberg, D. (1990). The treatment of sexual dysfunction in single men. Sexual and Marital therapy, 5, 115-122.

Stravynski, A. et O'Connor, K. (1995). Understanding and managing abnormal behavior: the need for a new clinical science. Journal of General Psychology, 129, 605-620.

Stravynski, A. et Lesage, A. (1996). The treatment of sexually dysfunctional women without partners. (Rapport au FRSQ).

Stravynski A, Gaudette G, Lesage A, Arbel N, Petit P, Clerc D, Fabian J, Lamontagne Y, Langlois R, Lipp O et Sidoun P. (1997). The treatment of single sexually dysfunctional men: a controlled study of three behavioural group approaches. British Journal of Psychiatry. 170, 338-344.

Stravynski, A., Bounader, J., Gaudette, G., Arbel, N., Lesage, A., Fabian, J., Langlois, R., Sidoun, P., Lipp, O. et Lamontagne, Y. (1996a). Traitement des dysfonctions sexuelles auprès de femmes sans partenaire: deux études de cas. Revue sexologique. 4, 63-74.

Sullivan, H.S. (1953). The interpersonal theory of psychiatry. New York: Norton.

Tannahill, R. (1992). Sex in history. U.S.A.: Scarborough House.

Tiefer, L. (1991). Historical, scientific and feminist criticisms of The Human Sexual Response Cycle Model. Annual review of sex research, 2, 1-23.

Van Ussel, J. (1970). Histoire de la répression sexuelle. Paris: Robert Laffont.

Wiggins, J.S. (1980). Circumplex models of interpersonal behavior. In L. Wheeler (Ed.), Review of personality and social psychology, 1. Beverly Hills: Sage Publications.

Wiggins, J.S. (1982). Circumplex models of interpersonal behavior in clinical psychology. In P. Kendall et J. Butcher (éds), Handbook of research in clinical psychology (pp. 183-221). New York: Wiley.

Zilbergeld, B. (1978). Male sexuality. New York: Bantam Books.

Zilboorg, G. (1941). A history of medical psychology. New York: Norton.

ANNEXE I
FORMULAIRES

ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE

**PROJET DE DYSFONCTION SEXUELLE:
FEMMES SANS PARTENAIRE STABLE**

NOM: _____ PRÉNOM: _____

Dysfonction seule

Dysfonction en couple

Sans dysfonction seule

Sans dysfonction en couple

NOM DE L'INTERVIEWEUR: _____

DATE: _____

1) **Est-ce que vous avez un partenaire stable actuellement?**

Oui Non

Si oui, depuis quand? _____

Si non, depuis quand êtes-vous seule? _____

2) **Est-ce que vous éprouviez des difficultés sexuelles lors de vos dernières relations sexuelles?**

Oui Non

Si oui, précisez: _____

3) **Est-ce que vous prenez des médicaments?**

Oui Non

Si oui, lesquels? _____

4) **Est-ce que vous vous sentez déprimée actuellement, sans goût, sans énergie?**

Oui Non

5) Avez-vous déjà contacté un professionnel de la santé pour un problème de santé physique ou mental?

Oui Non

Si oui, précisez: _____

Quels étaient le diagnostic et le traitement? _____

DISPONIBILITÉ (insister pour une thérapie de jour)

A.M.

P.M.

Soirée (5 à 7)

Soirée (7 à 9)

FAIRE RÉPÉTER ET ÉPELER LES DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

NOM: _____ PRÉNOM: _____

ADRESSE: Rue: _____
Ville: _____ Code Postal: _____

NO DE TÉLÉPHONE: Rés.: _____ Bur.: _____

STATUT CIVIL: _____

NOMBRE D'ENFANT(S): _____

EMPLOI ACTUEL (en détail): _____

AGE: _____

DATE DE NAISSANCE: _____

FORMULE DE CONSENTEMENT

Date: _____

Je consens à participer à une thérapie visant le dysfonctionnement sexuel. Je reconnais avoir été informée du déroulement de ces rencontres. Je comprends que ce projet ne comporte pas de risque majeur pour ma santé physique ou mentale. Je demeure libre de me retirer en tout temps.

Signature: _____

Témoin: _____

(Formule remise aux femmes seules ayant une dysfonction sexuelle)

CONTRAT

Je m'engage:

- à être présente à toutes les séances
- à participer aux évaluations comprises dans le programme
- à accomplir les tâches à domicile qui me seront demandées entre les séances
- à compléter une feuille d'auto-observation à chaque semaine et de la remettre au thérapeute au début de la séance (si applicable)
- à venir aux rencontres mensuelles complétant le traitement (si applicable)

Je sais que si je ne respecte pas les conditions mentionnées précédemment, ma participation au traitement pourra être interrompue.

Signature: _____

Témoin: _____

(Formule remise aux femmes seules ayant une dysfonction sexuelle)

FORMULE DE CONSENTEMENT

Je soussignée, _____, accepte de répondre au questionnaire dans le cadre du projet de traitement des dysfonctions sexuelles chez des femmes sans partenaire stable.

J'ai été informée que ma participation se fait sur une base volontaire et qu'elle implique de participer à une entrevue d'évaluation et de répondre à un questionnaire (durée moyenne: trois heures).

Je sais que mes réponses demeurent CONFIDENTIELLES et que je peux changer d'avis et me retirer de l'étude en tout temps.

DATE: _____

SIGNATURE: _____

(Formule remise aux femmes en couple avec ou sans dysfonction sexuelle et aux femmes seules sans dysfonction sexuelle)

4. Répondre par oui ou par non à chacune des situations décrites ci-dessous:

	NON	OUI, EXPLIQUEZ
a) Je ressens une baisse ou une absence du désir sexuel.		
b) Je ne me sens pas excitée lors de mes rapports sexuels.		
c) Je ressens une baisse ou une absence de l'excitation physiologique (exemple: absence de lubrification) pendant les rapports sexuels		
d) Je trouve difficile d'atteindre l'orgasme pendant la masturbation.		
e) Je trouve difficile d'atteindre l'orgasme en présence de mon partenaire.		
f) Je trouve difficile d'atteindre l'orgasme quand mon partenaire me stimule (exemple: stimulations orales, manuelles,...)		
g) Je ne peux atteindre l'orgasme pendant la pénétration.		
h) J'ai mal pendant la pénétration.		
i) Je souffre de vaginisme (contractions involontaires des muscles du vagin rendant la pénétration impossible).		
4a) Décrivez les difficultés sexuelles que vous éprouviez lors de vos derniers rapports sexuels.		
4b) A quel âge avez-vous commencé à avoir des difficultés sexuelles?		

4c) Avez-vous été victime de:

- Viol?
- Abus sexuel?
- Inceste?

5. Prenez-vous des médicaments?
Si oui, lesquels?

6. Est-ce que vous vous sentez déprimée actuellement, sans goût, sans énergie?

7. Avez-vous déjà contracté un professionnel de la santé pour un problème de santé physique ou mental?

Si oui, précisez:

<u>Professionnel</u>	<u>Description du problème</u>
----------------------	--------------------------------

1)

2)

3)

4)

Quels étaient le diagnostic et le traitement?

<u>Diagnostic</u>	<u>Traitement</u>
-------------------	-------------------

1)

2)

3)

4)

8. Quelle langue utilisez-vous la plupart du temps ou tout le temps?

9. Quelle langue parlez-vous habituellement à la maison? (Si vous en parlez plus qu'une, laquelle parlez-vous le plus souvent?)

10. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?
Spécifiez aussi le cas échéant les études non complétées.

11. Quel est en ce moment votre principal domaine d'emploi (Si vous avez plus d'un emploi, marquer le domaine d'emploi dans lequel vous travaillez le plus d'heures par semaine).

12. Bien que les dépenses liées à la santé soient couvertes en partie par l'assurance-maladie, il continue d'exister un lien entre l'état de santé et le revenu. Nous apprécierions que vous répondiez à la question suivante pour nous permettre d'étudier cette relation. Soyez assurée que cela restera CONFIDENTIEL de même que les autres informations que vous avez fournies précédemment.

a) Quel était approximativement votre revenu personnel total l'an dernier avec déduction d'impôt? (cochez)

- Aucun revenu personnel
- Entre 1 \$ et 999\$
- Entre 1,000 \$ et 5,999\$
- Entre 6,000\$ et 11,999\$
- Entre 12,000\$ et 19,999\$
- Entre 20,000\$ et 29,999\$
- Entre 30,000\$ et 39,999\$
- Entre 40,000\$ et 49,999\$
- Entre 50,000\$ et 69,999\$
- 70,000\$ et plus

b) Quel était approximativement le revenu total de votre foyer l'an dernier avant déduction d'impôt? (C'est-à-dire le total des revenus de tous les membres de la famille qui ont eu un revenu l'an dernier?)

- Aucun revenu personnel
- Entre 1\$ et 999 \$
- Entre 1,000 \$ et 5,999\$
- Entre 6,000\$ et 11,999\$
- Entre 12,000\$ et 19,999\$

- Entre 20,000\$ et 29,999\$
- Entre 30,000\$ et 39,999\$
- Entre 40,000\$ et 49,999\$
- Entre 50,000\$ et 69,999\$
- 70,000\$ et plus

Poids et grandeur:

- 1) Combien pesez-vous (précisez: livres ou kg)
- 2) Quelle est votre taille (précisez: en pieds ou en mètres)

Problèmes de santé

1) Comparativement à d'autres personnes de même âge en bonne santé, êtes-vous restreinte dans le genre ou la quantité d'activité que vous pouvez faire à cause d'une maladie chronique physique ou d'un problème de santé? Si oui, précisez:

2) Est-ce que votre état de santé physique restreint vos activités à la maison? Si oui, précisez...

3) Êtes-vous restreinte dans votre capacité de travailler ou d'étudier en-dehors du foyer à cause de votre état de santé physique? Si oui, précisez:

4) Êtes-vous restreinte dans d'autres activités, comme les loisirs ou les déplacements, (entre la maison et le travail ou l'école par exemple) à cause de votre santé physique? Si oui, précisez:

5) Souffrez-vous des problèmes de santé suivants?

	OUI	NON	JE NE SAIS PAS
- Anémie			
- Maladie de la peau ou allergies cutanées			
- Rhume des foins ou autres allergies			
- Sérieux maux de dos ou de la colonne			
- Arthrite, rhumatisme ou autres problèmes sérieux des os ou des articulations.			
- Cancer			
- Paralysie cérébrale			
- Diabète			
- Asthme, emphysème, bronchite chronique ou toux persistante			
- Obésité			
- Épilepsie			
- Hypertension (haute pression)			
- Maladie du coeur			
- Trouble urinaire ou maladie du rein			
- Ulcères d'estomac ou autres troubles digestifs			
- Goitre ou troubles de la thyroïde			
- Migraine ou maux de tête fréquents			
- Incapacité ou handicap, suite à la perte d'un membre			
- Paralysie suite à un accident			

Renseignements familiaux

- 1) Combien d'enfants avez-vous eux?
(Ne comptez pas les enfants mort-nés)
- 2) Avez-vous jamais eu une grossesse qui n'ait pas abouti à la naissance d'un enfant vivant?
- 3) Avez-vous déjà élevé ou élevez-vous actuellement des enfants (sans compter les enfants en foyer nourricier chez vous)?
- 4) Combien d'enfants vivent avec vous actuellement?
- 5) Quand pour la dernière fois, avez-vous vu l'un des enfants qui ne vit pas à maison, lui avez-vous écrit ou parlé? (encerclez)
 - a) Il y a moins d'une semaine
 - b) Il y a moins d'un mois
 - c) Au cours des 6 derniers mois
 - d) Au cours de la dernière année
 - e) Ne s'applique pas
- 6) Combien avez-vous d'enfants de moins de 16 ans?
- 7) Au cours des 6 derniers mois, une autre personne ou un organisme a-t-il dû prendre soin de l'un de vos enfants à plein temps à cause de difficultés que vous aviez à vous en occuper vous-même?
- 8) Au cours des 6 derniers mois, quelqu'un d'autre que vous a-t-il dû prendre soin de vos enfants à temps partiel à cause des difficultés que vous aviez à vous en occuper?
- 9) Sans compter vos enfants, ni votre conjoint, l'une des personnes suivantes vit-elle avec vous? (encerclez)
 - a) père, mère ou tuteur
 - b) un autre parent
 - c) un(e) ami(e) ou co-locataire
 - d) d'autres adultes non apparentés

ANNEXE II
DONNÉES BRUTES

**DONNÉES BRUTES NON TRANSFORMÉES
FEMMES SEULES SANS DYSFONCTION SEXUELLE**

NO SUJ	TERCI		SCL-90-R		IAS	DEROGATIS SEXUAL FUNCTIONING INVENTORY											
	RIGIDIT	AFFLIA DOMINANCE	S.INT	ANX		CONN	ATT	FANT	IMAGE	EXP.60	EXP.VIE	DÉSIR	RÔLES	RÔLF	RÔLH	SATISF.	ISG
10	7.72	-92	.33	.40	39	22	37	8	20	22	24	16	-.13	2.40	2.53	8	3
11	8.61	4.70	.11	.00	23	22	31	9	11	1	22	8	-.47	1.53	2.00	8	0
15	21.31	13.95	1.00	.50	28	21	14	6	36	0	18	5	.60	2.33	1.73	7	0
30	2.45	-.79	.22	.00	40	20	50	14	16	17	24	14	-.40	1.60	2.00	9	3
39	11.20	9.98	.00	.10	35	19	20	4	20	0	22	2	-.33	1.80	2.13	9	2
100	15.18	-2.51	.00	.20	22	21	21	11	15	1	24	6	-1.00	1.53	2.53	7	4
108	5.94	-5.35	.44	.40	32	19	37	7	24	0	23	7	-.13	1.80	1.93	5	2
109	13.80	11.97	.00	.00	27	21	39	4	7	1	20	16	-.53	1.93	2.47	9	3
120	13.35	-8.79	1.22	.00	31	18	29	15	35	1	22	6	-.60	1.60	2.20	2	1
127	31.64	-26.96	1.89	1.10	56	20	28	11	31	0	22	13	-.73	1.87	2.60	4	3
129	10.66	10.45	.11	.30	22	22	14	5	21	0	17	5	.20	1.87	1.67	10	0
132	19.57	-7.27	.44	.20	27	22	28	10	13	2	12	15	.27	2.00	1.73	9	4
133	19.99	5.42	.11	.10	30	19	29	10	6	6	24	8	-.73	2.00	2.73	9	1
137	6.50	4.37	.00	.00	20	22	21	2	14	13	21	13	-.27	2.20	2.47	8	4
139	8.48	.33	.11	.20	26	20	34	7	8	24	24	20	-.80	2.67	3.47	10	7
146	22.86	15.67	2.33	2.00	48	16	17	2	27	1	11	9	.60	2.67	2.07	9	2
150	10.31	5.89	.00	.10	35	22	21	4	13	11	23	10	-.67	1.67	2.33	8	4
151	1.51	-1.05	.00	.00	31	19	10	3	20	0	21	4	-.67	1.87	2.53	8	2
212	10.47	-10.17	1.00	1.10	37	23	40	14	34	1	20	17	-.20	2.53	2.73	7	3
214	9.67	4.50	1.56	1.80	20	17	27	12	33	21	24	17	.73	2.47	1.73	7	1

**DONNÉES BRUTES NON TRANSFORMÉES
FEMMES SEULES AYANT UNE DYSFONCTION SEXUELLE**

NO SUJ	TERCI		SCL-90-R		IAS	DEROGATIS SEXUAL FUNCTIONING INVENTORY											
	RIGIDIT	AFILIA DOMINANCE	S.INT	ANX		CONN	ATT	FANT	IMAGE	EXP.60	EXP.VIE	DÉSIR	RÔLES	RÔL.F	RÔLE.	SATISF	ISG
1	29.23	7.60	1.78	.10	44	19	4	1	20	0	15	4	-.40	1.80	2.20	4	2
2	27.60	6.22	1.11	.90	29	21	51	10	21	0	23	12	.60	2.40	1.80	2	1
4	21.19	12.03	.33	.00	35	21	26	7	27	2	14	10	.00	2.00	2.00	1	1
14	24.43	21.42	1.89	.90	36	21	33	11	26	15	19	14	.13	2.20	2.07	3	2
24	17.61	9.98	.67	.20	33	18	26	4	24	1	19	12	-.47	1.27	1.73	5	1
27	19.24	10.78	.22	.50	59	19	44	5	20	0	23	13	-.67	1.13	1.80	3	0
113	32.68	20.49	1.33	.50	24	23	12	5	23	1	21	6	-.40	1.27	1.67	3	0
116	26.91	3.31	1.22	.70	38	23	37	18	20	21	24	19	.07	2.07	2.00	2	2
122	6.46	1.26	.56	.20	35	22	33	4	12	16	22	12	-.33	2.13	2.47	5	2
201	39.70	-38.00	1.22	.30	30	20	17	10	23	2	16	6	-.20	1.67	1.87	2	1
203	24.58	-.66	.78	.20	51	20	10	4	26	1	23	8	-.67	1.67	2.33	3	0
205	42.01	18.97	1.78	.40	38	19	12	7	35	1	21	8	.73	2.47	1.73	2	2
206	27.69	6.61	.56	.20	45	18	21	11	24	1	22	13	.33	1.40	1.07	5	1
208	22.16	-1.85	.67	.60	45	21	18	1	22	0	18	4	.53	1.40	.87	2	0
213	31.47	8.26	.56	.40	48	20	32	7	18	1	18	12	.20	1.53	1.33	2	2
225	12.37	12.36	.11	.00	24	19	38	9	23	0	18	13	-.40	1.93	2.33	4	0
226	28.53	4.17	1.67	1.90	38	21	10	9	19	17	23	11	-.13	1.93	2.07	3	1
227	34.31	-4.49	2.22	.70	41	18	9	10	38	0	21	16	-.13	1.47	1.60	2	0
229	18.42	-6.87	2.22	1.20	40	22	21	9	30	16	21	10	-.53	2.47	3.00	2	0
230	3.97	3.70	.11	.00	34	21	36	8	26	1	21	17	.80	2.27	1.47	9	3

**DONNÉES BRUTES NON TRANSFORMÉES
FEMMES EN COUPLE SANS DYSFONCTION SEXUELLE**

NO SUIJ	TERCI		SCL-90-R		IAS	DEROGATIS SEXUAL FUNCTIONING INVENTORY										ISG	
	RIGIDIT	AFFILIA DOMINANCE	S.INT	ANX		CONN	ATT	FANT	IMAGE	EXP.60	EXP.VIE	DÉSIR	RÔLES	RÔLF	RÔLM		SATISF
31	22.52	11.83	.00	.50	31	23	31	11	16	19	23	18	18	2.00	2.47	10	7
32	21.61	5.36	.00	.00	23	20	41	13	10	19	24	24	24	.00	2.27	2.27	7
34	13.06	7.87	.11	.00	22	23	41	12	16	17	24	16	24	.33	1.87	1.53	8
36	19.28	9.06	.00	.00	21	20	29	11	13	21	24	20	24	-.27	2.13	2.40	7
37	41.74	-2.11	.00	.00	36	20	24	6	15	16	24	22	22	-.33	2.00	2.33	6
40	20.79	10.25	.44	.00	30	20	42	12	10	11	22	13	22	.20	2.33	2.13	7
41	17.39	11.44	.33	.30	23	21	28	14	24	15	23	16	23	.13	2.13	2.00	7
43	1.08	1.06	.11	.00	30	22	29	4	32	10	21	14	21	-.27	1.80	2.07	4
48	16.50	-9.91	.22	.20	33	20	36	16	15	17	24	23	23	-.07	2.13	2.20	6
49	23.64	-17.84	.78	.00	37	20	30	5	22	17	23	15	23	-.33	2.13	2.47	7
50	21.08	-10.04	.33	.10	27	20	26	8	21	21	24	21	24	-.13	2.07	2.20	4
56	27.28	-1.45	1.00	.70	45	22	22	13	14	15	23	19	23	.13	2.33	2.20	5
131	8.40	-5.42	.22	.00	28	21	16	2	24	11	20	13	20	.20	1.67	1.47	7
135	24.33	13.29	.78	.00	40	19	20	5	12	19	22	17	22	.47	2.47	2.00	4
136	13.00	-7.99	.11	.10	23	20	14	8	18	15	24	26	24	-.33	2.13	2.47	8
140	16.00	-15.39	.56	.30	26	20	24	7	16	18	24	18	24	-.07	2.20	2.27	7
141	13.24	9.78	.00	.20	20	21	22	6	15	18	22	19	22	.20	2.20	2.00	7
142	4.38	-.19	.00	.10	25	20	34	6	21	22	24	16	24	.07	2.40	2.33	6
144	32.20	-23.92	.67	.60	29	16	12	8	10	19	22	22	22	-.60	2.27	2.87	6
148	2.11	1.99	.44	.10	29	19	3	0	27	14	22	16	22	.53	2.07	1.53	7

**DONNÉES BRUTES NON TRANSFORMÉES
FEMMES EN COUPLE AYANT UNE DYSFONCTION SEXUELLE**

NO SUJ	TERCI		SCL-90-R		IAS	DEROGATIS SEXUAL FUNCTIONING INVENTORY												
	RIGIDIT	AFFILIA DOMINANCE	S.INT	ANX		CONN	ATT	FANT	IMAGE	EXP.60	EXP.VIE	DÉSIR	RÔLES	RÔL.F	RÔL.M	SATISF	ISG	
22	10.63	5.36	9.18	.33	.40	43	20	25	11	17	8	19	16	.27	2.00	1.73	8	2
35	15.16	5.16	14.26	.00	.00	35	20	20	1	15	8	21	8	-.27	1.47	1.73	5	3
45	13.82	-10.57	-8.90	1.22	.20	22	23	44	10	22	16	16	20	-.47	2.33	2.80	9	3
46	7.07	.73	-7.03	.00	.40	22	21	33	5	9	14	23	13	-.40	1.87	2.27	5	3
47	3.73	.14	-3.73	.11	.20	25	21	20	4	24	18	21	18	.00	1.73	1.73	10	6
54	38.52	13.55	-36.06	.89	.90	36	17	11	2	15	9	19	10	.07	2.13	2.07	4	0
59	28.47	19.50	-20.74	1.44	.70	30	18	32	6	28	17	23	9	1.00	2.40	1.40	1	1
60	8.03	-3.70	7.13	.89	.20	31	18	26	4	30	5	21	7	.40	1.93	1.53	4	2
110	2.46	2.12	1.25	.22	.30	36	21	6	1	14	5	15	14	-.13	2.00	2.13	3	0
118	4.46	3.44	-2.84	.44	.40	33	19	16	7	15	16	22	17	-.13	2.07	2.20	5	3
124	31.88	-16.98	-26.98	2.22	1.30	51	21	17	10	32	2	23	12	.33	2.13	1.80	4	0
126	16.07	8.53	-13.62	.56	1.10	54	22	20	9	9	14	16	15	.87	2.40	1.53	8	3
130	23.39	12.63	19.69	.00	.20	36	22	32	1	8	19	22	18	-.53	2.40	2.93	6	5
147	14.41	1.39	14.35	.11	.20	31	23	32	11	19	23	23	27	-.13	2.27	2.40	9	7
152	23.95	2.12	-23.86	1.00	.30	34	19	34	15	33	18	21	17	-.20	1.87	2.07	9	3
153	4.07	-1.05	3.93	.33	.30	33	19	11	5	20	9	20	8	-.33	2.00	2.33	6	2
221	4.86	-4.82	.63	1.11	.00	36	16	16	7	34	1	18	8	-.53	1.93	2.47	2	0
224	23.50	3.97	23.16	.44	.00	32	21	37	14	22	22	24	21	-1.07	1.20	2.27	3	2
228	10.84	2.98	10.43	.33	.20	35	20	34	9	15	14	24	11	.07	2.27	2.20	5	2
231	5.43	5.42	.19	.11	.10	27	20	33	5	20	7	20	7	-.27	2.00	2.27	8	6