



HAL
open science

Lien entre satisfaction sexuelle, ajustement dyadique et émoussement affectif, chez les personnes souffrant de schizophrénie

Héléna Zaia

► **To cite this version:**

Héléna Zaia. Lien entre satisfaction sexuelle, ajustement dyadique et émoussement affectif, chez les personnes souffrant de schizophrénie. Psychologie. 2020. dumas-03027776

HAL Id: dumas-03027776

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03027776>

Submitted on 27 Nov 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



UFR Lettres et Sciences Humaines

Mention de Master de « Psychologie clinique, psychopathologie et psychologie de la santé »

Parcours « Psychopathologies et Psychothérapies »

« Lien entre satisfaction sexuelle, ajustement dyadique et émoussement affectif, chez
les personnes souffrant de schizophrénie »

Mémoire de Master 2 présenté par ZAIA Hélène

Réalisé sous la direction de Mme la Professeure Chrystel Besche-Richard

N°étudiant : 21800349

Année universitaire 2019/2020

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite remercier Madame Chrystel Besche-Richard, professeure à l'Université de Reims Champagne-Ardenne, qui m'a guidée dans ce travail en tant que directrice de mémoire. Je la remercie pour sa disponibilité ainsi que pour avoir accepté que je traite ce sujet de mémoire qui me tenait à cœur.

Également, je voudrais témoigner ma gratitude à l'ensemble des enseignants qui m'ont transmis les principes de rigueur et de méthodologie scientifique tout au long de mon cursus. Je suis extrêmement reconnaissante et fière de la qualité de la formation reçue.

Je tiens aussi à remercier les maîtres de stage que j'ai eu la chance de côtoyer et qui m'ont donné de précieux conseils pour mener à bien ce travail d'étude et de recherche.

Je remercie sincèrement Clara Blachère, Mathilde Camuzat et Fabien Godart pour leur bienveillance et pour leur aide dans ma recherche de participants.

Je souhaite témoigner ma gratitude à Sonia Dollfus et à Pascal Antoine qui ont accepté que j'utilise leur questionnaire pour mener à bien ma recherche et qui ont répondu à mes interrogations.

Mon projet de mémoire n'aurait pu aboutir sans les associations et les groupes de soutien qui ont partagé mon questionnaire à leurs membres : Le Clubhouse de Paris, le GEM Grain de Café (Bordeaux), Schizophrénie groupe de soutien, Schizophrénie rémission guérison et rétablissement, Les schizophrénies groupe d'entraide, "OPEN DIALOGUE" francophone, guérison, psychose, schizophrénie, bipolarité, Schizophrénie, bipolarité, dépression - Groupe de soutien, Schizophrénie support aux familles, Schizophrénie France, Lutte contre la schizophrénie et Schizophrénie parlons-en. Je souhaite les remercier chaleureusement.

De plus, je souhaite adresser mes plus sincères remerciements à tous les participants qui ont répondu favorablement à cette recherche. Nos échanges m'ont apporté beaucoup de motivation.

Pour terminer, je souhaite exprimer ma profonde reconnaissance à mes camarades de Master 2 Psychopathologies et Psychothérapies pour leur soutien sans faille durant ces deux riches années de Master.

Table des matières

Remerciements	2
Liste des tableaux	4
Résumé	5
Abstract	5
Introduction	7
1. Sexualité	7
1.1. Sexualité et schizophrénie : une nécessité restant tabou	7
1.2. Satisfaction sexuelle : définition	8
1.3. Satisfaction sexuelle et schizophrénie	9
1.4. Sexualité et antipsychotiques	9
2. Émoussement affectif	10
3. Lien entre émoussement affectif, ajustement dyadique et satisfaction sexuelle chez les PSDS	11
4. Hypothèses	12
Méthodologie	12
1. Procédure et recueil des données	12
2. Participants	13
3. Matériels	14
3.1. Self Assessment of Negative Symptoms (SNS)	14
3.2. Échelle d'ajustement dyadique (DAS-16)	14
3.3. Indice de Satisfaction Sexuelle (ISS)	14
4. Analyses des données	15
Résultats	16
Discussion	17
Limites	20
Recherches futures	21
Conclusion	22
Références	24
Annexes	36

Liste des tableaux

Tableau 1. Statistiques descriptives.....	13
Tableau 2. Corrélations entre la satisfaction sexuelle avec l'ajustement dyadique et les différents symptômes négatifs	16
Tableau 3. Comparaisons des moyennes aux questionnaires selon le genre	17
Tableau 4. Résultats de la régression multiple prédisant la satisfaction sexuelle	17

Résumé

Contexte : Les Personnes Souffrant De Schizophrénie (PSDS) présentent une satisfaction sexuelle faible. Pourtant, les causes de cette insatisfaction sexuelle établie dans cette population restent peu connues. Les symptômes négatifs inhérents à la maladie, notamment l'émoussement affectif qui est lié au désir, ainsi que l'ajustement dyadique qui prédit la satisfaction sexuelle en population générale, seraient susceptibles de limiter la satisfaction sexuelle des PSDS.

Objectifs : Les objectifs de l'étude sont de déterminer si l'émoussement affectif et la satisfaction sexuelle sont liés chez les PSDS, ainsi que d'étudier l'influence de l'ajustement dyadique sur leur satisfaction sexuelle.

Méthodes : 47 PSDS ont répondu à l'autoévaluation des symptômes négatifs (SNS), à une échelle d'ajustement dyadique (DAS-16) ainsi qu'à l'indice de satisfaction sexuelle (ISS).

Résultats : L'émoussement affectif prédit la satisfaction sexuelle des PSDS. Toutefois, l'ajustement dyadique semble avoir un impact plus important que l'émoussement affectif sur la satisfaction sexuelle des PSDS.

Conclusion : Les PSDS présentent un intérêt pour la sexualité similaire à la population générale. Il est donc important de comprendre les déterminants psychopathologiques affectant leur fonction sexuelle. Dans un objectif de rétablissement complet, les PSDS doivent être accompagnées vers une sexualité épanouissante, qui favorise une qualité de vie satisfaisante.

Mots clés : schizophrénie, symptômes négatifs, émoussement affectif, satisfaction sexuelle, ajustement dyadique.

Abstract

Background: People with schizophrenia (PSDS) have low sexual satisfaction. However, causes of this established sexual dissatisfaction in this population remain poorly understood. Negative symptoms inherent to the disease, in particular the blunted affect which is related to desire, as well as dyadic adjustment which predicts sexual satisfaction in the general population, would be likely to limit sexual satisfaction in PSDS.

Objectives: Objectives of the study are to determine whether blunted affect and sexual satisfaction are related in PSDS, and to study the influence of dyadic adjustment on sexual satisfaction.

Methods: 47 PSDS responded to the Self assessment of Negative Symptoms (SNS), a dyadic adjustment scale (DAS-16) and the Index of Sexual Satisfaction (ISS).

Results: Blunted affect predicts sexual satisfaction in PSDS. However, dyadic adjustment appears to have a greater impact than blunted affect on sexual satisfaction in PSDS.

Conclusion: PSDS have a similar interest in sexuality than the general population. Therefore, it is important to understand the psychopathological determinants affecting their sexual function. With the goal of full recovery, PSDS must be accompanied towards a fulfilling sexuality that promotes a satisfying quality of life.

Keywords: schizophrenia, negative symptoms, blunted affect, sexual satisfaction, dyadic adjustment.

Introduction

La présente étude aspire à permettre une meilleure compréhension de la relation entre troubles schizophréniques et sexualité. Un point sur la littérature scientifique concernant la sexualité chez les Personnes Souffrant de Schizophrénie (PSDS) sera proposé. Ensuite, nous définirons la satisfaction sexuelle et les facteurs l'influençant, notamment l'ajustement dyadique. Puis nous nous concentrerons sur l'un des symptômes négatifs influençant potentiellement la satisfaction sexuelle, à savoir : l'émoussement affectif.

1. Sexualité

1.1. Sexualité et schizophrénie : une nécessité restant tabou

Les recherches sur la satisfaction sexuelle des PSDS restent rares (Aggarwal et al., 2019), malgré un intérêt grandissant depuis les années 2000. Les raisons d'une insatisfaction sexuelle chez les PSDS restent inconnues (de Jager & McCann, 2017).

Les dysfonctions sexuelles sont davantage présentes chez les PSDS que dans la population générale (Ma et al., 2018; Soldati, 2006) et que chez les personnes souffrant d'un trouble anxieux (İncedere & Küçük, 2017), bipolaire ou dépressif (Aggarwal et al., 2019). Pourtant, les PSDS rapportent un certain nombre de rapports sexuels (Kazour et al., 2019) : 42,6% des PSDS interrogées dans l'étude de Fond et al. (2019) avaient eu un rapport dans le mois précédent.

Il est nécessaire d'être attentif aux difficultés sexuelles. La sédation, les effets végétatifs et extrapyramidaux induits par les neuroleptiques sont jugés par les patients comme étant moins embarrassants que les difficultés sexuelles (Lambert et al., 2004). Ces dernières ont un impact sur l'épanouissement de la personne en altérant notamment la perception de soi (Peitl et al., 2009). En effet, une sexualité perçue comme médiocre peut engendrer une estime de soi faible, un sentiment d'humiliation et de déception (Raja et Azzoni, 2002). De plus, de nombreuses études attestent que les problèmes sexuels entravent la compliance au traitement (Ben Mahmoud et al., 2013; de Boer et al., 2015; Dumontaud et al., 2020; Halouani et al., 2018; Jovelet, 2010; Kelly et Conley, 2004; Ma et al., 2018; Malik et al., 2011; Soldati, 2016). Également, les difficultés sexuelles agissent sur la santé psychique (Mialon et al., 2012). Elles peuvent altérer l'humeur (Just, 2015), majorer le risque de consommation de substances et d'épisodes dépressifs (Mialon et al., 2012) ainsi que la présence de symptômes psychotiques (Sullivan et Lukoff, 1990, cités par Soldati, 2016), notamment en provoquant une augmentation des idées délirantes en lien avec la sexualité (Huguelet et al., 2015).

À l'inverse, la santé mentale peut être améliorée grâce aux relations intimes (Huguelet et al., 2015). L'activité sexuelle améliore chez les PSDS l'acceptation de soi, l'estime, l'humeur et le sommeil (Montejo et al., 2014). Elle diminuerait aussi les conséquences du stress en améliorant le développement neuronal et favoriserait le fonctionnement cognitif, mnésique et émotionnel ainsi que l'évolution favorable de la schizophrénie (Kazour et al., 2019).

Les PSDS semblent être une population particulièrement touchée par les difficultés sexuelles (Fond et al., 2019), ceci empêchant une sexualité épanouie. Pourtant, la sexualité est peu abordée par les professionnels de santé (de Jager & McCann, 2017; Ma et al., 2018; Thornicroft et al., 2009), malgré les impacts qu'elle a et le désir des PSDS de l'évoquer (de Boer et al., 2015). Il est donc nécessaire d'accompagner les PSDS vers une sexualité satisfaisante.

1.2. Satisfaction sexuelle : définition

La majorité des études concernant la sexualité des PSDS n'a pas tenu compte de leur expérience subjective, c'est-à-dire de leur satisfaction sexuelle (Huguelet et al., 2015; Laxhman et al., 2017). Nous pouvons définir la « satisfaction sexuelle » comme : « la réponse émotionnelle qui résulte des évaluations d'une personne concernant sa relation sexuelle, incluant la perception de ses besoins sexuels satisfaits, la satisfaction de ses attentes sexuelles et de celles de son partenaire, et une évaluation globale positive de la relation sexuelle » (Offman et Matheson, 2005, p. 32). Différents aspects peuvent être concernés par cette évaluation : le degré d'intimité avec le partenaire ou encore la fréquence des rapports sexuels et des orgasmes (Tousignant, 2011). La satisfaction sexuelle possède une composante physique comprenant les sensations agréables et le plaisir sexuel, ainsi qu'une composante psychologique incluant le bien-être éprouvé et la complicité (Hudson et al., 1981).

Dans la population générale française, 88% des personnes jugent leur satisfaction sexuelle comme satisfaisante (Bajos et al., 2008). Toutefois, elle aurait tendance à diminuer avec l'âge. En effet, les dysfonctions sexuelles impactent la satisfaction sexuelle et ces dernières augmentent aux alentours de 60 ans (American Psychiatric Association, 2015).

La satisfaction sexuelle dépendrait également de l'« ajustement dyadique » (Brown et Weigel, 2018), c'est-à-dire de la qualité de la relation (Spanier, 1976). Un fort ajustement dyadique correspond à un « haut degré d'accord entre les partenaires (échelle de consensus), une faible fréquence de conflits et d'interactions négatives (échelle de satisfaction), une

fréquence élevée d'activités communes (échelle de cohésion) et peu de problèmes affectifs ou sexuels (échelle d'expression affective) » (Antoine et al., 2008, p. 39).

La recherche de facteurs explicatifs de la satisfaction sexuelle a été amorcée dans certaines populations cliniques, par exemple chez des femmes présentant un trouble de la personnalité borderline (Bouchard et al., 2009). Nous pouvons alors nous demander si les explications de la satisfaction sexuelle pourraient être spécifiques à la population observée.

1.3. Satisfaction sexuelle et schizophrénie

Laxhman et al. (2017) recommandent d'approfondir les facteurs expliquant l'insatisfaction sexuelle des PSDS. En effet, plusieurs études mentionnent que les PSDS ont une satisfaction sexuelle faible (Aggarwal et al., 2019; Fortier et al., 2003; Huguelet et al., 2015; Peitl et al., 2009; Peitl et al., 2011; Raja et Azzoni, 2002; Simiyon et al., 2016).

En plus d'être associée à un impact positif sur la compliance au traitement (Lee et al., 2015), la satisfaction sexuelle diminue les séparations conjugales (Brassard et al., 2015), prédit la satisfaction à l'égard des relations conjugales (Butzer et Campbell, 2008), ainsi que le bien-être (Davison et al., 2009) notamment dans ses dimensions sociales, physiques et psychologiques (Martin et al., 2011). En effet, elle augmente le sentiment de confiance, de dignité et l'engagement social en diminuant la stigmatisation (Montejo, 2018).

La satisfaction sexuelle doit être étudiée car elle contribue à la qualité de vie (Ben Mahmoud et al., 2013; de Boer et al., 2015; Halouani et al., 2018; Raja et Azzoni, 2002; Soldati, 2016; Tardieu et al., 2006; Zemishlany & Weizman, 2008). Dans une étude de Laxhman et al. (2017), la satisfaction sexuelle était la dimension de qualité de vie avec le score de satisfaction le plus faible. En effet, elle serait le principal facteur d'une faible qualité de vie (Ma et al., 2018) et influence négativement le rétablissement (de Jager & McCann, 2017).

Malgré l'importance de la satisfaction sexuelle dans de multiples domaines, les études ont peu étudié cette variable et se sont concentrées sur les effets des neuroleptiques sur la sexualité (Fond et al., 2019; Huguelet et al., 2015; Laxhman et al., 2017). Pour autant, le traitement ne fournit pas à lui seul une explication de l'insatisfaction sexuelle chez les PSDS.

1.4. Sexualité et antipsychotiques

D'après une méta-analyse de de Boer et al. (2015), les résultats concernant l'impact des antipsychotiques sur la sexualité sont contradictoires, certains concluant même à une absence d'effet (Ben Mahmoud et al., 2013; Fond et al., 2019; Martin-Du Pan et Baumann,

2008). La schizophrénie s'accompagne de troubles sexuels fréquents et cela indépendamment du type de neuroleptiques (Fond et al., 2019; Martin-Du Pan et Baumann, 2008; Tardieu et al., 2006). Dans l'étude de McCann (2010), 57 % des PSDS n'éprouvaient pas de satisfaction sexuelle avant le début du traitement. Les difficultés sexuelles semblent donc préexister au traitement (Düring et al., 2019).

Pour Peitl et al. (2009) l'insatisfaction sexuelle ne découle pas du traitement antipsychotique mais bien des caractéristiques de la schizophrénie. Des études préconisent de tenir compte de la psychopathologie associée à la schizophrénie (Düring et al., 2019; Lee et al., 2015; Ma et al., 2018; Malik et al., 2011), l'influence des symptômes négatifs sur la sexualité n'ayant pas été suffisamment étudiée (de Boer et al., 2015; Dumontaud et al., 2020). Notre choix d'étude s'est donc porté sur l'émoussement affectif.

2. Émoussement affectif

L'« émoussement affectif » fait partie des cinq symptômes composant la symptomatologie négative de la schizophrénie avec le retrait social, l'alogie, l'anhédonie et l'avolition (Mach & Dollfus, 2016). Il est reconnu comme un des critères diagnostiques de cette pathologie dans la CIM-10 (Organisation mondiale de la santé, 2008). L'émoussement affectif est présent à tous les stades de la maladie (Dollfus et al., 2019), dure dans le temps et répond peu au traitement (Blanchard et al., 1994; Hervochon et al., 2018; Millan et al., 2014). L'émoussement affectif se décrit comme « la diminution, voire l'absence des réactions affectives » et se traduit par une « moindre expression de la vie affective et une monotonie de l'expression émotionnelle » (Emmanuelli et al., 2005, p. 195). Les personnes ayant un affect émoussé présentent des difficultés à exprimer leurs émotions ainsi qu'une diminution des expressions faciales, vocales et gestuelles (Kilian et al., 2015), ceci donnant une impression de froideur (Daléry et al., 2012). L'expression faciale notamment serait diminuée chez les PSDS, qu'ils prennent un antipsychotique ou non (Marder & Galderisi, 2017). Toutefois l'expression ne reflète pas systématiquement le ressenti interne (Myin-Germeys et al., 2000), bien que celui-ci reste perturbé dans la schizophrénie (Hervochon et al., 2018). Selon Myin-Germeys et al. (2000), les PSDS ressentiraient les émotions négatives avec une intensité plus forte et les émotions positives avec une intensité plus faible, que les personnes témoins.

La compréhension de l'émoussement affectif reste limitée (Kilian et al., 2015). L'émoussement affectif pourrait être lié à un déficit moteur mais également à des difficultés de perception et d'identification des émotions et des indices sociaux transmis par le

comportement non verbal (Marder & Galderisi, 2017) et par les expressions faciales (Guessoum et al., 2020). Il serait également corrélé à une hypoactivation frontale (Guessoum et al., 2020), des neurones miroirs (Guessoum et al., 2020; Lee et al., 2014; Saito et al., 2018), du gyrus parahippocampique (Kaiser et al., 2017), du cortex moteur et du lobe pariétal (Lee et al., 2014) ainsi qu'à une hyperactivation des amygdales (Guessoum et al., 2020). Un volume réduit du putamen antérieur droit jouerait aussi un rôle important (Ballmaier et al., 2008).

L'émoussement affectif est corrélé à un fonctionnement social faible (Hervochoon et al., 2018; Riehle et Lincoln, 2017), à des durées d'hospitalisation plus longues (Ergül et Üçok, 2015), à une apparition précoce de la maladie (Ergül et Üçok, 2015; Riehle et Lincoln, 2017) ainsi qu'à une évolution de la schizophrénie négative (Hervochoon et al., 2018; Kaiser et al., 2017). Il est associé à un déficit neurocognitif (Millan et al., 2014), incluant les fonctions exécutives ainsi que la mémoire de travail (Ergül et Üçok, 2015). L'émoussement affectif impacte également les relations interpersonnelles (Riehle et Lincoln, 2017).

3. Lien entre émoussement affectif, ajustement dyadique et satisfaction sexuelle chez les PSDS

Les symptômes négatifs impactent négativement la sexualité (Bacconi & Gressier, 2017; Ben Mahmoud et al., 2013; de Boer et al., 2015; Dumontaud et al., 2020; Fortier et al., 2003; Malik, 2007; Montejo et al., 2018; Simiyon et al., 2016; Soldati, 2016; Wang et al., 2016; Zemishlany & Weizman, 2008). Une interaction entre les difficultés sexuelles et des scores élevés de symptômes négatifs a été identifiée chez les PSDS (Esan & Esan, 2018; Halouani et al., 2018; Huang et al., 2019; Malik et al., 2011). Toutefois, une corrélation négative entre l'intensité de l'émoussement affectif et la fréquence du désir sexuel a été trouvée : « les analyses corrélationnelles entre la fréquence du désir sexuel et la gravité de chaque symptôme positif ou négatif de la schizophrénie indiquent l'existence d'une corrélation négative uniquement entre la gravité de l'émoussement affectif et la fréquence des envies » (Fortier et al., 2003, p. 564). L'émoussement affectif s'est avéré être le seul symptôme ayant un lien avec le désir. Nous pouvons donc supposer que ce symptôme a un lien particulier avec la sexualité. En effet, l'expression des émotions se trouve affectée dans la schizophrénie et est inévitablement reliée à la sexualité (Peitl et al., 2009). De plus, la difficulté à réguler l'expression des émotions entraverait la satisfaction sexuelle (Brassard et al., 2015). L'émoussement affectif modifierait le vécu de l'intimité chez les PSDS (de Jager et al., 2017).

Chez les PSDS, l'émoussement affectif étant davantage représenté chez les hommes (Kaiser et al., 2017), il serait donc possible que l'intensité de ce symptôme perturbe davantage leur satisfaction sexuelle, qui est d'ailleurs plus faible que chez les femmes (Laxhman et al., 2017; Lee et al., 2015).

L'ajustement dyadique étant une variable déterminante dans la satisfaction sexuelle en population générale, il a été suggéré qu'elle le soit également chez les PSDS (Simiyon et al., 2016; Aggarwal et al., 2019) puisqu'« une mauvaise adaptation conjugale chez les patients atteints de schizophrénie était associée à une satisfaction sexuelle plus faible » (Aggarwal et al., 2019, p. 128).

4. Hypothèses

Notre problématique est de déterminer si, chez les PSDS, la satisfaction sexuelle et l'émoussement affectif sont liés. En effet, nous supposons que plus l'émoussement affectif est fort, plus la satisfaction sexuelle est faible. Toutefois, il est attendu que ce lien soit plus important chez les hommes que chez les femmes.

Nous faisons également l'hypothèse que l'ajustement dyadique est lié à la satisfaction sexuelle des PSDS et que plus l'ajustement dyadique est élevé, plus la satisfaction sexuelle l'est également.

De plus, nous supposons que l'émoussement affectif et l'ajustement dyadique prédisent tous deux la satisfaction sexuelle des PSDS mais que l'émoussement affectif la prédirait davantage que l'ajustement dyadique.

Méthodologie

1. Procédure et recueil des données

Les données ont été recueillies à l'aide de deux méthodes. Trois participants ont été recrutés sur leur lieu de soins par des psychologues ou psychologues stagiaires, qui leur présentaient sous format papier la Self assessment of Negative Symptoms (SNS), puis une échelle d'ajustement dyadique (DAS-16) et enfin l'Indice de Satisfaction Sexuelle (ISS). Les autres participants ont répondu à ces trois auto-questionnaires via un questionnaire en ligne. Le logiciel LimeSurvey a été utilisé. Ils ont reçu le lien du questionnaire via des associations ou des groupes de soutien sur les réseaux sociaux. Les participants ont donné leur consentement éclairé soit par écrit (Annexe 1 et Annexe 2) soit au début du questionnaire en ligne (Annexe 3).

2. Participants

Au total, 82 personnes ont répondu aux questionnaires, mais 35 d'entre elles ont été exclues car elles ne correspondaient pas aux critères d'inclusion : 17 n'ont pas déclaré avoir un diagnostic de schizophrénie ou un trouble schizo-affectif, 2 n'avaient pas pour langue maternelle le français, 3 n'avaient pas un âge compris entre 18 et 60 ans, 6 n'avaient jamais eu de rapport sexuel et 7 étaient sous l'emprise d'une substance. Seuls 47 participants ont donc été retenus, 22 hommes et 25 femmes, parmi lesquels 40 ont déclaré souffrir de schizophrénie et 7 d'un trouble schizo-affectif. L'échantillon retenu est décrit dans le Tableau 1. La moyenne obtenue à l'autoévaluation des symptômes négatifs suggère un échantillon présentant d'importants symptômes négatifs. Elle est supérieure à celles mesurées dans l'étude de Hervochon et al. (2018) ($m = 16.6$) et de Dollfus et al. (2019) ($m = 16.39$). Pour Hervochon et al. (2018), la moyenne trouvée signifiait un taux sévère de symptômes négatifs. De plus, une moyenne inférieure à 7, suggérerait une présence légère de symptômes négatifs (Dollfus et al., 2019), or dans la présente étude ce seuil est dépassé.

Tableau 1. Statistiques descriptives.

	M (ET)	Min-Max
Âge	35.1 (9.5)	20-60
Durée traitement (en années)	5.3 (5.32)	0.33-20
Total SNS	23.3 (8.16)	5-39
Retrait social	4.7 (2.01)	0-8
Emoussement affectif	4.32 (2.31)	0-8
Alogie	4.72 (2.48)	0-8
Avolition	5.64 (2.61)	0-8
Anhédonie	3.89 (2.28)	0-8
Total DAS	55.7 (16.5)	24-92
Total ISS	58.5 (23)	11-94
	Effectif	%
Neuroleptique atypique	33	70.21
Neuroleptique typique	3	6.38
Neuroleptique typique et atypique	5	10.64
Aucun traitement	4	8.51
Autre traitement	1	2.13
Ne connaît pas son traitement	1	2.13
Actif professionnellement	6	12.77
Non actif professionnellement	41	87.23
Sous mesure de protection	11	23.4
Sans mesure de protection	35	74.47
Ne sait pas pour la mesure de protection	1	2.13
Sans partenaire	25	53.19
En couple	9	19.15
Fiancé	1	2.13
Pacsé	2	4.26
Marié	7	14.89
Autre (fréquentation)	1	2.13
Ayant un partenaire sexuel	2	4.26

Note : M(ET) = Moyenne (Écart-type), Total SNS = score total à l'autoévaluation des symptômes négatifs, Total DAS = score total à l'échelle d'ajustement dyadique, Total ISS = score total à l'indice de satisfaction sexuelle.

3. Matériels

3.1. Self assessment of Negative Symptoms (SNS)

La SNS, appelée en français « l'autoévaluation des symptômes négatifs » (Annexe 4), a été créée par Dollfus et al. (2016) et validée en français chez les PSDS (Hervochoon et al., 2018). Constituée de 20 items, elle évalue la présence des cinq symptômes négatifs, soit quatre items par symptômes (Dollfus et al., 2016). Afin d'évaluer l'émoussement affectif, le ressenti et l'expression émotionnelle sont tous deux pris en compte dans la deuxième sous-échelle « diminution de la gamme émotionnelle » (Hervochoon et al., 2018). La passation est de moins de 5 minutes (Dollfus et al., 2016). Pour chaque item, il y a 3 réponses possibles : tout à fait d'accord = 2, plutôt d'accord = 1 et pas du tout d'accord = 0 (Dollfus et al., 2016). La moyenne donne un score « allant de 0 (aucun symptôme négatif) à 40 (symptômes négatifs graves) » (Dollfus et al., 2016, p. 3). Ses qualités psychométriques sont bonnes. La cohérence interne est forte avec un alpha de Cronbach de 0.867 (Dollfus et al., 2016).

3.2. Échelle d'ajustement dyadique (DAS-16)

L'ajustement dyadique a été mesuré avec un auto-questionnaire : la DAS-16 (Antoine et al., 2008). Il s'agit d'une version abrégée en 16 items de la Dyadic Adjustment Scale en 32 items (Spanier, 1976) traduite en français par Baillargeon et al. (1986). Chaque item est sous forme d'échelle de Likert en 6 points allant de 1 (jamais) à 6 (toujours). La cotation des items 8 et 9 doit être inversée. Le score total est compris entre 16 (faible ajustement dyadique) et 96 (fort ajustement). La DAS-16 (Annexe 5) a reçu une validation psychométrique et présente un alpha de Cronbach de 0.89.

La consigne : « *Nous sommes généralement d'accord dans les domaines suivants* » a été remplacée par : « *Pour chaque phrase ci-dessous, dites si votre partenaire et vous êtes généralement d'accord dans les domaines suivants* », afin de faciliter la compréhension.

3.3. Indice de Satisfaction Sexuelle (ISS)

La satisfaction sexuelle a été mesurée avec l'ISS de Hudson et al. (1981), qui a été traduit en français par Comeau et Boisvert en 1985 (Annexe 6). Il s'agit d'un auto-questionnaire de 25 items sous forme d'échelle de Likert en 5 points allant de 1 (jamais) à 5 (la plupart du temps). Dans la version originale anglaise, les 12 items positifs sont inversés, ainsi plus le score est élevé, moins la satisfaction l'est (Hudson et al., 1981). Cependant, dans les articles utilisant l'ISS, ce sont les 13 items négatifs dont la cotation est inversée, ainsi plus le score est élevé, plus la satisfaction l'est (Brassard et al., 2015; Butzer et Campbell, 2008;

Fréchette, 2011). Pour la présente étude, cette seconde cotation paraissait plus cohérente afin que toutes les échelles utilisées s'interprètent de la même façon : plus le score est élevé, plus le concept mesuré est présent. La correction se fait ensuite en retirant un point à chacun des items, le score total est donc compris entre 0 et 100.

Concernant les qualités psychométriques, dans une étude de validation de la version française, un alpha de Cronbach de 0.92 a été mesuré (Turcotte, 1993, cité dans Fréchette, 2011).

De plus, tout comme pour la DAS-16, une consigne a été rajoutée afin d'inclure les participants n'ayant pas de partenaire sexuel au moment de la passation : « *Si vous n'avez pas de partenaire actuellement, répondez en pensant à votre partenaire précédent* ».

4. Analyses des données

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel R, en utilisant le métapackage easieR (Stefaniak, 2020). La satisfaction sexuelle est opérationnalisée par le score total obtenu à l'ISS appelé « Total ISS », l'ajustement dyadique par le score total à la DAS-16 appelé « Total DAS » et l'émoussement affectif est mesuré avec la sous-échelle correspondante de la SNS appelée « score 2 ».

Une corrélation de Bravais-Pearson a été réalisée afin de constater si plus le score d'émoussement affectif, c'est-à-dire le score 2 obtenu à la SNS, est élevé, plus la satisfaction sexuelle, c'est-à-dire le score Total ISS, est faible. Ensuite, pour vérifier si ce lien est plus fort chez les hommes, une comparaison de corrélations selon le sexe a été faite. Ainsi, nous nous attendons à ce que plus le score 2 est élevé, plus le score Total ISS est faible et cela d'autant plus chez les hommes que chez les femmes.

Également, afin de constater si plus le score d'ajustement dyadique, c'est-à-dire le score Total DAS, est élevé, plus le score Total ISS l'est également, une corrélation de Bravais-Pearson a été réalisée.

Enfin, une régression multiple a été effectuée afin de vérifier si le score 2 et le score Total DAS prédisent significativement le score Total ISS, qui est la variable dépendante. L'équation de régression correspondante est : $\text{Total ISS} = \beta_0 + \beta_1 * \text{score 2} + \beta_2 * \text{Total DAS} + \varepsilon$. Toutefois, nous nous attendons à ce que l'association entre le score 2 et le score Total ISS soit plus forte que celle entre le score Total DAS et le score Total ISS.

Le seuil de significativité choisi a été fixé à 0,05. Les conditions d'application aux tests paramétriques ont été vérifiées et des tests non paramétriques ont été réalisés lorsqu'elles n'étaient pas respectées.

Résultats

L'inclusion des participants souffrant d'un trouble schizo-affectif ne modifie pas les corrélations (Annexe 7). La corrélation entre éroussement affectif et satisfaction sexuelle n'était pas statistiquement différente ($p = 0.83$) lorsque l'on retirait ou non ces participants. Le constat était identique concernant la corrélation entre ajustement dyadique et satisfaction sexuelle ($p = 0.81$).

La satisfaction sexuelle est corrélée significativement et négativement à l'éroussement affectif, conformément à notre hypothèse. Ceci indique que plus l'éroussement affectif est élevé, plus la satisfaction sexuelle est faible. La corrélation reste significative avec une correction de Bonferroni qui est appliquée lorsque plusieurs corrélations sont effectuées sur les mêmes données ($p < 0.007$). De plus, il est intéressant de constater que les corrélations entre la satisfaction sexuelle et les autres symptômes négatifs ne sont pas significatives (Tableau 2).

Tableau 2. Corrélations entre la satisfaction sexuelle avec l'ajustement dyadique et les différents symptômes négatifs.

	Total ISS		
	rp	rs	p
Total DAS	0.454	-	0.001***
Total SNS	-0.226	-	0.12
Retrait social	-0.13	-	0.38
Éroussement affectif	-0.424	-	0.003**
Alogie	-	0.069	0.64
Avolition	-	-0.136	0.36
Anhédonie	-0.14	-	0.34

Note : Total ISS = score total à l'indice de satisfaction sexuelle, Total DAS = score total à l'échelle d'ajustement dyadique, Total SNS = score total à l'autoévaluation des symptômes négatifs. rp = coefficient de Bravais-Pearson, rs = rho de Spearman utilisé lorsque la normalité n'est pas respectée. *** = résultat significatif avec $p = 0.001$, ** = résultat significatif avec $p < 0.01$.

Contrairement à notre hypothèse, la comparaison de corrélations ne met pas en évidence une corrélation plus forte entre éroussement affectif et satisfaction sexuelle chez les hommes ($r = -0.072$; $p = 0.7$) comparativement aux femmes ($r = -0.561$; $p = 0.003$). Il y a un effet tendanciel mais celui-ci ne permet pas de dire que les corrélations sont significativement différentes ($p = 0.07$). De plus, nous constatons que la corrélation chez les hommes est faible et non significative. Toutefois, la satisfaction sexuelle moyenne chez les hommes est plus élevée et est significativement différente de celle des femmes (Tableau 3).

Tableau 3. Comparaisons des moyennes aux questionnaires selon le genre.

	Hommes M(ET)	Femmes M(ET)	<i>t</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Émoussement affectif	3.82 (2.15)	4.76 (2.4)	-	340	0.16
Total SNS	21.2 (8.36)	25.1 (7.69)	1.65	-	0.10
Total DAS	56.9 (14.16)	54.7 (18.3)	-0.449	-	0.65
Total ISS	66.9 (17.6)	51.2 (25)	-2.47	-	0.017*

Note : M(ET) = Moyenne (Écart-type), Total ISS = score total à l'indice de satisfaction sexuelle, Total DAS = score total à l'échelle d'ajustement dyadique, Total SNS = score total à l'autoévaluation des symptômes négatifs. *t* = test t de Student à échantillons indépendants, *U* = test de Mann-Whitney utilisé lorsque la normalité n'est pas respectée. * = résultat significatif avec $p < 0.05$.

Conformément à notre hypothèse, nous pouvons constater une corrélation significative et positive entre l'ajustement dyadique et la satisfaction sexuelle (Tableau 2), suggérant que plus l'ajustement dyadique est élevé, plus la satisfaction sexuelle l'est également.

Les conditions d'applications pour une régression multiple étaient respectées à l'exception de l'aplatissement de la distribution ($p = 0.0453$). Le modèle explique 28.4% de la variance ($F(2,44) = 8.74$, $p = 0.001$). La régression multiple confirme que l'émoussement affectif prédit significativement la satisfaction sexuelle, tout comme l'ajustement dyadique. Contrairement à ce qui était attendu, les résultats suggèrent un impact plus fort de l'ajustement dyadique sur la satisfaction sexuelle (Tableau 4).

Tableau 4. Résultats de la régression multiple prédisant la satisfaction sexuelle.

	b (IC sur le bootstrap)	<i>p</i>	β	R ²	R ² aj	ΔR^2
Émoussement affectif	-2.98 (-5.74, -0.6)	0.033*	-0.30	0.18	0.162	0.18
Total DAS	0.482 (0.069, 0.846)	0.015*	0.346	0.284	0.252	0.105

Note : Total DAS = score total à l'échelle d'ajustement dyadique. * = résultat significatif avec $p < 0.05$. b = coefficients de régression, IC sur le bootstrap = intervalle de confiance obtenu avec la méthode Bca, β = coefficients de régression standardisés. R² = pourcentage de variance expliquée, R²aj = pourcentage de variance expliquée ajusté, ΔR^2 = gain de R².

Discussion

L'objectif de la présente étude était d'étudier la relation entre troubles schizophréniques et sexualité. L'émoussement affectif semble associé à la satisfaction sexuelle, mais contrairement à ce qu'était attendu, ce lien n'est pas plus fort chez les hommes. De plus, bien que nous supposions un lien entre ajustement dyadique et satisfaction sexuelle chez les PSDS, nous n'avions pas présumé que l'ajustement ait un impact plus important que l'émoussement affectif sur la satisfaction. Les hypothèses sont donc partiellement validées.

Afin de mener cette étude, des questionnaires ont été utilisés. Ces derniers semblent avoir été acceptés par les participants aux vues des retours de leur part. Comme le

mentionnent plusieurs études, les PSDS sont disposées à évoquer leur sexualité (Dallon et Abraham, 2009; de Boer et al., 2015; McCann, 2010). Les PSDS seraient enclines à 92% à aborder cette thématique et 76% d'entre elles pensent même que cela serait bénéfique (Lewis et Scott, 1997). En effet, 90% des PSDS ont besoin d'exprimer leur sexualité, taux qui était estimé à 10% lorsque l'on interroge les soignants (McCann, 2010).

Les difficultés à obtenir des participants provenaient d'une réticence à aborder la sexualité de la part des professionnels (Kelly et Conley, 2004; Ma et al., 2018) et des institutions (Tardieu, 2006) ne rendant pas ainsi son étude aisée. En effet, les soignants craignent parfois que les PSDS ne soient pas en mesure de contrôler leur sexualité et qu'évoquer ce thème pourrait faire émerger des comportements inadaptés (Kelly et Conley, 2004). Dans l'étude de Huguelet et al. (2015), seulement 22% des femmes atteintes de schizophrénie l'ont évoqué avec leur psychiatre. Les professionnels sous-estimerait les difficultés sexuelles, les considérant mineures face aux symptômes psychiatriques (Fanta et al., 2018). De plus, la croyance erronée que les PSDS sont asexuelles demeure (Correa et al., 2020).

Les PSDS expliquent ne pas aborder leur sexualité en raison de stigmatisation à ce sujet (Huguelet et al., 2015), de l'internalisation de cette stigmatisation (de Jager & McCann, 2017), de la faible évocation de ce sujet par les soignants (Malik et al., 2011) mais aussi de : « la pudeur, la honte et l'absence de sollicitation de la part des médecins » (Ben Mahmoud et al., 2013, p. 93). En effet, 27% des PSDS sexuellement actifs ont souffert de discrimination négative à ce sujet (Thornicroft et al., 2009). Pourtant, la sexualité concerne le psychiatre mais également le psychologue dans la mesure où la sexologie n'est pas une spécialité médicale mais une discipline rassemblant plusieurs professionnels relevant de la psychologie et de l'éducation (Loyola, 1999). De plus, la sexualité est fortement liée aux facteurs psychologiques (de Jager & McCann, 2017).

La satisfaction sexuelle moyenne des participants est peu élevée. Ce résultat n'est pas étonnant puisqu'elle est une des dimensions où les besoins sont les plus insatisfaits pour les PSDS (Burns et al., 2001). En effet, les relations intimes représentent 35,8% des besoins non satisfaits (Ritsner et al., 2018). Peitl et al. (2009) expliquent que les PSDS ressentent plus d'émotions à valence négative à ce sujet, en lien avec un vécu d'incompétence sexuelle et d'isolement. De plus, la satisfaction sexuelle est fortement impactée par la prévalence des dysfonctions sexuelles, qui sont très fréquentes chez les PSDS (Huang et al., 2019). Ce taux est de 93 % dans l'étude de Ben Mahmoud et al. (2013). Elles sont présentes avant le début de la maladie (Miclutia et al., 2008) et chez les PSDS n'ayant jamais reçu d'antipsychotique

(Düring et al., 2019). Leur présence reste stable après l'inclusion du traitement (Malik et al., 2011) et après le rétablissement (Miclutia et al., 2008).

Également, la fréquence des relations sexuelles et la satisfaction associée sont plus faibles pour les PSDS comparativement à la population générale (Miclutia et al., 2008; Peitl et al., 2009) mais les PSDS peuvent atteindre une vie sexuelle épanouie (Sant et al., 2012). Dans l'étude de Miclutia et al. (2008), 64% des PSDS avaient des relations sexuelles régulières dont 28% en étaient satisfaites. Ces taux sont respectivement de 51% et 37% dans l'étude de McCann (2010).

Un lien significatif entre satisfaction sexuelle et émoussement affectif a été observé dans la présente étude. En effet, l'émoussement affectif perturbe les interactions, ceci impactant inévitablement la sexualité (Dallon et Abraham, 2009). De plus, l'émoussement affectif reste stable même après la phase aiguë de la pathologie (an der Heiden et al., 2016; Kilian et al., 2015; Riehle et Lincoln, 2017).

Ainsi, pour établir des relations intimes satisfaisantes, deux éléments sont importants : avoir des réactions face aux sollicitations de son partenaire et révéler des informations sur soi à travers sa communication non verbale notamment (de Jager et al., 2017). Or l'émoussement affectif limite l'expression et les réactions émotionnelles, diminuant ainsi la création et le maintien de relations interpersonnelles (Halouani et al., 2018). Ceci entrave alors la vie sexuelle (McCann, 2010). La capacité à réagir adéquatement aux émotions de son partenaire est altérée chez les PSDS et limite donc la qualité des relations (Sant et al., 2012).

De plus, l'expression émotionnelle des PSDS est plus difficile à interpréter pour leur partenaire qui la qualifie, par erreur, de neutre, ce qui impacte négativement les interactions (Marder & Galderisi, 2017). Les partenaires d'interaction des personnes ayant un affect émoussé apprécient moins les interactions, réagissent de façon davantage négative et ont une volonté plus faible d'échanger à nouveau avec ces personnes (Riehle et Lincoln, 2017). L'expression émotionnelle des PSDS peut être difficile à comprendre pour leur partenaire mais les PSDS peuvent aussi avoir des difficultés à comprendre les émotions des autres (Düring et al., 2019). En effet, l'émoussement affectif est lié à une perception des émotions réduite (Marder & Galderisi, 2017).

Dans notre étude, la corrélation entre émoussement affectif et satisfaction sexuelle ne différait pas statistiquement selon le sexe. Aussi, ce lien était non significatif chez les hommes. De plus, une satisfaction sexuelle plus élevée a été trouvée chez les hommes, contrairement à ce que nous retrouvons dans la littérature concernant les PSDS. Une

explication possible serait que l'insatisfaction sexuelle des hommes soit prédite par d'autres facteurs que les symptômes négatifs. Dans l'étude de Fond et al. (2019), les difficultés sexuelles des hommes souffrant de schizophrénie étaient liées à la présence d'un trouble dépressif. En outre, d'autres paramètres pourraient avoir une influence comme la prise d'un traitement anticholinergique ou une inflammation chronique (Fond et al., 2019).

À notre connaissance, peu d'études avaient mentionné chez les PSDS une association entre ajustement dyadique et satisfaction sexuelle, ce qui contrastait avec le nombre d'études attestant l'impact négatif des symptômes négatifs sur la sexualité des PSDS. Ceci nous a laissé supposer une importance moindre de l'ajustement dyadique. Cependant, les résultats observés tendent à montrer l'inverse : l'ajustement dyadique prédirait davantage la satisfaction sexuelle des PSDS comparativement à l'émoussement affectif. Les études en population générale mentionnent que la relation avec le partenaire et la satisfaction sexuelle sont en étroite interaction (Trudel, 2000) et qu'un ajustement dyadique positif prédit une bonne satisfaction sexuelle (Brown et Weigel, 2018). Il semblerait que ces résultats se retrouvent chez les PSDS également.

Limites

Une des limites de cette étude est de ne pas avoir pu observer si la satisfaction sexuelle différait selon le type d'antipsychotique. En effet, seulement trois participants prenaient un antipsychotique typique, ceci n'étant pas suffisant pour effectuer des analyses statistiques. Inclure cette variable aurait été pertinent puisque, dans la majorité des études, l'effet des antipsychotiques sur la sexualité est la plupart du temps limité à la mesure de la prolactine (Tardieu et al., 2006), qui n'a pas forcément d'effet sur la sexualité (Düring et al., 2019; Lee et al., 2015; Malik et al., 2001; Zemishlany & Weizman, 2008).

Toutefois, la classe d'antipsychotiques n'impacterait pas la sexualité de façon générale (Bobes et al., 2010; Fond, et al., 2019; Malik et al., 2011; Zemishlany & Weizman, 2008) ni la satisfaction sexuelle (Peitl et al., 2009; Simiyon et al., 2016). Les neuroleptiques influenceraient certaines dimensions de la sexualité notamment l'aventurisme sexuel et le schéma sexuel de soi mais pas la satisfaction sexuelle (Peitl et al., 2009). Cependant, selon d'autres études, les antipsychotiques atypiques auraient un effet moins délétère sur la sexualité, puisqu'ils engendrent moins d'effets secondaires extrapyramidaux (Vodušek et al., 2015). Ceci pourrait améliorer les performances sexuelles (Martin-Du Pan et Baumann, 2008), puisque les effets extrapyramidaux diminuent le désir et l'excitation (Lee et al., 2015).

Le manque de consensus à ce sujet montre la pertinence d'inclure comme variable le type d'antipsychotiques dans les études.

Une autre limite pourrait être que des auto-questionnaires ont été utilisés dans cette recherche. La pertinence de l'autoévaluation dans la schizophrénie a été critiquée due aux difficultés d'insight des PSDS (Liraud et al., 2004). Certains auteurs suggèrent que l'émoussement affectif devrait plutôt être observé par un évaluateur externe (Rodríguez-Testal et al., 2019). Pourtant, les PSDS semblent être en mesure de signaler leurs symptômes (Dollfus et al., 2016), ainsi que de fournir des informations valables sur leur vie sexuelle (Park et al., 2012). De plus, l'absence de corrélation entre la SNS et l'échelle d'insight de Birchwood et al. (1994) tend à montrer que les PSDS peuvent remplir la SNS de façon cohérente, même si ces derniers ont un faible niveau d'insight et donc ne se pensent pas malades (Dollfus et al., 2016).

Il est également possible que l'acceptation de répondre à des questions portant sur sa vie intime soit facilitée par le format de l'auto-questionnaire (Fond et al., 2019), ce qui justifie son utilisation. De plus, le choix d'utiliser ce format est cohérent avec le souhait de vouloir explorer la subjectivité des personnes, puisqu'il met en évidence leur expérience personnelle (Marder & Galderisi, 2017).

Toujours concernant les outils, l'article de traduction de l'ISS en français n'a pas été publié. Les informations sur ce questionnaire proviennent d'autres recherches l'ayant utilisé (Brassard et al., 2015; Butzer et Campbell, 2008; Fréchette, 2011).

Le nombre relativement faible de participants limite une généralisation des résultats. L'absence de groupe contrôle peut également être considérée comme une limite (Simiyon et al., 2016). Cependant, face à cette problématique il aurait été davantage pertinent d'inclure un autre groupe clinique, comme les personnes souffrant d'un trouble dépressif. Ces dernières étant concernées par l'émoussement affectif (Emmanueli et al., 2005) ainsi que par les difficultés sexuelles (Aggarwal et al., 2019).

Recherches futures

Les PSDS sexuellement actives présentent de meilleures capacités attentionnelles, en cognition sociale et au niveau des fonctions exécutives (Kazour et al., 2019). Nous pouvons supposer que l'épanouissement de la sexualité pourrait avoir d'autres impacts et notamment sur l'émoussement affectif. Étudier les variables associées à l'émoussement affectif pourrait amener des pistes de prises en charge thérapeutiques. En effet, le traitement de l'émoussement

affectif demeure limité (Kilian et al., 2015). Les neuroleptiques de seconde génération ne sont pas efficaces pour les symptômes négatifs primaires inhérents à la pathologie (Buchanan, 2007). De plus, l'émoussement affectif se retrouve dans d'autres pathologies comme la dépression (Emmanuelli et al., 2005), la maladie de Parkinson (Kilian et al., 2015) ou encore l'autisme (Grimm, 2017). Par conséquent, le champ d'application des recherches concernant l'émoussement affectif et la satisfaction sexuelle peut s'étendre à d'autres pathologies que la schizophrénie.

Afin d'aboutir à un modèle explicatif de la satisfaction sexuelle, d'autres variables influençant la vie intime, autre que l'ajustement dyadique ou les symptômes d'une pathologie, pourraient être incluses, comme par exemple le style d'attachement (Brassard et al., 2015; Butzer et Campbell, 2008) ou l'existence d'abus sexuels (Bouchard et al., 2009). De plus, l'impact des abus sur la sexualité a peu été étudié chez les PSDS (de Jager & McCann, 2017). Il serait également intéressant d'étudier ces variables selon le sexe, afin de déterminer les particularités de la satisfaction sexuelle chez les hommes et les femmes.

Conclusion

Prendre en compte la sexualité des patients devrait faire partie de l'ensemble des soins proposés (Fond et al., 2019) dans le but de permettre un rétablissement complet (Martin et al., 2011). D'autant plus que la majorité des PSDS souhaiterait avoir autant de rapports sexuels que les personnes sans pathologie psychiatrique (Fortier et al., 2003). Les PSDS présenteraient un intérêt (Kazour et al., 2019), un désir (de Boer et al., 2015) et des fantasmes similaires à la population générale (de Jager & McCann, 2017). En effet, bien que la schizophrénie soit associée à l'isolement, ces personnes accordent une importance à la sexualité (Dallon et Abraham, 2009; Montejo, 2018).

La possibilité d'avoir des relations intimes et sexuelles satisfaisantes favorise une vie épanouissante (de Jager et al., 2017; Montejo, 2018). Une relation intime de qualité serait la composante principale d'une qualité de vie satisfaisante (Fanta et al., 2018). Connaître les déterminants psychopathologiques de la sexualité des PSDS permettrait alors de proposer des prises en charge adaptées. La sexualité doit faire partie du plan de réhabilitation psychosociale (Fortier et al., 2003; Montejo et al., 2018) avec un volet concernant l'éducation sexuelle (Halouani et al., 2018; Kelly, 2006). En effet, les PSDS sont moins sensibilisées aux risques sexuels que d'autres groupes cliniques (İncedere & Küçük, 2017). Il y a donc un besoin d'intégrer la sexualité dans le processus de soins des PSDS (Aggarwal et al., 2019).

Différentes prises en charge thérapeutiques doivent être approfondies, notamment les thérapies basées sur les émotions pour travailler l'émoussement affectif (Brassard et al., 2015) ou encore les thérapies comportementales et cognitives (de Jager & McCann, 2017; Poudat, 2011) et la bibliothérapie qui sont utilisées en sexologie (Blachère et al., 2013).

La recherche présentée œuvre en faveur des droits fondamentaux humains qui incluent les droits sexuels pour les PSDS (Kazour et al., 2019) : droit à la santé sexuelle, à la vie affective et à la sexualité (Dammköhler et al., 2013). Le besoin de sexualité et d'intimité est normal et universel, que l'on souffre d'une pathologie psychique ou non (İncedere & Küçük, 2017; McCann, 2000; Sant et al., 2012).

Références

- Aggarwal, S., Grover, S., & Chakrabarti, S. (2019). A comparative study evaluating the marital and sexual functioning in patients with schizophrenia and depressive disorders. *Asian Journal of Psychiatry*, 39, 128-134. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.12.021>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5^e éd.). Elsevier Masson.
- an der Heiden, W., Leber, A., & Häfner, H. (2016). Negative symptoms and their association with depressive symptoms in the long-term course of schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(5), 387-396. <https://doi.org/10.1007/s00406-016-0697-2>
- Antoine, P., Christophe, V., & Nandrino, J.-L. (2008). Échelle d'ajustement dyadique : Intérêts cliniques d'une révision et validation d'une version abrégée. *L'Encéphale*, 34(1), 38-46. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2006.12.005>
- Bacconi, L., & Gressier, F. (2017). Efficacité et tolérance des IPDE-5 dans le traitement de la dysfonction érectile chez le patient schizophrène : Une revue de la littérature. *L'Encéphale*, 43(1), 55-61. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.07.003>
- Baillargeon, J., Dubois, G., & Marineau, R. (1986). Traduction française de l'Échelle d'ajustement dyadique. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 18(1), 25-34. <https://doi.org/10.1037/h0079949>
- Bajos, N., Bozon, M., & Beltzer, N. (Éds.). (2008). *Enquête sur la sexualité en France : Pratiques, genre et santé*. La Découverte.
- Ballmaier, M., Schlagenhauf, F., Toga, A., Gallinat, J., Koslowski, M., Zoli, M., Hojatkashani, C., Narr, K., & Heinz, A. (2008). Regional patterns and clinical correlates of basal ganglia morphology in non-medicated schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 106(2-3), 140-147. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.08.025>

- Ben Mahmoud, S., Zouari, L., Dammak, M., Ben Thabet, J., Zouari, N., & Maâlej, M. (2013). Évaluation de la sexualité d'une série de 61 sujets atteints de psychose chronique. *Sexologies*, 22(2), 90-96. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2012.08.001>
- Birchwood, M., Smith, J., Drury, V., Healy, J., Macmillan, F., & Slade, M. (1994). A self-report Insight Scale for psychosis: Reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(1), 62-67. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb01487.x>
- Blachère, P., Gorin, A., Tarquinio, C., & Mignot, J. (2013). *L'aide mémoire de psycho-sexologie*. Dunod
- Blanchard, J. J., Kring, A. M., & Neale, J. M. (1994). Flat Affect in Schizophrenia: A Test of Neuropsychological Models. *Schizophrenia Bulletin*, 20(2), 311-326. <https://doi.org/10.1093/schbul/20.2.311>
- Bobes, J., Arango, C., Garcia-Garcia, M., Rejas, J., & CLAMORS Study Collaborative Group. (2010). Prevalence of Negative Symptoms in Outpatients With Schizophrenia Spectrum Disorders Treated With Antipsychotics in Routine Clinical Practice: Findings From the CLAMORS Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(3), 280-286. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04250yel>
- Bouchard, S., Godbout, N., & Sabourin, S. (2009). Sexual Attitudes and Activities in Women with Borderline Personality Disorder Involved in Romantic Relationships. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 35(2), 106-121. <https://doi.org/10.1080/00926230802712301>
- Brassard, A., Dupuy, E., Bergeron, S., & Shaver, P. R. (2015). Attachment Insecurities and Women's Sexual Function and Satisfaction: The Mediating Roles of Sexual Self-Esteem, Sexual Anxiety, and Sexual Assertiveness. *The Journal of Sex Research*, 52(1), 110-119. <https://doi.org/10.1080/00224499.2013.838744>
- Brown, R. D., & Weigel, D. J. (2018). Exploring a Contextual Model of Sexual Self-Disclosure and Sexual Satisfaction. *The Journal of Sex Research*, 55(2), 202-213. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1295299>

- Buchanan, R. W. (2007). Persistent Negative Symptoms in Schizophrenia: An Overview. *Schizophrenia Bulletin*, 33(4), 1013-1022. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl057>
- Burns, T., Fioritti, A., Holloway, F., Malm, U., & Rössler, W. (2001). Case Management and Assertive Community Treatment in Europe. *Psychiatric Services*, 52(5), 631-636. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.5.631>
- Butzer, B., & Campbell, L. (2008). Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal Relationships*, 15(1), 141-154. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2007.00189.x>
- Comeau, S., & Boisvert, J-M. (1985). *Translation of the Sexual Satisfaction Index (Hudson)* [Unpublished Manuscript]. Université Laval.
- Correa, A. M. P., Carrillo, R. A. A., Vega, D. C. S., Cano, S. G., Arango, L. G. A., Builes, L. F. T., García, Á. M. A., Villa, E. U., Aguirre-Acevedo, D. C., & López-Jaramillo, C. (2020). Sexual and reproductive health in patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English Ed.)*, 49(1), 15-22. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2018.04.008>
- Daléry, J., d'Amato, T. & Saoud, M. (2012). *Pathologies schizophréniques*. Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.daler.2012.01>.
- Dallon, C. et Abraham, G. (2009). Psychose et sexualité. *Revue Médicale Suisse*, 5, 635-637. <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-195/Psychose-et-sexualite>
- Dammköhler, S., Korpès, J-L. et Baud, O. (2013). *Recommandations pour une éducation à la santé sexuelle des personnes en situation-s de handicap-s*. Santé Sexuelle Suisse. https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2013/04/SANT%C3%89-SEXUELLE-Suisse_Recommandations-SH_web-pages.pdf
- Davison, S. L., Bell, R. J., LaChina, M., Holden, S. L., & Davis, S. R. (2009). The Relationship between Self-Reported Sexual Satisfaction and General Well-Being in Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(10), 2690-2697. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01406.x>

- de Boer, M. K., Castelein, S., Wiersma, D., Schoevers, R. A., & Knegtering, H. (2015). The Facts About Sexual (Dys)function in Schizophrenia: An Overview of Clinically Relevant Findings. *Schizophrenia Bulletin*, *41*(3), 674-686. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv001>
- de Jager, J., Cirakoglu, B., Nugter, A., & van Os, J. (2017). Intimacy and its barriers: A qualitative exploration of intimacy and related struggles among people diagnosed with psychosis. *Psychosis*, *9*(4), 301-309. <https://doi.org/10.1080/17522439.2017.1330895>
- de Jager, J., & McCann, E. (2017). Psychosis as a Barrier to the Expression of Sexuality and Intimacy: An Environmental Risk? *Schizophrenia Bulletin*, *43*(2), 236-239. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw172>
- Dollfus, S., Delouche, C., Hervochon, C., Mach, C., Bourgeois, V., Rotharmel, M., Tréhout, M., Vandeveld, A., Guillin, O., & Morello, R. (2019). Specificity and sensitivity of the Self-assessment of Negative Symptoms (SNS) in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *211*, 51-55. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.07.012>
- Dollfus, S., Mach, C., & Morello, R. (2016). Self-Evaluation of Negative Symptoms: A Novel Tool to Assess Negative Symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, *42*(3), 571-578. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv161>
- Dumontaud, M., Korchia, T., Khouani, J., Lancon, C., Auquier, P., Boyer, L., & Fond, G. (2020). Sexual dysfunctions in schizophrenia: Beyond antipsychotics. A systematic review. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *98*, 109804. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.109804>
- Düring, S. W., Nielsen, M. Ø., Bak, N., Glenthøj, B. Y., & Ebdrup, B. H. (2019). Sexual dysfunction and hyperprolactinemia in schizophrenia before and after six weeks of D2/3 receptor blockade – An exploratory study. *Psychiatry Research*, *274*, 58-65. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.017>
- Emmanuelli, M., Pheulpin, M.-C., & Bruguière, P. (2005). Un destin des affects dans la dépression: L'émoussement affectif. Élaboration d'une méthodologie de recherche à partir des épreuves projectives. *Bulletin de psychologie*, *476*(2), 195. <https://doi.org/10.3917/bupsy.476.0195>

- Ergül, C., & Üçok, A. (2015). Negative symptom subgroups have different effects on the clinical course of schizophrenia after the first episode: A 24-month follow up study. *European Psychiatry, 30*(1), 14-19. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.07.005>
- Esan, O., & Esan, A. (2018). Sexual Dysfunction Among Patients With Schizophrenia in Southwest Nigeria. *Journal of Sex & Marital Therapy, 44*(7), 657-666. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1447055>
- Fanta, T., Haile, K., Abebaw, D., Assefa, D., & Hibdye, G. (2018). Assessment of sexual dysfunction and associated factors among patients with schizophrenia in Ethiopia, 2017. *BMC Psychiatry, 18*(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1738-3>
- Fond, G., Godin, O., Dumontaud, M., Faget, C., Schürhoff, F., Berna, F., Aouizerate, B., Capdevielle, D., Chereau, I., D'Amato, T., Dubertret, C., Dubreucq, J., Leignier, S., Mallet, J., Misdrahi, D., Passerieux, C., Rey, R., Schandrin, A., Szoke, A., ... Llorca, P. M. (2019). Sexual dysfunctions are associated with major depression, chronic inflammation and anticholinergic consumption in the real-world schizophrenia FACE-SZ national cohort. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 94*, 109654. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.109654>
- Fortier, P., Mottard, J.-P., Trudel, G., & Even, S. (2003). Study of Sexuality-Related Characteristics in Young Adults With Schizophrenia Treated With Novel Neuroleptics and in a Comparison Group of Young Adults. *Schizophrenia Bulletin, 29*(3), 559-572. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007028>
- Fréchette, V. (2011). *Étude des déterminants conjugaux et sexuels du désir sexuel dyadique chez les adultes en relation de couple* [thèse de doctorat, Université de Montréal]. Archipel. <https://archipel.uqam.ca/4062/1/D2173.pdf>
- Grimm, D. (2017). Schizophrénie et troubles du spectre autistique : quels liens et quelles différences ? *L'information psychiatrique, 93*(4), 343-347. <https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1632>
- Guessoum, S. B., Le Strat, Y., Dubertret, C., & Mallet, J. (2020). A transnosographic approach of negative symptoms pathophysiology in schizophrenia and depressive

- disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 99, 109862. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.109862>
- Halouani, N., Ellouze, S., Aloulou, J., Charfeddine, F., Aribi, L., & Amami, O. (2018). Sexualité de la femme schizophrène en Tunisie: Étude cas-témoins. *Sexologies*, 27(4), 211-216. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2017.12.003>
- Hervochon, C., Bourgeois, V., Rotharmel, M., Duboc, J.-B., Le Goff, B., Quesada, P., Campion, D., Dollfus, S., & Guillin, O. (2018). Validation de la version française de l'échelle autoévaluation des symptômes négatifs (SNS). *L'Encéphale*, 44(6), 512-516. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.10.002>
- Huang, Y.-H., Hou, C.-L., Ng, C. H., Chen, X., Wang, Q.-W., Huang, Z.-H., & Jia, F.-J. (2019). Sexual dysfunction in Chinese rural patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 19(1), 218. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2205-5>
- Hudson, W. W., Harrison, D. F., & Crosscup, P. C. (1981). A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationships. *The Journal of Sex Research*, 17(2), 157-174. <https://doi.org/10.1080/00224498109551110>
- Huguelet, P., Mohr, S., Miserez, C., Castellano, P., Lutz, C., Boucherie, M., Yaron, M., Perroud, N., & Bianchi Demicheli, F. (2015). An Exploration of Sexual Desire and Sexual Activities of Women with Psychosis. *Community Mental Health Journal*, 51(2), 229-238. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9768-x>
- İncedere, A., & Küçük, L. (2017). Sexual Life and Associated Factors in Psychiatric Patients. *Sexuality and Disability*, 35(1), 89-106. <https://doi.org/10.1007/s11195-017-9475-y>
- Jovelet, G. (2010). Psychose et amour. *L'information psychiatrique*, 86(8), 677. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8608.0677>
- Just, M. J. (2015). The influence of atypical antipsychotic drugs on sexual function. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 1655-61. <https://doi.org/10.2147/NDT.S84528>

- Kaiser, S., Lyne, J., Agartz, I., Clarke, M., Mørch-Johnsen, L., & Faerden, A. (2017). Individual negative symptoms and domains – Relevance for assessment, pathomechanisms and treatment. *Schizophrenia Research*, *186*, 39-45. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.07.013>
- Kazour, F., Obeid, S., & Hallit, S. (2019). Sexual desire and emotional reactivity in chronically hospitalized Lebanese patients with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, ppc.12455. <https://doi.org/10.1111/ppc.12455>
- Kelly, D. L. (2006). Treatment Considerations in Women with Schizophrenia. *Journal of Women's Health*, *15*(10), 1132-1140. <https://doi.org/10.1089/jwh.2006.15.1132>
- Kelly, D. L., & Conley, R. R. (2004). Sexuality and Schizophrenia: A Review. *Schizophrenia Bulletin*, *30*(4), 767-779. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007130>
- Kilian, S., Asmal, L., Goosen, A., Chiliza, B., Phahladira, L., & Emsley, R. (2015). Instruments Measuring Blunted Affect in Schizophrenia: A Systematic Review. *PLOS ONE*, *10*(6), e0127740. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127740>
- Lambert, M., Conus, P., Eide, P., Mass, R., Karow, A., Moritz, S., Golks, D., & Naber, D. (2004). Impact of present and past antipsychotic side effects on attitude toward typical antipsychotic treatment and adherence. *European Psychiatry*, *19*(7), 415-422. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.06.031>
- Laxhman, N., Greenberg, L., & Priebe, S. (2017). Satisfaction with sex life among patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *190*, 63-67. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.03.005>
- Lee, J. S., Chun, J. W., Yoon, S. Y., Park, H.-J., & Kim, J.-J. (2014). Involvement of the mirror neuron system in blunted affect in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *152*(1), 268-274. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.10.043>
- Lee, J.-Y., Kim, S.-W., Lee, Y.-H., Kang, H.-J., Kim, S.-Y., Bae, K.-Y., Kim, J.-M., Shin, I.-S., & Yoon, J.-S. (2015). Factors associated with self-rated sexual function in Korean patients with schizophrenia receiving risperidone monotherapy: Sexual Function in

- Schizophrenia. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 30(6), 416-424. <https://doi.org/10.1002/hup.2489>
- Lewis, J., & Scott, E. (1997). The sexual education needs of those disabled by mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21(2), 164-167. <https://doi.org/10.1037/h0095323>
- Liraud, F., Droulout, T., Parrot, M., & Verdoux, H. (2004). Agreement Between Self-Rated and Clinically Assessed Symptoms in Subjects With Psychosis: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(5), 352-356. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.000126702.30745.1d>
- Loyola, M. A. (1999). *La sexualité dans les sciences humaines*. L'Harmattan.
- Ma, M.-C., Chao, J.-K., Hung, J.-Y., Sung, S.-C., & Chao, I.-H. C. (2018). Sexual Activity, Sexual Dysfunction, and Sexual Life Quality Among Psychiatric Hospital Inpatients With Schizophrenia. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(3), 324-333. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.008>
- Mach, C., & Dollfus, S. (2016). Symptômes négatifs de la schizophrénie : Une revue des instruments d'évaluation. *L'Encéphale*, 42(2), 165-171. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.12.020>
- Malik, P. (2007). Sexual dysfunction in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(2), 138-142. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328017f6c4>
- Malik, P., Kemmler, G., Hummer, M., Riecher-Roessler, A., Kahn, R. S., & Fleischhacker, W. W. (2011). Sexual Dysfunction in First-Episode Schizophrenia Patients : Results From European First Episode Schizophrenia Trial. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31(3), 274-280. <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e3182199bcc>
- Marder, S. R., & Galderisi, S. (2017). The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry*, 16(1), 14-24. <https://doi.org/10.1002/wps.20385>

- Martin, L., Perlman, C. M., & Hirdes, J. P. (2011). Social Relationships and Activities Among Married Psychiatric Inpatients with Sexual Difficulties. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37(4), 307-322. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.582437>
- Martin-Du Pan, R., & Baumann, P. (2008). Dysfonctions sexuelles induites par les antidépresseurs et les antipsychotiques et leurs traitements. *Revue Médicale Suisse*, 4, 758-762. <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-150/Dysfonctions-sexuelles-induites-par-les-antidepresseurs-et-les-antipsychotiques-et-leurs-traitements>
- McCann, E. (2000). The expression of sexuality in people with psychosis: Breaking the taboos. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 132-138. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01452.x>
- McCann, E. (2010). The sexual and relationship needs of people who experience psychosis: Quantitative findings of a UK study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(4), 295-303. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01522.x>
- Mialon, A., Berchtold, A., Michaud, P.-A., Gmel, G., & Suris, J.-C. (2012). Sexual Dysfunctions Among Young Men: Prevalence and Associated Factors. *Journal of Adolescent Health*, 51(1), 25-31. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.01.008>
- Miclutia, I. V., Popescu, C. A., & Macrea, R. S. (2008). Sexual dysfunctions of chronic schizophrenic female patients. *Sexual and Relationship Therapy*, 23(2), 119-129. <https://doi.org/10.1080/14681990701854654>
- Millan, M. J., Fone, K., Steckler, T., & Horan, W. P. (2014). Negative symptoms of schizophrenia: Clinical characteristics, pathophysiological substrates, experimental models and prospects for improved treatment. *European Neuropsychopharmacology*, 24(5), 645-692. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2014.03.008>
- Montejo, A.L., Majadas, S., & Montejo-Egido, L. (2014). EPA-1591—Sexual and relational dysfunctions in people with schizophrenia. *European Psychiatry*, 29, 1. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(14\)78746-2](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(14)78746-2)

- Montejo, A.L., Montejo, L., & Baldwin, D. S. (2018). The impact of severe mental disorders and psychotropic medications on sexual health and its implications for clinical management. *World Psychiatry*, *17*(1), 3-11. <https://doi.org/10.1002/wps.20509>
- Myin-Germeys, I., Delespaul, P. A. E. G., & deVries, M. W. (2000). Schizophrenia Patients Are More Emotionally Active Than Is Assumed Based on Their Behavior. *Schizophrenia Bulletin*, *26*(4), 847-854. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033499>
- Offman, A., & Matheson, K. (2005). Sexual compatibility and sexual functioning in intimate relationships. *Canadian Journal of Human Sexuality*, *14*(1-2), 31-39. <https://psycnet.apa.org/record/2005-14007-003>
- Organisation mondiale de la santé. (2008). *CIM-10 : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (10^e éd). Masson.
- Park, S. G., Llerena, K., McCarthy, J. M., Couture, S. M., Bennett, M. E., & Blanchard, J. J. (2012). Screening for negative symptoms: Preliminary results from the self-report version of the Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms. *Schizophrenia Research*, *135*(1-3), 139-143. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.12.007>
- Peitl, M. V., Peitl, V., & Pavlović, E. (2011). Sexual self-perception in schizophrenic and depressive patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, *65*(5), 306-310. <https://doi.org/10.3109/08039488.2010.545144>
- Peitl, M. V., Rubesa, G., Peitl, V., Ljubicic, Đ., & Pavlovic, E. (2009). Aspects of sexual self-perception in schizophrenic patients. *The European Journal of Psychiatry*, *23*(1), 37-46. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632009000100004>
- Poudat, F.-X. (dir.). (2011). *Sexualité, couple et TCC*. Elsevier Masson.
- Raja, M., & Azzoni, A. (2003). Sexual behavior and sexual problems among patients with severe chronic psychoses. *European Psychiatry*, *18*(2), 70-76. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(03\)00009-9](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(03)00009-9)

- Riehle, M., & Lincoln, T. M. (2017). Social consequences of subclinical negative symptoms: An EMG study of facial expressions within a social interaction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *55*, 90-98. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.01.003>
- Ritsner, M. S., Farkash, H., Rauchberger, B., Amrami-Weizman, A., & Zendjidjian, X. Y. (2018). Assessment of health needs, satisfaction with care, and quality of life in compulsorily admitted patients with severe mental disorders. *Psychiatry Research*, *267*, 541-550. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.030>
- Rodríguez-Testal, J. F., Perona-Garcelán, S., Dollfus, S., Valdés-Díaz, M., García-Martínez, J., Ruíz-Veguilla, M., & Senín-Calderón, C. (2019). Spanish validation of the self-evaluation of negative symptoms scale SNS in an adolescent population. *BMC Psychiatry*, *19*(1), 327. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2314-1>
- Saito, Y., Kubicki, M., Koerte, I., Otsuka, T., Rathi, Y., Pasternak, O., Bouix, S., Eckbo, R., Kikinis, Z., von Hohenberg, C. C., Roppongi, T., Del Re, E., Asami, T., Lee, S.-H., Karmacharya, S., Meshulam-Gately, R. I., Seidman, L. J., Levitt, J., McCarley, R. W., ... Niznikiewicz, M. A. (2018). Impaired white matter connectivity between regions containing mirror neurons, and relationship to negative symptoms and social cognition, in patients with first-episode schizophrenia. *Brain Imaging and Behavior*, *12*(1), 229-237. <https://doi.org/10.1007/s11682-017-9685-z>
- Sant, S., Ahmed, A., & Buckley, P. (2012). Schizophrenia, Sexuality, and Recovery. *Journal of Ethics in Mental Health*, *7*, 1-5. https://www.researchgate.net/publication/266436788_Schizophrenia_Sexuality_and_Recovery
- Simiyon, M., Chandra, Prabha. S., & Desai, G. (2016). Sexual dysfunction among women with Schizophrenia—A cross sectional study from India. *Asian Journal of Psychiatry*, *24*, 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.08.022>
- Soldati, L. (2016). Troubles sexuels chez les patients atteints d'un trouble psychiatrique. *Revue Médicale Suisse*, *12*(510), 544-547. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:89918>

- Spanier, G. B. (1976). Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15. <https://doi.org/10.2307/350547>
- Stefaniak, N. (2020). easieR: An R metapackage. <https://github.com/NicolasStefaniak/easieR>
- Tardieu, S., Micallef, J., Bonierbale, M., Frauger, E., Lançon, C., & Blin, O. (2006). Comportements sexuels chez le patient schizophrène : Impact des antipsychotiques. *L'Encéphale*, 32(5), 697-704. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(06\)76221-2](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(06)76221-2)
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey. *The Lancet*, 373(9661), 408-415. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61817-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61817-6)
- Tousignant, S. (2010). *Vers la validation de l'échelle des distractions cognitives lors des relations sexuelles* [thèse de doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières]. Cognition. <http://depot-e.uqtr.ca/2020/1/030145966.pdf>
- Trudel, G. (2000). *Les dysfonctions sexuelles : Évaluation et traitement par des méthodes psychologique, interpersonnelle et biologique* (2^e éd.). Presses de l'Université du Québec.
- Vodušek, D. B., Boller, F., & Aminoff, M. J. (Éds.). (2015). *Neurology of sexual and bladder disorders*. Elsevier.
- Wang, Y.-X., Zhang, P., Xin, L.-M., Chen, L., Liu, Y.-H., Su, Y.-A., & Si, T.-M. (2016). Chinese version of the Psychotropic-related Sexual Dysfunction Questionnaire (PRSexDQ -SALSEX): Validity and reliability for schizophrenic patients taking antipsychotics. *Psychiatry Research*, 246, 303-307. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.063>
- Zemishlany, Z., & Weizman, A. (2008). The Impact of Mental Illness on Sexual Dysfunction. In R. Balon (Éd.), *Advances in Psychosomatic Medicine* (p. 89-106). KARGER. <https://doi.org/10.1159/000126626>

Annexes

Annexe 1 : Lettre d'information pour les participants	37
Annexe 2 : Formulaire de consentement éclairé	39
Annexe 3 : Questionnaire LimeSurvey	41
Annexe 4 : Autoévaluation des symptômes négatifs (SNS) (Dollfus et al., 2016)	58
Annexe 5 : DAS-16 (Antoine et al., 2008)	59
Annexe 6 : Indice de satisfaction sexuelle (Comeau et Boisvert, 1985)	60
Annexe 7 : Résultats des analyses statistiques	61

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche intitulé : « Lien entre satisfaction sexuelle, ajustement dyadique et émoussement affectif ». Il est conseillé de lire cette lettre avant de décider de participer ou non à cette recherche. Cette lettre vous détaille les objectifs de cette recherche.

Cette recherche se déroule dans le cadre d'un mémoire présenté par Héléna ZAIA, étudiante en Master 2 Psychologie clinique, psychopathologie et psychologie de la santé, parcours psychopathologies et psychothérapies à l'Université de Reims Champagne-Ardenne. Elle se fait sous la direction de Mme la Professeure Besche-Richard, membre du Laboratoire de Psychologie Cognition Santé Société (C2S), EA 6291, 57 rue Pierre Taittinger, 51100 Reims.

Votre participation est basée sur le volontariat, sans obligation aucune.

1) Présentation du projet et objectif de la recherche

De plus en plus d'études s'intéressent à la vie affective et sexuelle des personnes. Or, ce champ d'études étant relativement récent, peu d'informations sont disponibles. Les données recueillies par le biais de cette étude serviront à mieux comprendre le lien entre certains symptômes et la vie affective et sexuelle.

2) Déroulement

Le recueil des données se fera lors d'un entretien d'environ 15 min, avec Mme/M et qui aura lieu en 2019 ou 2020. Ce dernier se fera dans le lieu de soins que vous avez l'habitude de côtoyer.

Vous serez invité à répondre à trois questionnaires. Le premier traite de certains symptômes et de la vie quotidienne, le second de la qualité de la relation avec le partenaire passé ou actuel et le dernier sur la satisfaction sexuelle.

La participation à cette étude ne donne pas lieu à une rémunération. Il est important de souligner que votre participation contribue à l'avancée des connaissances scientifiques et sans la réalisation d'études, nous ne pouvons améliorer efficacement les prises en charge ainsi que le bien-être des individus.

3) Droit à la confidentialité et de retrait

Toutes les données et informations recueillies vous concernant sont et resteront strictement confidentielles. Elles seront traitées statistiquement de façon anonyme (les noms des participants sont remplacés par des chiffres) et uniquement dans le cadre de cette recherche. Vous disposez d'un droit d'accès à vos réponses, de rectification, ainsi que d'opposition à la transmission des données si vous ne souhaitez plus qu'elles soient prises en compte.

4) Droit d'information

Pour toutes informations, questions ou remarques, vous pouvez contacter à tout moment :
helena.zaia@etudiant.univ-reims.fr

Si vous le souhaitez, vous pourrez être informé des résultats de la recherche.

La signature de ce document certifie que vous avez reçu et pris connaissance de celui-ci.


A remplir par le participant :

Nom / prénom :
Date :
Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

A remplir par l'expérimentateur :

Nom / prénom :
Date :
Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

A remplir par le responsable de l'étude :

Nom / prénom : ZAIA Hélène
Date :
Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») : Lu et approuvé 

Une copie sera remise au participant.

Annexe 2 : Formulaire de consentement éclairé



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ



Mme/M m'a proposé de participer à une recherche dans le cadre d'un mémoire réalisé par Héléna ZAIA, étudiante en Master 2 Psychologie clinique, psychopathologie et psychologie de la santé, parcours psychopathologies et psychothérapies, intitulé « Lien entre satisfaction sexuelle, ajustement dyadique et émoussement affectif ».

L'objectif principal est d'étudier l'impact de symptômes et plus précisément celui de l'émoussement affectif sur la vie affective et sexuelle.

Cette recherche se fait sous la direction de Mme la Professeure Besche-Richard, membre du Laboratoire de Psychologie Cognition Santé Société (C2S), EA 6291, 57 rue Pierre Taittinger, 51100 Reims, dont l'adresse mail est : chrystel.besche@univ-reims.fr.

Afin d'éclairer ma décision de participer à cette recherche ou non, j'ai reçu une explication concernant les objectifs de cette recherche.

Ma participation sera requise pour une rencontre d'environ 15 minutes où je devrais répondre à trois questionnaires abordant certains symptômes et la vie quotidienne, mes ressentis vis-à-vis de la qualité de la relation avec mon partenaire passé ou actuel et mes ressentis vis-à-vis de ma sexualité.

Il m'a été précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer.

Même après avoir accepté, je peux me retirer de cette recherche à tout moment, sans avoir à justifier cette décision et sans que cela n'entraîne de préjudice pour moi.

Pour cela, il suffit de contacter l'adresse mail suivante : helena.zaia@etudiant.univ-reims.fr.

L'étudiante s'engage, s'ils le souhaitent, à informer les participants des résultats généraux obtenus dans le cadre de cette recherche et à ce que les données demeurent anonymes et confidentielles. Aucune information ne permettra de m'identifier. Les réponses servent uniquement aux fins de cette recherche.

La signature du présent document signifie que :

- J'ai lu et compris les renseignements ci-dessus
- J'accepte de participer à cette recherche
- J'accepte que les données subissent un traitement informatisé afin de garantir l'anonymat des réponses


A remplir par le participant :

Nom / prénom :
Date :
Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

A remplir par l'expérimentateur :

Nom / prénom :
Date :
Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

A remplir par le responsable de l'étude :

Nom / prénom : ZAIA Hélène
Date :
Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») : Lu et approuvé 

Une copie sera remise au participant.

Annexe 3 : Questionnaire LimeSurvey

Université de Reims - Symptômes, vie affective et vie sexuelle : quel es... <https://enquete.univ-reims.fr/limesurvey/index.php/admin/printablesur...>

Symptômes, vie affective et vie sexuelle : quel est votre avis?

De plus en plus d'études s'intéressent à la vie affective et sexuelle des personnes. En effet, souhaiter développer une vie intime satisfaisante fait partie des droits humains. Or, ce champ d'études étant relativement récent peu d'informations sont disponibles. Les données recueillies par le biais de cette étude serviront à mieux comprendre le lien entre certains symptômes et la satisfaction sexuelle. Le but est d'intégrer la prise en charge de la sexualité et des relations affectives dans le parcours de soins afin d'offrir une meilleure qualité de vie.

Vous êtes invité à répondre à un questionnaire dont l'objectif principal est de recueillir vos ressentis et votre avis concernant certains symptômes et votre satisfaction vis-à-vis de votre vie affective et sexuelle. L'objectif est de connaître votre perception. Il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Si vous n'avez pas de partenaire actuellement vous pouvez répondre en faisant référence à votre précédent partenaire.

Ce questionnaire rentre dans le cadre d'un mémoire réalisé par Héléna ZAIA, étudiante en Master 2 Psychologie clinique, psychopathologie et psychologie de la santé, parcours psychothérapies, à l'Université de Reims Champagne-Ardenne. Cette recherche se fait sous la direction de Mme la Professeure Besche-Richard, membre du Laboratoire de Psychologie Cognition Santé Société (C2S), EA 6291.

La durée pour répondre à ce questionnaire n'excède pas les 15 minutes. Les réponses sont anonymes et ne serviront qu'aux fins de cette recherche.

La participation à cette recherche est basée sur le volontariat, sans obligation aucune. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser de participer.

Même après avoir accepté et répondu au questionnaire, vous pouvez vous retirer de cette recherche à tout moment si vous ne souhaitez plus que vos réponses soient prises en compte et sans avoir à justifier cette décision, en contactant l'adresse mail suivante : helena.zaia@etudiant.univ-reims.fr (<mailto:helena.zaia@etudiant.univ-reims.fr>) ou chrystel.besche@univ-reims.fr (<mailto:chrystel.besche@univ-reims.fr>)

L'étudiante s'engage, si les participants le souhaitent, à les informer des résultats généraux obtenus dans le cadre de cette recherche et à ce que les données demeurent anonymes et confidentielles. Aucune information ne permettra d'identifier un participant. En effet, les données recueillies subissent un traitement informatisé garantissant l'anonymat des réponses.

Si vous avez des questions ou des remarques à n'importe quel moment vous pouvez nous contacter par mail.

Si vous poursuivez le questionnaire, en cliquant sur suivant, cela signifie que :

- Vous avez lu et compris les renseignements ci-dessus
- Vous acceptez de participer à cette recherche



Il y a 21 questions dans ce questionnaire.

Renseignements démographiques

Veillez renseigner tout d'abord les informations suivantes :

Sexe : *

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Femme

Homme

Veillez renseigner votre âge : *

Veillez écrire votre réponse ici :

Le français est-il votre langue maternelle?

*

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Autre

Travaillez-vous actuellement? *

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Quelle est votre profession? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question '4 [travail]' (Travaillez-vous actuellement?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

Avez-vous déjà eu un rapport sexuel au cours de votre vie ? *

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Avez-vous au moins un partenaire actuellement? *

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Quelle est la nature de la relation avec votre partenaire ?

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question '7 [partenaireactuel]' (Avez-vous au moins un partenaire actuellement?)

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- vous êtes en couple
- vous êtes fiancé
- vous êtes marié
- vous êtes pacsé
- vous avez un partenaire sexuel (avec lequel vous n'êtes ni en couple, ni fiancé, ni marié, ni pacsé)
- Autre

Si vous avez plusieurs partenaires au moment de répondre à ce questionnaire, concentrez-vous sur un seul partenaire pour répondre à cette question et aux questions suivantes.

Vous êtes donc célibataire ou n'avez aucun partenaire au moment où vous répondez à ce questionnaire.

Cependant, avez-vous déjà eu un partenaire dans le passé?

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Non' à la question '7 [partenaireactuel]' (Avez-vous au moins un partenaire actuellement?)

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Autre

Si vous souffrez d'un trouble, connaissez-vous le nom de ce trouble? *

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Quel est le nom de ce trouble? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '10 [trouble]' (Si vous souffrez d'un trouble, connaissez-vous le nom de ce trouble?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

Prenez-vous un traitement médicamenteux? *

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Quel est le traitement que vous prenez actuellement ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '12 [medoc]' (Prenez-vous un traitement médicamenteux?)

🗳️ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Thorazine
- Haldol
- Largactil
- Trilafon ou Trilifan
- Melleril
- Clozaril ou Leponex
- Risperdal
- Zyprexa
- Seroquel
- Zeldox ou Geodon
- Loxapac
- Abilify
- Solian
- Largactil

Je ne sais pas

Autre

Si vous prenez plusieurs traitements différents, merci de choisir la case "autre" et de préciser leurs noms dans la case vierge.

Depuis combien de temps le prenez-vous ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question '12 [medoc]' (Prenez-vous un traitement médicamenteux?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

Veuillez préciser si c'est en mois ou en années (par exemple : 6 mois, 6 ans, etc.).

Si vous ne savez pas depuis quand vous prenez votre traitement, vous pouvez passer à la question suivante.

Etes-vous sous l'emprise d'une substance (cannabis, alcool ou autres drogues) au moment où vous répondez au questionnaire ? *

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Avez-vous un tuteur ou un curateur? *

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

Symptômes et vie quotidienne

Voici quelques questions au sujet de votre vie quotidienne et de certains symptômes qui peuvent ou non vous concerner :

Pour chaque affirmation, indiquez ce qui correspond le mieux à votre état actuel (en vous basant sur la semaine écoulée) en cochant la case correspondante. *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Complètement D'accord	Un peu d'accord	Pas du tout d'accord
Je préfère être seul(e) dans mon coin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis mieux quand je suis seul(e) car je me sens mal à l'aise avec une personne proche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sortir avec les copains ou la famille, cela ne me dit rien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je ne cherche pas particulièrement à contacter et rencontrer des ami(e)s (courriels, téléphone, ou SMS etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

On me dit que je parais ni triste ni gai(e) et que je ne me mets pas souvent en colère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il y a plein de choses gaies ou tristes dans la vie, mais je ne me sens pas concerné(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regarder un film triste ou gai, lire ou écouter une histoire triste ou gaie ne me donne pas spécialement envie de pleurer ou de rire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Complètement D'accord	Un peu d'accord	Pas du tout d'accord
Il est difficile pour une personne de connaître mes émotions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je n'ai pas autant à raconter que la plupart des gens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parler me demande 10 fois plus d'efforts que la majorité des gens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
On me fait souvent remarquer que je parle peu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec les amis et les proches, j'ai envie de dire des choses mais ça ne sort pas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il m'est difficile d'accomplir les objectifs que je me suis fixés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C'est dur de rester très régulier(e) dans les activités de tous les jours	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il y a beaucoup de choses que je ne fais pas par manque de motivation ou d'envie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je sais qu'il faut que je fasse des choses (me lever ou me laver par exemple), mais je n'ai pas l'énergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Complètement D'accord	Un peu d'accord	Pas du tout d'accord
Je ne ressens pas spécialement de plaisir à discuter avec les autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai du mal à éprouver un certain plaisir même au cours des activités que je choisis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lorsque je m'imagine faire telle ou telle activité, cela ne me donne pas spécialement de plaisir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le sexe, je n'en vois pas l'intérêt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Qualité de la relation avec le partenaire

Veuillez indiquer votre réponse en cochant la proposition qui correspond le mieux à ce que vous vivez.

Si vous n'avez pas de partenaire actuellement, répondez en pensant à votre partenaire précédent.

Pour chaque phrase ci-dessous, dites si votre partenaire et vous êtes généralement d'accord dans les domaines suivants :

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais d'accord	Rarement d'accord	Parfois d'accord	Assez souvent d'accord	La plupart du temps d'accord	Toujours d'accord
Les objectifs, les buts et ce qu'on trouve important dans la vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les prises de décision importantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les marques d'affection	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les amis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les relations sexuelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La philosophie de la vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les façons d'agir avec les parents et les beaux parents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pour chacune des phrases suivantes, veuillez indiquer votre réponse en cochant la proposition qui correspond le mieux à ce que vous vivez.

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	La plupart du temps	Toujours
Il m'arrive de penser au divorce, à la séparation ou à terminer notre relation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nous nous « tapons sur les nerfs »	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nous avons des échanges d'idées stimulants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nous discutons calmement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Je me confie à mon partenaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nous avons des intérêts communs à l'extérieur de la maison	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nous rions ensemble	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nous travaillons ensemble à un projet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Veillez cocher la réponse qui vous correspond le plus. *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Extrêmement malheureux	Pas malheureux	Un peu malheureux	Heureux	Très heureux	Extrêmement heureux
Quel est globalement votre degré de bonheur dans votre relation ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Satisfaction concernant la vie sexuelle

Ce questionnaire a pour but de mesurer le degré de satisfaction que vous retirez de vos relations sexuelles avec votre partenaire. Il ne s'agit pas d'un test ; il n'y a donc pas de bonnes ou mauvaises réponses. Répondez à chaque item avec le plus d'attention et de précision possible, en cochant la case appropriée.

Si vous n'avez pas de partenaire actuellement, répondez en pensant à votre partenaire précédent. *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Rarement ou jamais	Peu souvent	Quelques fois	Assez souvent	La plupart du temps ou toujours
J'ai l'impression que mon (ma) partenaire apprécie notre vie sexuelle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ma vie sexuelle est passionnante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les relations sexuelles sont plaisantes pour mon (ma) partenaire et moi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C'est devenu une corvée pour moi d'avoir une relation sexuelle avec mon (ma) partenaire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je trouve que la sexualité est sale et dégoûtante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ma vie sexuelle est monotone.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nos relations sexuelles sont trop précipitées et rapidement complétées.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je trouve que ma vie sexuelle manque de qualité.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Rarement ou jamais	Peu souvent	Quelques fois	Assez souvent	La plupart du temps ou toujours
Mon (ma) partenaire est très excitant(e) sexuellement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'apprécie les techniques sexuelles que mon (ma) partenaire aime ou utilise.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je trouve que mon (ma) partenaire m'en demande trop du point de vue sexuel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je trouve que la sexualité c'est merveilleux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon (ma) partenaire attache trop d'importance à la sexualité.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'essaie d'éviter les contacts sexuels avec mon (ma) partenaire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon (ma) partenaire est trop brusque ou brutal(e) lors de nos relations sexuelles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon (ma) partenaire est un(e) compagnon (compagne) sexuel(le) merveilleux(se).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je considère la sexualité comme une composante normale de notre relation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Rarement ou jamais	Peu souvent	Quelques fois	Assez souvent	La plupart du temps ou toujours
Mon (ma) partenaire refuse les relations sexuelles quand j'en désire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je considère que notre vie sexuelle ajoute vraiment beaucoup à notre relation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon (ma) partenaire semble éviter les contacts sexuels avec moi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il m'est facile d'être excité(e) sexuellement par mon(ma) partenaire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

J'ai l'impression que mon (ma) partenaire est satisfait(e) sexuellement avec moi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon (ma) partenaire est très sensible à mes besoins et à mes désirs sexuels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon (ma) partenaire ne me satisfait pas sexuellement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je trouve que ma vie sexuelle est ennuyante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vous avez fini de répondre au questionnaire. Merci d'y avoir répondu!

Si vous avez des questions ou souhaitez obtenir des informations supplémentaires concernant l'étude, vous pouvez contacter cette adresse mail : helena.zaia@etudiant.univ-reims.fr. (mailto:helena.zaia@etudiant.univ-

reims.fr)

En vous souhaitant une bonne continuation!

*Si vous avez envie de discuter de votre sexualité, vous pouvez appeler de façon anonyme et gratuitement les numéros suivants. Des professionnels répondront à toutes vos questions : *Sexualités, contraception, IVG* : 0800 08 11 11 ou *Fil Santé Jeunes* : 0800 235 236

16.11.2020 – 18:33

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Annexe 4 : Autoévaluation des symptômes négatifs (SNS)

(Dollfus et al., 2016)

Pour chaque affirmation, indiquez ce qui correspond le mieux à votre état actuel (en vous basant sur la semaine écoulée) en plaçant une croix dans la case correspondante.

	Complètement D'accord	Un peu d'accord	Pas du tout d'accord
1. Je préfère être seul(e) dans mon coin			
2. Je suis mieux quand je suis seul(e) car je me sens mal à l'aise avec une personne proche			
3. Sortir avec les copains ou la famille, cela ne me dit rien			
4. Je ne cherche pas particulièrement à contacter et rencontrer des ami(e)s (courriels, téléphone, ou SMS etc...)			
5. On me dit que je parais ni triste ni gai(e) et que je ne me mets pas souvent en colère			
6. Il y a plein de choses gaies ou tristes dans la vie, mais je ne me sens pas concerné(e)			
7. Regarder un film triste ou gai, lire ou écouter une histoire triste ou gaie ne me donne pas spécialement envie de pleurer ou de rire			
8. Il est difficile pour une personne de connaître mes émotions			
9. Je n'ai pas autant à raconter que la plupart des gens			
10. Parler me demande 10 fois plus d'efforts que la majorité des gens			
11. On me fait souvent remarquer que je parle peu			
12. Avec les amis et les proches, j'ai envie de dire des choses mais ça ne sort pas			
13. Il m'est difficile d'accomplir les objectifs que je me suis fixés			
14. C'est dur de rester très régulier(e) dans les activités de tous les jours			
15. Il y a beaucoup de choses que je ne fais pas par manque de motivation ou d'envie			
16. Je sais qu'il faut que je fasse des choses (me lever ou me laver par exemple), mais je n'ai pas l'énergie			
17. Je ne ressens pas spécialement de plaisir à discuter avec les autres			
18. J'ai du mal à éprouver un certain plaisir même au cours des activités que je choisis			
19. Lorsque je m'imagine faire telle ou telle activité, cela ne me donne pas spécialement de plaisir			
20. Le sexe, je n'en vois pas l'intérêt			

Annexe 5 : DAS-16 (Antoine et al., 2008)

Veillez indiquer votre réponse en cochant la proposition qui correspond à ce que vous vivez.

Si vous n'avez pas de partenaire actuellement, répondez en pensant à votre partenaire précédent.

Pour chaque phrase ci-dessous, dites si votre partenaire et vous êtes généralement d'accord dans les domaines suivants :

		Jamais d'accord	Rarement d'accord	Parfois d'accord	Assez souvent d'accord	La plupart du temps d'accord	Toujours d'accord
01	Les objectifs, les buts et ce qu'on trouve important dans la vie						
02	Les prises de décision importantes						
03	Les marques d'affection						
04	Les amis						
05	Les relations sexuelles						
06	La philosophie de la vie						
07	Les façons d'agir avec les parents et les beaux parents						

Pour chacune des phrases suivantes, veuillez indiquer votre réponse en cochant la proposition qui correspond à ce que vous vivez :

		Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	La plupart du temps	Toujours
08	Il m'arrive de penser au divorce, à la séparation ou à terminer notre relation						
09	Nous nous « tapons sur les nerfs »						
10	Nous avons des échanges d'idées stimulants						
11	Nous discutons calmement						
12	Je me confie à mon partenaire						
13	Nous avons des intérêts communs à l'extérieur de la maison						
14	Nous rions ensemble						
15	Nous travaillons ensemble à un projet						

Veillez cocher la réponse qui vous correspond le plus :

		Extrêmement malheureux	Passablement malheureux	Un peu malheureux	Heureux	Très heureux	Extrêmement heureux
16	Quel est globalement votre degré de bonheur dans votre relation ?						

Annexe 6 : Indice de satisfaction sexuelle (Comeau et Boisvert, 1985)

Ce questionnaire a pour but de mesurer le degré de satisfaction que vous retirez de vos relations sexuelles avec votre partenaire. Il ne s'agit pas d'un test; il n'y a donc pas de bonnes ou mauvaises réponses. Répondez à chaque item avec le plus d'attention et de précision possible, en cochant la case appropriée.

Si vous n'avez pas de partenaire actuellement, répondez en pensant à votre partenaire précédent.

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

	1	2	3	4	5
1. J'ai l'impression que mon (ma) partenaire apprécie notre vie sexuelle.					
2. Ma vie sexuelle est passionnante.					
3. Les relations sexuelles sont plaisantes pour mon (ma) partenaire et moi.					
4. C'est devenu une corvée pour moi d'avoir une relation sexuelle avec mon (ma) partenaire.					
5. Je trouve que la sexualité est sale et dégoûtante.					
6. Ma vie sexuelle est monotone.					
7. Nos relations sexuelles sont trop précipitées et rapidement complétées.					
8. Je trouve que ma vie sexuelle manque de qualité.					
9. Mon (ma) partenaire est très excitant(e) sexuellement.					
10. J'apprécie les techniques sexuelles que mon (ma) partenaire aime ou utilise.					
11. Je trouve que mon (ma) partenaire m'en demande trop du point de vue sexuel.					
12. Je trouve que la sexualité c'est merveilleux.					
13. Mon (ma) partenaire attache trop d'importance à la sexualité.					
14. J'essaie d'éviter les contacts sexuels avec mon (ma) partenaire.					
15. Mon (ma) partenaire est trop brusque ou brutal(e) lors de nos relations sexuelles.					
16. Mon (ma) partenaire est un(e) compagnon (compagne) sexuel(le) merveilleux(se).					
17. Je considère la sexualité comme une composante normale de notre relation.					
18. Mon (ma) partenaire refuse les relations sexuelles quand j'en désire.					
19. Je considère que notre vie sexuelle ajoute vraiment beaucoup à notre relation.					
20. Mon (ma) partenaire semble éviter les contacts sexuels avec moi.					
21. Il m'est facile d'être excité(e) sexuellement par mon (ma) partenaire.					
22. J'ai l'impression que mon (ma) partenaire est satisfait(e) sexuellement avec moi.					
23. Mon (ma) partenaire est très sensible à mes besoins et à mes désirs sexuels.					
24. Mon (ma) partenaire ne me satisfait pas sexuellement.					
25. Je trouve que ma vie sexuelle est ennuyante.					

Annexe 7 : Résultats des analyses statistiques

1) Les corrélations

Calcul du seuil de Bonferroni : $p = 0.05/n = 0.05/7 = 0.007$, où n = nombre de corrélations

Corrélation Total ISS (satisfaction sexuelle) avec Score 2 (émoussement affectif) :

Test de normalite

W.de.Shapiro.Wilk	valeur.p.SW	D.de.Lilliefors	valeur.p.Lfrs
0.978	.5003	0.0853	.5312

Test de Grubbs

G	U	valeur.p
G	2	0.911 .9796

Correlation de Bravais Pearson

r	r.deux	IC.lim.inf	IC.lim.sup	t	ddl	valeur.p	Bca.lim.inf	Bca.lim.sup	
cor	-0.424	0.18	-0.634	-0.156	-3.14	45	.0030	-0.618	-0.174

Corrélation Total ISS avec Total DAS (ajustement dyadique) :

Test de normalite

W.de.Shapiro.Wilk	valeur.p.SW	D.de.Lilliefors	valeur.p.Lfrs
0.971	.2867	0.114	.1323

Test de Grubbs

G	U	valeur.p
G	2.24	0.888 .5062

Correlation de Bravais Pearson

r	r.deux	IC.lim.inf	IC.lim.sup	t	ddl	valeur.p	Bca.lim.inf	Bca.lim.sup	
cor	0.454	0.206	0.192	0.655	3.42	45	.0014	0.15	0.669

Corrélation Total ISS avec Total SNS (score total à l'autoévaluation des symptômes négatifs) :

Test de normalite

W.de.Shapiro.Wilk	valeur.p.SW	D.de.Lilliefors	valeur.p.Lfrs
0.964	.1606	0.0807	.6204

Test de Grubbs

G	U	valeur.p
G	1.96	0.914 >.99

Correlation de Bravais Pearson

	r	r.deux	IC.lim.inf	IC.lim.sup	t	ddl	valeur.p	Bca.lim.inf	Bca.lim.sup
cor	-0.226	0.0509	-0.481	0.0659	-1.55	45	.1275	-0.498	0.0638

Corrélation Total ISS avec Score 1 (retrait social) :

Test de normalite

W.de.Shapiro.Wilk	valeur.p.SW	D.de.Lilliefors	valeur.p.Lfrs
0.971	.2788	0.0857	.5252

Test de Grubbs

	G	U	valeur.p
G	2.46	0.866	.2644

Correlation de Bravais Pearson

	r	r.deux	IC.lim.inf	IC.lim.sup	t	ddl	valeur.p	Bca.lim.inf	Bca.lim.sup
cor	-0.13	0.017	-0.403	0.163	-0.883	45	.3819	-0.373	0.116

Corrélation Total ISS avec Score 3 (alogie) :

Test de normalite

W.de.Shapiro.Wilk	valeur.p.SW	D.de.Lilliefors	valeur.p.Lfrs
0.929	.0073	0.157	.0054

Test de Grubbs

	G	U	valeur.p
G	1.87	0.922	>.99

Rho de Spearman

	rho	rho.deux	S	valeur.p	Bca.lim.inf	Bca.lim.sup
rho	0.0693	0.0048	1.61e+04	.6431	-0.281	0.396

Corrélation Total ISS avec Score 4 (avolition) :

Test de normalite



W.de.Shapiro.Wilk	valeur.p.SW	D.de.Lilliefors	valeur.p.Lfrs
0.871	.0001	0.21	<.0001

Test de Grubbs

	G	U	valeur.p
G	2.21	0.892	.5592

Rho de Spearman

	rho	rho.deux	S	valeur.p	Bca.lim.inf	Bca.lim.sup
rho	-0.136	0.0186	1.97e+04	.3607	-0.419	0.184

Corrélation Total ISS avec Score 5 (anhédonie) :

Test de normalite

W.de.Shapiro.Wilk	valeur.p.SW	D.de.Lilliefors	valeur.p.Lfrs
0.97	.2592	0.0777	.6787

Test de Grubbs

	G	U	valeur.p
G	1.85	0.924	>.99

Correlation de Bravais Pearson

	r	r.deux	IC.lim.inf	IC.lim.sup	t	ddl	valeur.p	Bca.lim.inf	Bca.lim.sup
cor	-0.14	0.0196	-0.411	0.153	-0.949	45	.3478	-0.417	0.163

2) Comparaisons de corrélations

Corrélation Total ISS avec Score 2 selon le sexe (Hommes et Femmes) :

Correlation de Bravais-Pearson par groupe

sexe	BP.r	BP.ddl	BP.t	BP.p
1 femme	-0.561	23	-3.25	0.0036
2 homme	-0.0723	20	-0.324	0.749

Comparaison de corrélations Total ISS- Score 2 : chez les hommes et chez les femmes

```

== Veuillez entrer les differentes valeurs ==
Correlation entre XY [0]: -0.07
N de la correlation XY [100]: 22
Correlation entre XZ [0]: -0.561
N de la correlation XZ [100]: 25
==
[OK]/Cancel
Converted 4 of 4 package citations to BibTeX
Writing 4 Bibtex entries ... OK
Results written to file 'C:\Users\CORREL~1\AppData\Local\Temp\RtmpgV5Vb7\refere$
$`comparaison des deux correlations`
Call: paired.r(xy = xy, xz = xz, yz = yz, n = n, n2 = n2, twotailed = twotailed)
[1] "test of difference between two independent correlations"
z = 1.8 With probability = 0.07
$call
[1] "comp.corr(xy= -0.07 ,xz= -0.561 ,yz= ,n= 22 ,n2= 25 ,twotailed= TRUE )"

```


Corrélation Total ISS avec Score 2 en retirant les 7 participants souffrant d'un trouble schizo-affectif :

Test de normalite

W.de.Shapiro.Wilk	valeur.p.SW	D.de.Lilliefors	valeur.p.Lfrs
0.973	.4300	0.0763	.8066

Correlation de Bravais Pearson

r	r.deux	IC.lim.inf	IC.lim.sup	t	ddl	valeur.p	Bca.lim.inf	Bca.lim.sup	
cor	-0.385	0.148	-0.622	-0.084	-2.57	38	.0141	-0.606	-0.0996

Test de Grubbs

	G	U	valeur.p
G	1.99	0.896	.8507

Comparaison de corrélations Total ISS-Score 2 : avec et sans les 7 participants souffrant d'un trouble schizo-affectif

```

== Veuillez entrer les differentes valeurs ==
Correlation entre XY [0]: -0.385
N de la correlation XY [100]: 40
Correlation entre XZ [0]: -0.424
N de la correlation XZ [100]: 47
==
[OK]/Cancel
Converted 4 of 4 package citations to BibTeX
Writing 4 Bibtex entries ... OK
Results written to file 'C:\Users\CORREL~1\AppData\Local\Temp\RtmpgV5Vb7\refere$
$`comparaison des deux correlations`
Call: paired.r(xy = xy, xz = xz, yz = yz, n = n, n2 = n2, twotailed = twotailed)
[1] "test of difference between two independent correlations"
z = 0.21 With probability = 0.83
$call
[1] "comp.corr(xy= -0.385 ,xz= -0.424 ,yz= ,n= 40 ,n2= 47 ,twotailed= TRUE )"

```

Corrélation Total ISS avec Total DAS en retirant les 7 participants souffrant d'un trouble schizo-affectif :

Test de normalite

W.de.Shapiro.Wilk	valeur.p.SW	D.de.Lilliefors	valeur.p.Lfrs
0.982	.7601	0.0929	.5198

Correlation de Bravais Pearson

r	r.deux	IC.lim.inf	IC.lim.sup	t	ddl	valeur.p	Bca.lim.inf	Bca.lim.sup	
cor	0.41	0.168	0.112	0.639	2.77	38	.0087	0.0681	0.659

Test de Grubbs

	G	U	valeur.p
G	2.08	0.886	.6594

Comparaison de corrélations Total ISS-Total DAS : avec et sans les 7 participants souffrant d'un trouble schizo-affectif

```

== Veuillez entrer les différentes valeurs ==
Correlation entre XY [0]: 0.41
N de la corrélation XY [100]: 40
Correlation entre XZ [0]: 0.454
N de la corrélation XZ [100]: 47
==
[OK]/Cancel
Converted 4 of 4 package citations to BibTeX
Writing 4 Bibtex entries ... OK
Results written to file 'C:\Users\CORREL~1\AppData\Local\Temp\RtmpgV5Vb7\refere$
$`comparaison des deux corrélations`
Call: paired.r(xy = xy, xz = xz, yz = yz, n = n, n2 = n2, twotailed = twotailed)
[1] "test of difference between two independent correlations"
z = 0.24 With probability = 0.81
$call
[1] "comp.corr(xy= 0.41 ,xz= 0.454 ,yz= ,n= 40 ,n2= 47 ,twotailed= TRUE )"

```

3) Comparaisons de moyennes : S <G2>, plan à groupes indépendants

Comparaison des moyennes au score Total ISS selon le sexe :

Test de normalité

W.de.Shapiro.Wilk	valeur.p.SW	D.de.Lilliefors	valeur.p.Lifrs
0.97	.2565	0.112	.1430

Test de Levene vérifiant l'homogénéité des variances

	ddl1	ddl2	F	valeur.p
1	1	45	1.97	.1680

t de student pour échantillons indépendants

	modele	test.t	ddl	valeur.p	lim.inf.IC	lim.sup.IC	R.carre	d.de.Cohen
sans correction de Welch	Two Sample t-test	-2.47	45	.0170	-28.6	-2.9	0.119	0.722
avec correction de Welch	Welch Two Sample t-test	-2.52	43	.0150	-28.3	-3.16	0.119	0.722

Test de Grubbs

	G	U	valeur.p
G	1.98	0.913	>.99

Comparaison des moyennes au score Total DAS selon le sexe :

Test de normalité

W.de.Shapiro.Wilk	valeur.p.SW	D.de.Lilliefors	valeur.p.Lifrs
0.957	.0823	0.125	.0638

Test de Levene vérifiant l'homogénéité des variances

	ddl1	ddl2	F	valeur.p
1	1	45	0.97	.3300

t de student pour echantillons independants

	modele	test.t	ddl	valeur.p	lim.inf.IC	lim.sup.IC	R.carre	d.de.Cohen
sans correction de Welch	Two Sample t-test	-0.449	45	.6560	-12	7.63	0.004	0.131
avec correction de Welch	Welch Two Sample t-test	-0.455	44.6	.6510	-11.9	7.5	0.004	0.131

Test de Grubbs

	G	U	valeur.p
G	2.26	0.887	.4854

Comparaison des moyennes au score Total SNS selon le sexe :

Test de normalite

W.de.Shapiro.Wilk	valeur.p.SW	D.de.Lilliefors	valeur.p.Lifrs
0.972	.3227	0.0914	.4194

Test de Levene verifiant l'homogeneite des variances

	ddl1	ddl2	F	valeur.p
1	1	45	0.139	.7110

t de student pour echantillons independants

	modele	test.t	ddl	valeur.p	lim.inf.IC	lim.sup.IC	R.carre	d.de.Cohen
sans correction de Welch	Two Sample t-test	1.65	45	.1070	-0.862	8.57	0.057	0.481
avec correction de Welch	Welch Two Sample t-test	1.64	43	.1090	-0.894	8.6	0.057	0.481

Test de Grubbs

	G	U	valeur.p
G	2.54	0.857	.2076

Comparaison des moyennes au Score 2 selon le sexe :

Test de normalite

W.de.Shapiro.Wilk	valeur.p.SW	D.de.Lilliefors	valeur.p.Lifrs
0.929	.0068	0.151	.0086

Test de Levene verifiant l'homogeneite des variances

	ddl1	ddl2	F	valeur.p
1	1	45	0.261	.6120

test de Mann-Whitney - Wilcoxon

	Wilcoxon.W	valeur.p	z	r	lim.inf.IC	lim.sup.IC
W	340	.1654	1.39	0.202	-3.47e-05	2

Test de Grubbs

	G	U	valeur.p
G	1.69	0.937	>.99

4) Régression multiple

Test de normalite

	W.de.Shapiro.Wilk	valeur.p.SW	D.de.Lilliefors	valeur.p.Llfrs
	0.99	.9451	0.07	.8167

Normalite multivariee

	n	N.var	b1p	b2p	skew	p.skew	small.skew	p.small	kurtosis	p.kurtosis
1	47	47	0.382	11.8	2.99	0.982	3.29	0.974	-2	0.0453

Tests de multicolinearite

	variables	Tolerance	FIV
1	score2	0.872	1.15
2	totaldas	0.872	1.15

Test de Durbin-Watson - autocorrelations

	Autocorrelation	statistique.de.D.W	valeur.p
1	-0.189	2.38	.2240

Verification de la non-constance de la variance d'erreur (test de Breusch-Pagan)

	chi	ddl	valeur.p
1	1.09	2	.5795

Estimation du modele global

	Erreur residuelle	R.deux	F	Ddl (num)	Ddl (dnom)	valeur.p
1	19.9	0.284	8.74	2	44	.0010

table des betas

	b	erreur.standard	t	valeur.p	beta	R.deux	Delta.R.deux	R.deux.aj
(Intercept)	44.6	14.1	3.16	.0030		0	0	0
score2	-2.98	1.36	-2.2	.0330	-0.30008	0.18	0.18	0.162
totaldas	0.482	0.19	2.54	.0150	0.34626	0.284	0.105	0.252

Statistiques robustes

	b..M.estimator.	SE	t	valeur.p	Bca.lim.inf	Bca.lim.sup
(Intercept)	35	13.6	2.56	.0140	19	75.6
score2	-2.43	1.31	-1.85	.0710	-5.74	-0.603
totaldas	0.62	0.184	3.38	.0020	0.0696	0.846