UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

# L'AGRESSION SEXUELLE EN ENFANCE ET LES DIFFICULTÉS SEXUELLES À L'ÂGE ADULTE : LE RÔLE DE LA SATISFACTION CONJUGALE

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR
MATHILDE BAUMANN

OCTOBRE 2019

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

*Avertissement*

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

# REMERCIEMENTS

Écrire un mémoire est un processus de longue haleine pour lequel recevoir du soutien est un élément des plus précieux. Je suis chanceuse d'avoir été épaulée durant ces belles années.

J'aimerais premièrement remercier ma directrice, Natacha Godbout. Elle m'a ouvert les portes du monde universitaire et de la recherche. En me poussant toujours au plus loin de mes capacités, j'ai pu apprendre énormément en travaillant à ses côtés et je lui suis profondément reconnaissante de toujours me soutenir dans mes objectifs.

Je remercie Noémie, ma grande sœur universitaire, pour son soutien moral et professionnel. Son parcours et sa présence sont, pour moi, la source d'une grande motivation. Je remercie également mes collègues du laboratoire TRACE. Un petit clin d'œil tout particulier à Cloé, mon acolyte de la première heure et mon amie, parce que c'est elle et parce que c'est moi. Mais aussi Marianne pour ses précieux commentaires et Roxanne pour reprendre mon accent français.

Je remercie mes amis, ceux restez en France et ceux rencontrés ici, à Montréal. Je suis chanceuse de vous compter dans ma vie et je vous aime profondément.

Finalement, je remercie mes parents, Valérie et Alain, sans qui rien de tout cela n'aurait été possible. Je vous remercie du plus profond de mon cœur d'avoir cru en moi et de m'avoir ouvert les portes de ce voyage transatlantique.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES ..... v

LISTE DES TABLEAUX ..... vi

RÉSUMÉ ..... vii

INTRODUCTION ..... 1

CHAPITRE I ÉTAT DES CONNAISSANCES ..... 3

1.1 L'agression sexuelle en enfance, mise en contexte ..... 3

1.1.1 Éléments de définitions ..... 3

1.1.2 Portrait statistique ..... 5

1.2 Répercussions d'une agression sexuelle en enfance sur la sexualité à l'âge adulte ..... 7

1.2.1 Définition du concept de difficultés sexuelles ..... 8

1.2.2 Agression sexuelle en enfance et difficultés sexuelles à l'âge adulte ..... 9

1.3 Le rôle de la satisfaction conjugale ..... 12

CHAPITRE II CADRE CONCEPTUEL ..... 17

2.1 Le modèle des dynamiques traumagéniques ..... 17

2.2 Le modèle de vulnérabilité-stress-adaptation ..... 19

CHAPITRE III OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES ..... 22

CHAPITRE IV MÉTHODOLOGIE ..... 24

4.1 Échantillon et procédure ..... 24

4.2 Instruments de mesure ..... 25

4.3 Considérations éthiques ..... 27

4.4 Analyses ..... 28

CHAPITRE V ARTICLE ..... 29

CHAPITRE VI DISCUSSION ..... 54

5.1 Principaux résultats ..... 54

5.1.1 Confirmation du lien entre agression sexuelle en enfance et difficultés sexuelles à l'âge adulte ..... 55

5.1.2 Le rôle de la satisfaction conjugale ..... 57

5.2 Limites méthodologiques et pistes de recherches ..... 62

5.3 Implications pratiques ..... 65

CONCLUSION ..... 70

RÉFÉRENCES ..... 71

LISTE DES FIGURES

Figure Page

3.1 Modèle de modération de la satisfaction conjugale sur le lien entre l'ASE et les difficultés sexuelles à l'âge adulte ..... 23

5.4 Moderation effect on relationship satisfaction on the association between CSA and trauma-related sexual difficulties ..... 44

LISTE DES TABLEAUX


| Tableau | | Page |
|---|---|---|
| 5.1 | Descriptive analyses among study variables | 41 |
| 5.2 | Correlations, means and standards deviations among study variables | 42 |
| 5.3 | Regression analyzes : moderating effect of relationship satisfaction in the association between childhood sexual abuse and trauma-related sexual difficulties | 43 |

# RÉSUMÉ

L'agression sexuelle en enfance (ASE) est un phénomène épidémiologique et ses répercussions dommageables sur le fonctionnement sexuel adulte font l'objet d'un consensus dans la documentation scientifique. Pourtant, même si la recherche empirique a révélé une prévalence significative de difficultés sexuelles chez les survivants d'ASE, nombre d'entre eux ne présentent pas de telles difficultés. Or, peu d'études ont examiné les facteurs de protection qui sont susceptibles d'influencer la relation entre l'ASE et le fonctionnement sexuel à l'âge adulte. L'objectif de ce projet était d'examiner le rôle de modérateur de la satisfaction conjugale dans le lien entre le vécu d'ASE et les difficultés sexuelles à l'âge adulte. Cet objectif se décomposait en deux hypothèses. Premièrement, il était attendu que le vécu d'ASE viendrait augmenter le risque de vivre des difficultés sexuelles à l'âge adulte. Deuxièmement, il était présumé que la satisfaction conjugale agirait comme variable modératrice du lien entre l'ASE et la présence de difficultés sexuelles à l'âge adulte ; les survivants qui présentaient un haut niveau de satisfaction conjugale rapporteraient moins de difficultés sexuelles à l'âge adulte que ceux rapportant une plus faible satisfaction conjugale. Un total de 320 adultes engagés dans une relation amoureuse depuis au moins six mois a rempli des questionnaires évaluant leurs vécus d'ASE, la présence de difficultés sexuelles et le niveau de satisfaction conjugale. Une analyse de modération a été conduite dans le logiciel *Mplus*. Les résultats indiquent que les survivants d'ASE qui étaient insatisfaits de leur relation amoureuse signalaient davantage de difficultés sexuelles, contrairement à ceux qui présentaient une forte satisfaction conjugale qui n'en signalaient pas. Ces résultats mettent en évidence le rôle protecteur, voire réparateur, d'une relation amoureuse satisfaisante. Les résultats sont discutés en fonction de leurs implications pour l'évaluation et le traitement des individus qui consultent pour des problèmes sexuels ou conjugaux.

Mots clés : Agression sexuelle en enfance; Satisfaction conjugale; Difficultés sexuelles

# INTRODUCTION

Le phénomène d'agression sexuelle en enfance (ASE) en plus d'être un phénomène d'actualité, comme en témoigne sa présence grandissante dans les médias, est également un véritable enjeu de santé publique. Une méta-analyse internationale a révélé qu'un homme sur dix (8%) et une femme sur cinq (18%) dans le monde ont rapporté avoir subi une ASE (Stoltenborgh Van Ijzendoorn, Euser et Bakermans-Kranenburg, 2011). La recherche empirique est croissante sur ce sujet et suggère des effets à long terme de l'ASE sur le fonctionnement à l'âge adulte, avec une variabilité de portraits symptomatologiques parmi les survivants (Murray, Nguyen et Cohen, 2014). Il est reconnu que le caractère interpersonnel d'une ASE pourrait venir affecter le développement psychosexuel des victimes (Finkelhor et Browne, 1985) et par le fait même, être associé à un plus grand risque de vivre des difficultés sexuelles à l'âge adulte. Ainsi, de plus en plus de recherches sont menées sur les répercussions d'une ASE sur la sexualité des adultes et ces études rapportent une prévalence importante de difficultés sexuelles (pour une recension, voir Aaron, 2012 ; Colangelo et Keefe-Cooperman, 2012). De fait, ces études indiquent que le fonctionnement sexuel pourrait être altéré notamment par la présence de plus de préoccupations sexuelles (p. ex., anxiété sexuelle, dysfonctions sexuelles) et/ou par la présence de comportements sexuels problématiques (p. ex., conduites sexuelles à risque, nombre de partenaires plus élevés) chez les survivants d'ASE (p.ex., Briere et Elliott, 2003 ; Easton, Coohey, O'leary, Zhang et Hua, 2011 ; Vaillancourt-Morel, Godbout, Sabourin, Péloquin et Wright, 2014).

Pourtant, les survivants d'ASE forment un groupe hétérogène et certains n'éprouvent pas de difficulté sur le plan sexuel (p.ex., Rellini et Meston, 2007a). L'ampleur du

phénomène d'ASE et de ses impacts hétérogènes auprès des survivants souligne l'importance de mieux comprendre les facteurs influençant les effets de l'ASE sur le fonctionnement sexuel à l'âge adulte. Malgré le nombre florissant d'études sur le sujet, peu s'intéressent aux facteurs protégeant les survivants d'ASE qui ne vivraient peu, voire aucun impact négatif à l'âge adulte. Étant donné la relation étroite entre la sphère sexuelle et la sphère intime, il est possible qu'une relation amoureuse satisfaisante puisse agir sur le fonctionnement sexuel, en particulier sur la présence de difficultés sexuelles. Cette hypothèse, même si elle a déjà été exposée dans la recherche (p.ex., Godbout, Runtz, MacIntosh et Briere, 2013 ; Godbout, Sabourin et Lussier, 2007 ; MacIntosh et Johnson, 2008), n'a jamais été vérifiée empiriquement à notre connaissance.

L'objectif de cette étude est donc de documenter le rôle de la satisfaction conjugale dans la relation entre le vécu d'une ASE et les difficultés sexuelles à l'âge adulte. Ce mémoire sera présenté sous forme d'article. Le chapitre I dressera un tableau des connaissances actuelles sur l'ASE, ses répercussions sur la sphère sexuelle et enfin, le rôle que pourrait jouer la satisfaction conjugale sur cette relation. Dans cet état des connaissances seront exposées les définitions des concepts à l'étude, ainsi que les limites des recherches antérieures effectuées sur le sujet. Dans le chapitre II seront présentés les modèles conceptuels retenus dans le cadre de ce mémoire et le chapitre III permettra de présenter l'objectif et les hypothèses de celui-ci. Le chapitre IV exposera la méthodologie, dont la procédure de recrutement, les instruments de mesure employés et les analyses statistiques qui ont été effectuées. Les résultats seront présentés dans le chapitre V rédigé sous forme d'article qui sera soumis dans une revue scientifique internationale avec comité d'évaluation par les pairs. Finalement, le chapitre VI formera la discussion de ce mémoire. Les principaux résultats seront repris et discutés. Ensuite, les limites du présent projet seront énumérées. Enfin, l'apport de ce projet au niveau de l'intervention sexologique ainsi que les pistes pour de futures études sont détaillés.

# CHAPITRE I

# ÉTAT DES CONNAISSANCES

Cette section permettra d'exposer les définitions des variables étudiées. Ainsi, après avoir défini le concept d'agression sexuelle en enfance (ASE) et exposé un portrait statistique du phénomène, seront présentées les conséquences d'une ASE avec un regard plus spécifique sur l'association entre l'ASE et les difficultés sexuelles à l'âge adulte. Par la suite, le rôle potentiel de la satisfaction conjugale sur les répercussions sexuelles d'une ASE sera documenté.

## 1.1 L'agression sexuelle en enfance, mise en contexte

### 1.1.1 Éléments de définitions

L'ASE est un problème de santé publique préoccupant et depuis une trentaine d'années, de nombreuses études tentent de mieux caractériser ce phénomène, sa prévalence et ses conséquences. Toutefois, il n'existe pas de définition consensuelle de ce phénomène. Même si une ASE est considérée comme un acte criminel dans la pensée collective, les définitions peuvent varier en fonction de la conjoncture sociale et juridique ou bien encore du contexte (p.ex., mesures utilisées) des recherches qui se concentrent sur ce sujet, ce qui participe à la production de résultats divergents d'une étude à l'autre (Mathews et Collin-Vézina, 2017). Si l'unanimité concernant la définition et la mesure de l'ASE n'est pas présente dans la documentation scientifique, il importe de regarder plus précisément à quoi réfère l'ASE au Québec et au Canada.

Le Gouvernement du Québec (2016) offre la définition suivante pour parler d'agression sexuelle :

> Une agression sexuelle est un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne (p. 22).

On parle d'ASE lorsque l'individu est âgé de moins de 18 ans. Comme mentionné dans la définition ci-dessus, le Gouvernement du Québec stipule qu'il y a agression sexuelle lorsqu'un geste à caractère sexuel, qu'il soit avec ou sans contact, est commis sans le consentement de l'individu. Concernant l'âge du consentement, d'après le Code criminel du Canada (1985), les enfants qui sont âgés de 12 ans et moins ne peuvent pas légalement consentir de façon éclairée à toutes activités sexuelles. À partir de 13 ans, la personne peut consentir si l'autre personne est de moins de deux ans son aîné et à 16 ans, moins de cinq ans son aîné. Cela vaut pour les situations où il n'y a pas de position d'autorité ou d'exploitation. Le Gouvernement du Québec (2016) indique quant à lui que c'est à partir de 14 ans qu'un individu peut consentir à une relation sexuelle si la personne est de 5 ans et moins son aînée.

Afin de saisir dans son intégralité le phénomène d'ASE, il importe d'en détailler les différents types. Ainsi, deux catégories d'ASE sont distinguables (Tourigny et Baril, 2011). Premièrement les ASE dites intrafamiliales, c'est-à-dire perpétrées par un membre de la famille immédiate (p.ex., parents, beaux-parents, frères et sœurs, grands-parents) ou de la famille éloignée (p.ex., oncle, tante). Deuxièmement, les ASE dites extrafamiliales qui sont, quant à elles, perpétrées par une personne

extérieure à la famille (p.ex., ami, professeur, voisins). L'ASE se décline également en différents niveaux de gravité d'après la catégorisation de Russell (1983). Plus spécifiquement, cette catégorisation se décompose en trois niveaux de gravité selon la sévérité des gestes commis. D'abord les ASE moins sévères qui renvoient au voyeurisme, à l'exhibitionnisme. Ensuite les ASE sévères qui réfèrent aux attouchements à caractère sexuel et enfin les ASE très sévères comme les contacts oraux ou génitaux et la pénétration orale, anale ou vaginale. Si cette catégorisation commence à dater, elle se retrouve avec certaines nuances et davantage de spécificité dans la documentation scientifique actuelle. De fait, certains auteurs déterminent le niveau de sévérité en fonction de différentes variables. Plus précisément, le degré de sévérité d'une ASE peut être déterminé en fonction de la relation avec l'agresseur (p.ex., parents), de l'âge de l'enfant, ainsi que du type d'acte commis et de sa fréquence (p.ex., pénétration ; chronicité de l'acte) (Lacelle, Hébert, Lavoie, Vitaro et Tremblay, 2012 ; Vaillancourt-Morel *et al.*, 2016 ; Watson et Halford, 2010).

En se basant sur les éléments politique et juridique du Code criminel canadien (1985) ainsi que sur la définition des Orientations gouvernementales du Québec en matière d'agressions sexuelles (Gouvernement du Québec, 2016), le terme d'ASE réfère dans ce mémoire à l'expérience avant l'âge de 18 ans, d'une ou de plusieurs expériences sexuelles non désirées (c.-à-d., voyeurisme, exhibitionnisme, attouchements, pénétration orale, anale, vaginale), avec soit un adulte en position d'autorité (p. ex., parents, voisins, professeurs, etc.) ou un pair ayant au moins cinq ans de plus.

### 1.1.2 Portrait statistique

Afin de saisir l'ampleur du phénomène d'ASE, il convient de regarder l'incidence de ce phénomène, qui réfère au nombre de nouveaux cas d'enfants victimes d'ASE sur une période donnée. Bien que celle-ci soit compliquée à quantifier étant donné le nombre sous-estimé de dévoilements d'une ASE, quelques chiffres permettent un estimé de l'ampleur de ce phénomène. D'après *l'Enquête sociale générale* (ESG),

plus de 600 000 agressions sexuelles ont été rapportées par les Canadiens entre 2009 et 2014. Sur les 117 238 agressions sexuelles rapportées par la police au cours de cette période, la majorité (87%) des survivants étaient de sexe féminin et près de la moitié (47%) des survivantes avaient moins de 18 ans. Sur cette moitié, les filles de 13 ans et moins représentaient une victime sur quatre et les filles de 14 ans et plus représentaient une victime sur trois (Statistique Canada, 2017). Les individus de sexe masculin représentaient 17% des survivants et la majorité avait environ 13 ans lors de l'agression sexuelle. Pour ce qui est de la situation au Québec, une hausse du taux d'incidence des ASE a été notée d'après des données provenant des services de protection de la jeunesse qui ont été combinées à celles des autorités policières (Collin-Vézina, Hélie, et Roy, 2009). Il est à relever que suite au mouvement #MoiAussi, le Québec et le Canada ont enregistré une augmentation du nombre d'agressions sexuelles rapportées à la police (Rotenberg et Cotter, 2018). Finalement, même si ce mouvement semble avoir incité les survivants à davantage dévoiler leur agression, les données portant sur l'incidence semblent encore sous-estimées. En effet, il est documenté que c'est environ une agression sur 20 seulement qui est rapportée aux autorités (Statistique Canada, 2017).

Un autre indice statistique qu'il est important de considérer est la prévalence de l'ASE, qui réfère à la proportion de personnes dans une population cible qui ont été victimes d'ASE au moins une fois au cours d'une période donnée. D'après Statistique Canada (2017), environ 20 % des femmes et 10 % des hommes rapportaient avoir subi une ASE au moins une fois au cours de leur vie. Ces taux sont similaires au Québec (Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff et Joly, 2009) ainsi que mondialement, puisqu'une méta-analyse internationale révèle qu'un homme sur dix (8%) et une femme sur cinq (18%) ont subi une forme d'agression sexuelle en enfance (Stoltenborgh *et al.*, 2011).

Comme aucune définition officielle de l'ASE n'est reconnue, on peut noter une

variation des instruments de reliés aux différentes définitions d'une ASE. Au demeurant, un des éléments qui varie le plus dans les études est le type d'acte commis. Certaines études incluent donc l'ASE sans contacts (p.ex., exhibitionnisme), ce qui peut expliquer les prévalences plus élevées que pour des études où l'ASE implique nécessairement un contact (p.ex., pénétration orale, vaginale ou anale) (Lacelle *et al.*, 2012 ; Vaillancourt-Morel *et al.*, 2015). Une autre explication à la variabilité dans les prévalences, notamment pour les hommes, serait l'orientation vers laquelle est tournée la question évaluant le vécu d'ASE. Ainsi, lorsqu'une question objective est posée aux participants (p. ex., expérience sexuelle avec une (ou plusieurs) personne plus âgée d'au moins cinq ans et/ou occupant une position d'autorité avant 18 ans; Vaillancourt-Morel *et al.,* 2015), le taux de prévalence observé à tendance à être plus élevé que celui qui est rapporté par le biais d'une question subjective (c.-à-d., êtes-vous victimes d'ASE, ou bien encore, avez-vous vécu une ASE), et que les taux d'ASE rapportés aux autorités (Statistique Canada, 2017). Ainsi, il semble préférable de privilégier une mesure objective de l'ASE afin de rapporter des résultats plus représentatifs des expériences d'ASE tout en limitant certains biais de réponses (p. ex., ne s'identifie pas comme une victime d'ASE).

En définitive, le manque de consensus dans les définitions ainsi que la variabilité dans les mesures de l'ASE participent à des résultats divergents et empêchent de saisir l'ampleur réelle de ce phénomène. Malgré cela, les chiffres connus actuellement démontrent bien la gravité et l'importance des ASE, d'autant plus lorsque l'on sait qu'ils sont sous-estimés.

## 1.2 Répercussions d'une agression sexuelle en enfance sur la sexualité à l'âge adulte

Les effets délétères d'une ASE font l'objet de nombreuses études depuis une trentaine d'années. Il est d'ailleurs reconnu dans la recherche empirique que les ASE ont des

répercussions négatives sur différentes sphères à l'âge adulte, que ce soit sur le plan de la santé physique (Afifi, *et al.*, 2016 ; Daigneault, Vézina-Gagnon, Bourgeois, Esposito et Hébert, 2017), psychologique (Amado, Arce et Herraiz, 2015 ; Dugal, Bigras, Godbout et Bélanger, 2016) ou encore, relationnel (p.ex., Godbout *et al.*, 2007, 2013, 2017 ; Vaillancourt-Morel *et al.*, 2014) et sexuel (p.ex., Bigras, Godbout et Briere, 2015 ; Easton, *et al.*, 2011 ; Vaillancourt-Morel *et al.*, 2015, 2016). Dans le cadre de cette étude, nous nous attarderons plus spécifiquement sur les répercussions sur le fonctionnement sexuel, avec une emphase particulière sur la présence de difficultés sexuelles à l'âge adulte chez les survivants d'ASE.

### 1.2.1 Définition du concept de difficultés sexuelles

Avant toute chose, il convient de définir précisément à quoi réfère dans ce mémoire, la notion de difficultés sexuelles. En effet, ce terme est employé de différentes manières dans la documentation empirique. Ainsi, certaines études font référence par exemple à des termes tels qu'une sexualité problématique, aux dysfonctions sexuelles, à l'insatisfaction sexuelle, la compulsion sexuelle ou à l'inverse, l'évitement de la sexualité.

Pour ce projet, la définition proposée par Briere est utilisée comme point de référence. Selon Briere (2011), les difficultés sexuelles peuvent être regroupées en deux composantes. Premièrement, celles liées aux préoccupations sexuelles, qui réfèrent à la présence d'une détresse sexuelle, d'anxiété sexuelle, de pensées et de sentiments négatifs pendant les rapports sexuels (par exemple la honte suscitée par des activités sexuelles) et finalement, aux dysfonctions sexuelles (p.ex., trouble de l'orgasme). Deuxièmement, Briere (2011) fait référence aux comportements sexuels problématiques qui sont considérés comme étant dysfonctionnels, compulsifs ou encore à risque, soit parce qu'ils affectent la qualité de la sexualité, soit parce qu'ils ont des aspects à risque pour l'individu (p.ex., l'attirance sexuelle pour des partenaires

potentiellement dangereux, une sexualité utilisée à des fins non sexuelles, relations sexuelles non protégées).

### 1.2.2 Agression sexuelle en enfance et difficultés sexuelles à l'âge adulte

La documentation scientifique met en lumière deux trajectoires possibles de répercussions sexuelles qui pourraient se situer sur un continuum allant de l'évitement de la sexualité à la compulsion sexuelle (Aaron, 2012 ; Vaillancourt *et al.*, 2015). Malgré que ce continuum de répercussions sexuelles fasse consensus dans la documentation scientifique, peu d'études à notre connaissance ont exploré les liens spécifiques entre le vécu d'ASE et la présence de difficultés sexuelles, telles que définies par Briere (2011). Ainsi, en passant en revue la documentation scientifique, quelques études ayant exploré ce lien ont été identifiées. Premièrement, une étude effectuée sur un échantillon composé uniquement de femmes survivantes d'ASE (Van Bruggen, Runtz et Kadlec, 2006) indique que l'expérience d'ASE est positivement liée à davantage de préoccupations sexuelles et de comportements sexuels problématiques, relation médiée par l'estime de soi et qui amène un risque de revictimisation à l'âge adulte. Une autre étude ayant regardé la présence de difficultés sexuelles indique un lien entre une agression sexuelle à l'âge adulte et davantage de difficultés sexuelles chez les survivants (Elliott, Mok, & Briere, 2004). Trois autres études (Banyard, Willimans et Siegel, 2001, 2004 ; Briere et Elliot, 2003) ont examiné l'impact spécifique d'une ASE sur l'ensemble des symptômes liés aux traumatismes, en incluant les difficultés sexuelles. Les résultats de ces études indiquent que les survivants d'ASE présentent plus de préoccupations sexuelles et de comportements sexuels problématiques que les non-victimes. Néanmoins, même si ces deux études ont documenté le lien entre ASE et sexualité en utilisant l'échelle des difficultés sexuelles, leurs objectifs étaient de s'intéresser à la variabilité des symptômes traumatiques de façon globale, et de fait, l'accent sur la sphère sexuelle n'était pas de mise.

En outre, étant donné la variabilité des termes entourant le concept de difficultés sexuelles, il est possible de faire des parallèles et de formuler des hypothèses sur la base de la documentation disponible sur les répercussions sexuelles d'une ASE. Ainsi, il est possible de constater la présence dans les études empiriques, des liens entre l'ASE et l'augmentation des pensées et sentiments sexuels non désirés. Par exemple, une étude effectuée sur 165 individus survivants d'ASE, indique que ceux-ci auraient tendance à présenter des émotions négatives telles que de la culpabilité, de la honte, une peur de la sexualité, ainsi que de l'évitement relatif aux relations sexuelles (Easton, *et al.*, 2011). Une autre étude effectuée sur un échantillon de 1793 individus a révélé un lien entre le vécu d'ASE et la présence de dysfonctions sexuelles à l'âge adulte (Najman, Dunne, Purdie, Boyle et Coxeter, 2005). Ces résultats confirment ceux d'une précédente étude qui avait révélé la présence de davantage d'aversion sexuelle et de dysfonctions sexuelles telles qu'un trouble de désir chez des femmes survivantes d'ASE (Jehu, 1989). En définitive, ces résultats peuvent être compris comme englobant certains aspects de la composante des préoccupations sexuelles, telles que définies par Briere (2011) et vont dans le sens d'un impact négatif sur la sexualité à l'âge adulte d'un traumatisme lié à l'ASE.

En ce qui concerne les comportements sexuels problématiques, la recherche scientifique a identifié que l'ASE était liée à une augmentation des comportements sexuels à risque, à un plus grand nombre de partenaires sexuels, ainsi qu'à un risque accru d'infidélités, de comportements de compulsion sexuelle et de consommation compulsive de pornographie (Blain, Muench, Morgenstern et Parsons, 2012 ; Vaillancourt-Morel *et al.,* 2015, 2016). Qui plus est, une étude longitudinale effectuée sur une période de 23 ans a confirmé le lien entre l'ASE et certains types de comportements sexuels problématiques, notamment un nombre plus élevé de partenaires, un risque plus élevé de grossesses non désirées ainsi qu'un nombre élevé d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (Trickett, Noll, et Putnam, 2011). Ici encore, les études semblent indiquer un lien entre l'expérience d'ASE et

des comportements sexuels qui correspondent à la dimension des comportements sexuels problématiques tels que nous l'entendons dans ce projet.

Alors que certaines études ont révélé des liens entre l'ASE et davantage de préoccupations sexuelles et de comportements sexuels problématiques, d'autres études ont révélé une association triviale voir même une absence de lien entre une ASE et la présence de difficultés sexuelles à l'âge adulte. Par exemple, Rellini et Meston (2007a) ont constaté que les femmes ayant subi une ASE avaient une moins bonne satisfaction sexuelle que les non-victimes, mais les auteurs n'ont trouvé aucune différence concernant la présence ou non de dysfonctions sexuelles. Lemieux et Byers (2008) ont quant à elles constaté qu'une ASE n'était pas associée à une plus grande anxiété sexuelle au sein d'un échantillon composé de 272 étudiantes.

Par ailleurs, une récente étude de Labadie, Godbout, Vaillancourt-Morel et Sabourin (2018) menée auprès de 324 hommes et femmes survivants d'ASE a révélé une variabilité concernant les répercussions sexuelles chez les survivants, donnant une piste pour expliquer les incohérences constatées dans les résultats des précédentes études. Plus spécifiquement, cette étude a observé un groupe de survivants d'ASE ayant des niveaux élevés d'évitement d'attachement et de compulsion sexuelle et un second groupe ayant des niveaux d'évitement d'attachement et de compulsion sexuelle similaires à ceux des non-victimes. Comparativement au premier groupe, le second rapportait des expériences d'ASE plus intrusives ainsi que d'autres formes de traumas en enfance (p.ex., maltraitance psychologique).

En résumé, une relation semble exister entre le vécu d'une ASE et davantage de difficultés sexuelles (c.-à-d., préoccupations sexuelles et comportements sexuels problématiques). Néanmoins, le corpus de données empiriques actuel suggère que les survivants d'ASE forment une population hétérogène et il souligne ainsi l'importance d'examiner les facteurs susceptibles de moduler la force du lien entre une ASE et le

fonctionnement sexuel à l'âge adulte. En effet, cela permettrait par le fait même, une piste d'explication des différences qui sont retrouvées chez les survivants d'ASE. Si les facteurs participant à la résilience des survivants d'ASE commencent de plus en plus à être mis à jour (pour une recension voir, Domhardt, Münzer, Fegert et Lutz, 2015), les facteurs de protection liés à la sexualité des survivants d'ASE restent, quant à eux, encore dans l'ombre.

## 1.3 Le rôle de la satisfaction conjugale

### 1.3.1 Définition du concept de satisfaction conjugale

La façon de conceptualiser la satisfaction conjugale dans les écrits ne fait pas consensus. En effet, différents termes sont utilisés et parfois considérés comme équivalent à celui de « satisfaction conjugale » (p.ex., bonheur conjugal, Spanier et Lewis, 1980 ; la qualité de la relation de couple, Fincham et Bradbury, 1987).

Dans ce mémoire, la satisfaction conjugale fait référence au jugement subjectif des partenaires sur leur relation de couple, ainsi qu'à la satisfaction qu'ils éprouvent à l'égard de leur union (Fournier et Brassard, 2010 ; Spanier, 1976). La satisfaction conjugale est souvent évaluée dans la recherche empirique en référence à la présence d'un ajustement dyadique positif, notamment au sentiment d'être dans une relation de couple saine et épanouissante avec un partenaire stable (Sabourin, Valois et Lussier, 2005 ; Spanier, 1976). La détresse conjugale fait au contraire référence à l'insatisfaction conjugale et peut signifier une remise en question de l'avenir du couple pour les partenaires, ainsi qu'un risque de désunion (Abdullah, 2017). Il est également important de spécifier que la satisfaction conjugale n'implique pas nécessairement une absence totale d'insatisfaction de la relation. En effet, comme le mentionnent Bradbury, Fincham et Beach (2000), une relation de couple satisfaisante implique que les éléments positifs de la relation sont prépondérants par rapport aux éléments négatifs.

### 1.3.2 La satisfaction conjugale comme facteur de protection

Le rôle protecteur de la satisfaction conjugale sur le bien-être psychologique et la santé physique est reconnu empiriquement (pour une recension, voir Kielcolt-Glaser et Wilson, 2017). De fait, la satisfaction conjugale a souvent été étudiée en tant que facteur de protection dans le domaine de la santé physique et psychologique. Par exemple, une récente étude a indiqué un effet protecteur de la satisfaction conjugale sur l'image corporelle des femmes survivantes d'un cancer du sein (Cairo Notari, Notari, Favez, Delaloye et Guilietta, 2017). Dans cette étude longitudinale effectuée sur une année, les femmes satisfaites de leur relation de couple ont signalé moins de troubles de l'image corporelle après une opération relative à un cancer que celles qui étaient moins satisfaites de leur relation conjugale. Dans le même ordre d'idées, les résultats d'une étude réalisée auprès des femmes ayant eu un cancer du sein indiquent que le fait de se sentir satisfaite de sa relation de couple éviterait le risque de vivre de la détresse psychologique (Manne *et al.*, 2007). Les résultats d'une autre étude montrent qu'une relation de couple stable et satisfaisante protège les survivants de maltraitance dans leur enfance (p.ex., abus physiques, sexuels et émotionnels) de vivre des symptômes de dépression à l'âge adulte (Henry, Thornberry et Lee, 2015). En définitive, ces études vont dans le sens où la satisfaction conjugale pourrait venir participer à la résilience des individus à la suite d'un évènement traumatisant comme la maladie ou de la maltraitance en enfance, puisqu'elle vient les protéger du fait de vivre de la détresse à la suite de ces expériences négatives.

Si les répercussions positives d'une relation de couple satisfaisante sur la santé physique et psychologique semblent reconnues, la documentation scientifique a également révélé une association entre la satisfaction conjugale et la sexualité. Par exemple, une étude menée auprès d'un échantillon de femmes atteintes de fibromyalgie a démontré qu'une faible satisfaction conjugale était corrélée à la présence de dysfonctions sexuelles (Kool, Woertman, Prins, Van Middendorp et Geenen, 2006). En effet, les femmes moins satisfaites de leur relation signalaient

davantage de problèmes d'excitation sexuelle et de douleur durant les activités sexuelles (Kool, *et al.*, 2006). À la lumière de ces différents résultats, nous pourrions en déduire que le contraire pourrait également être vrai, c'est-à-dire qu'une satisfaction conjugale plus élevée pourrait être associée à moins de difficultés sexuelles. D'ailleurs, une récente étude longitudinale s'est intéressée à l'association entre la satisfaction conjugale et la satisfaction sexuelle de façon dyadique (McNulty, Wenner et Fisher, 2016) et ses résultats indiquent que ces deux variables sont corrélées et plus spécifiquement que la satisfaction conjugale est associée positivement à la satisfaction sexuelle, ce qui vient confirmer l'interdépendance entre la sphère amoureuse et la sphère sexuelle.

S'il semble clair que la satisfaction conjugale influence la sexualité du couple, les études qui s'intéressent au rôle modérateur et spécifique de la satisfaction conjugale sur la sexualité demeurent peu nombreuses et concentrées sur les sphères de la santé physique et des répercussions psychologiques. Néanmoins, il est possible de retrouver des études qui examinent le couple de façon plus globale et son rôle sur la sphère sexuelle.

Dans cet ordre d'idées, les résultats d'une étude de Péloquin, Bigras, Brassard et Godbout (2014), effectuée sur un échantillon de 214 adultes hétérosexuels, ont révélé que les individus qui présentaient un style d'attachement insécurisant (c.-à-d., anxieux et évitant) et qui percevaient leur partenaire comme étant soutenant, avaient tendance à bénéficier d'un effet modérateur du soutien du partenaire qui venait atténuer les effets négatifs du style d'attachement insécurisant sur l'estime sexuelle, l'anxiété sexuelle et l'affirmation sexuelle de l'individu. Les résultats de cette étude révèlent donc l'aspect protecteur du soutien conjugal sur la sexualité. D'autres études se sont intéressées à examiner le rôle du couple sur la sexualité des survivants d'ASE et participent de fait à une meilleure compréhension de l'hétérogénéité des répercussions qui sont observées chez les survivants d'ASE. Par exemple, la

variabilité des répercussions sexuelles des survivants d'ASE pourrait être expliquée par le statut de la relation. En effet, Vaillancourt-Morel et ses collaborateurs (2016) ont constaté que la compulsion sexuelle était plus élevée chez les individus célibataires alors que l'évitement sexuel était plus fréquent chez les individus mariés. Ces résultats signifient que les répercussions d'une ASE sur la sexualité pourraient s'inscrire en fonction de schémas d'expression distincts en fonction du type de statut de la relation (en couple ou célibataire) et ces résultats suggèrent ainsi que la relation de couple semble avoir une influence sur les difficultés sexuelles vécues par les survivants d'ASE. Une autre étude effectuée récemment a examiné de manière dyadique l'effet du dévoilement d'une ASE à son ou sa partenaire, sur la satisfaction sexuelle des deux partenaires. Plus précisément, les résultats de De Montigny Gauthier et ses collègues (2018) indiquent que la divulgation de l'ASE à son partenaire ainsi que la perception de sa réponse (positive ou négative) ont une incidence sur la satisfaction sexuelle du survivant, ainsi que sur celle du partenaire. En effet, quand la réponse du partenaire perçue par le survivant d'ASE correspond à un soutien émotionnel positif, la satisfaction sexuelle des deux partenaires du couple augmente. Ces résultats suggèrent donc eux aussi, l'influence et l'importance de la sphère amoureuse et son impact sur la relation entre une ASE et la sexualité à l'âge adulte. Ces résultats s'alignent sur ceux de la seule étude qui, à notre connaissance, a exploré le rôle modérateur de la satisfaction conjugale sur le risque de revictimisation à l'âge adulte chez des femmes survivantes d'ASE (Banyard, Williams et Siegel, 2002). En effet, dans cette étude longitudinale effectuée sur 80 femmes survivantes d'ASE, la satisfaction perçue à l'égard du soutien social (dont la satisfaction conjugale pour les femmes mariées) était protectrice du fait de vivre une expérience de revictimisation sexuelle à l'âge adulte.

En somme, la recherche empirique tend à démontrer le rôle de la sphère amoureuse sur la sexualité des survivants d'ASE. Pourtant, à notre connaissance, aucune étude n'a encore porté sur la satisfaction conjugale en tant que facteur de protection de la

sexualité des survivants d'ASE. De plus, bien que certains auteurs aient émis l'hypothèse qu'une relation amoureuse satisfaisante pourrait avoir un effet positif sur l'ajustement psychosexuel des survivants d'un traumatisme (voir par exemple, Godbout *et al.*, 2007, 2013), cette hypothèse reste encore non vérifiée empiriquement. Ce manque de recherche participe à la création d'un vide scientifique sur le sujet et montre la pertinence d'examiner le rôle de la satisfaction conjugale dans la relation entre l'ASE et les difficultés sexuelles à l'âge adulte. En effet, si on considère la présence d'impacts d'une ASE sur le fonctionnement sexuel (p.ex., Easton *et al.*, 2011 ; Vaillancourt-Morel *et al.*, 2015, 2016) en plus de l'effet positif et protecteur de la sphère amoureuse sur plusieurs aspects du fonctionnement adulte, dont la sexualité (p.ex., Cairo Notari et *al.*, 2016 ; Péloquin *et al.*, 2014) et le fait que celle-ci semble protéger du risque de revictimisation sexuelle (Banyard *et al.*, 2002), il semble cohérent de penser qu'une relation conjugale satisfaisante pourrait avoir un effet modérateur de la relation entre l'ASE et la sexualité. En d'autres termes, une bonne satisfaction conjugale permettrait de protéger les survivants d'ASE de vivre des difficultés sexuelles à l'âge adulte.

# CHAPITRE II

# CADRE CONCEPTUEL

Cette étude prend ses fondements à travers deux cadres théoriques. Premièrement, le modèle des dynamiques traumagéniques (Finkelhor et Browne, 1985) permet de mieux saisir le lien entre l'ASE et le fonctionnement sexuel à l'âge adulte. Deuxièmement, le modèle de vulnérabilité-stress-adaptation (Karney et Bradbury, 1995) permet d'appuyer le choix de la satisfaction conjugale comme variable modératrice du lien entre l'ASE et la présence de difficultés sexuelles à l'âge adulte.

## 2.1 Le modèle des dynamiques traumagéniques

Les quatre dynamiques traumagéniques de Finkelhor et Browne (1985) offrent un cadre intéressant pour comprendre les répercussions à long terme de l'ASE en plus d'avoir été validées empiriquement (Cantón-Cortés, Cortés, et Cantón, 2012 ; Dunlop *et al.*, 2015). Les quatre dynamiques sont la trahison, l'impuissance, la stigmatisation et finalement la sexualisation traumatique.

La dynamique de la *trahison* fait référence à l'apprentissage que fait l'enfant qui a subi une ASE, qu'une personne face à laquelle il pouvait se sentir vulnérable ou encore dépendant, ai abusé de sa confiance et lui ai causé du tort. Les réactions des membres de la famille de l'enfant suite à l'ASE, sont également à prendre en compte dans la dynamique de trahison. En effet, si par exemple l'enfant qui dévoile son agression sexuelle n'est pas cru ou qu'un jugement défavorable lui est transmis, le

sentiment de trahison risque d'être amplifié en comparaison à un enfant qui serait cru et entendu.

La dynamique d'*impuissance* réfère au fait que suite à l'ASE, la volonté, les désirs, le sentiment de contrôle et d'efficacité de l'enfant ont été bafoués. Le sentiment d'impuissance atteint son paroxysme lorsque, par exemple, sont utilisées par l'agresseur la manipulation ou la violence et que les tentatives de l'enfant d'interrompre l'agression sexuelle n'aboutissent pas.

La dynamique de la *stigmatisation* renvoie à des émotions telles que la culpabilité, la honte, ou encore, la baisse de l'estime de soi, qui peuvent découler du ressenti de l'enfant, mais également de l'expression de ces sentiments par son entourage. Plus précisément, les commentaires ou les comportements de l'agresseur ainsi que ceux de l'entourage peuvent venir affecter l'enfant et le blesser son estime de lui-même. Cela est ensuite intériorisé par l'enfant dans son concept de soi. Par exemple, un manque de soutien de l'entourage à la suite de l'agression peut venir contribuer au sentiment de honte et de culpabilité ressenti par l'enfant. Selon les auteurs du modèle des dynamiques traumagéniques, les résultantes de la stigmatisation peuvent être des comportements tels que le sentiment de devoir garder le secret de l'agression.

La dynamique de *sexualisation traumatique* fait référence au processus par lequel la sexualité de l'enfant, d'un point de vue développemental et interpersonnel, est compromise suite à l'ASE. En effet, les auteurs rapportent que le contexte relié à l'agression dans l'enfance est directement relié à l'introduction de la sexualité chez l'enfant. Cette introduction précoce à la sexualité se produit dans un contexte par exemple ou l'enfant est exposé, de façon répétée ou non, à des comportements sexuels qui sont inappropriés pour son niveau développemental.

Dans le cadre de ce mémoire, la dynamique de *sexualisation traumatique* sera celle qui nous servira de ligne directrice majeure de compréhension concernant les répercussions de l'ASE sur le fonctionnement sexuel. En effet, le concept de sexualisation traumatique souligne le contexte inapproprié au niveau du développement dans lequel l'enfant est initié à la sexualité. À son tour, le développement inadéquat peut induire des confusions et fausses idées sur l'image de soi-même, mais aussi des associations émotionnelles faussées, qui peuvent en retour être liées à des comportements sexuels inadaptés qui sont susceptibles de persister à l'âge adulte. En définitive, sur la base de ce modèle théorique, les expériences d'ASE tendent à altérer le développement psychosexuel des survivants et à augmenter le risque de problèmes sexuels à l'âge adulte (par exemple, une perception négative de la sexualité). En affectant le développement sexuel de l'enfant, l'ASE peut être associée à différentes difficultés, souvent appelées symptômes traumatiques. Par exemple, les survivants d'ASE peuvent avoir des difficultés à identifier et à exprimer leurs besoins et désirs sexuels, à éprouver une aversion pour la sexualité, ou encore, avoir tendance à adopter des comportements sexuels à risque, ce qui vient altérer leur capacité à aborder les relations sexuelles sans éprouver de difficultés (Messman-Moore, Walsh et DiLillo, 2010 ; Vaillancourt-Morel *et al.*, 2015).

## 2.2 Le modèle de vulnérabilité-stress-adaptation

Afin de conceptualiser l'évolution et les déterminants de l'ajustement dyadique, Karney et Bradbury (1995) ont développé le modèle de vulnérabilité-stress-adaptation. Ce modèle intégrateur a été conceptualisé sur la base d'une recension des écrits comportant plusieurs études longitudinales des variables susceptibles d'influencer la stabilité conjugale. De plus, les auteurs se sont inspirés de la théorie de l'attachement (Bowlby, 1979) mais également d'autres bases théoriques comme les théories comportementales (Fincham et Bradbury, 1987). Ainsi, ce modèle a été choisi pour servir de base conceptuelle dans ce mémoire, puisqu'il est

particulièrement utile à des fins de conceptualisation des facteurs associés à la satisfaction conjugale, en plus de permettre une vision holistique de la dynamique conjugale (Dugal, Bigras, Laforte, Godbout et Bélanger, 2017).

Dans ce modèle, les relations conjugales sont abordées selon trois composantes soit : 1) les vulnérabilités qui correspondent aux caractéristiques stables de chacun des partenaires, 2) les stresseurs reliés aux évènements environnementaux stressants auxquels le couple doit faire face et enfin 3) les processus adaptatifs utilisés par le couple pour faire face à ces difficultés.

La composante des *vulnérabilités* renvoie aux spécificités personnelles de chaque partenaire, qui sont présentes avant la relation de couple. Ces caractéristiques comprennent par exemple la personnalité, des caractéristiques démographiques ou encore, des évènements historiques tel un vécu d'ASE et ces spécificités personnelles demeurent stables dans le temps (Karney et Bradbury, 1995). D'après ce modèle, ces vulnérabilités pourraient venir se transposer à l'intérieur de la relation et de fait, seraient susceptibles d'affecter sa durée, sa nature, ainsi que la dynamique conjugale.

Les *stresseurs* correspondent aux évènements extérieurs (présents, mais également passés) et représentent les défis auxquels les partenaires sont confrontés. Ces évènements pourraient avoir un impact sur le fonctionnement actuel, puisqu'ils sont susceptibles de générer des conflits qui rendraient la satisfaction conjugale plus fragile (Karney et Bradbury, 1995).

Enfin, les *processus adaptatifs* correspondent aux mécanismes qui sont mis en place par les partenaires pour réguler le fonctionnement conjugal et faire face aux différents stresseurs et vulnérabilités qui sont présents dans la dyade amoureuse (Karney et Bradbury, 1995).

En somme, les auteurs de ce modèle indiquent que ces trois dimensions (vulnérabilités-stresseurs-adaptation) s'interinfluencent entre elles. Autrement dit, l'adaptation peut être influencée par les stresseurs, mais ces derniers peuvent eux-mêmes être influencés par les vulnérabilités (Karney et Bradbury, 1995). De fait, ce modèle permet de comprendre les facteurs pouvant protéger la dynamique conjugale, mais également comment l'ajustement dyadique pourrait influencer les vulnérabilités des partenaires. Ainsi, l'utilisation de ce modèle dans la présente étude permet d'appréhender comment, une relation de couple satisfaisante pourrait modérer les dommages générés par le vécu d'une ASE par un des deux partenaires de la dyade sur le fonctionnement sexuel du survivant. De cette manière, les variables distales (c.-à-d., le vécu d'une ASE par un des deux partenaires ou les deux) pourraient avoir un effet différent sur la sexualité en fonction de variables proximales (c.-à-d., la satisfaction conjugale).

# CHAPITRE III

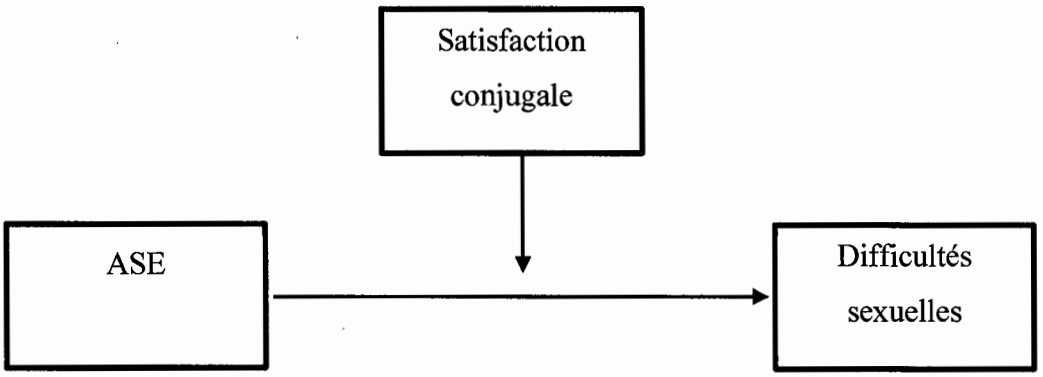
# OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

L'objectif de ce mémoire s'articule autour de deux principaux constats. Premièrement, sur les associations qui sont documentées empiriquement entre l'ASE et l'altération du fonctionnement sexuel à l'âge adulte (p.ex., Bigras *et al.*, 2015 ; Easton *et al.*, 2011 ; Messman Moore *et al.*, 2010 ; Vaillancourt-Morel *et al.*, 2015, 2016). Deuxièmement, sur les variabilités qui entourent les répercussions sexuelles des survivants d'ASE (Murray *et al.*, 2014 ; Labadie, *et al.*, 2018 ; Rellini et Meston, 2007a), et sur la prise en compte des omissions scientifiques concernant les facteurs modérateurs des répercussions traumatiques sur la sphère sexuelle des survivants d'ASE. Ainsi, l'objectif de cette étude est d'explorer le rôle modérateur de la satisfaction conjugale sur l'association entre l'ASE et les difficultés sexuelles à l'âge adulte. Cet objectif s'ancre dans la volonté de mieux comprendre les facteurs influençant cette dynamique pour mieux saisir la complexité qui entoure les répercussions traumatiques d'une ASE sur la sexualité adulte et dont l'hétérogénéité qui les caractérise en est le reflet.

L'objectif principal de ce mémoire se décompose donc en deux hypothèses. Premièrement, il est prévu que l'expérience de l'ASE soit associée à davantage de difficultés sexuelles à l'âge adulte. Deuxièmement, l'hypothèse qu'un niveau de satisfaction conjugale plus élevé atténuerait les effets délétères de l'ASE sur la sexualité en diminuant, voir en annulant la présence de difficultés sexuelles est émise. En d'autres termes, les survivants d'ASE avec un haut niveau de satisfaction

conjugale auraient moins de difficultés sexuelles (c.-à-d., préoccupations sexuelles et/ou comportements sexuels problématiques) que les survivants d'ASE avec un niveau de satisfaction conjugale plus faible.

Figure 3.1. Modèle de modération de la satisfaction conjugale sur le lien entre ASE et difficultés sexuelles à l'âge adulte.



# CHAPITRE IV

# MÉTHODOLOGIE

Cette étude s'inscrit dans la continuité d'un projet de recherche nommé « Les traumas interpersonnels à l'enfance et les relations interpersonnelles et amoureuses » dirigé par la professeure Natacha Godbout. Cette étude consiste en une analyse secondaire des données récoltées lors de ce projet.

## 4.1 Échantillon et procédure

Le recrutement s'est principalement effectué en ligne auprès d'adultes de la communauté du Québec. Une page Facebook a été créée spécifiquement pour ce projet de recherche avec un lien pour participer à l'étude, en plus d'invitations à participer à l'étude via différentes listes de diffusion (p. ex., Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, s'adressant aux professeurs, étudiants, ainsi qu'à tout autre professionnel du domaine de la psychologie ; Centre de Recherche Interdisciplinaire sur les Problèmes Conjugaux et les Agressions Sexuelles). Les critères d'inclusion pour participer à l'étude étaient d'être âgé de 18 ans et plus, pouvoir lire et répondre à des questions en français et/ou en anglais et avoir accès à un ordinateur. Notre échantillon est donc non probabiliste et de convenance. Pour ce projet, un sous-échantillon de l'échantillon initial du projet qui comprend 1505 participants a été utilisé, afin de retenir seulement les participants qui étaient en

relation de couple (c.-à-d., en relation avec un partenaire régulier depuis au moins six moins).

Concernant la procédure de récolte des données, les participants devaient répondre à un questionnaire en ligne qui était hébergé sur le site internet *SurveyMonkey*. La participation à l'étude nécessitait de 30 à 45 minutes de leur temps. En complétant le questionnaire, les participants pouvaient prendre part à un tirage au sort, dans lequel ils couraient la chance de gagner un des deux prix d'une valeur de 50 $.

L'échantillon final utilisé pour cette étude est composé de 320 adultes (70,6%, $n$ = 226 femmes et 29,1%, $n$ = 93 hommes) âgés de 18 à 75 ans ($M$ = 29,58 ; $ET$ = 10,9). La majorité des participants sont citoyens canadiens (90,3%, n = 289) et parle le français comme première langue (93,4%, $n$ = 299). Plus de la moitié de l'échantillon rapporte une scolarité de niveau universitaire (premier cycle et/ou cycles supérieurs ; 69,3%, $n$ = 222) et rapporte être étudiant (48,8%, $n$ = 156) ou travailleur à temps plein (37,8%, $n$ = 121). La plupart déclarent un revenu inférieur à 40 000 $CA par an (66,3%, $n$ = 212) et s'identifient comme hétérosexuels (91,6%, $n$ = 293). En ce qui concerne leur statut relationnel, 35% ($n$ = 112) entretenaient une relation avec un partenaire régulier sans cohabitation, 49,1% ($n$ = 157) étaient conjoints de fait ou cohabitaient et 15,9% ($n$ = 51) étaient mariés.

## 4.2 Instruments de mesure

*L'expérience d'agression sexuelle en enfance* a été évaluée par un item visant à vérifier la présence ou non d'une ASE. Ainsi, une mesure objective de l'ASE a été utilisée pour représenter plus précisément les taux d'ASE et pour limiter les biais de réponse (c.-à-d., incluant les participants qui ont subi une ASE mais qui ne s'identifient pas comme des « victimes »). Une question a été posée aux participants, qui est inspirée du Code criminel Canadien (1985), leur demandant « s'ils avaient eu,

avant l'âge de 18 ans, une expérience sexuelle non désirée ou des contacts sexuels avec un adulte, une personne en position d'autorité ou une personne âgée de plus de 5 ans. » L'ASE était une variable dichotomique codée absence (0) ou présence (1) s'ils répondaient « oui » à la question ci-dessus. Après une réponse positive, les participants ont été invités à répondre à une série d'autres questions visant à détailler le type de contact sexuel (p.ex., voyeurisme, attouchement des parties génitales, , pénétration orale, vaginale, anale) ainsi que leur relation avec le ou les agresseurs (c.-à-d., un parent, un frère ou une sœur, autres membres de la famille, ami ou connaissance, professeur, inconnu).

*Les difficultés sexuelles* ont été évaluées à l'aide de l'échelle de difficultés sexuelles du *Trauma Symptom Inventory-2* (TSI-2 : Briere, 1995, 2011) traduit en français par l'équipe de recherche. Cette échelle de 10 items se divise en deux sous-échelles, qui mesurent les préoccupations sexuelles (5 items) et les comportements sexuels problématiques (5 items). Premièrement, la sous-échelle de préoccupations sexuelles évalue la présence de détresse sexuelle et les items ciblent l'anxiété sexuelle, les pensées et émotions négatives émergeant lors des relations sexuelles, les sentiments sexuels indésirables (honte), la présence de dysfonctions sexuelle. Deuxièmement, la sous-échelle de comportements sexuels dysfonctionnels fait référence aux comportements présentant un aspect dangereux pour l'individu et/ou menant à des comportements pouvant être préjudiciables. Chaque item évalue la fréquence d'apparition d'un symptôme au cours des six derniers mois, codé de 0 = jamais à 3 = toujours. Les scores sont calculés en additionnant chaque item et le score total des difficultés sexuelles varie de 0 à 24. Un score élevé indique un niveau plus élevé de difficultés sexuelles. L'Alpha de Cronbach pour cette échelle était satisfaisant ($\alpha$ = 0,71) de même que celui de l'étude de validation de Briere (2011) ($\alpha$ = 0,84).

*La satisfaction conjugale* a été évaluée grâce au questionnaire *Dyadic Adjustment Scale* (DAS-4 : Sabourin *et al.*, 2005). Le DAS-4 est la version courte de l'échelle

originale en 32 items (Spanier, 1976). Les trois premiers items sont présentés sous la forme d'une échelle de Likert de six points allant de *0 = jamais* à *5 = toujours*. Le quatrième item est un indicateur général du bonheur relationnel, présenté avec une échelle de Likert de sept points allant de *0 = extrêmement malheureux* à *6 = parfaitement heureux*. Le score total s'échelonne de 0 à 21 et des scores plus élevés reflètent un plus haut niveau de satisfaction conjugale. Un score de 13 représente le seuil utilisé afin de différencier les individus cliniquement insatisfaits de leur relation de ceux qui sont satisfaits de leur relation. La version abrégée du DAS fournit une cohérence interne et une validité prédictive qui sont équivalentes à la mesure originale (Sabourin *et al.,* 2005). La cohérence interne est bonne dans l'échantillon de la présente étude ($\alpha = 0,80$) de même que dans de précédentes études ($\alpha$ compris entre 0,76 et 0,96 ; Sabourin *et al.*, 2005).

## 4.3 Considérations éthiques

Ce projet a été accepté par le comité éthique de l'UQAM. Les participants ont été prévenus que toute l'information recueillie et utilisée dans le cadre de ce projet restera anonyme et confidentielle. Seuls les membres de l'équipe de recherche ont accès aux renseignements recueillis. Concernant les risques de participer à cette étude, il est possible que certains participants aient vécu des désagréments en raison du temps à consacrer pour répondre au questionnaire. Aussi, certaines questions peuvent raviver des émotions désagréables associées aux difficultés que peuvent vivre les participants. Pour pallier ces risques, les participants avaient accès aux coordonnées d'une personne ressource de l'équipe de recherche qui pouvaient ensuite leur transmettre une liste de ressources susceptibles de les aider. Finalement, comme cette étude est une analyse secondaire et étant donné la date de recrutement des participants à l'étude (2012-2016), il est peu probable que ces risques à l'heure actuelle se retrouvent chez les participants de l'étude.

## 4.4 Analyses

Tout d'abord, des analyses descriptives et corrélationnelles ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS v.24 (IBM Corp, 2016) pour documenter les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon à l'étude. L'examen des données a révélé que les variables pour la satisfaction conjugale et les difficultés sexuelles n'étaient pas normalement distribuées. Étant donné que la variable de satisfaction conjugale comportait des données extrêmes, un procédé de winsorisation a été effectué à une valeur de 3 écarts types par rapport à la moyenne, afin d'éliminer les valeurs extrêmes et ainsi corriger sa normalité (Ruppert, 2006). Malgré une transformation logarithmique, la normalité de la variable de difficultés sexuelles est restée problématique. Pour surmonter cette non-normalité, les analyses subséquences de modération ont été effectuées dans le logiciel *Mplus* version 7 (Muthén et Muthén, 1998-2015). Une méthode d'estimation robuste (*Maximum Likelihood Robust method of estimation,* MLR ; Yuan et Bentler, 2000) à la non-normalité des variables a donc été privilégiée. De plus, des données sociodémographiques telles que le sexe, l'âge et le statut de la relation ont été entrées comme covariables dans le modèle de modération.

CHAPITRE V

ARTICLE

# It's good to have you: The moderator role of relationship satisfaction in the link between child sexual abuse and sexual difficulties.

Mathilde Baumann, Université du Québec à Montréal

Noémie Bigras, Université du Québec à Montréal

Alison Paradis, Université du Québec à Montréal

Natacha Godbout, Université du Québec à Montréal

Département sexologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada

**Abstract:** Childhood sexual abuse (CSA) is an epidemiologic phenomenon whose deleterious repercussions on adult functioning have been well documented. Research has revealed a significant prevalence of long-lasting sexual problems in adulthood among CSA survivors, yet many survivors do not report such difficulties. Despite this, few studies have examined the protective factors at play in the relationship between CSA and sexual functioning. This study examined the moderator role of relationship satisfaction in the associations between CSA and sexual difficulties in adulthood. A total of 320 adults involved in a romantic relationship for at least six months, completed online questionnaires assessing their history of CSA, sexual difficulties, and relationship satisfaction. Results of moderation analyses indicated that CSA survivors who were dissatisfied with their romantic relationship reported more sexual difficulties, while those who were satisfied with their relationship did not. These results highlight the protective, and potentially reparative role, of fostering a positive romantic relationship when working with CSA survivors.

**Keywords:** Child sexual abuse; Relationship satisfaction; Sexual difficulties

Childhood sexual abuse (CSA) is an important social and public health issue. An international meta-analysis suggests that 18% of women and 8% of men report having experienced CSA before the age of 18 (Stoltenborgh, Van Ijzendoorn, Euser, & Bakermans-Kranenburg, 2011). The growing empirical research on this topic indicates long-term effects of CSA on adult functioning, with an important variability among survivors (Murray, Nguyen, & Cohen, 2014). The magnitude of the CSA phenomenon and its heterogeneous impacts within survivors highlight the importance of better understanding factors that might influence the effects of CSA on adult functioning and specifically on the experience of sexual difficulties.

The relational nature of CSA, often endured in the context of an attachment relationship (e.g., parental figure), as well as the violation of human connection it involves, could lead to psychosexual difficulties in adulthood (Herman, 1992). Finkelhor and Browne's four traumagenic dynamics (1985) offer an interesting framework to understand long-term CSA repercussions on sexuality. Specifically, their model includes the concept of traumatic sexualization, which highlights the developmentally inappropriate context in which the child was introduced to sexuality, potentially leading to long-lasting confusions and misconceptions about one's own sexual self-concept and numerous sexual difficulties including negative emotions, sexual concerns or dysfunctional sexual behaviors. The relational nature of CSA is thought to be harmful because it is usually committed by a person who knows the child and often within an intimate or trustful relationship (Godbout, Runtz, MacInstoh, & Briere, 2013; Finkelhor & Browne, 1985). Thus, it is possible to hypothesize that a satisfactory intimate adult relationship could be particularly beneficial to CSA survivors, and, more specifically, play a protective role on their sexuality, which represents a vulnerable and intimate sphere. Yet, no study to our knowledge, has specifically examined the role of relationship satisfaction in the association between CSA and sexual difficulties in adulthood.

**Child sexual abuse and sexual difficulties**

Empirical studies have confirmed the theoretical standpoint showing that CSA may alter a survivors' ability to approach sex in a healthy manner (for review, see Aaron, 2012). CSA is related to sexual difficulties including, issues with identifying and expressing one's sexual needs and desires, lower sexual satisfaction, aversion to sex and intimacy, and sexual anxiety (Bigras, Godbout, & Briere, 2015; Messman-Moore, Walsh, & DiLillo, 2010; Vaillancourt-Morel et al., 2015). Other results also support the association between CSA and increased unwanted sexual thoughts and feelings (e.g., guilt and avoidance; Easton, Coohey, O'leary, Zhang & Hua, 2011), as well as sexual dysfunctions (e.g., unable to orgasm, orgasm too quickly; Najman, Dunne, Purdie, Boyle, & Coxeter, 2005). Furthermore, in terms of dysfunctional sexual behaviors, researchers found that CSA was also linked to more behavioral sexual consequences including increased risky sexual behaviors, a higher number of sexual partners, as well as a heightened risk of infidelities and sexual compulsive behaviors (Blain, Muench, Morgenstern, & Parsons, 2012; Vaillancourt-Morel et al., 2015). A 23-year longitudinal study corroborates previous results by also adding associations between CSA and a higher risk of unwanted pregnancies, and an increased number of sexually transmitted infections (Trickett, Noll, & Putnam, 2011).

While the association of CSA and sexual sequelae in adulthood is widespread, some studies failed to identify a link between CSA and sexual difficulties (e.g., Rellini & Meston, 2007; Lemieux & Byers, 2008), and many survivors do not report such difficulties even in studies which have documented this association. This indicates heterogeneity among CSA survivors and the presence of potential protective factors that should be more thoroughly examined. For instance, a recent study, conducted with 324 men and women CSA survivors, revealed a variability of sexual difficulties among survivors associated to romantic attachment (Labadie, Godbout, Vaillancourt-Morel, & Sabourin, 2018). More specifically, Labadie and colleague's study (2018)

observed a group of CSA survivors reporting high levels of attachment avoidance and sexual compulsivity, and a second group reporting levels of attachment avoidance and sexual compulsivity similar to non-survivors. The variability of sexual repercussions among CSA survivors could also be explained by relationship status. Indeed, Vaillancourt-Morel and colleagues (2016), found that sexual compulsivity was higher in single participants whereas sexual avoidance was higher in married participants, suggesting that CSA repercussions on adult sexuality can unfold in distinct patterns of expression depending on the type of relationship status. Another recent study looked at the effect of CSA disclosure on sexual satisfaction, and found that the disclosure of CSA to their partner and the partners' response (e.g., positive or negative), influences both the survivor and their partners' sexual satisfaction (De Montigny et al., 2018). These results also suggest that the quality of the romantic relationship may have an influence on CSA survivors' sexuality.

In addition to the variability of sexual repercussions between survivors, research has used an assortment of questionnaires specific to non-trauma sexuality to assess sexual difficulties in the aftermath of CSA. Yet, Briere and colleagues (1995) have developed the Trauma Symptom Inventory (TSI) in response to the paucity of validated and standardized measures assessing the full range of potential posttraumatic outcomes in the general population. Since the questionnaire was created and updated (TSI-2, Briere, 2011), lots of attention has been directed toward the numerous scales of this questionnaire (i.e., anxious arousal, depression, somatic preoccupations, sexual disturbance, suicidality, insecure attachment, impaired self-references, tension reduction behavior) because it allows to draw a realistic and complex portrait of symptomatology in the aftermath of a traumatic event (Banyard, Willimans, & Siegel, 2004; Briere & Elliot, 2003). Among assessed posttraumatic symptoms, two categories of sexual outcomes are suggested. First, sexual concerns refer to sexual distress or dysfunctions by tapping anxiety, negative thoughts and feelings during sex, shame toward sexual activities or sexual problems (e.g., lack of

interest in sex, anxiety about sexual performance). Second, dysfunctional sexual behaviors refer to behaviors that are dysfunctional, harmful, or otherwise problematic for the individual (e.g., sexual attraction to potentially dangerous partners, compulsive sexuality, unprotected sex). With the exception of a few studies which used the TSI-2 on women CSA survivors and non-victims (Van Bruggen, Kadlec, & Runtz, 2006; Banyard, Williams, & Siegel, 2001), or survivors of adult sexual assault (Elliott, Mok, & Briere, 2004), the specific associations of traumatic events with sexual concerns and dysfunctional sexual behaviors have been scarcely examined. Furthermore, even fewer of these studies have examined sexual difficulties solely in relation to CSA experiences.

In sum, corpus of empirical data suggests that CSA survivors form a heterogeneous population and it also highlights the importance of examining factors that may moderate the effects of CSA on sexual functioning in adulthood. Nevertheless, while some of the influencing factors behind the link between CSA and sexual difficulties have been brought to light (e.g., Vaillancourt-Morel et al., 2015; De Montigny Gauthier et al., 2018) the protective factors encompassing the sexuality of CSA survivors remain overlooked.

**The role of relationship satisfaction**

Relationship satisfaction is typically evaluated as the perception of a positive dyadic adjustment, referring to the feeling of sharing a healthy and fulfilling relationship with a stable partner (Sabourin, Valois, & Lussier, 2005; Spanier, 1976). The protective role of relationship satisfaction is empirically recognized (for a review, see Kielcolt-Glaser & Wilson, 2017) and was mostly studied on psychological well-being and physical health. For instance, a recent study indicated a protective effect of relationship satisfaction on the body image of women survivors of breast cancer (Cairo Notari, Notari, Delaloye, & Guilietta, 2017). Findings from another study

showed that a stable and satisfactory couple relationship was prospectively predictive of less depression in parents who reported physical, sexual and emotional abuse in childhood (Henry, Thornberry, & Lee, 2015).

Previous studies also suggest that being involved in a satisfactory relationship may have beneficial effects on sexuality. For example, a study conducted within a sample of women with fibromyalgia demonstrated that women with lower relationship satisfaction reported lower sexual arousal and more pain during sexual activities than the ones with higher relationship satisfaction (Kool, Woertman, Prins, Van Middendorp, & Geenen, 2006). It is possible to infer that the opposite might also be true; namely, higher relationship satisfaction could be associated with less sexual difficulties. While no study specifically tested this hypothesis, there are empirical data that support this line of thought. Péloquin, Bigras, Brassard, and Godbout (2014), found within a sample of 214 heterosexual adults, that perceiving their partner as being supportive acted as a moderator tempering the negative impacts of romantic attachment on sexual self-esteem, sexual anxiety, and sexual assertiveness. Another study using a sample of 372 newlywed couple used the TSI-2 to examine associations between several child maltreatment types and various trauma-related symptoms, including sexual difficulties. However, while the authors of this study examined the role of social and family support on the link between child maltreatment and sexual trauma-related symptoms, they neglected to include the role of relationship satisfaction (Evans, Steel, & DiLillo, 2013). Therefore, while some authors (Godbout, et al., 2013; MacIntosh & Johnson, 2008; Trickett, et al., 2011) have shown that a satisfying romantic relationship can have a positive effect on trauma survivors' psychosexual adjustment there is no study, to our knowledge, that has examined relationship satisfaction as a specific protective factor of CSA survivors' sexuality.

### The current study

Based on the empirical literature and the scientific gap that still exists on the moderating factors of the effects of CSA, the aim of this study was to explore the moderating role of relationship satisfaction on the association between CSA and sexual difficulties. This objective breaks down into two hypotheses. First, considering the impact of CSA on sexual functioning (e.g., Easton et al., 2011; Vaillancourt-Morel et al., 2015), it was hypothesized that the experience of CSA would be associated with more sexual concerns and dysfunctional sexual behaviors in adulthood, as measured with the TSI-2. Second, taking into account the protective effect of relationship satisfaction on several aspects of adult functioning (e.g., Cairo Notari et al., 2016; Péloquin et al., 2014), it was hypothesized that a higher level of relationship satisfaction would buffer the negative effects of CSA on sexual difficulties. In other words, CSA survivors with a higher level of relationship satisfaction would report less sexual difficulties than CSA survivors with lower levels of relationship satisfaction.

## Method

### Procedure and Participants

Participants were adults recruited from the general population of Canada. Participants were asked to complete an online questionnaire hosted on the platform *SurveyMonkey*. The survey required 30 to 45 minutes to complete. Participants were offered the opportunity to enter in a drawing for $50CAN. The study was approved by the [LEAVE BLANK FOR REVIEW] Institutional Review Board.

Out of a total of 1505 participants, only those who were in a relationship for at least six months and who had answered the questionnaires concerning the study variables

were retained. The final sample consisted of 320 adults (70.6%, $n$ = 226 women and 29.1%, $n$ = 94 men) aged 18 to 75 ($M$ = 29.58; $SD$ = 10.9). The majority of participants were Canadian citizens (90.3%, $n$ = 289) who spoke French as their primary language (93.4%, $n$ = 299). More than half of the sample had a university education level (i.e., undergraduate and/or graduate; 69.3%, $n$ = 222) and most were students (48.8%, $n$ = 156) or full-time workers (37.8%, $n$ = 121). Most reported an income of less than $ 40,000 CAN a year (66.3%, $n$ = 212) and identified as heterosexuals (91.6%, $n$ = 293). Regarding their relationship status, 35% ($n$ = 112) were in a relationship with a regular partner without cohabiting, 49.1 % ($n$ = 157) were in a common-law relationship or cohabiting and 15.9% ($n$ = 51) were married.

## Measures

**Child sexual abuse.** An objective measure of CSA was used to represent more accurately the rates of CSA and to limit the response biases (i.e., including participants who endured CSA but do not identify as "victim"). A question was asked to participants, based on the Canadian Criminal Code (1985), asking them "if they had an unwanted sexual experience or sexual contact with an adult, a person in a position of authority, or someone 5 years older, before the age of 18." CSA was a dichotomous variable and was scored as absent (0) or present (1) if they answered "yes" to any of the options above. Then, participants were invited to respond to a series of other questions detailing the type of sexual contact (e.g., showed genitals, oral or anal sex, vaginal penetration, etc.) and their relationship with the abusers (e.g., parent, brother or sister, others family members, friends or acquaintance, boy or girl of the same age, professor, unknown).

**Sexual difficulties.** Sexual difficulties were assessed using the sexual difficulties scale of the Trauma Symptom Inventory-2 (TSI-2: Briere, 2011). This 10-items scale includes two subscales, measuring sexual concerns (5 items) and dysfunctional sexual

behaviors (5 items). The sexual concerns subscale assesses the presence of sexual distress with items targeting sexual anxiety, unwanted negative thoughts and emotions during sex (i.e., shame), and the presence of sexual dysfunction. The dysfunctional sexual behaviors subscale assesses participants' report of potentially risky sexual behaviors which affects the quality of the individual sexuality or because they may cause harm to the individual (i.e., compulsive behaviors, sexual risk behaviors). Each item evaluated the frequency of a symptom in the last six months and was coded on a Likert scale ranging 0 = *never* to 3 = *always*. The total continuous score of sexual difficulties is obtained through a sum of the item and ranges from 0 to 24. A higher score indicated a greater level of sexual difficulties. The measure offers clinical cut-offs: T-scores of 65 or higher represent clinically significant impairments. The Cronbach's alpha for this scale was satisfactory in this study ($\alpha$ = .71) similarly to Briere's (2011) validation study ($\alpha$ = .84).

**Relationship satisfaction.** Relationship satisfaction was assessed using the short version of the Dyadic Adjustment Scale (DAS-4: Sabourin, Valois & Lussier, 2005; Spanier, 1976). Three items (example of item: "In general, can you say that things are going well between you and your partner?") are responded on a six-point Likert scale ranging from 0 = *never* to 5 = *always*. The fourth item is a general indicator of relational happiness, responded on a seven-point Likert scale ranging from 0 = *extremely unhappy* to 6 = *perfectly happy*. The total score ranges from 0 to 21, where higher scores reflect a higher level of relational satisfaction. A score of 13 represents the threshold used to differentiate clinically dissatisfied individuals from those who are satisfied with their relationship (Sabourin et al., 2005). Internal consistency was good in previous studies ($\alpha$ ranged from .76 to .96; Sabourin et al., 2005) and in the current sample ($\alpha$ = .81).

## Data analysis

First, descriptive and correlational analyses were performed using SPSS v24 to document sociodemographic characteristics of the study sample. Examination of the data revealed that relationship satisfaction and sexual difficulties were not normally distributed. Since the relationship satisfaction variable had extreme data, it was winzorized to a value of 3 standard deviations from the mean, in order to eliminate outliers and correct its normality (Ruppert, 2006). Despite a log transformation, the sexual difficulties variable remained non-normal. To overcome non-normality, a regression and a moderation path analysis were conducted in M*plus* version 7 (Muthén & Muthén, 1998–2015), using the Maximum Likelihood Robust method of estimation, which is robust to the non-normality of observations (MLR; Yuan & Bentler, 2000). Gender, age and relationship status were entered as covariates in the model.

# Results

## Descriptive and bivariate analyses

**Childhood sexual abuse.** As reported in Table 1, 26%_of participants reported a history of CSA, which represents 18% of women and 8% of men in the full sample. Among CSA survivors, a total of 62.6% ($n$ = 52) reported having experienced CSA without contacts and/or touching and 25.3% reported having experienced penetration ($n$ = 21). Data was unavailable for 10 participants. Finally, 39,7% ($n$ = 33) reported intrafamilial (i.e., immediate and extended family) CSA and 59% ($n$ = 49) extrafamilial CSA.

**Sexual difficulties.** On a possible range of 0-24, the mean score for the sexual difficulties scale was 3.23 (SD = 3.59). A total of 6,3% ($n$ = 20) of the total sample

and 12% ($n$ = 10) of CSA survivors reported problematic or clinically significant sexual difficulties. T-tests analyses indicated that the scores of sexual difficulties significantly differed between survivors of CSA and non-victims ($t_{(109,319)}$ = -3.26, $p$ = .002), with survivors reporting more sexual difficulties ($M$ = 4.53, $SD$ = 4.55) than non-victims ($M$ = 2.78, $SD$ = 3.07).

**Relationship satisfaction.** The current sample showed a high level of relationship satisfaction ($M$ = 16.6, $SD$ = 3.27), similar to previous studies in general population samples (e.g., Sabourin et al., 2005). A significant difference according to CSA was found ($t_{(318)}$ = 2.75, $p$ = .006), with survivors reporting significantly lower relationship satisfaction ($M$ = 15.76, $SD$ = 3.79) than non-victims ($M$ = 16.89, $SD$ = 3.02). Based on the clinical threshold for relationship satisfaction, results revealed that 13.3% ($n$ = 11) of CSA survivors and 9.7 % ($n$ = 23) of non-victims reported clinically significant relationship dissatisfaction.

Considering that certain studies have highlighted that scores of relationship satisfaction and sexuality might be related to the relationship status (Vaillancourt-Morel et al., 2016), an ANOVA analysis was conducted to examine the presence of differences between relationship satisfaction and sexual difficulties scores by relationship status. Results revealed no significant differences in levels of relationship satisfaction ($F_{(2)}$ = 0.38, $p$ =.686), and sexual difficulties ($F_{(2)}$ = 2,85, $p$ =.059) according to relationship status.

**Table 1.** Descriptive analyses for study variables

| **Variables** | *n* | % |
|---|---|---|
| **CSA** | 83 | 25.9 |
| Women | 58 | 69,9 |
| Men | 25 | 30,1 |
| **CSA type** | | |
| Missing data | 10 | 12 |
| Without contacts | 6 | 7.2 |
| Touching | 46 | 55.4 |
| Penetration | 21 | 25.3 |
| **Relationship with abuser** | | |
| **Intra-familial** | | |
| Parent | 4 | 4.8 |
| Brother / Sister | 9 | 10.8 |
| Other family members (uncle, aunt, cousin, grandparent, etc.) | 20 | 24.1 |
| **Extra-familial** | | |
| Friend of the family or acquaintance | 5 | 6 |
| Boy or girl of the same age without consent | 25 | 30.1 |
| Professor | 3 | 3.6 |
| Unknown men or women | 16 | 19.3 |
| **Trauma-related sexual difficulties** Problematic and clinically significant | 20 | 6.3 |
| **Relationship satisfaction** | | |
| Clinically distressed | 34 | 10.6 |

Results of correlational analyses (see Table 2) indicated a significant and positive relationship between the experience of CSA and the presence of sexual difficulties in adulthood. The presence of CSA was negatively correlated with relationship satisfaction and the latter, was negatively correlated with sexual difficulties, meaning that higher relationship satisfaction was associated with less sexual difficulties.

**Table 2.** *Correlations, Means and Standards Deviations among Study Variables*

| Variables | 1 | 2 | 3 | *M* | SD |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Childhood sexual abuse | - | - | - | N/A | N/A |
| 2. Relationship satisfaction | - .14 * | - | - | 16.58 | 3.31 |
| 3. Sexual difficulties | .21 ** | -.31 ** | - | 3.22 | 3.68 |

Notes: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

**Moderating effect of relationship satisfaction on the link between CSA and sexual difficulties in adulthood**

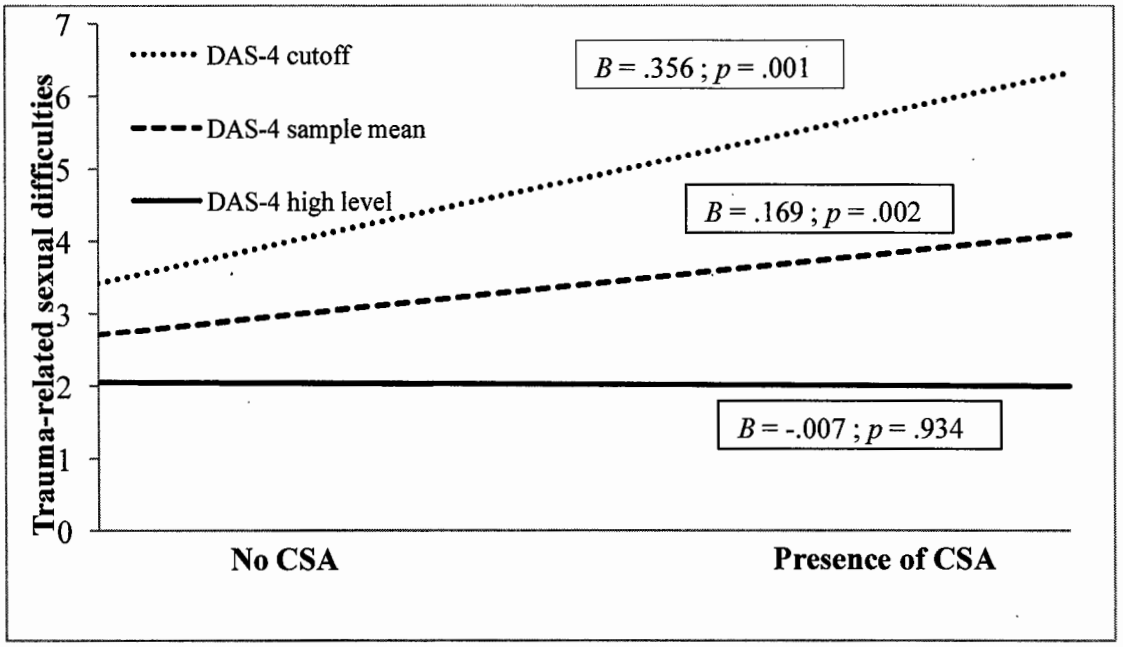
Regression analyses revealed that CSA was associated with sexual difficulties ($\beta = .174$, $p = .002$) and explained 12.4 % of the variance associated to sexual difficulties. Results of the moderation analysis (see Table 2) indicated that the moderation effect of relationship satisfaction was statistically significant ($\beta = -.183$, $p = .011$) and explained 15.6 % of the variance in sexual difficulties. The interaction term remained significant once the covariates were added (i.e., age, gender and relationship status) ($\beta = -.179$, $p = .011$). The final moderation model explained 18.7% of the variance in sexual difficulties.

**Table 3.** *Regression analyses: Moderating effect of relationship satisfaction in the association between childhood sexual abuse and trauma-related sexual difficulties.*

| | Trauma-related sexual difficulties | | | |
|---|---|---|---|---|
| | β | SE | t | *p* |
| Childhood sexual abuse | .169 | .052 | 3.250 | .001 |
| Relationship satisfaction | -. 278 | .054 | -5.116 | .001 |
| Childhood sexual abuse X Relationship satisfaction | -.179 | .070 | -2.552 | .011 |

The two-way interaction was examined using follow-up simple slope analysis with the moderator at three values: clinical cut-off (-1 *SD* below the mean), mean, and high (+1 *SD* above the mean). Results of the simple slopes test (see Figure 1), indicated that CSA survivors reported significantly higher scores of sexual difficulties not only when their levels of relationship satisfaction were below the clinical threshold (i.e., DAS score of $\leq 13$, $p < .001$) but also when they were below the sample mean score (i.e., mean DAS score of 16.6, $p = .002$). This relationship between CSA and sexual difficulties became non-significant when the relationship satisfaction scores were high. More specifically, the relationship between CSA and sexual difficulties became nonsignificant ($p = .092$) when the score on the dyadic adjustment scale was larger than 18.

**Figure 2.** *Moderation effect on relationship satisfaction on the association between CSA and trauma-related sexual difficulties*




## Discussion

CSA is known to be associated with long-term interpersonal consequences whose ramifications extend to the sexual sphere. Yet, it also appears that some survivors do not report any of those difficulties. The purpose of this study was to verify the potential protective role of relationship satisfaction in the association between CSA and sexual difficulties in adulthood in a convenience sample of adults involved in a romantic relationship. As expected, findings suggested that CSA was related to more sexual difficulties in adulthood. Also consistent with our hypotheses, this association was moderated by the level of relationship satisfaction.

About a quarter of the sample reported having experienced CSA, which is similar to the prevalence found in a global meta-analysis on CSA (Stoltenborgh et al., 2011) and other empirical studies among the general population (Barth, Bermetz, Heim,

Trelle, & Tonia, 2013). As hypothesized, CSA survivors reported on average, lower levels of relationship satisfaction and higher levels of sexual difficulties than non-victims. These results confirm those of previous studies (Godbout, et al., 2013; Briere & Eliott, 2003) and fit into the trauma-based theoretical models (Finkelhor & Browne, 1985) explaining the negative repercussions of CSA on relationship and sexual functioning. Our results also corroborate previous empirical studies as well as add to the body of research regarding the deleterious effects of CSA experience on sexuality (Rellini et al., 2011; Vaillancourt-Morel et al., 2015, 2016). Yet, with the exception of a few studies (e.g., Banyard et al., 2001, 2004; Briere & Eliott, 2003; Van Bruggen et al., 2006), little research has examined the specific associations between CSA and sexual difficulties, per se, as defined by the current study, as they have been assessed by a standardized and validated measure of specifically trauma-related symptoms. Non-trauma sexuality specific questionnaires such as the Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire (MSSCQ; Snell, 1995) or Sexual Satisfaction Scale (SSS; Meston & Trapnell, 2005) that have been used in association with traumatic experiences, do not consider recognized trauma-related repercussions of CSA in adulthood and are not built in a trauma-informed approach. Indeed, these questionnaires were built based on the general population, which can limit the generalization to survivors' characteristics, the trauma-sensitivity of their items, and the specific repercussions of traumatic experiences that are evaluated. For these reasons, the current study used a standardized and validated measure of specific trauma-related symptoms to assess sexual difficulties (i.e., TSI-2; Briere, 2011). Considering the use of such a trauma specific questionnaire, it is possible to assume that we effectively targeted the impact that CSA has on adult sexuality. Thus, our results provide good insights into how traumatic experiencing CSA can be for survivors, in terms of being developmentally inadequate and deleterious.

As hypothesized, we observed a non-significant association between CSA and sexual difficulties in individuals who reported higher relationship satisfaction. In contrast,

for individuals who reported low relationship satisfaction, the experience of CSA was related to greater levels of sexual difficulties. While the mechanisms explaining the link between CSA and sexual difficulties or dysfunctions are increasingly studied and better understood, the present study provide data on the often overlooked potential protective factors of CSA survivors' sexuality. Previous research on social, peer or family support have highlighted the significant contribution of these variables on multiple aspects of human functioning, like global health (Holt-Lundstad & Uchino, 2010) other studies suggested that social support (i.e., support from friends and family) moderates the link between different types of childhood traumas (i.e., sexual abuse, emotional abuse, physical neglect) and the presence of trauma-related symptoms in adulthood (i.e., dissociation, sexual difficulties, depression, (Evans, Steel, & DiLillo, 2013). Our results add to those of Evans and colleagues' (2013) by showing the specific role of romantic relationship. The current results suggest that the impact of CSA on sexual difficulties is moderated specifically through fairly high levels of relationship satisfaction. More precisely, relationship satisfaction above the clinical threshold of 13 were not enough to benefit from a protective effect on sexual functioning. Stronger levels of relationship satisfaction (i.e., $\geq$ 18) were deemed necessary to counteract the effects of CSA on sexuality. The DAS-4 questionnaire assesses relationship satisfaction, which encompasses many aspects of a romantic relationship (Sabourin et al., 2015; Spanier, 1976). For example, one of the questions asked was about confiding in one's own partner. It is possible that aspects of relationship satisfaction, which involve dealing with intimacy or trust and communication with one romantic partner, represent a particularly helpful factor promoting healthy sexuality for CSA survivors (DiLillo, Lewis, & Loreto-Colgan, 2007; Godbout et al., 2013).

**Practical implications**

Results confirm the importance of considering the association between CSA and sexual difficulties in adulthood. In agreement with previous studies, it appears necessary for clinicians to routinely assess the presence of CSA in their evaluation protocols, as this traumatic experience may contribute to the presence of sexual concerns and dysfunctional sexual behaviors in adulthood.

This study also allow to confirm the long-defended clinical hypothesis which suggests that a satisfying romantic relationship is a fundamental aspect promoting CSA survivors' sexual functioning. Indeed, the results of this study shed light on the protective role of relationship satisfaction on CSA survivors' sexuality and highlight the importance of taking into account the perception of their relationship functioning when engaging in therapeutic work. Since CSA survivors' difficulty in forming and maintaining meaningful romantic relationships is largely acknowledged by both clinicians and researchers (Fournier, Brassard, & Shaver, 2011; Godbout et al., 2013), our results put forward the importance of working more thoroughly and carefully with those limitations when planning on doing clinical work with survivors. Various elements (i.e., romantic attachment; Fournier et al., 2011) can have an influence on relationship satisfaction. So, including the relational sphere and work specifically on the perception of the couple and relationship satisfaction in the therapeutic process with CSA survivors who consult for sexual difficulties could be highly beneficial for these individuals.

Clinicians should be acutely aware of those intertwined domains when assessing an individual or a couple consulting for sexual or relationship difficulties. This study also confirms ideas established by previous authors, who adapted the original Emotion Focused Couple Therapy (Johnson, 1996) for CSA survivors (MacIntosh & Johnson, 2008) by focusing more on relational sphere or how therapy must be

adapted for survivors whose boundaries have been crossed. More specifically, results highlight how Emotion Focused Couple Therapy for CSA survivors could be useful, whether as a complementary adjunct conducted simultaneously to individual therapy, or as the main intervention route for creating healing connections. Indeed, using the relational sphere is essential and it is important to target relationship satisfaction, since it seems restorative for survivors of CSA. Ultimately, the aim would be to provide survivors with a more fulfilling sexuality with fewer concerns, harmful behaviors and negative affects.

**Limitations and future research**

This study has some limitations that need to be considered. The use of retrospective self-reported questionnaires may have distorted how participants recalled their experiences and biased some of their responses (Baldwin, Reuben, Newbury, & Danese, 2019). However, according to previous studies (for example, Vaillancourt-Morel et al., 2016) self-reported measures are reliable to detect the traumatic experience and allow to document more precise proportions than the subjective measures of a traumatic experience (e.g., when the individual self-identifies as a "victim"). Another limitation of this study is related to the fact that we could not control for the potential effect related to the duration of the relationship, although it is recognized that relationship satisfaction diminish over time (McNulty, Wenner, & Fisher, 2016) and could have influenced our results. It is also noteworthy to mention that rates of clinically significant sexual difficulties as well as relationship dissatisfaction were relatively low suggesting that the studied sample was highly functioning. Moreover, the high level of relationship satisfaction that is necessary to benefit from its protectiveness, as indicated by our results, may be affected by different elements that are not examined in our study. Replicating and complexifying our model could be relevant in order to better capture the extent of the role of relationship satisfaction but also other variables such as attachment or emotion

regulation, conflict resolution, that may also protect CSA survivors' sexual functioning. Furthermore, since only one of the partners responded to the questionnaire, further study including both partners could allow to capture the overall relationship dynamics and the extent of the effect of relationship satisfaction. This could be particularly important for couples where both partners have experienced CSA (e.g., dual-trauma couples; Alexander, 2014; Ruhlmann, Gallus, & Durtschi, 2018) and therefore, more likely to be experiencing issues in their relationship and sexuality.

## Conclusion

This study bridges the gap in the scientific literature on the protective factors of sexuality of CSA survivors. Results highlight how a satisfying couple relationship may act as a shield against CSA's pervasive effects on sexuality. Even if our model is to be replicated and complexified in future studies, it clearly indicates the protective role of a satisfactory relationship on the presence of sexual difficulties. Clinicians working with individuals who present sexual difficulties and are survivors of CSA, should keep in mind that relationship satisfaction is an important element to consider in order to foster positive sexuality. Finally, regardless of the relationship status, or even the gender, and despite the traumatic experience, the important thing is the positive and beneficial satisfied relationship. Thus, the long-lasting intimate sequalae in the aftermath of an event as intrusive and relationally damaging as CSA, still can heal with a person who makes you feel good in a stable romantic relationship.

## References


Aaron, M. (2012). The pathways of problematic sexual behavior: a literature review of factors affecting adult sexual behavior in survivors of childhood sexual abuse. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention, 19*(3), 199–218.

Alexander, P. C. (2014). Dual-trauma couples and intimate partner violence. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *6*(3), 224.

Baldwin, J. R., Reuben, A., Newbury, J. B., & Danese, A. (2019). Agreement between prospective and retrospective measures of childhood maltreatment: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*.

Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2004). Childhood sexual abuse: a gender perspective on context and consequences. *Child Maltreatment*, *9*(3), 223-238.

Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2001). The long-term mental health consequences of child sexual abuse: an exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *Journal of traumatic stress*, *14*(4), 697-715.

Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International journal of public health*, *58*(3), 469-483.

Bigras, N., Godbout, N., & Briere, J. (2015). Child sexual abuse, sexual anxiety, and sexual satisfaction: the role of self-capacities. *Journal of child sexual abuse*, *24*(5), 464-483.

Blain, L. M., Muench, F., Morgenstern, J., & Parsons, J. T. (2012). Exploring the role of child sexual abuse and posttraumatic stress disorder symptoms in gay and bisexual men reporting compulsive sexual behavior. *Child Abuse & Neglect, 36*(5), 413–422.

Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory* (TSI). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, *27*(10), 1205-1222.

Briere, J. (2011). *Trauma Symptom Inventory–2* (TSI–2). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Criminal Code, R.S.C. (1985). *Criminal Code of Canada*. c.34, s.150(1).

De Montigny Gauthier, L., Vaillancourt-Morel, M.-P., Rellini, A., Godbout, N., Charbonneau-Lefebvre, V., Desjardins, F., & Bergeron, S. (2018). The risk of telling: a dyadic perspective on romantic partners' responses to child sexual abuse Disclosure and their associations with sexual and relationship satisfaction. *Journal of Marital and Family Therapy*.

DiLillo, D., Lewis, T., & Loreto-Colgan, A. D. (2007). Child maltreatment history and subsequent romantic relationships. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 15*(1), 19–36.

Easton, S. D., Coohey, C., O'leary, P., Zhang, Y., & Hua, L. (2011). The effect of childhood sexual abuse on psychosexual functioning during adulthood. *Journal of Family Violence, 26*, 41–50.

Elliott, D. M., Mok, D. S., & Briere, J. (2004). Adult sexual assault: prevalence, symptomatology, and sex differences in the general population. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 17*(3), 203-211.

Evans, S. E., Steel, A. L., & DiLillo, D. (2013). Child maltreatment severity and adult trauma symptoms: Does perceived social support play a buffering role?. *Child Abuse & Neglect, 37*(11), 934-943.

Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry, 55*(4), 530–541.

Fournier, B., Brassard, A., & Shaver, P. R. (2011). Partner's aggression and adult attachment: The demand-withdraw communication pattern and relationship satisfaction as mediators. *Journal of Interpersonal Violence, 26,* 1982–2003.

Godbout, N., Runtz, M., MacIntosh, H. B., & Briere, J. (2013). Traumas interpersonnels vécus en enfance et relations de couple. *Cahiers de Recherche et Pratique, 3*(2), 14–17.

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 511–524.

Henry, K. L., Thornberry, T. P., & Lee, R. D. (2015). The protective effects of intimate partner relationships on depressive symptomatology among adult parents maltreated as children. *Journal of Adolescent Health, 57*(2), 150-156.

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 377-391.

Holt-Lunstad, J., & Uchino, B. (2015). Social support and health. *Health behavior: Theory, research and practice*, 183-204.

Johnson, S. M. (1996). *The practice of emotionally focused marital therapy: creating connection.* New York: Brunner/Mazel.

Kielcolt-Glaser, J. K., & Wilson, S. J. (2017). Lovesick: how couples' relationships influence health. *Annual Review of Clinical Psychology*, (13), 421–443.

Kool, M. B., Woertman, L., Prins, M. A., Van Middendorp, H., & Geenen, R. (2006). Low relationship satisfaction and high partner involvement predict sexual problems of women with fibromyalgia. *Journal of Sex & Marital Therapy, 32*, 409–423.

Labadie, C., Godbout, N., Vaillancourt-Morel, M.-P., & Sabourin, S. (2018). Adult profiles of child sexual abuse survivors: Attachment insecurity, sexual compulsivity, and sexual avoidance. *Journal of Sex & Marital Therapy, 44*(4), 354–369.

Lemieux, S. R., & Byers, E. S. (2008). The sexual well-being of women who have experienced child sexual abuse. *Psychology of Women Quarterly, 32*(2),126–144.

MacIntosh, H. B., & Johnson, S. (2008). Emotionally Focused Therapy for couples and childhood sexual abuse survivors. *Journal of Marital and Family Therapy, 34*(3), 298–315.

McNulty, J. K., Wenner, C. A., & Fisher, T. D. (2016). Longitudinal associations among relationship satisfaction, sexual satisfaction, and frequency of sex in early marriage. *Archives of Sexual Behavior, 45*(1), 85-97.

Messman-Moore, T. L., Walsh, K. L., & DiLillo, D. (2010). Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. *Child Abuse & Neglect, 34*(12), 967-976.

Meston, C., & Trapnell, P. (2005). Development and validation of a five-factor sexual satisfaction and distress scale for women: the sexual satisfaction scale for women (SSS-W). *The Journal of Sexual Medicine, 2*(1), 66-81.

Murray, L. K., Nguyen, A., & Cohen, J. A. (2014). Child sexual abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 23*(2), 321-337.

Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998–2018). *Mplus user's guide* (7th ed.). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.

Najman, J. M., Dunne, M. P., Purdie, D. M., Boyle, F. M., & Coxeter, P. D. (2005). Sexual abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood: an australian population-based study. *Archives of Sexual Behavior, 34*(5), 517–526.

Cairo Notari, S., Notari, L., Favez, N., Delaloye, J. F., & Ghisletta, P. (2017). The protective effect of a satisfying romantic relationship on women's body image after breast cancer: a longitudinal study. *Psycho-Oncology, 26*(6), 836-842.

Péloquin, K., Bigras, N., Brassard, A., & Godbout, N. (2014). Perceiving that one's partner is supportive moderates the associations among attachment insecurity and psychosexual variables. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 23*(3), 178–188.

Rellini, A. H., & Meston, C. M. (2011). Sexual self-schemas, sexual dysfunction, and the sexual responses of women with a history of childhood sexual abuse. *Archives of Sexual Behavior, 40*(2), 351–362.

Rellini, A., & Meston, C. (2007). Sexual function and satisfaction in adults based on the definition of child sexual abuse. *The Journal of Sexual Medicine, 4*(5), 1312–1321.

Ruhlmann, L. M., Gallus, K. L., & Durtschi, J. A. (2018). Exploring relationship satisfaction and attachment behaviors in single-and dual-trauma couples: a pilot study. *Traumatology, 24*(1), 27.

Ruppert, D. (2006). Trimming and winsorization. In S. Kotz, N. Balakrishnan, C. Read, & B. Vidakovic (Eds.), *Encyclopedia of statistical sciences* (2nd ed., pp. 8765– 8770). Hoboken, NJ: Wiley.

Sabourin, S., Valois, P., & Lussier, Y. (2005). Development and validation of a brief version of the dyadic adjustment scale with a nonparametric item analysis model. *Psychological Assessment, 17*(1), 15–27.

Snell, W. E. (1998). The multidimensional sexual self-concept questionnaire. In C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, & S. L. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 521–524). Thousand Oaks, CA: Sage publications.

Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment : new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family, 38*(1), 15–28.

Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment, 16*(2), 79–101.

Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology, 23*(2), 453–476.

Vaillancourt-Morel, M.-P., Dugal, C., Poirier Stewart, R., Godbout, N., Sabourin, S., Lussier, Y., & Briere, J. (2016). Extradyadic sexual involvement and sexual compulsivity in male and female sexual abuse survivors. *The Journal of Sex Research, 53*(4-5), 614–625.

Vaillancourt-Morel, M.-P., Godbout, N., Labadie, C., Runtz, M., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2015). Avoidant and compulsive sexual behaviors in male and female survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 40*, 48–59.

Van Bruggen, L. K., Runtz, M., & Kadlec, H. (2006). Sexual revictimization : the role of sexual self-esteem and dysfunctional sexual behaviors. *Child Maltreatment, 11*(2), 131–145.

Yuan, K. H., & Bentler, P. M. (2000). Three likelihood based methods for mean and covariance structure analysis with nonnormal missing data. *Sociological Methodology, 30*(1), 165–200.

# CHAPITRE VI

# DISCUSSION

Dans ce chapitre seront d'abord présentés les principaux résultats de cette étude, puis les limites du projet seront détaillées parallèlement à la discussion de pistes de futures recherches. Enfin, un lien sera fait entre les résultats et les implications pratiques qui en découlent.

## 5.1 Principaux résultats

Comme nous l'avons précédemment mentionné, il est connu que l'expérience d'ASE peut être reliée à des conséquences délétères sur le fonctionnement interpersonnel et plus spécifiquement, sur le fonctionnement sexuel (Bigras *et al.*, 2015 ; Blain *et al.*, 2012 ; Easton *et al.*, 2011 ; Messman Moore *et al.*, 2010 ; Najman *et al.*, 2005 ; Trickett *et al.*, 2011 ; Vaillancourt-Morel *et al.*, 2014, 2015, 2016). Néanmoins, les survivants d'ASE forment une population hétérogène, puisque les conséquences négatives sur la sexualité ne se retrouvent pas systématiquement chez tous les individus ayant vécu une expérience d'ASE (Labadie *et al.*, 2018 ; Lemieux et Byers, 2008; Murray *et al.*, 2014 ; Rellini et Meston, 2007a). Ce projet visait donc à lever le voile sur un modérateur clé pouvant expliquer les différences concernant les répercussions sexuelles d'une ASE. De façon plus spécifique, l'objectif était de vérifier le rôle de la satisfaction conjugale comme protecteur de l'effet d'un

historique d'ASE sur la présence de davantage de difficultés sexuelles à l'âge adulte. À la lumière des écrits scientifiques consultés pour ce mémoire, une lacune scientifique a été constaté. En effet, les variables susceptibles de modérer la relation unissant l'expérience d'ASE et la sexualité à l'âge adulte sont très peu étudiées. La pertinence de ce projet se reflète donc dans ce manque de connaissances empiriques sur ce sujet et renvoie ainsi à la nécessité de poursuivre les études sur les facteurs modérateurs de l'ajustement psychosexuel des survivants. En effet, mieux saisir les dynamiques entourant les répercussions négatives d'une ASE est primordial afin d'adapter les prises en charge thérapeutiques des survivants de ce type de traumatisme.

### 5.1.1 Confirmation du lien entre agression sexuelle en enfance et difficultés sexuelles à l'âge adulte

Comme attendu, les résultats du présent mémoire indiquent que l'ASE est liée à davantage de difficultés sexuelles à l'âge adulte. De plus, les survivants d'ASE signalent des scores plus élevés à l'échelle des difficultés sexuelles, par rapport aux non-victimes. Plus spécifiquement, les survivants d'ASE sont plus susceptibles de vivre des préoccupations sexuelles, ainsi que des comportements sexuels problématiques à l'âge adulte. Ces résultats participent à la confirmation de ceux de précédentes études ayant documenté un lien entre l'ASE et l'altération du fonctionnement sexuel (p.ex., Briere et Elliott, 2003 ; Messman-Moore, *et al.*, 2010 ; Rellini et Meston, 2011 ; Vaillancourt-Morel *et al.*, 2015, 2016) et offrent un appui empirique au modèle théorique de Finkelhor et Browne (1985) qui forme la base conceptuelle de ce mémoire. En effet, les résultats du projet actuel confirment une association entre l'ASE et des répercussions sur la sphère sexuelle à l'âge adulte.

D'après la dynamique de sexualisation traumatique, le contexte abusif dans lequel survient l'ASE implique un apprentissage non fonctionnel de la sexualité qui peut

donc entraîner des répercussions jusqu'à l'âge adulte comme en témoignent nos résultats. Ainsi, les difficultés sexuelles peuvent être comprises comme le résultat de cet apprentissage de la sexualité traumatique (Finkelhor et Browne, 1985). La théorie du modèle de trauma au soi de Briere (2002) peut être mise en parallèle au concept de sexualité traumatique de Finkelhor et Browne (1985) pour permettre de mieux appréhender la façon dont l'ASE peut affecter la sexualité adulte. En effet, Briere explique que les difficultés sexuelles peuvent être comprises comme des stratégies dysfonctionnelles de régulation émotionnelle. Plus spécifiquement, les préoccupations sexuelles ou les comportements sexuels problématiques peuvent être considérés comme des stratégies de gestion des émotions traumatiques visant à gérer l'expérience de l'ASE (Briere, 2002).

Il est important également de mentionner une des forces de la présente étude, qui est qu'un questionnaire spécifique aux symptômes traumatiques a été utilisé. En effet, la mesure des difficultés sexuelles utilisée donne à nos résultats une dimension spécifique et sensible concernant l'évaluation des symptômes caractéristiques au trauma. Plus précisément, Briere et ses collègues (1995) ont mis au point le *Trauma Symptom Inventory* (TSI) pour pallier au manque de mesures valides et standardisées efficaces pour évaluer la variété des conséquences posttraumatiques dans la population générale. Depuis sa création, ce questionnaire a été mis à jour (TSI-2 ; Briere, 2011) et les échelles qui le composent permettent de dresser un portrait multifactoriel de la symptomatologie découlant d'un évènement traumatique. En effet, ce questionnaire a été créé spécifiquement pour les populations ayant vécu différentes formes de traumatismes (p.ex., abus sexuel, physique, violence conjugale, accident de voiture, catastrophes naturelles, attentats). Pourtant, à l'exception de quelques études (p.ex., Banyard, Williams et Siegel, 2001, 2004 ; Briere et Elliott, 2003 ; Van Bruggen, *et al.*, 2006), peu de recherches ont examiné les associations spécifiques entre l'ASE et les difficultés sexuelles mesurées par un instrument de mesure ciblant spécifiquement les répercussions symptomatiques reliées au trauma

(donc ici, l'ASE). Effectivement, les questionnaires qui sont le plus souvent utilisés dans la documentation scientifique pour évaluer le fonctionnement sexuel, tels que par exemple, le *Multidimensional Sexual Self-Concept* (MSSCQ ; Snell, 1995) ou bien encore l'Échelle de satisfaction sexuelle (SSS ; Meston et Trapnell, 2005), ne prennent pas en compte le portrait distinctif entourant les répercussions traumatiques. En effet, la documentation sur le sujet du trauma indique une grande variété de symptômes qui sont non spécifiques à ceux que l'on peut retrouver dans le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT ; American Psychological Association, 2013) ce qui suppose un profil symptomatique spécifique au trauma qui est plus complexe, et qui inclue notamment la somatisation, les difficultés interpersonnelles chroniques, les difficultés de régulations émotionnelles et l'attachement insécurisant. De plus, une des particularités du TSI-2 est qu'il évalue la symptomatologie traumatique à tout moment de la vie du répondant, puisqu'il n'associe pas les symptômes à une expérience de trauma spécifique ou à un moment précis (Briere, 2011). De fait, étant donné, les effets caractéristiques que peut avoir un traumatisme sexuel tel que l'ASE sur la sexualité à l'âge adulte, l'utilisation d'un questionnaire standardisé spécifiquement pour évaluer ce portait distinctif qui entoure l'expérience de trauma et ses répercussions symptomatiques, permet d'évaluer plus efficacement les répercussions qui sont liées à l'ASE. En définitive, puisque ce projet se base sur un questionnaire de ce type (c.-à-d., TSI-2 ; Briere, 2011), il est possible de supposer que les résultats de cette étude permettent de cibler l'impact précis d'une ASE sur le domaine de la sexualité adulte ce qui donne une force significative aux résultats de ce mémoire.

### 5.1.2 Le rôle de la satisfaction conjugale

Si notre étude permet de documenter le lien entre ASE et difficultés sexuelles à l'âge adulte, le principal résultat entourant ce projet de recherche se trouve dans la confirmation du rôle de la satisfaction conjugale dans ce lien. En effet, à la lumière de

nos résultats, il est constaté que la relation entre l'ASE et la sexualité est modérée par le niveau de satisfaction conjugale des survivants. Plus précisément, chez les survivants qui présentaient une faible satisfaction conjugale, le lien entre ASE et difficultés sexuelles était statistiquement significatif, indiquant que les survivants d'ASE présentaient davantage de difficultés sexuelles à l'âge adulte. À l'inverse, les résultats mettent en lumière une association plus faible, voire inexistante, entre l'ASE et les difficultés sexuelles pour les survivants qui déclaraient une forte satisfaction conjugale. Ces constats viennent confirmer l'impact protecteur, voire réparateur, que semble jouer la satisfaction conjugale sur la sexualité des survivants d'ASE.

Lorsque les résultats obtenus sont décortiqués, nous pouvons observer que l'impact de l'ASE sur les difficultés sexuelles est annulé seulement lorsque des niveaux relativement élevés de satisfaction conjugale sont rapportés. En effet, se situer au-dessus du seuil clinique (c.-à-d., score de 13 au DAS-4 ; Sabourin *et al.*, 2015) de même qu'au niveau de la moyenne de l'échantillon (c.-à-d., score de 16), n'est pas suffisant pour observer l'effet protecteur de la satisfaction conjugale. Dans notre échantillon, c'est un score au DAS-4 supérieur ou égal à 18 qui est nécessaire pour contrecarrer les effets de l'ASE sur le fonctionnement sexuel. Cela indique donc qu'un fort niveau de satisfaction conjugale est nécessaire pour bénéficier de son aspect réparateur sur la sexualité. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce résultat.

D'abord, rappelons que le concept de satisfaction conjugale englobe plusieurs dimensions d'une relation amoureuse (Sabourin *et al.*, 2015 ; Spanier, 1976). Il est donc possible de supposer que certains aspects entourant la satisfaction conjugale, par exemple ceux impliquant l'intimité, la confiance ou encore la communication avec son partenaire, représentent des éléments particulièrement utiles et importants au regard de la sexualité des survivants d'ASE (DiLillo, *et al.*, 2007b ; Godbout, *et al.*, 2013). Par exemple si on considère l'aspect de la communication, une récente étude effectuée sur des dyades amoureuses suggère que la présence de violence

psychologique en enfance viendrait affecter la satisfaction conjugale à l'âge adulte et que de solides stratégies de résolution de conflit viendraient modérer cette relation (Peterson, Peugh, Loucks, et Shaffer, 2018). Plus spécifiquement, la mise en place de stratégies de résolution de conflit positives (ce qui laisse supposer une bonne communication entre les partenaires) vient atténuer les effets négatifs de la violence psychologique sur la satisfaction conjugale des deux partenaires (Peterson *et al.*, 2018). Même si dans ce type d'étude, la satisfaction conjugale est une variable dépendante, les résultats mettent en lumière certains facteurs qui pourraient influencer la satisfaction conjugale et ainsi expliquer les différents niveaux de satisfaction conjugale obtenus chez les personnes qui ont vécu différentes formes de traumas. Aussi, la théorie de l'attachement chez l'adulte (Mikulincer et Shaver, 2017 ; Hazan et Shaver, 1987) peut également offrir un socle conceptuel pour comprendre l'effet positif de la satisfaction conjugale dans le lien qui unit l'expérience d'ASE et les difficultés sexuelles à l'âge adulte. En effet, d'après cette théorie, le style d'attachement peut interférer avec le fonctionnement conjugal (Fournier et Brassard, 2010). Or, les traumas interpersonnels qui sont vécus en enfance, incluant l'ASE, sont liés des représentations d'attachement marquées par l'insécurité (c.-à-d., attachement anxieux et attachement évitant) (voir Godbout *et al.*, 2013) ce qui peut venir influencer le niveau de satisfaction conjugale avec plus de difficultés pour les survivants d'ASE de maintenir des relations de couple satisfaisantes.

Par conséquent, le niveau satisfaction conjugale nécessaire à atteindre pour bénéficier de son caractère protecteur, comme indiqué par les résultats de ce mémoire, pourrait être affecté par différents éléments (p.ex., l'attachement insécurisant, mais également les stratégies de communication des conjoints, leur soutien, etc). Différentes variables sont donc susceptibles d'affecter la satisfaction conjugale (en l'augmentant ou au contraire en la diminuant). Ces variables permettent des pistes d'explications intéressantes pour comprendre les raisons pour lesquelles tous les survivants d'ASE

ne peuvent pas atteindre le niveau de satisfaction conjugale qui est nécessaire pour bénéficier de son effet protecteur sur la sexualité.

Alors que les mécanismes expliquant le lien entre l'ASE et les difficultés sexuelles à l'âge adulte sont de plus en plus étudiés et par le fait même, de mieux en mieux compris, les potentiels facteurs de protection de la sexualité des survivants d'ASE sont, quant à eux, encore négligés dans la recherche. Cependant, même si un vide scientifique est présent sur ce sujet, il est possible de relever certains éléments pertinents dans la documentation empirique, qui peuvent être mis en lien avec le présent mémoire et ses résultats.

En effet, certaines études, comme par exemple celle de Evans et collaborateurs (2013) a examiné l'effet protecteur du soutien social chez une population ayant vécu des traumas interpersonnels en enfance. Les résultats de cette étude ont suggéré que le soutien social (c.-à-d., soutien d'amis et de la famille) modère le lien entre différents types de traumatismes infantiles (p.ex., abus sexuels, abus émotionnels, négligence physique) et la présence de symptômes traumatiques à l'âge adulte (dissociation, difficultés sexuelles, dépression) en réduisant leur présence. Ainsi, nos résultats vont dans le même sens que ceux d'Evans et ses collègues (2013) en plus de souligner le rôle précis que semble avoir la sphère amoureuse. Effectivement, si leur étude a suggéré que l'impact de l'ASE sur davantage de difficultés sexuelles à l'âge adulte était modéré par le soutien social, une limite est présente puisqu'ils ont omis d'examiner l'influence spécifique de la relation de couple sur cette relation. Également, nos résultats viennent compléter ceux de Banyard et collègues (2002) dont l'étude suggère que la satisfaction conjugale protège les femmes survivantes mariées, du risque de revictimisation sexuelle à l'âge adulte. De plus, nos résultats permettent également une piste de compréhension pour des études ayant trouvé différents types de profils chez les survivants d'ASE (p.ex., Labadie *et al.*, 2018) et s'alignent sur des découvertes comme celles de De Montigny et collaborateurs (2018)

qui ont mis en lumière le rôle du partenaire et spécifiquement sa réponse au dévoilement de l'agression sexuelle, comme étant protectrice de la satisfaction sexuelle des deux partenaires du couple.

Il est donc possible de constater à la lumière de nos résultats, l'influence considérable qu'une relation de couple satisfaisante peut avoir, par son aspect protecteur et bénéfique, sur la sexualité des survivants d'ASE. Les résultats du présent mémoire s'inscrivent dans les théories sur l'ajustement dyadique et notamment dans celle du modèle de vulnérabilité-stress-adaptation de Karney et Bradbury (1995) qui nous a permis de poser les fondations conceptuelles de ce mémoire. En effet, si ce modèle permet de poser les déterminants de l'ajustement conjugal, il offre aussi une base conceptuelle pour comprendre comment la satisfaction conjugale peut servir de base réparatrice des vulnérabilités d'un individu (ici l'expérience d'ASE). De fait, chez les survivants d'ASE, qui suite à leur expérience traumatique peuvent être blessés dans leur confiance, leur communication, leur sécurité d'attachement ou bien encore dans leur sexualité, peuvent trouver au sein d'une relation stable et positive, le réconfort nécessaire à la réparation des traces laissées par l'ASE. En effet, la dimension relationnelle fait partie intégrante de la vie des Humains. Lorsque celle-ci est affectée par un évènement aussi bouleversant que peut l'être une ASE, il est cohérent de penser qu'une nouvelle relation significative (dans ce cas-ci le partenaire amoureux) puisse venir changer les perceptions négatives acquises par les survivants à la suite de leur ASE et qui peuvent venir affecter leur sexualité à l'âge adulte. Ainsi, tout comme une solide sécurité au niveau de l'attachement romantique conduit à un meilleur ajustement à l'âge adulte chez les survivants d'ASE (Godbout *et al.*, 2013), une relation de couple sécuritaire et satisfaisante contribue, comme en témoignent nos résultats, à protéger la sexualité des survivants d'ASE.

Finalement, les résultats du présent projet permettent donc de combler les lacunes qui sont présentes dans cette recherche et plus globalement dans la documentation

scientifique actuelle puisque, comme il a été mentionné précédemment, aucune étude à notre connaissance ne s'était intéressée au rôle du couple comme facteur protecteur de la sexualité chez des gens qui ont vécu une ASE. Les résultats du présent mémoire sont donc novateurs et permettent de confirmer des hypothèses précédemment exposées par des cliniciens et des scientifiques (Godbout *et al.*, 2007, 2013 ; MacIntosh et Johnson, 2008), mais qui demeuraient jusqu'à présent non vérifiées empiriquement.

## 5.2 Limites méthodologiques et pistes de recherches

Les résultats qui découlent du présent mémoire sont en concordance avec la documentation scientifique actuelle en plus d'y ajouter une contribution particulièrement importante, puisqu'à notre connaissance, cette étude est la première à examiner le rôle de la satisfaction conjugale comme variable protectrice de la relation entre une ASE et des difficultés sexuelles à l'âge adulte. Néanmoins, certaines limites au plan méthodologique entourent le présent projet et sont à prendre en considération.

D'abord, pour généraliser nos résultats à l'ensemble de la population, il serait nécessaire de les reproduire au sein d'un échantillon de plus grande taille. De plus, l'utilisation d'un devis transversal ne permet pas d'établir de relations causales entre les variables étudiées. Aussi, comme ce type de devis utilise un seul temps de mesure, il ne permet pas non plus de vérifier si le rôle modérateur de la satisfaction conjugale est stable dans le temps. Également, les agressions sexuelles vécues par les filles seraient différentes de celles commises envers les garçons (Banyard *et al.*, 2004 ; Maikovich-Fong et Jaffee, 2010). En dépit d'un nombre insuffisant d'hommes pour pouvoir tester distinctement le modèle en fonction du genre, cette variable a plutôt été ajoutée comme covariable. Idéalement, et afin de réellement cerner la façon dont les données peuvent se comporter différemment selon le genre, le modèle devra être testé

dans des échantillons plus vastes, comportant davantage d'hommes ayant subi une ASE et utilisant des devis longitudinaux pour vérifier la stabilité dans le temps du modèle.

Ensuite, l'utilisation d'une mesure rétrospective de l'expérience d'ASE peut amener des biais aux réponses des participants puisque cela peut fausser la façon dont ils se rappellent de leurs expériences passées (Baldwin, Reuben, Newbury, et Danese, 2019). Concernant cette limite, il est important de préciser que selon des études antérieures (Vaillancourt-Morel *et al.*, 2015, 2016), les mesures auto-rapportées de l'ASE apparaissent comme étant fiables pour détecter les expériences d'ASE. En effet, ce type de mesure (c.-à-d., lorsqu'une question objective est demandée aux participants) permet de documenter des proportions plus précises que les mesures subjective de l'ASE (p.ex., avez-vous vécu une agression sexuelle en enfance).

Également, la prise en considération de la sévérité de l'ASE n'a pas été intégré aux analyses du présent mémoire. De plus, une autre limite reliée à la variable de l'ASE est que dans cette étude, un seul type de trauma en enfance a été mesuré, soit l'expérience d'agression sexuelle. Toutefois, d'autres formes de traumas en enfance (p.ex., négligence, violence physique, psychologique, etc.) sont également reconnus comme néfastes pour l'ajustement psychosexuel des individus à l'âge adulte (Briere, Agee et Dietrich, 2016 ; Dugal *et al.*, 2016) et le trauma cumulatif, c'est-à-dire le vécu de plusieurs formes de trauma en enfance, semble lié à de plus grands effets à l'âge adulte (Hodges *et al.*, 2013 ; Rellini, Vujanovic, Gilbert et Zvolensky, 2012). D'ailleurs, une étude suggère que les femmes qui ont vécu une ASE ne différaient pas des non-victimes par rapport à leur fonctionnement sexuel. En effet, seules celles ayant des antécédents de traumas cumulatifs étaient plus susceptibles de signaler des difficultés sexuelles à l'âge adulte (Lacelle *et al.*, 2012). De plus, le niveau de sévérité de l'ASE serait susceptible d'avoir des répercussions plus importantes sur le fonctionnement sexuel (Vaillancourt-Morel *et al.*, 2016). Les résultats de Labadie et

collaborateurs (2018) rapportent des profils différents chez les survivants d'ASE avec notamment un profil avec des répercussions plus importantes sur la sexualité si l'ASE est de type plus sévère. En outre, il serait donc pertinent d'éventuellement intégrer d'autres formes de traumas en enfance, ainsi que prendre en compte la sévérité de l'agression, afin de pallier aux limites exposées ci-dessus et de tester le modèle présenté dans ce mémoire de façon plus complète.

Une autre limite à soulever concerne le contrôle des possibles effets liés à la durée de la relation. En effet, il est généralement reconnu que la satisfaction conjugale et sexuelle sont des éléments qui évoluent avec le temps (McNulty, Wenner et Fisher, 2016) et le fait que nous n'ayons pas pu contrôler la durée de la relation dans notre étude puisque cette donnée était indisponible, est une limite qu'il faut considérer.

Aussi, il est à mentionné que si les moyennes retrouvées dans l'échantillon des variables à l'étude, soit les difficultés sexuelles et la satisfaction conjugale, étaient relativement similaires à celles retrouvées dans les études de validation des questionnaires utilisés (Briere, 2011 ; Sabourin *et al.*, 2005) les scores de difficultés sexuelles ainsi que les scores de détresse conjugale considérés comme cliniquement significatifs sont, quant à eux, relativement faibles au sein de l'échantillon à l'étude. Cela suggère que l'échantillon utilisé dans ce projet semblait particulièrement fonctionnel sur les plans conjugaux et sexuels, ce qui indique le possible effet d'autres facteurs de protection qui peuvent rentrer en jeux et dont cette étude a fait fi. De fait, répliquer et complexifier le modèle présenté dans ce mémoire semble particulièrement pertinent afin de mieux cerner l'importance de la satisfaction conjugale sur la sexualité, mais également comprendre comment celle-ci peut être influencée et quels sont les facteurs qui modèrent la force des associations (p.ex., style d'attachement, régulation des émotions, résolution de conflits, etc.) de cette variable et qui permettent, ou non, d'atteindre un niveau de satisfaction conjugale élevé, qui semble nécessaire pour contrecarrer les effets de l'ASE sur la sexualité.

Finalement, un seul des partenaires a répondu au questionnaire présenté pour ce projet. Celui-ci ne permet donc pas de rendre pleinement compte de la dynamique conjugale puisque les résultats fournissent uniquement la perspective subjective d'un seul des partenaires d'un même couple. Ainsi, de futures études dyadiques seraient nécessaires afin de saisir la dynamique d'une relation amoureuse dans sa globalité et ainsi encore mieux comprendre l'importance de la satisfaction conjugale au sein du couple (Dewitte, 2014). Aussi, explorer la pertinence du modèle au sein des couples où les deux partenaires ont eu une expérience de trauma et qui par conséquent sont plus à risque de vivre des difficultés sexuelles (Alexander, 2014 ; Ruhlmann, Gallus et Durtschi, 2018) serait particulièrement intéressant.

## 5.3 Implications pratiques

En plus de contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques, ce mémoire permet également d'avancer des recommandations concernant la pratique thérapeutique. Les prévalences de survivants d'ASE qui sont documentées dans les populations cliniques (Berthelot, Godbout, Hébert, Goulet et Bergeron, 2014) témoignent des difficultés relationnelles et sexuelles que sont susceptibles de vivre les survivants d'ASE et reflètent qu'il est primordial pour les thérapeutes d'être sensible à l'expérience traumatique et d'être outillés pour en travailler les répercussions. Ainsi, pour exercer efficacement avec cette population, les cliniciens doivent comprendre l'impact d'une ASE sur le fonctionnement adulte avec la complexité des symptômes traumatiques (Briere, 2011) et se familiariser avec les techniques thérapeutiques développées spécifiquement pour les survivants et leurs partenaires (Godbout, 2018 ; Godbout *et al.*, 2013 ; MacIntosh, 2019 ; Maltz, 2012). En outre, de nombreux survivants peuvent peiner à expérimenter, voire même envisager, la sexualité comme une expérience positive, agréable et saine, étant donné l'expérience traumatique dont ils ont été victimes. Ainsi, les résultats de ce mémoire offrent des pistes intéressantes pour l'amélioration des prises en charge

thérapeutiques des survivants d'ASE et la possibilité pour eux d'expérimenter une sexualité positive et épanouie, par son accent mis sur le rôle protecteur d'une solide satisfaction conjugale.

Dans un premier temps, les découvertes soulevées dans ce projet ont confirmé l'importance de considérer le lien qui semble exister entre l'expérience d'ASE et les altérations du fonctionnement sexuel (c.-à-d., préoccupations sexuelles et comportements sexuels problématiques) à l'âge adulte. Par le fait même, puisque l'expérience traumatique entourant l'ASE peut favoriser la présence de davantage de difficultés sexuelles à l'âge adulte, il est nécessaire pour les cliniciens d'évaluer systématiquement le vécu d'une ASE dans leur protocole d'évaluation. Si cette idée s'inscrit de plus en plus dans la pensée collective et au sein de la formation des futures thérapeutes, nos résultats l'appuient en venant confirmer l'existence de ce lien. Il est aussi important de privilégier une mesure objective de l'expérience de trauma plutôt que subjective, car, bien souvent, les individus ne s'identifient pas nécessairement comme « victimes », mais les répercussions du trauma peuvent tout de même être présentes et affecter le processus thérapeutique (Vaillancourt-Morel *et al.*, 2015).

Qui plus est, ce mémoire confirme une lignée d'hypothèses et d'expériences thérapeutiques qui ont fait naître l'idée qu'une relation conjugale satisfaisante représente un élément primordial du fonctionnement sexuel des survivants d'ASE. En effet, puisque les résultats de ce projet révèlent le rôle protecteur de la satisfaction conjugale sur la sexualité des survivants d'ASE, ils mettent en évidence l'importance dans la pratique de prendre en compte la sphère relationnelle et la perception du fonctionnement du couple des personnes qui s'engagent dans un travail thérapeutique.

Au demeurant, il est reconnu par les cliniciens ainsi que par les chercheurs, la difficulté que peuvent présenter les survivants d'ASE à nouer et maintenir des

relations de couple significatives (Godbout *et al.*, 2007, 2013 ; MacIntosh et Johnson, 2008). Les résultats de ce mémoire soulignent donc l'importance de travailler sur les écueils que sont susceptibles de vivre les survivants d'ASE, puisqu'inclure la sphère amoureuse dans le processus thérapeutique lorsque les survivants consultent pour des difficultés sexuelles s'avère être un élément potentiellement bénéfique et réparateur pour les individus. Ainsi, lors de l'évaluation des individus consultant pour des difficultés sexuelles ou relationnelles, les professionnels se doivent d'être conscients que ces domaines sont très intimement reliés.

L'interdépendance entre la sexualité et le couple conduit à orienter les thérapies des survivants vers des thérapies individuelles où le partenaire est intégré (c.-à-d., une thérapie ou par exemple des exercices incluant le partenaire sont proposés), ou bien encore à des thérapies de couple (c.-à-d., ou les deux partenaires font ensemble une seule et même thérapie). De précédents auteurs ont adapté la thérapie de couple axée sur l'émotion (Johnson, 2002, 1996) aux survivants d'ASE (MacIntosh, 2019 ; MacIntosh et Johnson, 2008). Cette approche thérapeutique qui a été démontrée empiriquement comme efficace pour la prise en charge des survivants d'ASE permet la création de nouvelles expériences d'attachement qui viennent restructurer les dégâts découlant de l'expérience traumatique (MacIntosh, 2019). Johnson (1996) émet d'ailleurs l'idée que le couple peut devenir le lieu pour la résolution d'expériences reliées aux traumas en enfance. Nos résultats vont dans la même lignée que cette pensée en indiquant que le couple vient protéger les survivants d'ASE de vivre des difficultés sexuelles à l'âge adulte. Pourtant, souvent les partenaires indiquent se sentir mis de côté dans le processus thérapeutique (Godbout et *al.*, 2013).

Ainsi, une thérapie de couple, où l'intégration du partenaire à une thérapie individuelle permet d'envisager le couple comme moyen de guérison et semble donc tout à fait préconisée pour obtenir des effets positifs et durables. Par le fait même, les résultats de ce mémoire vont dans le sens des idées avancées par ces auteurs et, ainsi,

viennent souligner l'utilité d'une thérapie de couple pour les survivants d'ASE. De plus, si la thérapie centrée sur les émotions vise principalement le fonctionnement du couple, la spécificité sexologique peut être intégrée à ce type de thérapie.

Par exemple, Johnson (2017) propose une thérapie sexologique basée sur l'approche de la thérapie centrée sur les émotions. C'est sur cette approche thérapeutique que se sont basés Girard et Woolley (2017) pour développer une approche de traitement des problèmes de désir sexuel chez les couples, tout comme MacIntosh (2019) qui propose une thérapie de couple pour le trauma complexe. Aussi, Maltz (2012) a mis au point une approche thérapeutique entourant la sexualité des survivants d'ASE. Elle propose une combinaison entre un travail centré sur le trauma relié aux difficultés sexuelles et d'autres techniques de sexologie dans le but de former une expérience thérapeutique sécuritaire (Godbout, 2018 ; Leonard et Follette, 2002 ; Maltz, 2012). Le modèle thérapeutique qu'elle propose est un modèle éclectique puisqu'il intègre des concepts provenant de différentes interventions psychothérapeutiques telles que la thérapie centrée sur l'émotion, les thérapies humaniste, féministe, psychodynamique ou bien encore, comportementale. Elle propose entre autres de travailler sur la façon dont l'ASE continue de venir affecter la sexualité du survivant (comme en témoignent nos résultats) et propose de discuter de la façon dont les difficultés sexuelles sont probablement un mécanisme adaptatif mis en place par l'individu au regard de son expérience traumatique. En définitive, Maltz (2012) suggère de traiter le couple plutôt que les individus uniquement puisque les difficultés sexuelles s'inscrivent le plus souvent, dans une dynamique dyadique. Ici encore, nos résultats viennent confirmer cette pensée.

Pour conclure, il est possible de constater que les résultats du présent mémoire s'inscrivent dans la réflexion de différents chercheurs et cliniciens. En effet, l'utilisation de la sphère amoureuse ainsi que mettre l'accent sur la satisfaction conjugale dans les objectifs de thérapie semble prometteur et essentiel puisque celle-

ci révèle un rôle protecteur sur la sexualité des survivants d'ASE. En définitive, nos résultats donnent l'espoir de fournir aux survivants une sexualité plus épanouissante et positive.

# CONCLUSION

L'objectif de ce mémoire était de vérifier le rôle modérateur de la satisfaction conjugale de la relation entre le vécu d'ASE et la présence de difficultés sexuelles à l'âge adulte. Nous pouvons conclure que les résultats de ce mémoire sont novateurs et qu'ils participent au développement de la recherche scientifique concernant les facteurs de protection de la sexualité des survivants d'ASE. Les résultats qui découlent de la présente étude suggèrent que la perception par un individu que sa relation de couple est satisfaisante peut servir de barrière de protection contre les effets délétères d'un trauma tel que l'ASE, sur le fonctionnement sexuel à l'âge adulte. Ainsi, même s'il est certain que le modèle présenté ici se doit d'être répliqué et parachevé dans de futures études, il indique clairement le rôle que joue la satisfaction conjugale sur la présence, ou non, de difficultés sexuelles des survivants d'ASE. Cela met en lumière l'importance pour les professionnels qui travaillent avec des individus ayant des antécédents d'ASE, de garder à l'esprit que la satisfaction conjugale est un élément primordial à inclure dans le processus thérapeutique pour viser une sexualité heureuse et positive. Manifestement, les résultats soulèvent ainsi qu'une expérience aussi intrusive pour la sexualité que peut l'être une ASE, peut voir ses effets négatifs guéris grâce à une relation amoureuse satisfaisante.

# RÉFÉRENCES


Aaron, M. (2012). The pathways of problematic sexual behavior: A literature review of factors affecting adult sexual behavior in survivors of childhood sexual abuse. *Sexual Addiction & Compulsivity : The Journal of Treatment & Prevention, 19*(3), 199–218.

Abdullah, J. (2017). Marital distress. Dans J. Carlson et S. Dermer (Dir.), *The Sage Encyclopedia of Marriage, Family, and Couples Counseling* (Vol. 3, p. 1008-1009). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.

Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle, M., Cheung, K., Taillieu, T., Turner, S. et Sareen, J. (2016). Child abuse and physical health in adulthood. *Health Reports*, *27*(3), 10–18.

Alexander, P.C. (2014). Dual-trauma couples and intimate partner violence. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *6*(3), 224-231.

Amado, B. G., Arce, R. et Herraiz, A. (2015). Psychological injury in victims of child sexual abuse : A meta-analytic review. *Psychosocial Intervention*, *24*(1), 49-62.

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5e ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Baldwin, J. R., Reuben, A., Newbury, J. B. et Danese, A. (2019). Agreement between prospective and retrospective measures of childhood maltreatment : A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*.

Banyard, V. L., Williams, L. M. et Siegel, J. A. (2004). Childhood sexual abuse : A gender perspective on context and consequences. *Child Maltreatment*, *9*(3), 223-238.

Banyard, V. L., Williams, L. M. et Siegel, J. A. (2002). Retraumatization among adult women sexually abused in childhood : Exploratory analyses in a prospective study. *Journal of Child Sexual Abuse*, *11*, 19–48.

Banyard, V. L., Williams, L. M. et Siegel, J. A. (2001). The long-term mental health consequences of child sexual abuse : An exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *Journal of Traumatic Stress*, *14*(4), 697-715.

Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S. et Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide : A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, *58*(3), 469-483.

Berthelot, N., Godbout, N., Hébert, M., Goulet, M. et Bergeron, S. (2014). Prevalence and correlates of childhood sexual abuse in adults consulting for sexual problems. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *40*(5), 434-443.

Bigras, N., Godbout, N. et Briere, J. (2015). Child sexual abuse, sexual anxiety, and sexual satisfaction : The role of self-capacities. *Journal of Child Sexual Abuse*, *24*(5), 464-483.

Blain, L. M., Muench, F., Morgenstern, J. et Parsons, J. T. (2012). Exploring the role of child sexual abuse and posttraumatic stress disorder symptoms in gay and bisexual men reporting compulsive sexual behavior. *Child Abuse & Neglect, 36*(5), 413–422.

Bowlby, J. (1979). On knowing what you are not supposed to know and feeling what you are not supposed to feel. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *24*(5), 403-408.

Bradbury, T. N., Fincham, F. D. et Beach, S. R. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction : A decade in review. *Journal of Marriage and Family*, *62*(4), 964-980.

Briere, J., Agee, E. et Dietrich, A. (2016). Cumulative trauma and current posttraumatic stress disorder status in general population and inmate samples. *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice, and Policy*, *8*(4), 439.

Briere, J. (2011). *Trauma Symptom Inventory–2* (TSI–2). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Briere, J. et Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, *27*(10), 1205-1222.

Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. In J.E.B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C.T. Hendrix, T. Reid & C. Jenny (Eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (2nd ed.). Newbury Park, CA: SAGE Publications.

Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory* (TSI). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Cairo Notari, S., Notari, L., Favez, N., Delaloye, J. F. et Ghisletta, P. (2017). The protective effect of a satisfying romantic relationship on women's body image after breast cancer : A longitudinal study. *Psycho-Oncology*, *26*(6), 836-842.

Cantón-Cortés, D., Cortés, M. R., et Cantón, J. (2012). The role of traumagenic dynamics on the psychological adjustment of survivors of child sexual abuse. *European Journal of Developmental Psychology, 9*(6), 665–680.

Ciarrochi, J., Morin, A. J., Sahdra, B. K., Litalien, D. et Parker, P. D. (2017). A longitudinal person-centered perspective on youth social support : Relations with psychological wellbeing. *Developmental Psychology, 53*(6), 1154.

Colangelo, J., et Keefe-Cooperman, K. (2012). Understanding the impact of childhood sexual abuse on women's sexuality. *Journal of Mental Health Counseling, 34*(1), 14-37.

Collin-Vézina, D., Hélie, S. et Roy, C. (2009). Augmentation récente de l'incidence de l'agression sexuelle au Québec. *Observatoire sur les mauvais traitements envers les enfants, 1*, 1-4.

Criminal Code, R.S.C. (1985). *Criminal Code of Canada.* c.34, s.150(1).

Daigneault, I., Vézina-Gagnon, P., Bourgeois, C., Esposito, T. et Hébert, M. (2017). Physical and mental health of children with substantiated sexual abuse: Gender comparisons from a matched-control cohort study. *Child Abuse & Neglect, 66*, 155-165.

De Montigny Gauthier, L., Vaillancourt-Morel, M.-P., Rellini, A., Godbout, N., Charbonneau-Lefebvre, V., Desjardins, F. et Bergeron, S. (2018). The risk of Telling: A dyadic perspective on romantic partners' responses to child sexual abuse disclosure and their associations with sexual and relationship satisfaction. *Journal of Marital and Family Therapy*, 1-14.

Dewitte, M. (2014). On the interpersonal dynamics of sexuality. *Journal of Sex and Marital Therapy, 40*(3), 209–232.

DiLillo, D., Lewis, T. et Loreto-Colgan, A. D. (2007a). Child maltreatment history and subsequent romantic relationships. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 15*(1), 19–36.

DiLillo, D., Lewis, T. et Loreto-Colgan, A. D. (2007b). Child maltreatment history and subsequent romantic relationships : Exploring a psychological route to

dyadic difficulties. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 15*(1), 19-36.

Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J. M. et Goldbeck, L. (2015). Resilience in survivors of child sexual abuse : A systematic review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse, 16*(4), 476-493.

Dugal, C., Bigras, N., Laforte, S., Godbout, N. et Bélanger, C. (2017). Modèles et typologies du couple. Dans Y. Lussier, S. Sabourin et C. Bélanger (Éds.). *Fondements de la psychologie du couple.* Québec, Qc : Presses de l'Université du Québec (PUQ).

Dugal, C., Bigras, N., Godbout, N. et Bélanger, C. (2016). Childhood interpersonal trauma and its repercussions in adulthood : An analysis of psychological and interpersonal sequelae. Dans *A Multidimensional Approach to Post-Traumatic Stress Disorder-from Theory to Practice*. IntechOpen.

Dunlop, B. W., Hill, E., Johnson, B. N., Klein, D. N., Gelenberg, A. J., Rothbaum, B. O., … Kocsis, J. H. (2015). Mediators of sexual functioning and marital quality in chronically depressed adults with and without a history of childhood sexual abuse. *Journal of Sexual Medicine, 12*(3), 813–823.

Easton, S. D., Coohey, C., O'leary, P., Zhang, Y. et Hua, L. (2011). The effect of childhood sexual abuse on psychosexual functioning during adulthood. *Journal of Family Violence, 26*, 41–50.

Elliott, D. M., Mok, D. S. et Briere, J. (2004). Adult sexual assault : Prevalence, symptomatology, and sex differences in the general population. *Journal of Traumatic Stress : Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies, 17*(3), 203-211.

Evans, S. E., Steel, A. L. et DiLillo, D. (2013). Child maltreatment severity and adult trauma symptoms : Does perceived social support play a buffering role?. *Child Abuse & Neglect*, *37*(11), 934-943.

Fincham, F. D. et Bradbury, T. N. (1987). The assessment of marital quality : A reevaluation. *Journal of Marriage and the Family,* 49, 797-809.

Finkelhor, D. et Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse : A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, *55*(4), 530–541.

Fournier, B., Brassard, A. et Shaver, P. R. (2011). Partner's aggression and adult attachment : The demand-withdraw communication pattern and relationship satisfaction as mediators. *Journal of Interpersonal Violence, 26,* 1982–2003.

Fournier, B., et Brassard, A. (2010). Éclairage du fonctionnement conjugal : Attachement, communication demande-retrait, violence et satisfaction conjugales. *Revue québécoise de psychologie*, *31*(1), 155-169.

Girard, A. et Woolley, S. R. (2017). Using emotionally focused therapy to treat sexual desire discrepancy in couples. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *43*(8), 720-735.

Godbout, N. (2018). Adultes victimes de violences sexuelles : mieux comprendre pour des meilleures pratiques. *Psychologie Québec, 35*(2), 22-24.

Godbout, N., Runtz, M., MacIntosh, H. B. et Briere, J. (2013). Traumas interpersonnels vécus en enfance et relations de couple. *Cahiers de recherche et pratique*, *3*(2), 14–17.

Godbout, N., Sabourin, S. et Lussier, Y. (2007). La relation entre l'abus sexuel subi durant l'enfance et la satisfaction conjugale chez l'homme. *Revue canadienne des sciences du comportement*, *39*(1), 46.

Gouvernement du Québec. (2016). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle.* Québec, Canada : Publications Gouvernement du Québec.

Hazan, C. et Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 511–524.

Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P. et Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry, 54*(9), 631-636.

Henry, K. L., Thornberry, T. P. et Lee, R. D. (2015). The protective effects of intimate partner relationships on depressive symptomatology among adult parents maltreated as children. *Journal of Adolescent Health, 57*(2), 150-156.

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD : A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 377-391.

Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A. et Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. *Child Abuse & Neglect, 37*(11), 891-898.

Holt-Lunstad, J. et Uchino, B. (2015). Social support and health. *Health Behavior : Theory, Research and Practice*, 183-204.

IBM Corp. Released 2016. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Jehu, D. (1989). Mood disturbances among women clients sexually abused in childhood : Prevalence, etiology, treatment. *Journal of Interpersonal Violence, 4*(2), 164-184.

Johnson, S. (2017). An emotionally focused approach to sex therapy. *The Wiley Handbook of Sex Therapy*, 250-265.

Johnson, S. M. (2002). *Emotionally focused couple therapy with trauma survivors: Strengthening attachment bonds*. New York, NY: Guilford Press.

Johnson, S. M. (1996). *The practice of emotionally focused marital therapy : creating connection.* New York: Brunner/Mazel.

Kielcolt-Glaser, J. K. et Wilson, S. J. (2017). Lovesick : How couples' relationships influence health. *Annual Review of Clinical Psychology*, (13), 421–443.

Karney, B. R. et Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability : A review of theory, methods, and research. *Psychological Bulletin*, *118*(1), 3-34.

Kool, M. B., Woertman, L., Prins, M. A., Van Middendorp, H. et Geenen, R. (2006). Low relationship satisfaction and high partner involvement predict sexual problems of women with fibromyalgia. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *32*, 409–423.

Labadie, C., Godbout, N., Vaillancourt-Morel, M.-P. et Sabourin, S. (2018). Adult profiles of child sexual abuse survivors : Attachment insecurity, sexual compulsivity, and sexual avoidance. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *44*(4), 354–369.

Lacelle, C., Hébert, M., Lavoie, F., Vitaro, F. et Tremblay, R. E. (2012). Sexual health in women reporting a history of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, *36*(3), 247-259.

Lemieux, S. R. et Byers, E. S. (2008). The sexual well-being of women who have experienced child sexual abuse. *Psychology of Women Quarterly, 32*(2),126–144.

Leonard, L. M. et Follette, V. M. (2002). Sexual functioning in women reporting a history of child sexual abuse : Review of the empirical literature and clinical implications. *Annual Review of Sex Research*, *13*(1), 346-388.

MacIntosh, H. B. (2019). *Developmental couple therapy for complex trauma : A manual for therapists*. Routledge.

MacIntosh, H. B. et Johnson, S. (2008). Emotionally focused therapy for couples and childhood sexual abuse survivors. *Journal of Marital and Family Therapy*, *34*(3), 298–315.

Maikovich-Fong, A. K. et Jaffee, S. R. (2010). Sex differences in childhood sexual abuse characteristics and victims' emotional and behavioral problems : Findings from a national sample of youth. *Child Abuse & Neglect*, *34*(6), 429-437.

Maltz, W. (2012). *The sexual healing journey : A guide for survivors of sexual abuse* (3e ed.). New York, NY: William Morrow.

Manne, S. L., Norton, T. R., Ostroff, J. S., Winkel, G., Fox, K. et Grana, G. (2007). Protective buffering and psychological distress among couples coping with breast cancer : The moderating role of relationship satisfaction. *Journal of Family Psychology*, *21*(3), 380-388.

Mathews, B. et Collin-Vézina, D. (2017). Child sexual abuse : Toward a conceptual model and definition. *Trauma, Violence, & Abuse,* 1-18.

McNulty, J. K., Wenner, C. A. et Fisher, T. D. (2016). Longitudinal associations among relationship satisfaction, sexual satisfaction, and frequency of sex in early marriage. *Archives of Sexual Behavior*, *45*(1), 85-97.

Messman-Moore, T. L., Walsh, K. L. et DiLillo, D. (2010). Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. *Child Abuse & Neglect, 34*(12), 967-976.

Meston, C. et Trapnell, P. (2005). Development and validation of a five-factor sexual satisfaction and distress scale for women: The sexual satisfaction scale for Women (SSS-W). *The Journal of Sexual Medicine, 2*(1), 66-81.

Metz, M. E. et Epstein, N. (2002). Assessing the role of relationship conflict in sexual dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy, 28*, 139–164.

Mikulincer, M. et Shaver, P. R. (2017). *Attachment in Adulthood : Structure, Dynamics, and Change* (2e ed.). New York, NY: Guilford Press.

Murray, L. K., Nguyen, A. et Cohen, J. A. (2014). Child sexual abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 23*(2), 321-337.

Muthén, L. K. et Muthén, B. O. (1998–2018). *Mplus user's guide* (7e ed.). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.

Najman, J. M., Dunne, M. P., Purdie, D. M., Boyle, F. M. et Coxeter, P. D. (2005). Sexual abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood : An australian population-based study. *Archives of Sexual Behavior, 34*(5), 517–526.

Péloquin, K., Bigras, N., Brassard, A. et Godbout, N. (2014). Perceiving that one's partner is supportive moderates the associations among attachment insecurity and psychosexual variables. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 23*(3), 178–188.

Peterson, C. M., Peugh, J., Loucks, L. et Shaffer, A. (2018). Emotional maltreatment in family of origin and young adult romantic relationship satisfaction : A dyadic data analysis. *Journal of Social and Personal Relationships, 35*(6), 872-888.

Rellini, A. H. (2014). Sexual abuse and sexual function. In G. Corona, E. A. Jannini, & M. Maggi (Dir), *Emotional, physical and sexual abuse. Impact in children and social minorities* (p. 61–70). Cham, Switzerland: Springer.

Rellini, A. H., Vujanovic, A. A., Gilbert, M. et Zvolensky, M. J. (2012). Childhood maltreatment and difficulties in emotion regulation : Associations with sexual and relationship satisfaction among young adult women. *Journal of Sex Research*, *49*(5), 434-442.

Rellini, A. H. et Meston, C. M. (2011). Sexual self-schemas, sexual dysfunction, and the sexual responses of women with a history of childhood sexual abuse. *Archives of Sexual Behavior*, *40*(2), 351–362.

Rellini, A. et Meston, C. (2007). Sexual function and satisfaction in adults based on the definition of child sexual abuse. *The Journal of Sexual Medicine*, *4*(5), 1312–1321.

Rotenberg, C. et Cotter, A. (2018). Police-reported sexual assaults in Canada before and after #MeToo, 2016 and 2017. *Juristat : Canadian Centre for Justice Statistics*, 1-27.

Ruhlmann, L. M., Gallus, K. L. et Durtschi, J. A. (2018). Exploring relationship satisfaction and attachment behaviors in single-and dual-trauma couples : A pilot study. *Traumatology*, *24*(1), 27.

Ruppert, D. (2006). Trimming and winsorization. Dans S. Kotz, N. Balakrishnan, C. Read et B. Vidakovic (Dir), *Encyclopedia of Statistical Sciences* (2e ed., p. 8765– 8770). Hoboken, NJ: Wiley.

Russell, D. E. H. (1983). The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse & Neglect, 7*(2), 133-146.

Sabourin, S., Valois, P. et Lussier, Y. (2005). Development and validation of a brief version of the dyadic adjustment scale with a nonparametric item analysis model. *Psychological Assessment, 17*(1), 15–27.

Snell, W. E. (1998). The multidimensional sexual self-concept questionnaire. Dans C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, & S. L. Davis (Dir), *Handbook of sexuality-related measures* (p. 521–524). Thousand Oaks, CA: Sage publications.

Spanier, G. B. et Lewis, R. A. (1980). Marital quality : A review of the seventies. *Journal of Marriage and the Family, 42*, 825-839.

Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment : New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family, 38*(1), 15–28.

Statistique Canada. (2017). *Les agressions sexuelles déclarées par la police au Canada, 2009 à 2014 : Un pro l statistique*. [En ligne], [www.statcan. gc.ca].

Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M. et Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse : Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment, 16*(2), 79–101.

Tourigny, M. et Baril, K. (2011). Les agressions sexuelles durant l'enfance: ampleur et facteurs de risque. Dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants* (Tome 1, p. 7-50). Québec, Canada : Les Presses de l'Université du Québec.

Trickett, P. K., Noll, J. G. et Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development : Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology, 23*(2), 453–476.

Vaillancourt-Morel, M.-P., Dugal, C., Poirier Stewart, R., Godbout, N., Sabourin, S., Lussier, Y. et Briere, J. (2016). Extradyadic sexual involvement and sexual compulsivity in male and female sexual abuse survivors. *The Journal of Sex Research*, *53*(4-5), 614–625.

Vaillancourt-Morel, M.-P., Godbout, N., Labadie, C., Runtz, M., Lussier, Y. et Sabourin, S. (2015). Avoidant and compulsive sexual behaviors in male and female survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, *40*, 48–59.

Vaillancourt-Morel, M.-P., Godbout, N., Sabourin, S., Péloquin, K., et Wright, J. (2014). Les séquelles conjugales d'une agression sexuelle vécue à l'enfance ou à l'adolescence. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, *2*(3), 21-41.

Van Bruggen, L. K., Runtz, M. et Kadlec, H. (2006). Sexual revictimization : The role of sexual self-esteem and dysfunctional sexual behaviors. *Child Maltreatment*, *11*(2), 131–145.

Watson, B. et Halford, W. K. (2010). Classes of childhood sexual abuse and women's adult couple relationships. *Violence and Victims*, *25*(4), 518.

Yuan, K. H. et Bentler, P. M. (2000). Three likelihood based methods for mean and covariance structure analysis with nonnormal missing data. *Sociological Methodology*, *30*(1), 165–200.