

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

IMPACT SUR LE DÉSIR SEXUEL D'UN PROGRAMME D'ENRICHISSEMENT
DE LA VIE CONJUGALE ET SEXUELLE
CHEZ LES COUPLES RETRAITÉS

THÈSE PRÉSENTÉE COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
ANIC ANDERSON

MAI 2007

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENT

Ma gratitude va en premier lieux à le Dr Gilles Trudel (Ph.D.), mon directeur de thèse et professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal et chercheur au centre de recherche Fernand Séguin. En plus d'accepter que je développe ma thèse sur le projet de recherche *Vie de Couple et Bien Vieillir* subventionné par le SQRSC, il m'a permis de coordonner ce programme qui m'a passionné du début à la fin. De plus, la confiance qu'il m'a accordée en me permettant de le remplacer dans certains de ses cours et de collaborer à différents événements (conférences, émission télévisée, etc.) me laisse sous-entendre qu'il croit en mes capacités. Pour tout cela, merci Gilles !

Je désire remercier du fond de mon cœur ma comparse de travail et bonne amie, Vanessa Villeneuve pour sa passion pour la recherche et la clinique, sa détermination, sa joie de vivre, son écoute et surtout ses heures incalculables de bénévolat qu'elle a accordées à *Vie de Couple et Bien Vieillir*. Pour tout ce que tu as fait pour moi et pour notre étude, merci Vanessa ! Des remerciements spéciaux sont aussi dédiés à tous les couples qui ont participé à cette étude.

J'éprouve une vive gratitude face à ma fille Fanie Lafleur. Âgée du nombre d'années de mes études universitaires, sa compréhension et sa capacité de s'adapter à une mère étudiante lui vaut un doctorat honorifique en tant qu'enfant exemplaire. J'ai une reconnaissance infinie pour ma cocotte. Elle a été témoin de tous les bouleversements que des études doctorales amènent. Merci Fanie, je t'aime beaucoup. Je tiens à remercier tout particulièrement Michel Lafleur, le papa de Fanie, pour son soutien dans tous les sens du terme et pour être un bon père pour notre fille. Merci Michel. Je remercie également tout le soutien que mes beaux-parents m'ont apporté. Merci monsieur et madame Lafleur, je vous aime beaucoup.

Je souhaite exprimer toute ma reconnaissance à l'égard de ma famille, mes deux sœurs, mon frère et surtout à mes parents, Romuald et Anne-Marie. Merci de m'avoir poussée et soutenue

dans mes études, d'avoir cru en moi. Je crois que sans la magistrale phrase de mon père (fille, toi tu as la chance d'étudier !) je n'aurais peut-être pas fait d'études de troisième cycle. J'aurais bien aimé, papa, que tu sois présent lors de la remise de mon diplôme de docteur en psychologie ; je sais que tu occupes une place bien privilégiée près de Dieu et que tu seras présent dans mon cœur et mon esprit. Je t'aime papa. Merci maman de m'avoir permis par ta présence et tes mots de faire un pas de plus dans les moments difficiles et d'avoir compris ce que je vivais pendant mes études. Je t'aime maman.

Je saurai toujours gré à mes amis - Manon, Sandra, Natalie, Bernard, Yan, Marie-Josée, Nancy, Chantal et Paul - pour leur réconfort et leur compréhension. Je remercie vivement Daniel Harvey pour ses précieux conseils tout au long de ce projet d'envergure. Et, je rends grâce à Dieu pour sa divine présence dans toutes les journées que la vie m'accorde.

Je tiens aussi à remercier le Dr Gilles Dupuis (Ph.D.), membre de mon comité de projet de thèse, pour sa grande disponibilité et ses précieux conseils sur la méthodologie de ma thèse. Ses recommandations m'ont permis de donner à ma thèse une plus grande qualité psychométrique. Je veux remercier également le Dr Jean Bégin (Ph.D.), pour sa disponibilité et ses précieux conseils. Sans lui, je crois que les statistiques seraient encore pour moi un continent noir dans ma tête... Aussi, je tiens à remercier tout particulièrement le Dr Sophie Bergeron pour ses précieux conseils qui m'ont permis d'accoucher d'une thèse de qualité. Des remerciements vont aussi à l'égard des deux autres membres de mon comité de thèse, Dr Irv Binik et Dr Claude Bélanger pour leurs recommandations.

De même, je témoigne des remerciements aux deux intervenants principaux de ce projet - Bernard Casavant et Mélanie Jodoin - pour leur excellent travail. Des remerciements sont aussi portés à l'intention de tous les étudiants qui ont travaillé bénévolement sur ce projet de recherche, car ils ont contribué à son bon déroulement - Céline Lacelle, Isabelle Picard, Fritz Poulard, Stéphane Proulx, Guillaume Busque, Christian Gagnon, Alisson Poirier-Arbour, Catherine Langlois-Cloutier, Geneviève Pilon, Martin Pollender, Simon Grenier, Amélie Paulhus-Bonnin, Pascale Harvey et tous les autres étudiants qui ont gracieusement contribué à ce projet. Des remerciements vont aussi à l'endroit de madame Jocelyne Bounader pour avoir aidé à démarrer ce beau projet.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|------|
| LISTE DES FIGURES | vii |
| LISTE DES TABLEAUX | viii |
| RÉSUMÉ..... | x |
| INTRODUCTION | 1 |
| CHAPITRE I CADRE CONCEPTUEL ET OBJECTIFS..... | 3 |
| 1.1 ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LE DÉsir SEXUEL ET LES PERSONNES ÂGÉES DE PLUS DE 55 ANS | 3 |
| 1.1.1 Les personnes de 55 ans et plus au Québec | 3 |
| 1.1.2 L'effet du vieillissement sur la réponse sexuelle et sur le désir sexuel | 7 |
| 1.1.3 Définition du désir sexuel et du trouble de la baisse du désir sexuel (TBDS).. | 11 |
| 1.1.4 Les principaux facteurs liés au désir sexuel..... | 16 |
| 1.2 LES PROGRAMMES DE TRAITEMENT SEXUEL | 26 |
| 1.2.1 Propositions de composantes et de stratégies thérapeutiques | 26 |
| 1.2.2 Efficacité des programmes d'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle .. | 29 |
| 1.3 OBJECTIFS..... | 40 |
| 1.3.1 Objectifs généraux..... | 40 |
| 1.3.2 Objectifs principaux et hypothèses | 41 |
| CHAPITRE II MÉTHODOLOGIE | 43 |
| 2.1 CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION | 43 |
| 2.2 RECRUTEMENT..... | 44 |
| 2.2.1 Première étape de sélection des couples..... | 45 |

| | | |
|-------|---|----|
| 2.2.2 | Deuxième étape de sélection des couples | 46 |
| 2.3 | INSTRUMENTS DE MESURE..... | 51 |
| 2.3.1 | Échelle du Désir Sexuel (ÉDS)..... | 51 |
| 2.3.2 | QDSH : aspects Individuel et Cognitif (QDSH-IC) | 53 |
| 2.3.3 | QDSH : aspects Relationnel et Comportemental (QDSH-RC)..... | 55 |
| 2.3.4 | Mesures additionnelles | 57 |
| 2.4 | PROGRAMME THÉRAPEUTIQUE..... | 58 |
| 2.4.1 | Objectifs et contenu | 58 |
| 2.4.2 | Format et procédure..... | 60 |
| | CHAPITRE III RÉSULTATS | 62 |
| 3.1 | PARTICIPANTS | 62 |
| 3.2 | DEVIS DE RECHERCHE | 64 |
| 3.3 | MÉTHODE D'ANALYSES STATISTIQUES | 68 |
| 3.4 | PRÉSENTATION DES RÉSULTATS | 71 |
| 3.4.1 | Étape préliminaire : distribution et équivalence des groupes | 71 |
| 3.4.2 | Étape 1 : comparaison des deux groupes au T ₁ | 73 |
| 3.4.3 | Étape 2 : comparaison du T ₁ et T ₃ du GE, et du T ₁ et le T ₂ de la LA | 76 |
| 3.4.4 | Étape 3 : Comparaison du T ₃ , T ₄ et T ₅ | 80 |
| 3.4.5 | Étape 4 : comparaison du T ₁ et du T ₅ | 82 |
| | CHAPITRE IV DISCUSSION..... | 85 |
| 4.1 | VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE | 85 |
| 4.2 | ANALYSE CRITIQUE DE L'EFFET DU PROGRAMME..... | 89 |

| | | |
|-----|---|-----|
| 4.3 | REVUE DES OBJECTIFS ET DES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE | 94 |
| 4.4 | ANALYSE CRITIQUE DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME EN LIEN AVEC D'AUTRES PROGRAMMÉS..... | 95 |
| 4.5 | IMPLICATIONS ET CONTRIBUTIONS DE LA PRÉSENTE ÉTUDE..... | 103 |
| 4.6 | LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE, RECOMMANDATIONS | 103 |
| | CONCLUSION | 108 |
| | APPENDICE A ÉCHELLE DU DÉSIR SEXUEL (ÉDS)..... | 110 |
| | APPENDICE B QDSH : ASPECT INDIVIDUEL ET COGNITIF | 115 |
| | APPENDICE C QDSH : ASPECT RELATIONNEL ET COMPORTEMENTAL..... | 121 |
| | APPENDICE D ANNONCES PARUES | 128 |
| | APPENDICE E TABLEAU RÉSUMÉ DES INSTRUMENTS UTILISÉS À CHAQUE MOMENT DE L'ÉTUDE | 131 |
| | APPENDICE F ENREVUE D'ÉVALUATION (TÉLÉPHINIQUE, COUPLE, FEMME ET HOMME)..... | 133 |
| | APPENDICE G QUESTIONNAIRES CRITÈRES | 160 |
| | APPENDICE H FORMULAIRE DE CONSENTEMENT | 181 |
| | APPENDICE I PROTOCOLE DE PASSATION | 184 |
| | APPENDICE J PLAN DES 12 SÉANCES..... | 187 |
| | APPENDICE K RÉSUMÉ DES TROIS PILIERS DU PROGRAMME..... | 195 |
| | APPENDICE L RÉSULTATS DE L'ÉTUDE DE TREMBLAY | 200 |
| | APPENDICE M TABLEAUX..... | 204 |
| | RÉFÉRENCES..... | 217 |

LISTE DES FIGURES

| Figure | Page |
|------------|---|
| Figure 2.1 | Nombre de couple à chaque moment de mesure pour le GE et la LA50 |
| Figure 2.2 | Taux moyen de participation et d'abandon aux différents moments de mesure..51 |
| Figure 3.1 | Rentes de retraite des conjoints de l'échantillon.....64 |
| Figure 3.2 | Nombre de couples par groupe après l'assignation aléatoire.....66 |
| Figure 3.3 | Schème quasi-expérimental et plan d'analyses statistiques70 |
| Figure 3.4 | Désir dyadique aux T_1 et T_277 |
| Figure 3.5 | Désir individuel aux T_1 et T_278 |
| Figure 3.6 | Désir dyadique aux T_3 , T_4 et T_5 tous groupes confondus81 |
| Figure 3.7 | Désir individuel aux T_3 , T_4 et T_5 tous groupes confondus82 |
| Figure 3.8 | Désir dyadique aux T_1 et T_5 tous groupes confondus.....83 |
| Figure 3.9 | Désir individuel aux T_1 , et T_5 tous groupes confondus84 |
| Figure 4.1 | Désir dyadique au T_1 , T_3 , T_4 et T_5 tous groupes confondus88 |
| Figure 4.2 | Désir individuel au T_1 , T_3 , T_4 et T_5 tous groupes confondus88 |

LISTE DES TABLEAUX

| Tableau | | Page |
|-------------|--|------|
| Tableau 2.1 | Couples ayant participé à la première étape de sélection..... | 46 |
| Tableau 2.2 | Résumé des refus lors de la deuxième étape d'évaluation pour les 13 couples | 48 |
| Tableau 2.3 | Couples ayant participé à la deuxième étape de sélection | 49 |
| Tableau 3.1 | Devis quasi-expérimental..... | 67 |
| Tableau 3.2 | Protocole de recherche..... | 68 |
| Tableau L.1 | Distribution des caractéristiques socio-démographiques selon le sexe des sujets..... | 201 |
| Tableau L.2 | Moyennes écarts-types obtenus à l'échelle du désir dyadique par les femmes et par les hommes pour cinq variables socio-démographiques..... | 202 |
| Tableau L.3 | Moyennes et écarts-types obtenus à l'échelle du désir individuel par les femmes et par les hommes pour cinq variables socio-démographiques..... | 203 |
| Tableau M.1 | Données sociodémographiques au temps 1 en fonction des deux groupes (GE vs LA) (N = 66)..... | 205 |
| Tableau M.2 | Score moyens et écarts-types des données sociodémographiques au temps 1 en fonction du groupe d'appartenance (participant vs abandon)..... | 206 |
| Tableau M.3 | Tests t des variables sociodémographiques au temps 1 en fonction du groupe d'appartenance (participant vs abandon). | 207 |
| Tableau M.4 | Scores moyens et écarts-types sur les 5 échelles de désir au temps 1 en fonction du groupe (participant vs abandon) chez les femmes et les hommes..... | 208 |
| Tableau M.5 | Tests t des variables dépendantes au temps 1 en fonction du groupe (participant vs abandon) chez les femmes et les hommes | 209 |
| Tableau M.6 | Tests t des variables sociodémographiques au temps 1 en fonction des deux groupes (GE vs LA) (N = 66) | 210 |
| Tableau M.7 | Scores moyens et écarts-types sur les 5 échelles de désir sexuel au temps 1 en fonction du groupe chez les femmes et les hommes (N = 66)..... | 211 |

| | | |
|--------------|--|-----|
| Tableau M.8 | Tests t sur les différences entre les groupes au temps 1 pour les 5 variables de désir sexuels (N = 66)..... | 212 |
| Tableau M.9 | Scores moyens et écarts-types sur les 2 échelles de désir sexuel au temps 1 et au temps 2 (post-intervention du GE et après la période d'attente du groupe LA) chez les femmes et les hommes (N = 66)..... | 213 |
| Tableau M.10 | MANOVA sur les 2 variables dépendantes de désir sexuel au temps 1 et temps 2 (N = 66)..... | 214 |
| Tableau M.11 | Scores moyens (et écarts-types) aux 2 variables de désir sexuel après le traitement, au suivi de 6 mois et au suivi d'un an. (N = 66)..... | 215 |
| Tableau M.12 | Scores moyens et écarts-types sur les 2 variables de désir au temps 1 et au temps 5 en fonction des femmes et des hommes (N = 66)..... | 216 |

RÉSUMÉ

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité d'un programme d'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle de type comportemental et cognitif, Vie de Couple et Bien Vieillir (VCBV), auprès de couples à la retraite. Soixante-six couples ont été répartis au hasard entre un groupe expérimental (n=33) et un groupe contrôle, une liste d'attente de trois mois (n=33). Les couples du groupe contrôle participeront à ce programme après avoir attendu trois mois. Le programme consiste en douze séances hebdomadaires de deux heures données par groupe de quatre à six couples. Une variété de techniques cognitives et comportementales ont été expliquées aux couples pendant les ateliers, un résumé sous forme de 12 manuels leur a été remis. De plus, 12 devoirs thérapeutiques ont été remis aux participants afin de pratiquer ce qui a été vu pendant les rencontres. Près de 500 pages de documentation leur ont été ainsi remises.

L'impact de ce programme d'enrichissement est évalué en fonction de deux dimensions du désir sexuel : désir dyadique et individuel. Ces dimensions sont évaluées à l'aide de l'échelle du désir sexuel (ÉDS) (Tremblay et Roussy, 2000). Les couples sont évalués avant le traitement (pré-test 1), après le traitement (post-test1), à une relance de trois mois (post-test 2) et neuf mois après le traitement (post-test 3). Suite à la période d'attente de trois mois, les couples placés sur une liste d'attente répondent une deuxième fois aux questionnaires avant de débiter le programme (pré-test 2).

Quatre étapes d'analyses sont réalisées afin d'évaluer l'impact de ce programme sur le désir dyadique et individuel. Des analyses de variances multivariées sont d'abord effectuées sur l'ÉDS selon le schème suivant : temps (pré-test 1, pré-test 2, post-test 1, post-test 2 et post-test 3) x groupe (traitement ou liste d'attente) x sexe (homme et femme). Des analyses de variances sont ensuite réalisées afin de préciser davantage les différences significatives observées. Les résultats à ce questionnaire montrent un effet principal temps et sexe et un effet d'interaction groupe x temps significatifs ($p < 0,01$ tant pour le désir sexuel dyadique qu'individuel). Suite à leur participation à ce programme, les couples du groupe expérimental se sont distingués des couples placés sur la liste d'attente. Lors de l'analyse qui avait pour but d'évaluer les trois périodes de post-test qui a utilisé le schème expérimental suivant - temps (post-test 1, post-test 2 et post-test 3) x sexe (homme et femme), les résultats indiquent une diminution de l'intensité du désir dyadique et individuel, un effet de plancher est observé. Lors des analyses de variance univariées, un effet principal sexe est observé tant pour le désir dyadique qu'individuel. Finalement, la dernière analyse comportait le schème expérimental suivant - temps (pré-test 1 vs post-test 3) x sexe (homme et femme) ; les résultats indiquent que le programme n'a pas permis d'améliorer les deux dimensions du désir sexuel tant chez les femmes que chez les hommes. Lors des analyses univariées, un effet principal sexe est observé.

Nous concluons que, de façon générale, le programme d'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle chez les couples retraités a amélioré le désir sexuel dyadique et individuel chez les couples retraités. Par contre, ces gains obtenus lors des analyses pré-test 1 vs post-test 3 ne se maintiennent pas dans le temps. Ainsi, Vie de Couple et Bien Vieillir a eu un impact à court terme mais pas à long terme.

Mots clés : Couple, prévention, programme d'enrichissement, personnes retraitées, désir sexuel.

INTRODUCTION

Au début du siècle passé, l'espérance de vie chez l'humain se situait dans la cinquantaine. La probabilité que la durée de vie commune d'un couple excède 50 années était très faible. Depuis, l'espérance et la qualité de vie ont considérablement été améliorées. Donc, la probabilité qu'un couple puisse célébrer leur 50^e anniversaire de mariage est beaucoup plus élevée.

Par contre, depuis les dernières décennies, on a vu apparaître un phénomène assez inquiétant, le divorce. Une population semble vulnérable à ce phénomène, les couples à la retraite : leur situation financière est plus précaire et, à mesure du vieillissement, le partenaire devient la source de soutien principal. Depuis les trente dernières années, bon nombre de chercheurs se sont intéressés à la prévention du divorce. En 1978, Howard Markman et ses collaborateurs ont mis sur pied un programme qui, encore aujourd'hui, cible la prévention de la détresse conjugale chez les jeunes couples ; ils leur enseignent des habiletés pour les aider à rester heureux et satisfaits dans leur relation conjugale et ainsi prévenir le divorce. Mais, qu'en est-il pour les couples de très longue durée ? Jusqu'à ce jour, aucun programme de prévention ou d'enrichissement dont le but premier serait d'aider les couples retraités à améliorer leur relation tant conjugale que sexuelle n'a été élaboré.

L'objectif de la présente démarche doctorale vise à évaluer, de prime abord, l'amélioration du désir sexuel suite à la participation à un programme d'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle chez les retraités (*Vie de Couple et Bien Vieillir*) - programme de type multimodal selon l'approche cognitive-comportementale. Cette étude vise également à assurer davantage de rigueur méthodologique dans l'évaluation de l'impact d'un programme de prévention par l'inclusion d'un groupe contrôle. Finalement, elle s'intéresse à l'évaluation des facteurs les plus prédictifs de l'amélioration du désir sexuel.

Dans le but de favoriser une meilleure compréhension de l'état actuel des connaissances sur le désir sexuel et les programmes d'enrichissements de la vie sexuelle, une recension des écrits précise d'abord ce sujet. Ensuite, les objectifs spécifiques de la thèse doctorale seront présentés. La démarche méthodologique est, par la suite, décrite, suivie de la discussion soulevant les limites de l'étude, puis de la portée des résultats. Finalement, ce manuscrit expose les modalités éthiques, financières et temporelles qui seront considérées tout au long de la réalisation de cette thèse doctorale.

CHAPITRE I

CADRE CONCEPTUEL ET OBJECTIFS

1.1 ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LE DÉSIR SEXUEL ET LES PERSONNES ÂGÉES DE PLUS DE 55 ANS

1.1.1 Les personnes de 55 ans et plus au Québec

L'espérance de vie des Québécois a progressé de façon significative depuis 100 ans. Au début du siècle passé, elle se situait dans la cinquantaine ; en 1994, elle était de 74,5 ans pour les hommes et de 81,2 ans pour les femmes. Il s'agissait là, pour les Québécoises, d'une espérance de vie parmi les plus élevées au monde (Statistique Canada, 1999). En 2003, elle se situe à 76,3 ans pour les hommes et à 81,9 ans pour les femmes (Duchesne, 2003). De plus, selon une autre étude effectuée en mai 1996, l'ensemble des personnes de 65 ans et plus, soit 872 042 personnes, représente près de 12% de la population totale du Québec ; en 2061, cette tranche d'âge représentera plus de 26,5% de la population québécoise. On constate, par ailleurs, qu'en plus de vivre plus longtemps, ces personnes tendent à prendre leur retraite beaucoup plus tôt.

Le sens que l'on donne aujourd'hui à la retraite n'est pas le même que voilà vingt ans. De plus en plus, la retraite est vue comme le début d'une période de loisir, de repos bien mérité ou encore d'une mutation de carrière (Badeau et Bergeron, 1997). L'attente et la préparation à la mort semblent s'écarter de la définition de la retraite à l'aube des années 2000. Par ailleurs, la retraite peut aussi prendre un sens différent selon que la personne la prend de plein gré ou si elle lui est imposée. C'est seulement depuis 1982 qu'aucun travailleur ne peut être forcé à prendre sa retraite (Papalia et Olds, 1989). Actuellement, l'âge normal pour bénéficier de la pension de vieillesse du Canada est de 65 ans, mais les travailleurs vieillissants ont de plus en plus tendance à prendre leur retraite avant 65 ans (Statistique Canada, 1999). En ce

qui concerne le Québec, son gouvernement institua, en 1966, sa régie des rentes du Québec et fixa à 65 ans l'âge minimal pour avoir droit à la rente provinciale. Ensuite, la loi 21, adoptée en 1983, permit aux Québécois de prendre une retraite anticipée dès 60 ans et de recevoir une rente modifiée en conséquence. Depuis les années 1970, les retraites anticipées, soit des départs à la retraite avant l'âge de 65 ans, se multiplient chez les 60-64 ans et progressent même, depuis les années 1980, chez les 55-59 ans. En 1990, le nombre de personnes actives de 55 à 64 ans tombait à moins de 50%. Ainsi, une personne sur deux, parmi les 55-64 ans ne faisait pas partie de la population active (Duchesnes, 2003).

La retraite est un projet de vie qui se bâtit. Si elle est bien préparée, elle sera graduelle et salubre. Par contre, si la retraite est imposée, elle risque de mal démarrer et d'être remplie de tristesse et de panique (Badeau et Bergeron, 1997). La perte d'un emploi, à tout âge, peut entraîner une série de problèmes comme la perte du respect de soi, un sentiment d'insécurité, l'ennui et l'isolement qui sont susceptibles d'entraîner de graves répercussions sur la santé physique et mentale (Statistique Canada, 1999). La retraite, c'est une crise à prévenir : la prévention la plus efficace serait de parvenir à se définir autrement que dans le «faire» (Badeau et Bergeron, 1997). Selon ces auteurs, la retraite doit se préparer dans tous les secteurs de la vie : psychologique, social, financier, biologique (santé, sexualité) et conjugal. Dans l'étude effectuée par Statistique Canada (1999), on avance que les retraités qui ont le plus de chance d'être heureux et satisfaits présentent plusieurs caractéristiques : ils ont préparé leur retraite et ont un projet de vie ; ils ont un éventail d'activités, un passe-temps, une passion ; ils sont fortement liés à leur entourage (famille, voisinage, association) et consacrent le temps nécessaire au maintien de ces relations ; ils ont gardé ou retrouvé leur besoin de communication.

Plusieurs recherches démontrent que la retraite favorise le développement personnel et l'épanouissement à la condition que la personne retraitée jouisse d'une bonne santé (physique et psychologique) et d'une certaine sécurité financière (Statistique Canada, 1999). En ce qui concerne leurs revenus, 27% des aînés qui vivent dans la communauté se situent sous le seuil de la pauvreté (Lefèvre, 2003). Ainsi, près du tiers des retraités vivent une certaine insécurité financière ; cela les maintient dans un contexte de vulnérabilité tant physique que psychologique.

En 1992-1993, Santé Québec a fait une enquête en ce qui concerne la détresse psychologique qui est un obstacle à l'intégration sociale des personnes dans leur vie quotidienne (Légaré, Lebeau, Boyer et St-Laurent, 1995). Cette enquête révèle qu'en 1992-1993 les personnes de 65 ans et plus étaient proportionnellement moins nombreuses que celles de 15 à 64 ans à se classer dans la catégorie élevée de l'échelle de détresse psychologique : 15,4% des personnes de 65 ans et plus ; 23,7% des 45 à 64 ans ; 27,5% des 25 à 44 ans; 35,2% des 15 à 24 ans. Ainsi, 15,4% des personnes de 65 ans et plus, soit plus d'une personne sur sept, ont un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. En outre, parmi cette population de 65 ans et plus, les femmes surpassent les hommes en ce qui concerne le niveau élevé de l'indice de détresse psychologique - 20% des femmes contre 9,3% des hommes.

Malgré le fait que la détresse psychologique chez les personnes âgées soit moins élevée que chez les plus jeunes, elle aboutit trop souvent à des problèmes sévères dont le suicide. En 2001, la mortalité par suicide représentait 2,4% de la population, 1% chez les aînés (St-Laurent et Bouchard, 2004). Ainsi, la part relative des suicides décroît avec l'âge. Chez les femmes, même s'il n'y a pas eu de réelle augmentation de la mortalité par suicide, des fluctuations ont été observées : une tendance à la baisse chez les 50-64 ans (St-Laurent et Bouchard, 2004). Par contre, pour les 55 ans et plus, si le taux de suicide est quatre fois moins élevé chez les femmes que chez les hommes, l'indice de détresse psychologique est, quant à lui, deux fois plus élevé. Selon Boyer et St-Laurent (1999), l'analyse des profils, génération par génération, suggère que d'une génération à l'autre les taux de suicide chez les jeunes hommes continuent de progresser de façon systématique alors que la suicidalité des générations du « baby-boom » semble se maintenir avec leur avancement en âge. Selon eux, si la tendance se maintient chez les « baby-boomer », la mortalité par suicide au Québec devrait continuer de croître. Le risque d'observer des taux de suicide et de détresse psychologique très élevés chez les personnes de 55 ans et plus dans les prochaines années devient de plus en plus considérable. En cela, la prévention des problèmes de santé psychologique chez les 55 ans et plus devient une perspective de plus en plus importante à l'arrivée de la retraite.

Élément significatif commun à tous les groupes d'âge, les personnes mariées affichent la plus faible proportion de personnes affectées par la détresse psychologique. Atchley et Miller

(1983) constatent qu'au moment de l'arrivée de la retraite la majorité des individus sont mariés ou en union de fait. Au regard de cet élément, le mariage est un facteur de protection.

Malgré ce qui précède, selon les chercheurs, l'état dépressif serait sous-déclaré dans les grandes enquêtes sur les personnes âgées, ce qui empêcherait d'apprécier la réelle ampleur du problème (Lefèvre, 2003). Afin de vérifier cette hypothèse, Préville, Hébert, Bravo et Boyer, en 2001, ont fait une étude sur la santé mentale des personnes âgées affectées d'une limitation fonctionnelle importante mais ne présentant pas de problèmes cognitifs. Les résultats montrent que, parmi les 664 sujets de l'étude, près de la moitié, soit 48% de ceux qui habitent à domicile et 34% de ceux qui sont hébergés en institution, affichent un niveau sévère de détresse psychologique. Selon eux, cette détresse associée à l'état d'incapacité relative dans lequel se trouve la personne âgée serait surtout due à un faible soutien social. Ainsi, ces résultats confirment que le manque de soutien social contribue pour beaucoup à l'état dépressif des personnes âgées vulnérables. Dans un même ordre d'idée, Trudel, Turgeon et Piché (2000) rapportent que le mariage occupe une place centrale dans la vie des personnes retraitées. Le soutien social dont le partenaire est l'élément principal constitue ainsi un important facteur de protection contre les différents problèmes psychologiques dont la dépression. D'ailleurs, ces auteurs rapportent que la satisfaction conjugale des personnes âgées est associée à leur santé, tant psychologique que physique, de même qu'à leur satisfaction générale face à la vie.

Mais, bien que le mariage chez les couples retraités soit un facteur de protection contre divers problèmes, on constate que le taux de divorce et de veuvage dépasse celui du mariage depuis 1982. Certaines données du gouvernement du Québec (1986) montrent que le taux de divorce chez les aînés augmente. En 2001, 51% des mariages au Québec s'étaient soldés par un divorce comparativement à 37% pour le Canada (Duchesne, 2003). En outre, le taux de divortialité varie selon la durée du mariage. Même si le taux de divortialité est plus élevé chez les couples récemment mariés - 35% après quatre ans de mariage -, il se situe tout de même à 11% chez les couples ayant été mariés plus de 19 ans (Duchesne, 2003). Malheureusement, la majorité des aînés qui divorcent vivront seuls car, selon Duchesne (2003), plus de 75% des gens âgés de 65 à 75 ans vivent seuls après leur divorce. À la lumière de ces constats, il apparaît important de renforcer la satisfaction conjugale des

couples retraités dans le but de prévenir, entre autres, la détresse psychologique en améliorant le soutien à l'intérieur du couple, sachant aussi que la majorité de ces personnes vivent une situation financière plus précaire.

Toutefois, il n'existe que très peu d'études sur la satisfaction conjugale chez les personnes âgées, et ces études semblent contradictoires à ce sujet. Certaines études montrent une relation curvilinéaire (U) entre la satisfaction conjugale et le stade de vie familiale (Trudel et al., 2000). Ainsi, vers la retraite, la satisfaction conjugale et sexuelle s'améliorerait. Par contre, une étude effectuée par Trudel (2002) constate une certaine détérioration de la vie conjugale et sexuelle en lien avec le nombre d'années de vie commune.

De par ces précédentes études sur la vie conjugale, la détresse psychologique et le suicide, il semble opportun de prévenir les problèmes susceptibles de survenir à l'intérieur d'un couple lors de la retraite. Puisque le nombre de personnes âgées de plus de 55 ans continue d'augmenter, que l'espérance de vie s'améliore, que la prise de la retraite se fait plus tôt, que les taux de divorce et de détresse psychologique chez les aînés atteignent des niveaux significatifs, que des études font ressortir l'insatisfaction conjugale et sexuelle chez ces couples et que la qualité de la relation de couple est un facteur de protection contre les problèmes de santé physiques et psychologiques, il semble important de mettre sur pied une ressource pour améliorer la satisfaction conjugale et sexuelle, voire même prévenir le divorce chez les couples de longue durée. Si le programme *Vie de Couple et Bien Vieillir* tente de promouvoir un bon fonctionnement conjugal et sexuel chez les couples retraités et de prévenir les problèmes de couple à cet âge, la présente thèse évaluera, quant à elle, évaluera l'amélioration du désir sexuel suite à la participation à ce programme. Ainsi, l'optique de ce programme est plus préventive que thérapeutique puisque nous avons recherché des couples qui n'avaient pas de problèmes majeurs.

1.1.2 L'effet du vieillissement sur la réponse sexuelle et sur le désir sexuel

Masters et Johnson (1966) ont été les premiers à décrire les réactions anatomo-physiologiques déclenchées chez l'humain lors de stimulations sexuelles. Cette recherche a permis d'identifier quatre phases de la réponse sexuelle : l'excitation, le plateau, l'orgasme et la résolution. Par la suite, Helen Singer Kaplan (1977) a critiqué leur modèle et proposé de le

redéfinir. Contrairement à Masters et Johnson, elle a élaboré un modèle *triphasique* de la réponse sexuelle : le désir, l'excitation et l'orgasme. Le désir sexuel devenait ainsi une phase distincte, la première phase de la réponse sexuelle. Depuis ce temps, les recherches sur le désir sexuel ne cessent d'abonder. Aujourd'hui, Helen Singer Kaplan est reconnue comme étant la pionnière dans ce domaine.

Dans la pratique, les intervenants découvrent souvent que les clients plus âgés ne sont pas au courant des changements normaux qui surviennent au niveau des différentes phases de la réponse sexuelle, tant chez eux que chez leurs partenaires (Leiblum et Seagraves, 1989). Certains d'entre eux peuvent même cesser d'avoir des activités sexuelles, car ils ne comprennent pas ce qui leur arrive (Masters et Johnson, 1970). Dans un même ordre d'idées, les changements physiologiques associés au vieillissement semblent constituer un obstacle majeur pour les relations sexuelles (Trudel et *al.*, 2000). Pourtant, selon Kaplan (1974, 1990), le potentiel sexuel et le plaisir érotique ne disparaissent qu'à la mort. Même si l'âge affecte l'intensité, la fréquence et la qualité de la réponse sexuelle, les études démontrent que les hommes en santé sont capables d'avoir des relations et en ont régulièrement (Trudel et *al.*, 2000).

Les premières études sur le déclin de la réponse sexuelle lié à l'âge remontent à 1948 avec Kinsey, Pomeroy et Martin. Ils ont découvert que, chez l'homme, l'érection complète prend, avec l'âge, plus de temps à survenir et peut être maintenue moins longtemps. Les pionniers dans l'étude de la sexualité humaine, Masters et Johnson (1966, 1981, 1982), ont appuyé ce fait en examinant les changements dans les réactions physiologiques avec l'âge. Ils ont découvert que chez l'homme, l'érection complète prend plus de temps, nécessite plus de stimulations directes et est plus rare. De plus, l'homme ressent moins le sentiment d'imminence car l'orgasme ne tend à se produire qu'en un seul temps. D'autres études ont permis de découvrir que la période réfractaire est d'environ 24 heures et plus chez les hommes de 70 ans (Kaplan, 1990). La réponse sexuelle, chez l'homme, change avec l'âge, notamment à cause de la baisse de la testostérone (Stearnes, MacDonnell et Kaufman, 1974).

Chez la femme, les changements les plus marquants semblent être en lien avec l'étape ménopausique. La ménopause se définit par la dernière menstruation ; la post-ménopause, par

le fait que la femme n'a pas eu de saignement menstruel depuis au moins 12 mois. La diminution de la production d'œstrogènes amène une multitude d'effets au niveau physiologique, par exemple : la fatigue, l'insomnie, les difficultés sensorielles, les problèmes de mémoire (Mazure, Sorrel et Glazer, 1988). La ménopause peut aussi amener des problèmes psychologiques en lien avec le gain de poids et la perte des cheveux, car la femme peut avoir peur d'être moins attrayante. En ce qui concerne l'appareil génital, la ménopause produit un amincissement des parois utérines et vaginales, une réduction de la largeur et de la longueur du vagin, de même qu'une diminution de la lubrification vaginale (Fazio, 1987 ; Leiblum, 1990 ; Masters et Johnson, 1966, 1981, 1982 ; Rienzo, 1985 et Thienhaus, 1988), ce qui peut provoquer des douleurs lors de la pénétration et, à long terme, entraîner la dyspareunie ou le vaginisme. Les petites lèvres peuvent aussi s'atrophier, laissant ainsi le clitoris à découvert (Masters et Johnson, 1966). De plus, les changements, en ce qui concerne la réponse sexuelle, peuvent inclure des contractions spasmodiques parfois douloureuses de l'utérus pendant l'orgasme (Masters et Johnson, 1981 ; Rienzo, 1985). L'orgasme peut être plus long à atteindre, alors que sa durée et son intensité diminuent (Masters et Johnson, 1982). Aussi, en vieillissant, la phase de résolution survient plus rapidement (Rienzo, 1985). Dans une recherche effectuée par Mansfield, Voda et Koch (1995) sur les changements qui s'opèrent dans la réponse sexuelle chez des femmes de 35 à 55 ans, 46,2% de celles-ci ont témoigné avoir vécu ces changements ; les auteurs ont rapporté que le statut marital (être marié), l'âge et l'assèchement vaginal prédisent significativement une diminution du plaisir sexuel.

Les recherches effectuées sur les changements qui s'opèrent avec l'âge sur le désir sexuel semblent être controversées (Trudel et al., 2000). Pour certains, la vie sexuelle active et l'intérêt sexuel ne sont pas affectés par le vieillissement (Kinsey, Pomeroy et Martin, 1948 ; Masters et Johnson, 1966). Pour d'autres, le désir sexuel apparaît diminué avec le temps (Finkle, 1976 ; Weizman, Weizman et Hart, 1983 ; Gelfand, 1999), ceci serait causé par la diminution de la testostérone tout au long de la vie (Stearnes, MacDonnell et Kaufman, 1974 ; Bartlik et Goldstein, 2001). De plus, une étude menée par Bachmann, Leiblum, Sandler, Ainsley, Narcessian, Shelden et Hymans (1985) conclut que la ménopause n'est pas nécessairement associée à une diminution du désir sexuel : la moitié des femmes participant à

cette étude n'ont pas observé de diminution du désir sexuel depuis leur ménopause. Nappi, Veneroni, Verde, Polatti, Fignon, Farina et Genazzani (2001) ont constaté que le désordre du désir sexuel chez les femmes ménopausées s'expliquerait davantage par des facteurs psychologiques : les attitudes envers la ménopause, la beauté et l'importance de la maternité. Comme on peut le constater, les études sont controversées à ce sujet, mais de nombreuses études relatent effectivement que plusieurs facteurs psychologiques pourraient expliquer un désir sexuel faible chez les personnes de 55 ans et plus. Ces facteurs seront expliqués dans la section suivante : les principaux facteurs liés au désir sexuel.

La régularité des relations sexuelles contribue à retarder ou à diminuer les effets physiologiques sur la réponse sexuelle (Masters et Johnson, 1981 ; Hobson, 1984). La femme et l'homme peuvent continuer à recevoir et à donner du plaisir toute la vie, mais le manque de connaissances sur les changements physiologiques normaux associés à l'âge et l'incapacité de communiquer leurs besoins et leurs préférences peuvent nuire aux différentes phases de la réponse sexuelle, incluant celle du désir sexuel (Trudel, 2002). Dans une étude, Herman (1994) démontre que les sources d'insatisfaction au niveau du couple sont principalement : les relations sexuelles, la communication et le temps passé ensemble. En ce qui concerne pénétration douloureuse, si, par exemple, la femme modifiait ses habitudes sexuelles (demander à son partenaire de la stimuler plus longtemps), cela contribuerait à diminuer la douleur qui est un des effets de la ménopause (Trudel et *al.*, 2000).

Ainsi, il faut non seulement améliorer la communication dans le couple mais aussi les habiletés sexuelles. Il est important de donner de l'information sur une conception plus réaliste de la sexualité à cet âge, afin de démontrer que la sexualité se maintient et continue même à se développer malgré les transformations qui accompagnent le vieillissement (Trudel et *al.*, 2000). De plus, il est avantageux d'informer les couples sur leur fonctionnement sexuel, de leur apprendre à reconnaître les changements naturels associés à l'âge dans les réactions sexuelles. Il faut leur apprendre à mieux connaître les ressources sociales et leur montrer comment s'y intégrer (Trudel et *al.*, 2000). Selon Badeau et Bergeron (1997), la sexualité comprend aussi les activités sensorielles et sensuelles, les expressions affectives, l'acceptation de soi et de l'autre, ce qui implique ouverture et communication. Depuis l'étude

de Herman (1994), on suggère que tout programme d'intervention mette l'accent sur la communication ainsi que sur les habiletés sexuelles.

1.1.3 Définition du désir sexuel et du trouble de la baisse du désir sexuel (TBDS)

Comme il a été mentionné plus haut, Helen Singer Kaplan est la pionnière dans la recherche sur le désir sexuel. C'est à partir de son article sur le désir sexuel hypoactif (1977) que le désir sexuel a été reconnu comme pouvant créer, s'il est inhibé, une détresse tant au niveau individuel que relationnel (Kaplan, 1977; Lief, 1977), d'où l'appellation de trouble de la baisse du désir sexuel (TBDS) que l'on retrouve dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR) dans la section des dysfonctions sexuelles (1994). Lief (1977) fut le premier à noter la haute fréquence des plaintes sur le désir tant dans le diagnostic primaire que secondaire de cette dysfonction sexuelle.

Au-delà du fait qu'une panoplie d'études aient abordé tant le désir sexuel que la TBDS, il semble encore nécessaire de mettre sur pied d'autres recherches, car le constat de toutes ces études n'a pas permis d'avoir accès à un modèle étiologique pour expliquer les facteurs les plus importants du désir sexuel, encore moins chez les personnes de 55 ans et plus.

Lorsqu'on essaie de définir le concept du désir sexuel, il est fort probable que l'explication précise du sens de ce terme soit influencée par l'orientation théorique. C'est pourquoi le désir sexuel a été défini de plusieurs façons. Dans cette thèse doctorale, le désir sexuel est défini sous l'influence de l'orientation cognitivo-comportementale.

Kaplan et Levine ont été les premiers à donner une définition biopsychologique au désir sexuel. Selon Levine (1984), le désir sexuel est la capacité d'intégrer trois éléments séparés : le *drive*, le *wish*, et la motivation. À partir de ses recherches, il arrive à trois réponses incomplètes dans sa définition du désir sexuel : le désir sexuel est ce qui précède et accompagne l'excitation ; le désir sexuel est la propension biopsychologique pour s'engager dans le comportement sexuel ; le désir sexuel est l'énergie qui conduit au comportement sexuel. Autrement dit, pour ce dernier, le désir sexuel est une énergie biopsychologique qui précède et accompagne l'excitation physiologique et qui cherche à produire des comportements sexuels. Au sujet du *drive* sexuel, Levine (1988) le définit comme le produit

d'un générateur neuroendocrinien de l'impulsion sexuelle. Il fait donc référence au système hormonal et physiologique produisant l'excitation génitale de façon spontanée. Les manifestations du *drive* peuvent être différentes d'une personne à l'autre et tendent à diminuer graduellement avec l'âge, spécialement chez l'homme (Martin, 1981). La composition du *wish*, dans le désir sexuel, est d'inspiration cognitive. Ainsi, ce sont les processus cognitifs qui induisent le *wish* (Levine, 1988). Comme pour le *drive*, le *wish* tend à diminuer avec l'âge, et chez beaucoup d'hommes et de femmes plus âgés dont les manifestations du *drive* sexuel sont peu fréquentes et faibles, ils doivent avoir un *wish* «décidé» pour se comporter sexuellement. Ce *wish* «fort» joue un grand rôle dans l'explication de leur comportement sexuel (Levine, 1988). Finalement, la motivation est ce qui entraîne l'intention d'agir sexuellement. Elle ne dépend pas de l'âge mais plutôt de la qualité des relations interpersonnelles présentes et passées (Levine, 1988 ; Kaplan, 1995). Cette dernière composante semble être l'élément le plus important du désir dans des circonstances ordinaires (Levine, 1988). Ainsi, les changements dans le mode de pensée et dans la motivation ne sont pas nécessairement reliés aux effets du vieillissement, mais ils tendent tout de même à affecter négativement le désir sexuel chez les personnes âgées. Il semble donc important d'intervenir sur ces deux éléments chez cette population dans le but d'améliorer leur désir et leur satisfaction sexuels.

Pour sa part, Kaplan (1977) définit le désir sexuel comme un appétit localisé dans le cerveau, contrairement aux phases d'excitation et d'orgasme qui impliquent des réflexes automatiques des organes génitaux. Plus spécifiquement, elle définit le désir comme un appétit ou un *drive* qui provient de l'activation des centres de régulation sexuelle hypothalamique et limbique (Kaplan, 1995). Ces centres seraient activés, d'une part, par des incitateurs physiologiques (des hormones (testostérone), des drogues aphrodisiaques et des stimulations physiques/génitales) et, d'autre part, par des incitateurs psychologiques (un(e) partenaire attirant(e), des stimulations érotiques, des fantasmes ou l'amour). Les incitateurs physiologiques qui inhibent le désir sexuel sont : les désordres hormonaux, les effets secondaires de certains médicaments et la dépression. Les incitateurs psychologiques qui inhibent le désir sexuel sont : les pensées et les émotions négatives, un(e) partenaire non attirant(e), le stress et la colère (Kaplan, 1995).

Plusieurs autres chercheurs ont tenté de définir le désir sexuel. Entre autres, Leiblum et Rosen (1988) voient le désir sexuel comme étant un état de sensation subjectif qui peut être déclenché tant par des indices internes qu'externes, il peut ou non en résulter un comportement sexuel manifeste. De plus, selon eux, un niveau de base adéquat du fonctionnement neuroendocrinien est essentiel pour qu'apparaisse cet état de sensation et l'exposition aux indices sexuels doit être suffisamment intense. Ces indices peuvent provenir de sources tant individuelles (les fantasmes, la vasocongestion génitale) qu'environnementales (dîner aux chandelles avec un(e) partenaire intéressant(e)).

Les recherches passées pour quantifier le désir sexuel se sont concentrées sur des mesures de fréquence du comportement sexuel telles, la fréquence des activités sexuelles, l'incidence des pensées sexuelles ou des fantasmes et le nombre de contacts sexuels qui mènent vers l'orgasme. Selon Rosen et Leiblum (1988), cette approche comporte certaines limites. C'est pourquoi, il semble important d'utiliser des critères objectifs et subjectifs dans la mesure du désir sexuel (Rosen et Leiblum, 1988 ; Schreiner-Engel et Schiavi, 1986). De plus, certains chercheurs pensent qu'il est important d'inclure la fréquence sexuelle actuelle versus l'idéal de la fréquence rapportée par le patient comme une mesure additionnelle du désir sexuel (Leiblum, Bachman, Kemmann, Colburn et Swartzman, 1983). Cela s'explique, les conjoints peuvent avoir des fréquences idéales très différentes sans que les partenaires n'aient, pour autant, un trouble de la baisse du désir sexuel (TBDS).

Lief et Kaplan ont participé à inclure, dans la troisième édition du DSM (1980), les problèmes de désir comme une entité indépendante appelée «inhibition du désir sexuel» qui est définie comme «une persistante et envahissante inhibition du désir sexuel». Dans cette définition, on ne fait pas référence au comportement. Dans le DSM-III-R (1987), la catégorie des troubles sexuels se divise en deux : le désordre du désir sexuel hypoactif (302.71) et le désordre d'aversion sexuelle (302.79). Le désordre du désir sexuel hypoactif est défini comme «une déficience (ou absence) récurrente et persistante de fantasmes sexuelles et de désir pour les activités sexuelles». Dans cette version du DSM, la détresse n'est plus un critère. Par ailleurs, pour faire le diagnostic de ce trouble, on doit se fier à un jugement clinique qui tient compte de certains facteurs qui affectent le fonctionnement sexuel tels : l'âge, le sexe et le contexte de vie de la personne. Le DSM-IV-TR(2000), malgré son manque

de précision, amène certains changements et tente d'opérationnaliser dans une conception cognitivo-comportementale la baisse du désir sexuel. Ainsi, il définit le trouble de la baisse du désir sexuel comme suit :

- A. Déficience (ou absence) persistante ou répétée de fantasmes imaginatives d'ordre sexuel et de désir d'activité sexuelle. Pour faire la différence entre déficience et absence, le clinicien doit tenir compte des facteurs qui retiennent sur le fonctionnement sexuel, tel que l'âge et le contexte existentiel du sujet.
- B. La perturbation est à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles.
- C. La Dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'axe I (à l'exception d'une autre Dysfonction sexuelle) et n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance (c-à-d une substance donnant lieu à abus, médicament) ou d'une affection médicale générale.

Pour émettre ce diagnostic, le clinicien doit aussi spécifier les types suivants :

- ✓ Type de tout temps ou Type acquis (le mode de début)
 - Type de tout temps : la baisse du désir sexuel était présente dès le début de l'activité sexuelle.
 - Type acquis : la baisse du désir sexuel apparaît après une période d'activité normale.
- ✓ Type généralisé ou Type situationnel (le contexte dans lequel apparaît la Dysfonction)
 - Type généralisé : ce sous-type s'applique quand la baisse du désir sexuel ne se limite pas à un certain type de stimulations, de situations ou de partenaires.
 - Type situationnel : ce sous-type s'applique quand la Dysfonction sexuelle se limite à un certain type de stimulations, de situations ou de partenaires.
- ✓ Type dû à des facteurs psychologiques ou Type dû à une combinaison de facteurs
 - Due à des facteurs psychologiques : ce sous-type s'applique quand on estime que des facteurs psychologiques jouent un rôle majeur dans l'installation, la sévérité, l'exacerbation ou la persistance de la Dysfonction et si aucune affectation médicale générale ni aucune substance ne joue un rôle dans l'étiologie de la Dysfonction sexuelle.

- Due à une combinaison de facteurs : il s'applique si des facteurs psychologiques jouent un rôle dans l'installation, la sévérité ou la persistance de la Dysfonction sexuelle. De plus, quand on estime également qu'une affection médicale générale ou qu'une substance contribue à la Dysfonction mais ne l'explique pas entièrement.

Dans cette version, la détresse redevient un critère et doit aussi créer des difficultés interpersonnelles. Afin de préciser ce diagnostic, Schover et *al.* (1982) mentionnent que le manque de désir sexuel devrait persister depuis six mois ou plus et ne désirer des activités sexuelles que deux fois ou moins par mois. Les chercheurs doivent donc utiliser aussi des méthodes plus subjectives et comportementales pour établir plus concrètement un diagnostic de TBDS.

Après maintes tentatives, il est présentement impossible de mesurer de façon objective et précise le *niveau* du désir sexuel. Malgré tout, la définition de la baisse du désir sexuel présentée dans le DSM-IV-TR est celle qui fait le plus d'unanimité et est, à la fois, la plus utilisée. La présente thèse doctorale définit le désir sexuel dans ce sens. C'est-à-dire, il tient compte des facteurs psychologiques pour mesurer le désir sexuel.

Comme on peut le constater, le désir sexuel se définit différemment d'un auteur à l'autre. En ce qui concerne cette présente thèse doctorale, la définition du désir sexuel retenu correspond aux objectifs et hypothèses de cette présente recherche. Le désir est défini comme étant l'ensemble des comportements moteurs, des comportements verbaux, des cognitions, des fantasmes et des réactions affectives précédents le comportement consommatoire (Trudel, 2000).

1.1.3.1 Épidémiologie

Au niveau épidémiologique, certains chercheurs ont rapporté des données sur l'incidence et la prévalence des troubles de désir sexuel chez les personnes âgées, mais elles sont peu nombreuses.

Dans une étude sur la prévalence des dysfonctions sexuelles chez des femmes préménopausées ou ménopausées, Gelfand (2000) a recensé les différentes études à ce sujet. Les résultats de son étude démontrent que la prévalence des dysfonctions sexuelles chez les femmes ménopausées dépend grandement de l'échantillon utilisé pour mesurer cette prévalence. Pour sa part, il estime la prévalence des dysfonctions sexuelles entre 25% et 63% chez la femme ménopausée. En 1990, Sarrel démontre que la prévalence d'une diminution du désir sexuel chez 130 femmes ménopausées se situe à 77% et que 50% de ces femmes ont une activité sexuelle ou moins par mois (cité dans Gelfand, 2000). En 2001, une étude effectuée par Basson et *al.* démontre que la prévalence des dysfonctions sexuelles chez les femmes s'établit entre 20% et 50%. Plus spécifiquement, 27% des femmes de 50 à 59 ans démontrent un manque d'intérêt sexuel (Laumann, Paik et Rosen, 1999). En 1999, Fugl-Meyer et Sjögren Fugl-Meyer ont mené une étude sur la prévalence des différentes dysfonctions sexuelles auprès de 2810 suédois. En ce qui concerne le désir sexuel, chez les 50 à 65 ans, 41% des femmes et 18% des hommes rapportent un manque d'intérêt sexuel, chez les 66 à 74 ans, 47% des femmes et 41% des hommes rapportent un manque d'intérêt sexuel. Panser, Rhodes, Girman, Guess, Chute, Oesterling, Lieber et Jacobsen (1995) ont constaté une augmentation de la prévalence du trouble de la baisse du désir sexuel chez les hommes avec le vieillissement ; la prévalence serait de 26% chez les hommes de 70 ans et plus.

1.1.4 Les principaux facteurs liés au désir sexuel

Plusieurs recherches ont permis d'observer un déclin significatif du désir sexuel autour de la cinquantaine, tant chez les femmes que chez les hommes (Tremblay et Roussy, 2000 ; Hällström et Samuelsson, 1990 ; Kivelä, Pakkala et Honkakoski, 1986 ; Pfeiffer, Verwoerd et Davis, 1972). Il existe des différences de genre dans l'expression clinique du désir faible. L'homme qui a peu d'intérêt pour les activités sexuelles va davantage éviter les relations sexuelles par crainte de ne pas être en mesure de bien fonctionner (Kaplan, 1977). Lorsque les hommes font face à une inhibition de leur désir sexuel, ils peuvent se sentir impuissants, vieux ou non-masculins ; les femmes, frigides et peu féminines (Kaplan, 1977).

Il existe plusieurs facteurs étiologiques pour expliquer un désir sexuel faible, tant chez les personnes en pleine maturité que chez les plus jeunes. Ainsi, à cause de sa nature multidimensionnelle, les différents auteurs identifient plusieurs facteurs étiologiques pour expliquer l'apparition du trouble de la baisse du désir sexuel (Kaplan, 1974, 1977, 1995 ; LoPiccolo, 1980). Selon ces auteurs, le degré de sévérité du TBDS est fonction de l'influence simultanée de ces multiples facteurs causals (Aubin, 1999). C'est pourquoi dans cette thèse doctorale, plusieurs facteurs seront considérés pour évaluer le désir sexuel. De plus, pour en dégager une meilleure compréhension, la présente auteure classera quatre facteurs qui expliquent le désir sexuel de façon séparée.

Avant de préciser les différents facteurs liés au désir sexuel, l'auteure de cette thèse doctorale aimerait apporter certains éclaircissements. Ces différents facteurs seront classés de la façon la plus exhaustive possible en tenant compte des différents questionnaires choisis dans le but d'évaluer le désir sexuel. Donc, l'auteur de cette étude présentera, dans trois catégories distinctes, les facteurs liés au désir sexuel : dyadique et individuel ; comportemental ; cognitif.

1.1.4.1 Les facteurs dyadiques et individuels liés au désir sexuel

Dans l'élaboration de son Échelle du Désir Sexuel (ÉDS) (voir appendice A), Tremblay et *al.* (2000) définissent le désir sexuel dyadique et individuel. Le désir dyadique est défini par le désir d'avoir des activités sexuelles avec un(e) partenaire (penser à son (sa) partenaire d'une façon sexuelle, charmer son (sa) partenaire, faire des avances sexuelles à son (sa) partenaire, etc.) ; le désir individuel, par le désir d'avoir des activités sexuelles en solitaire (masturbation, feuilleter des revues pour l'excitation, faire des rêves à contenu sexuel, etc.).

Les résultats de l'étude de Tremblay et *al.* (2000) montrent que, pour les sujets vivant en couple, une corrélation négative significative (-0,29) est obtenue entre leur niveau de désir dyadique et la durée de leur relation. De plus, les sujets de 50 ans et plus montrent significativement moins de désir dyadique et individuel que les sujets plus jeunes (Tremblay et *al.*, 2000). Spector et Fremeth (1996) ont effectué une étude sur les comportements sexuels et les attitudes chez des personnes âgées habitant dans des résidences. Ils ont découvert que l'homme a des désirs sexuels dyadiques et solitaires plus élevés que ceux de la femme, et que

l'âge est corrélé négativement avec le désir sexuel solitaire et les attitudes sexuelles. Dans une autre recherche, les auteurs rapportent qu'une relation de longue durée pourraient peut-être influencer négativement le désir sexuel (Edwards et *al.*, 1981). À ce sujet, une étude effectuée par Schiavi et *al.* (1990) constate ce même effet mais chez les hommes. Par contre, l'étude de Starr et Weiner (1981) démontre que 99% des répondants (800 hommes et femmes, de 60 à 91 ans) expriment un désir pour les activités sexuelles et que 80% rapportent qu'ils sont actifs sexuellement. Plusieurs recherches mentionnent certaines raisons qui expliqueraient la diminution du désir sexuel avec l'âge dont la routine, l'habitude, la banalisation ou l'ennui (Rosen et Leiblum, 1987 ; Poudat et Jarousse, 1989 ; Leiblum, 1990 ; O'Donoghue et Plaud, 1991 ; Trudel, 1991).

Comme les plus jeunes, les personnes âgées ont des besoins qui se rattachent à la vie sexuelle. Par exemple, ils ont besoin d'intimité, de se sentir attrayant(e)s, de sécurité émotive, d'une présence, etc. (Badeau et Bergeron, 1997). Par ailleurs, les témoignages sur l'amour sont nombreux, car l'amour est au sommet du palmarès des valeurs dans lesquelles les personnes en pleine maturité se reconnaissent. Des récits de vie de ces personnes, il ressort clairement que l'amour est la règle de vie par excellence et l'idée morale vers laquelle on tend explicitement (Badeau et Bergeron, 1997).

En résumé, il appert qu'en vieillissant, le désir sexuel diminue mais pas toujours pour les bonnes raisons. Malgré qu'on observe une diminution naturelle du désir sexuel associée aux effets du vieillissement, une part psychologique est tout de même associée à cette diminution. En effet, il arrive qu'à ce stade de la vie, la routine puisse diminuer le désir d'avoir des activités sexuelles en solitaire ou de couple ou encore, que les attitudes plus conservatrices envers la sexualité aillent à l'encontre du désir dyadique et individuel. Il est intéressant de se demander s'il est possible d'améliorer les attitudes envers la sexualité et diversifier les activités sexuelles des personnes âgées de plus de 55 ans. Et si oui, est-ce que cela pourrait améliorer ces deux dimensions du désir ? C'est pourquoi, il apparaît intéressant de vouloir améliorer le désir sexuel tant dyadique qu'individuel chez les personnes de 55 ans et plus.

1.1.4.2 Les facteurs cognitifs liés au désir sexuel

Dans sa thèse, Trinque (1999) définit six principaux facteurs cognitifs liés au désir sexuel : (1) face à la personne ; (2) face à la sexualité ; (3) la satisfaction sexuelle ; (4) les cognitions résultants de traumatismes sexuels ; (5) les fantasmes sexuels et (6) l'évaluation du stress vécu. Autrement dit, son questionnaire (voir appendice B) permet d'évaluer l'acceptation et l'utilisation des fantasmes sexuels, la satisfaction quant à la fréquence et à la qualité des activités sexuelles, l'anxiété de performance, les attitudes face à la sexualité, l'attirance sexuelle, la peur de s'abandonner, la crainte de l'intimité, les mythes sexuels, etc.

Ainsi, plusieurs facteurs d'ordre cognitif peuvent influencer la vie sexuelle des personnes retraitées. Dans une étude récente, Trudel (2002) a observé la relation entre l'âge et la sexualité, il montre que l'attitude des sujets de 60 ans et plus se distingue de celle des plus jeunes. Selon cette étude, l'âge est associé de façon significative à une diminution de divers aspects du comportement sexuel, à une diminution de la fréquence des fantasmes sexuels et à une attitude plus conservatrice. Cette attitude conservatrice peut être attribuée au fait que cette cohorte a grandi dans un milieu moins permissif sur le plan sexuel (Trudel, 2002). De plus, cette étude a aussi fait ressortir une baisse de la relation entre la satisfaction sexuelle et la satisfaction conjugale chez les plus de 60 ans, et cela de façon plus évidente chez la femme. Ce fait montre que la dimension sexuelle occupe une place moins grande dans leur relation conjugale comparativement à celle des sujets plus jeunes. Par ailleurs, les attitudes positives à l'égard de la sexualité semblent être associées au maintien, en vieillissant, des activités sexuelles (Trudel et *al.*, 2000).

Certains mythes peuvent nuire à l'expression de la sexualité chez les personnes âgées (Margolin 1987 ; Badeau et Bergeron, 1997). À titre d'exemple, voici un mythe très répandu : si les aînés continuent d'avoir des relations sexuelles c'est parce qu'ils sont « des pervers » (Travis, 1987). On y retrouve l'idée que la sexualité est parmi les premières fonctions à diminuer avec l'âge. Pourtant, cet âge, pour une personne relativement en bonne santé, permet la poursuite normale des activités sexuelles (Masters et Johnson, 1981 ; Badeau et Bergeron, 1997). Une autre idée très répandue est qu'en vieillissant les individus perdent tout intérêt sexuel ou deviennent incapables d'activités sexuelles (Masters et Johnson, 1981 ; Rotberg, 1987). Entre autres choses, les tabous sexuels des personnes âgées peuvent jouer un

rôle significatif dans la diminution de leur expression sexuelle. La peur de la désapprobation constitue ainsi une raison suffisante pour cesser les relations sexuelles (Margolin, 1987).

La détérioration de l'apparence physique est un autre facteur à considérer, car elle provoque souvent une baisse de l'intérêt sexuel, surtout chez les hommes. Selon Margolin (1987), plus la partenaire change sur le plan physique plus les hommes se plaignent d'une perte de l'intérêt pour la sexualité, d'une insatisfaction par rapport à la vie sexuelle et d'infidélité.

Selon Kaplan (1977), l'anxiété est un autre facteur qui cause la baisse des activités sexuelles. Ce facteur s'explique de différentes façons : l'ignorance, les attentes irréalistes au sujet du fonctionnement sexuel et l'anxiété de performance qui peut être générée par la peur du rejet, de l'intimité et de l'engagement. À ce sujet, une étude effectuée par Hyman, LoPiccolo et LoPiccolo (1976) démontre que, chez les hommes âgés où l'anxiété de performance est absente, la performance sexuelle est maintenue jusqu'à un âge très avancé. Il y aurait même une amélioration de la performance sexuelle, car les hommes âgés auraient un meilleur contrôle du moment de l'éjaculation et l'habileté de maintenir une érection plus longtemps que les hommes plus jeunes.

Palmore et Kivett (1977), dans une étude qui avait pour but d'évaluer les facteurs prédictifs du changement dans le temps de la satisfaction face à la vie, révèlent trois facteurs importants : la perception de la santé physique, les activités sociales et le plaisir sexuel. La perception du plaisir sexuel chez les personnes de 46 à 70 ans est ainsi un facteur de prédiction de la satisfaction face à la vie.

La qualité de la vie de couple et de la vie sexuelle sont des facteurs qui contribuent au bien-être des personnes âgées (Trudel et al., 2000). Plus spécifiquement, la satisfaction sexuelle constitue un facteur de prédiction efficace du bien-être chez les hommes. Ainsi, les variables sexuelles peuvent jouer un grand rôle dans la satisfaction comme dans la détresse conjugale. À ce sujet, Fugl-Meyer et Sjögren Fugl-Meyer (1999), dans une étude, ont évalué la satisfaction sexuelle : 52% des femmes et 68% des hommes de 50 à 65 ans sont soit satisfaits, soit très satisfaits sexuellement ; 47% des femmes et 45% des hommes de 64 à 74 ans sont soit satisfaits, soit très satisfaits sexuellement. L'étude de Brecher (1984), pour sa part, démontre que les hommes et les femmes de plus de 50 ans qui continuent de trouver leur

mariage satisfaisant sont ceux qui éprouvent du plaisir sexuel avec leur partenaire, sont satisfaits de la fréquence des activités sexuelles et se sentent confortables de discuter de sexualité avec leur partenaire. Cette étude révèle aussi que les femmes qui considèrent l'aspect sexuel de leur mariage superflu sont plus sujettes à estimer leur mariage non satisfaisant. De plus, deux études importantes (Hällström, et Samuelsson, 1990 ; Stuart, Hammond, et Pett, 1987) démontrent qu'une relation conjugale insatisfaisante prédit un désir sexuel faible. Ainsi, la qualité de la vie conjugale et la qualité de la vie sexuelle constituent deux facteurs inter-reliés valables pour vérifier le degré de qualité de la relation de couple chez les personnes retraitées.

Comme on peut le constater, en vieillissant les pensées liées à la vie sexuelle des personnes âgées de plus de 55 ans peuvent devenir plus négatives. Ce facteur cognitif lié au désir sexuel explique en partie ce pourquoi ces personnes désinvestissent leur vie sexuelle. En effet, les mythes sexuels, l'anxiété de performance ou encore la perception du plaisir sexuel sont des exemples démontrés dans les écrits scientifiques associés au déclin du désir sexuel. Encore une fois, il est intéressant de se demander s'il est possible d'aider ces gens à améliorer leur vie sexuelle par l'entremise de stratégies d'intervention (i.e. éducation sexuelle, restructuration cognitive) à l'intérieur d'un programme cognitivo-comportemental. C'est pourquoi, il apparaît intéressant de vouloir mesurer les facteurs cognitifs puisqu'ils semblent être de bons facteurs pour évaluer le désir sexuel.

1.1.4.3 Les facteurs comportementaux et relationnels liés au désir sexuel

Drouin (2000), dans sa thèse, définit deux catégories de facteurs importants liés au désir sexuel. En premier lieu, l'aspect comportemental se réfère aux comportements sexuels objectivement observables, aux réactions, aux conduites ou aux attitudes de l'individu. Donc, on retrouve, dans son questionnaire (voir appendice C), des items tels que : les avances sexuelles, l'évitement de certaines situations menant à des activités sexuelles, les contacts oraux-génitaux, la diversité des activités sexuelles, la communication des préférences sexuelles, l'exploration de certains touchés génitaux ou non génitaux, la fréquence des activités sexuelles et de la masturbation. En second lieu, l'aspect relationnel se réfère à la

relation de couple, aux interactions entre les partenaires (que ce soit sur le plan comportemental, émotif ou cognitif). C'est pourquoi on retrouve, dans son questionnaire (voir appendice C), des items tels que : l'attrance physique pour son (sa) partenaire, parler de sexualité avec son (sa) partenaire, la satisfaction dans la relation de couple, le partage de plusieurs activités, la démonstration de l'affection, la colère, la capacité d'expression et d'écoute mutuelle, la résolution des conflits dans le couple, l'amour pour le (la) partenaire et la volonté de poursuivre la relation de couple. Dans ce même ordre d'idées, l'auteure de cette thèse doctorale utilisera ces deux catégories de facteurs.

En ce qui concerne les facteurs comportementaux, on rapporte que les personnes âgées maintiennent des relations sexuelles ; par contre, on note un déclin dans la fréquence des relations sexuelles avec pénétration (Laflin, 1991 ; Bretschneider et McCoy, 1988). Plus particulièrement, chez la femme ménopausée, on observe une diminution de la fréquence coïtale : de deux fois à une fois par semaine (Bachmann et al, 1985). Par ailleurs, d'autres types d'activités sexuelles, comme la masturbation ou le sexe oral, compensent pour les activités sexuelles avec pénétration (Laflin, 1990 ; Goodwin et Scott, 1987 ; Bretschneider et McCoy, 1988). Dans le même sens, Mansfield, Koch et Voda (1998) ont observé une augmentation, chez les femmes, des touchers non-génitaux. Dans une étude sur le fonctionnement sexuel de l'homme âgé, on observe aussi un déclin de la fréquence des activités sexuelles ; par contre, parmi ceux qui continuent d'être actifs sexuellement, un nombre important d'entre eux rapportent des attitudes positives envers leur fonctionnement sexuel, ils maintiennent une régularité dans leurs activités sexuelles (Bortz, Wallace et Wiley, 1999).

Selon Pfeiffer et Davis (1972), les comportements sexuels passés seraient un facteur déterminant dans les comportements sexuels présents (i.e. la fréquence des activités sexuelles, le plaisir et l'intérêt sexuel). Les attitudes conservatrices de cette cohorte provoquent un effet négatif sur leur vie sexuelle (Trudel, 2002) : ce type d'apprentissage amène les hommes à être plus actifs sexuellement que les femmes. Les résultats d'autres études (George et Weiler, 1981 ; Starr et Weiner, 1981 ; McCoy et Davidson, 1985) confirment ces résultats. Les femmes rapportent moins d'intérêt et d'activités sexuelles que les hommes. De plus, dans une étude effectuée par Smith et Schmall (1983), seulement 35%

des femmes et 67 % des hommes approuvent la masturbation. Cela confirme les résultats de l'étude de McIntosh (1978) qui démontrent que les femmes âgées sont moins permissives au sujet de la masturbation. Dans l'étude de Brecher (1984), les résultats indiquent que 47% des femmes et 66% des hommes dans la cinquantaine se masturbent, alors que 33% des femmes et 43% des hommes de 70 ans et plus continuent de se masturber. Ainsi, même si l'on constate, dans ces études, que les activités sexuelles diminuent, on observe aussi que les personnes âgées maintiennent un intérêt pour la sexualité (McIntosh, 1978 ; George et Weiler, 1981 ; Trudel, 2002). À ce sujet, Bergstrom-Walann et Nielson (1990) ont trouvé que 54% des hommes, comparativement à 16% des femmes, âgés de plus de 55 ans, mentionnent que la sexualité est assez ou très importante.

Un autre fait important à considérer, les changements physiologiques engendrés par le vieillissement sont moins prononcés chez les adultes qui demeurent sexuellement actifs (Masters et Johnson, 1981 ; Rienzo, 1985 ; Glass et Dalton, 1988). Dans ce sens, Lewis (1986) indique que la régularité des activités sexuelles chez la femme lubrifie un vagin même atrophié, probablement en stimulant la circulation sanguine. Autre élément incitatif, dans les sociétés où l'on s'attend à ce que les hommes âgés continuent d'avoir des relations sexuelles, les hommes demeurent actifs sexuellement (Winn et Newton, 1982 ; Trudel et *al.*, 2000). Donc, le facteur culturel semble jouer un rôle dans le maintien ou non des activités sexuelles. Par ailleurs, dans une étude effectuée par Floyd et Weiss (2001), on a demandé à des étudiants de répondre à des questions sur leur attitude à l'égard des activités sexuelles des personnes âgées. Les résultats de cette étude démontrent que les jeunes adultes ont des attitudes restrictives et conservatrices. La présence de ces attitudes négatives envers la sexualité des personnes âgées démontre un besoin d'éducation sur le sujet dans le présent siècle.

Quant aux facteurs relationnels, le degré de satisfaction de la vie conjugale représente un facteur significatif en lien avec l'expression de la sexualité chez les personnes âgées. En 1994, Levenson, Carstensen et Gottman ont effectué une recherche sur les conséquences des mariages à long terme. D'une part, ils ont découvert que l'interaction maritale, chez les couples de longue durée, est associée à plus d'affection positive et moins d'activation physiologique que les couples de moindre durée. D'autre part, les résultats de cette recherche

suggèrent que les épouses reçoivent, en ce qui concerne leur santé, un bénéfice en lien avec le fait d'être mariées mais seulement si leur mariage est heureux ; les époux, au contraire, auront, en ce qui concerne leur santé, un bénéfice au simple fait d'être mariés, que le mariage soit heureux ou non. Selon une étude effectuée par Antonovsky, Sadowsky et Benjamin (1990), il existerait, chez les couples de longue durée, trois facteurs importants pour maintenir une vie sexuelle active : le statut marital (être marié), la perception de la santé et le désir sexuel. Chez l'homme, le facteur du désir sexuel serait le plus important. Cette étude supporte celle de Martin (1981) qui conclut que la motivation sexuelle et l'intérêt sexuel sont des indicateurs cruciaux pour prédire les activités sexuelles chez l'homme âgé. Dans le même sens, les résultats d'une étude effectuée par Bachmann et *al.* (1985) indiquent une relation positive entre le désir sexuel et le degré d'ajustement dyadique chez la femme ménopausée en bonne santé physique. Ainsi, la santé est un facteur important dans le maintien des activités sexuelles chez les personnes âgées. Par ailleurs, le désir sexuel est un facteur tout aussi important dans le maintien des activités sexuelles chez ces personnes.

Dans un tout autre ordre d'idées, il existe plusieurs facteurs qui contribuent à renforcer la détresse conjugale dans un couple. En ce qui concerne la femme au foyer, la retraite du conjoint n'est pas toujours synonyme de retraite pour elle, une augmentation de sa tâche peut, au contraire, se produire : bouleversements dans l'organisation de ses journées, présence constante du conjoint qui tourne en rond ne sachant pas trop quoi faire de son temps et occupant l'espace qu'elle occupait antérieurement à elle seule, liberté réduite dans ses temps de loisirs personnels (Badeau et Bergeron, 1997). Ainsi, l'augmentation des tâches et le départ des enfants peuvent diminuer la qualité de la vie de couple (Badeau et Bergeron, 1997 ; Hill et Dorfman, 1982). Par contre, les hommes dont le rôle traditionnel a été de travailler à l'extérieur de la maison, assurant la subsistance de la famille, ont généralement été moins proche des enfants et moins uniquement centrés sur leur évolution de sorte qu'au départ des enfants ils vivent moins difficilement cette crise (Badeau et Bergeron, 1997). Il est donc important de redéfinir les rôles respectifs, d'apprendre à gérer les activités communes ou encore de faire face au départ des enfants. De plus, les contacts plus fréquents entre les partenaires peuvent réanimer d'anciennes blessures, des conflits non résolus peuvent refaire surface (Trudel et *al.*, 2000). Alors, l'ajustement du couple à la retraite dépendra de

l'efficacité de la communication antérieure, du modèle de prise de décision adopté concernant la gestion domestique, de l'utilisation des temps et des espaces, du partage ou de l'orientation des rôles, du degré d'affection ou d'intimité (Ebersole, 1985 cité dans Badeau et Bergeron, 1997).

En somme, la satisfaction conjugale des personnes âgées est associée à leur santé tant sur le plan psychologique, physique que sexuel (Atchley et Miller, 1983 ; Levenson, Cartensen, et Gottman, 1993 ; Trudel et *al.*, 2000). Selon plusieurs études, on reconnaît qu'une relation conjugale satisfaisante a un effet puissant et positif sur la santé mentale des membres du couple (Trudel et *al.*, 2000). C'est pourquoi, il est important d'accroître le soutien, la solidarité entre les conjoints et la communication souvent mise en veilleuse à cet âge, car ces personnes pensent se connaître suffisamment pour ne pas avoir à exprimer clairement ce qu'ils pensent (Pelsma et Flanagan, 1986).

L'aspect relationnel, comme il est mentionné dans la thèse de Drouin (2000), est un facteur qui influe sur le niveau de désir sexuel dans un couple. Glass, Seeman, Herzog, Kahn et Berkman (1995) mentionnent à ce sujet que les personnes âgées mariées risquent beaucoup moins de connaître une baisse de leur productivité (activités diverses) que les personnes non mariées. De plus, ces personnes obtiennent leur soutien à l'intérieur de leurs relations personnelles très proches (partenaire), tandis que les personnes non mariées reçoivent du soutien instrumental, ce qui est moins avantageux (Kessler et McLeod, 1985). Cela s'expliquerait par le fait que les personnes tendent à moins établir de relations sociales à mesure qu'elles vieillissent. D'ailleurs, il est plus difficile lorsqu'on est âgé de se trouver un(e) partenaire (Shamoian et Thurston, 1986). Donc, le divorce, chez cette population, est plus dévastateur que pour les plus jeunes couples. Ainsi, on constate une fois de plus, qu'il est important de favoriser une vie de couple satisfaisante, car le soutien émotionnel est plus important et déterminant pour la santé mentale et physique. Ce qui, à la fois, joue positivement sur le désir sexuel. Ainsi, la qualité de la vie conjugale semble être liée à la qualité de la vie sexuelle, c'est pourquoi il est important d'améliorer cette dimension dans le but d'avoir un effet positif sur le désir sexuel.

La retraite permet au couple de se retrouver et d'accomplir des projets jusqu'à présent non réalisés (faire des voyages), mais il faut, pour cela, avoir et maintenir une bonne communication dans le temps et avoir le goût d'investir du temps dans la vie conjugale et sexuelle. Par ailleurs, comme il a été mentionné plus haut, la retraite fait partie d'une transition qui peut s'avérer difficile pour certains et avoir des effets négatifs sur la qualité de la vie conjugale et sexuelle. Même si le lien entre la retraite et la détresse conjugale n'est pas clairement établi dans les écrits, plusieurs données suggèrent qu'il s'agisse d'une période de transition stressante pour le couple, d'où l'importance d'améliorer les différents aspects de la vie de couple (Trudel et al., 2000).

Finalement, est-ce que le fait d'améliorer les aspects relationnel et comportemental liés au désir sexuel pourraient avoir un effet positif sur le désir sexuel des personnes retraités ? Est-ce qu'un programme conjugal de type cognitivo-comportemental pourrait améliorer les différentes habilités ou attitudes des personnes âgées de plus de 55 ans ? Tout en sachant que la retraite peut jouer négativement sur la satisfaction conjugale et sexuelle puisqu'elle correspond à une période de transition stressante pour certains couples, il semble intéressant de vouloir évaluer ces dimensions.

1.2 LES PROGRAMMES DE TRAITEMENT SEXUEL

1.2.1 Propositions de composantes et de stratégies thérapeutiques

Dans les écrits scientifiques, différentes stratégies thérapeutiques sont proposées pour aider les couples en pleine maturité à améliorer leur satisfaction conjugale et sexuelle (ce qui inclut le désir sexuel). De plus en plus, ces couples rapportent le besoin d'être aidés sur ces aspects de leur vie de couple. À ce sujet, Mansfield et *al.* (1998) rapportent, dans leur étude, que les femmes de 38 à 56 ans aimeraient devenir plus réceptives sexuellement, passionnées, même si leur intérêt pour la sexualité et leur désir sexuel diminuent. Dans une étude sur l'évaluation des attitudes sexuelles chez des femmes âgées, les résultats révèlent que la majorité d'entre elles aimeraient avoir de l'information en ce qui concerne les activités sexuelles des personnes âgées (McIntosh, 1981). Dans un même ordre d'idées, Smith et Schmall (1983) ont fait une étude dont l'un des buts était de savoir si les personnes âgées pouvaient bénéficier d'un programme d'éducation sexuelle. Ils rapportent que 90% des gens qui ont répondu

croient que les personnes âgées peuvent bénéficier de ce type d'information, ce qui amènerait ces gens à accepter leurs propres sensations sexuelles et les activités sexuelles de leur groupe d'âge. McCarthy (2001) souligne l'importance que le désir et le fonctionnement sexuels soient facilités par la promotion de l'intimité, de la sexualité interactive et de l'acceptation d'une approche plus flexible face au plaisir, à l'érotisme et aux activités sexuelles chez les hommes de plus de 50 ans. Les résultats de ces différentes études permettent de dire qu'il existe un besoin grandissant chez la population des 55 ans et plus de combler les lacunes dans ce domaine de recherche afin d'améliorer leur satisfaction sexuelle à travers des programmes d'enrichissement.

Une personne peut avoir des contacts sexuels jusqu'à sa mort. Il est donc important de promouvoir la sexualité des personnes âgées à travers différents programmes d'intervention tout en respectant leurs besoins. Dans une étude sur la vie sexuelle des personnes âgées, Kellet (1991) précise que le rôle des thérapeutes est de ne pas mettre de pression sur eux en confirmant leurs propres idéaux et de faire de la prévention chez les thérapeutes pour ne pas nuire à l'intimité des couples âgés par des interventions qui ignorent leur dimension sexuelle. L'être humain a le choix de continuer d'être actif sexuellement tout au long de sa vie. De plus, même si les écrits scientifiques sont unanimes à dire que la majorité des personnes âgées désirent améliorer cette dimension, il apparaît important de le faire d'une manière respectueuse. Leurs besoins peuvent différer de ceux des jeunes couples : sensualité versus performance.

Plusieurs auteurs se sont attardés à regarder les différentes interventions susceptibles d'améliorer la qualité de la vie sexuelle chez les personnes âgées. À ce sujet, Hodson et Skeen (1994) discutent de plusieurs suggestions qui peuvent être considérées par les gens qui travaillent avec les personnes âgées vivant dans des institutions. Par exemple : offrir de la littérature érotique dans un espace prévu à cet effet ; organiser des groupes de discussions concernant la sexualité ; promouvoir, chez les gens qui travaillent dans ce domaine, des attitudes positives envers les comportements sexuels des personnes âgées ; encourager, à travers l'éducation les personnes âgées à vivre pleinement leur sexualité ; créer des opportunités pour permettre aux personnes âgées, à travers des exercices modérés, d'enrichir leur libido ; promouvoir, chez les personnes qui ont des incapacités, la possibilité de

maintenir une vie sexuelle active ; rendre disponible, dans le public l'information concernant la sexualité des personnes âgées ; etc.

Dans son article paru en 1983, Dr Renshaw parle de l'importance d'éduquer les médecins sur la sexualité des personnes âgées afin de permettre à ces dernières de vivre pleinement leur sexualité. Ses suggestions sont les suivantes : éduquer sur le fonctionnement sexuel, informer sur les différentes positions coïtales en cas d'incapacité physique, offrir un temps de discussion à l'égard de certains aspects sexuels. Pour les personnes âgées vivant dans des institutions, Schlesinger (1996) suggère les interventions suivantes : créer une atmosphère qui encourage les discussions sur la sexualité et les sentiments ; utiliser des groupes de discussion pour explorer les attitudes des employés ; accepter la masturbation ; engager des discussions sur les changements de l'image corporelle, sur la perte d'un partenaire et sur la sexualité. Par contre, le manque de connaissances et des attitudes négatives envers la sexualité des personnes âgées peuvent amener les gens qui travaillent avec cette clientèle à ne pas se sentir assez compétents pour répondre à leurs questions et, ainsi, nuire à la qualité de la vie sexuelle des personnes vivant dans ces institutions.

Dans le but d'améliorer les attitudes des gens qui travaillent dans des centres pour personnes âgées, Hammond et Bonney (1985) ont élaboré un programme d'éducation en la matière. Ils ont comparé les attitudes de deux groupes de travailleurs concernant leurs attitudes sexuelles envers leurs clients. Le groupe expérimental a suivi un cours de 14 heures sur la sexualité et le vieillissement, mais pas le groupe contrôle. La comparaison entre les pré/post-tests du groupe expérimental révèle une tendance vers un point de vue plus libéral dans leur attitude après la participation au programme, en comparaison avec le groupe contrôle. De plus, la majorité des participants du groupe expérimental se sentaient plus adéquats pour négocier ouvertement l'aide apportée aux personnes âgées aux prises avec des problèmes sexuels. Ainsi, il est tout aussi important d'améliorer les attitudes des gens qui travaillent avec des personnes âgées que ces personnes elles-mêmes.

Dans le traitement de dysfonctions sexuelles chez la personne âgée, Kennedy, Haque et Zarankow (1997) suggèrent différentes interventions : l'éducation (adresser l'hostilité, la maladie majeure, la communication inhibée, contrecarrer les mythes et l'ignorance des

changements qui s'opèrent sur la réponse sexuelle, éduquer sur les MTS, fournir du matériel éducationnel) ; l'intervention comportementale (l'apprentissage de la concentration sur le plaisir et l'intimité au lieu de la performance ; permettre l'utilisation des techniques orales et manuelles ainsi que l'utilisation de la fantaisie et de l'érotisme ; prescrire des exercices qui améliorent la force, l'endurance et la flexibilité ; donner des exercices progressifs (devoirs) pour faciliter l'excitation au lieu de l'atteinte de l'orgasme ; l'utilisation du condom)...

En tenant compte des résultats cités plus hauts, le programme d'enrichissement que *Vie de Couple et Bien Vieillir* semble répondre aux différentes suggestions apportées dans ces différentes études. Ce programme a pour but d'aider les couples qui ont pris leur retraite à améliorer leur fonctionnement conjugal et sexuel. Il comporte trois grands piliers : la communication, la résolution des conflits et l'intimité sexuelle et non sexuelle. Les techniques proposées sont basées sur l'approche cognitivo-comportementale (voir appendice J pour le résumé des 12 séances et l'appendice K pour le résumé des trois piliers).

1.2.2 Efficacité des programmes d'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle

Les programmes d'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle chez les personnes âgées sont peu nombreux et les études d'efficacité à ce sujet encore moins.

De façon générale, les études d'efficacité de programme doivent tenir compte des diverses interactions complexes pouvant exister entre plusieurs variables, telles que : les différences dans les caractéristiques individuelles des sujets, l'influence de diverses variables socio-environnementales, la modalité et les procédures du programme de traitement, les caractéristiques individuelles des thérapeutes. Les études d'efficacité de traitement bien contrôlées en psychologie clinique doivent être centrées sur l'établissement de critères précis, l'identification d'un groupe de sujets homogènes et la mise en application d'une procédure d'assignation aléatoire à des protocoles de traitement standardisés (Fleiss, 1986 ; Sperry, Brill, Howard et Grissom, 1996). De plus, on devrait retrouver des mesures d'évaluation ayant une qualité psychométrique acceptable de fiabilité et de fidélité. Il est important, dans l'étude de l'efficacité d'un traitement, de tenir compte des problèmes méthodologiques qui pourraient influencer négativement les résultats (i.e. nombre restreint de participants). Par ailleurs, les traitements évalués doivent être opérationnalisés et appliqués d'une manière

fiable et standardisée : utiliser des manuels expliquant le contenu des sessions dans le but de contrôler les influences concomitantes de différents thérapeutes, ce qui permet une meilleure fiabilité dans l'administration du traitement étudié (Luborsky et DeRubeis, 1984). Malheureusement, il existe peu de recherches qui tiennent compte des méthodes expérimentales notées ci-haut et leurs études d'efficacité de traitement de l'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle sont très peu nombreuses.

Parmi les programmes d'enrichissement recensés n'ayant pas fait l'objet d'une recherche avec études d'efficacité, ceux qui ont retenu une attention particulière sont les suivants : Sviland, 1975 ; Capuzzi et Gossman, 1982 ; Fazio, 1987.

Les publications qui seront citées plus bas ne présentent pas de protocole de traitement pouvant être répliqué, leurs données sont basées sur des études de cas simples ou multiples.

Le premier programme recensé sur ce sujet est celui de Sviland (1975). Dans un article, elle décrit un programme de thérapie pour aider les couples âgés à devenir sexuellement libérés. Le but premier de ce programme de thérapie est d'améliorer la satisfaction sexuelle et l'objectif sous-jacent est de leur permettre de se donner la permission d'accepter leur sexualité sans se sentir coupable ou honteux. Aucune précision n'est amenée au sujet du nombre de sessions accordées pour ce traitement. Par contre, il est dit que ce traitement est donné à raison d'une heure par semaine avec des exercices à pratiquer à la maison. Le traitement combine du matériel éducationnel, des exercices sexuels, l'entraînement à l'affirmation et des techniques traditionnelles de psychothérapie par le fait d'accorder une attention spéciale à chaque couple. Les premières sessions se concentrent sur l'évaluation des aspects suivants : leur vie sexuelle actuelle, leur sentiment subjectif à l'égard de leur vie sexuelle, la dynamique conjugale, le degré de changement dans les attitudes désirées par le couple, l'opérationnalisation des buts de la thérapie et le nombre approximatif de rencontre requis. Ensuite, le thérapeute introduit le matériel éducationnel : (1) désensibilisation des comportements tabous ; (2) technique d'apprentissage ; (3) amélioration de l'érotisme ; (4) amélioration des fantasmes sexuelles. Par la suite, des exercices sexuels sont introduits (i.e. *sensate focus*).

Il est dit que ce traitement est efficace pour changer les comportements et les attitudes à l'intérieur de quelques semaines. Par contre, il n'y a pas d'étude d'efficacité qui indiquerait ni l'ampleur ni la portée des résultats.

Dans un même ordre d'idées, Capuzzi et Gossman (1982) ont élaboré un programme d'éducation dont le but est de faciliter la sexualité et la légitimité de son expression pour des personnes âgées. Ce programme comporte 10 rencontres, à raison d'approximativement 75 minutes chacune. Les auteurs considèrent qu'une relance de quatre semaines, dont le but est de répondre aux questions des participants sur ce qu'ils ont expérimenté pendant ces quatre semaines, est nécessaire. Le groupe comporte de six à dix personnes. L'expérimentation ne s'effectue pas en couple. Deux thérapeutes (une femme et un homme) animent ce programme. Le déroulement des séances se situe autour de discussions ouvertes, d'activités (i.e. dessins) et de dyades (i.e. massages sur certaines parties du corps) concernant différents aspects de la sexualité. Les sujets abordés sont les suivants : le développement de la conscience de la sexualité ; l'acceptation de son corps ; la communication avec le *sensate focus* ; la désensibilisation des tabous/mythes/pensées censurés ; le rôle de l'intimité, de l'amour et de l'affection ; la prise de conscience du modelage de la sexualité par les expériences passées ; les différents styles d'expression de la sexualité ; l'amélioration des comportements sexuels.

Aucune étude d'efficacité sur ce programme n'existe, et les auteurs ne parlent pas, de façon spécifique, des gains que les gens font à partir de la participation à ce programme. Il est tout de même mentionné que les prises de conscience effectuées par les participants de ce programme les amènent à améliorer leur ajustement sexuel et à rehausser leur qualité de vie.

Un autre programme d'éducation pour les personnes âgées a été mis sur pied, il a reçu une attention particulière car son contenu et ses buts sont semblables, dans la dimension sexuelle, à ceux de *Vie de Couple et Bien Vieillir*. Ainsi, Fazio (1987) a élaboré un programme dont le but était d'aider des personnes âgées à prendre conscience des processus du développement sexuel normal et des changements qui surviennent, avec l'âge, dans les besoins et les fonctions sexuels. Il s'agissait là d'un moyen pour promouvoir l'intimité, la confiance et l'affection dans le couple. L'objectif était d'offrir un climat favorable au partage des

questions et des préoccupations en lien à la sexualité et aux rôles occupationnels avec le vieillissement. Ce programme vise les trois buts suivants : (1) l'éducation sur la sexualité et le vieillissement des personnes âgées ; (2) l'apprentissage de l'acceptation et de la compréhension de sa propre sexualité et de celle du (de la) partenaire ; (3) être conscient de ces rôles et de sa capacité à les changer lorsque nécessaire.

Ce programme s'est appuyé sur le modèle conceptuel du programme PLISSIT (*Permission-Limited Information-Specific Suggestions-Intensive Therapy*). Il s'échelonnait sur environ trois rencontres, à raison de deux à trois heures chacune. Les informations factuelles abordées dans ces rencontres étaient les suivantes : un regard général sur le fonctionnement sexuel normal de la naissance à la mort chez l'homme et la femme ; les changements susceptibles de survenir dans le fonctionnement sexuel, au milieu de la vie et plus tard ; les changements dans le fonctionnement sexuel causés par la maladie. Dans ce programme les gens étaient aussi encouragés à partager leur vécu personnel.

Malheureusement, l'auteur ne mentionne pas s'il y a eu une étude d'efficacité, non plus de critères méthodologiques utilisés pour les fins de ce programme. De plus, il n'évoque pas les retombées positives suite à la participation à ce programme.

Les programmes d'enrichissement qui tiennent compte, à la fois, des variables liées à l'amélioration de la vie conjugale et de la vie sexuelle chez les personnes âgées et qui font l'objet d'une recherche avec des études d'efficacité sont inexistantes. Ceux qui seront cités plus bas correspondent à des programmes de traitement ou d'enrichissement qui se rapprochent le plus de la présente thèse doctorale et de l'étude sur laquelle il prend appui. Par contre, puisque le but de cette thèse est d'évaluer l'amélioration du désir sexuel après la participation à *Vie de Couple et Bien Vieillir*, les programmes retenus seront alors axés sur l'amélioration de la vie sexuelle des personnes âgées et non pas sur leur vie conjugale (voir thèse de Vanessa Villeneuve). Bien entendu, ils ne sont pas sans lacunes méthodologiques, lesquelles seront mises en relief. Ainsi, une analyse critique de ces programmes sera effectuée dans le but de déceler les principales failles : l'absence d'un groupe de comparaison ou de contrôle ; un nombre limité de sujets participant au programme ; le manque de rigueur dans la standardisation du programme proposé, l'absence de clarifications dans l'évaluation

du succès thérapeutique sous forme de variables dépendantes tirés d'instruments de mesure valides et fiables. De plus, ceux qui n'ont pas eu une étude d'efficacité n'examinent malheureusement pas l'impact de leurs interventions de façon spécifique sur les variables cognitive, comportementale, dyadique et personnelle liées habituellement au désir sexuel. Voici les auteurs de ces programmes : Salamon et Charytan (1984) ; Goldman et Carroll (1990) ; Royland et Haynes (1978) ; White et Catania (1982) ; Markman et Hahlweg (1993).

Salamon et Charytan (1984) ont évalué un programme sur la sexualité pour les personnes âgées : *The Preventive Health Center* (PHC). Un petit groupe de personnes ont participé à ce programme ; ils n'étaient pas en couple. Le PHC comporte sept séances de deux heures chacune. Les trois premières séances étaient structurées dans un format éducationnel. Les sujets abordés étaient les suivants : la sexualité et le vieillissement ; les problèmes médicaux fréquents ; les problèmes émotionnels fréquents. Les quatrième et cinquième rencontres se déroulaient en discussions ouvertes. La sixième séance était semi-structurée, révélait les différents modèles d'intimité. La dernière rencontre concluait en discussion ouverte.

Les résultats de cette étude démontrent que le fait d'avoir participé à ce programme permet d'être plus en mesure de parler ouvertement de ses besoins sexuels et d'avoir moins de tabous. En terme d'impact, les participants ont été significativement bien informés, ceci a été mesuré à l'aide d'un questionnaire auto-rapporté et de l'échelle éducation-attitude ; la qualité de la vie, mesurée par l'échelle de satisfaction de la vie chez les personnes âgées de Salomon-Conte et un questionnaire auto-rapporté, les résultats montre une légère (significative) amélioration entre le pré-test et le post-test.

Par contre, puisqu'il n'y avait pas de groupe contrôle, plusieurs autres variables pourraient expliquer ces résultats. De plus, aucune précision n'est donnée au sujet du nombre de sujets qui ont participé à cette étude. Il est donc difficile d'extrapoler ces résultats à la population en général puisque les outils utilisés pour la standardisation de ce programme sont restreints.

Goldman et Carroll (1990) ont évalué l'efficacité d'un programme sur la sexualité et le vieillissement qui mettait en évidence le peu de permissivité et le manque de connaissance sur les attitudes, les comportements ainsi que la satisfaction sexuelle chez un groupe de couples dont l'homme avait une dysfonction érectile.

Ont participé à cette étude, 20 couples âgés entre 55 et 75 ans. Ils furent divisés de façon aléatoire en deux groupes : dix couples dans le groupe expérimental du programme et dix couples dans le groupe contrôle. Voici les objectifs de ce programme : (1) augmenter les connaissances sur le cycle de la réponse sexuelle ; (2) augmenter les connaissances sur les changements normaux qui s'opèrent, avec l'âge, dans le cycle de la réponse sexuelle ; (3) améliorer le confort lors de discussions sur la sexualité ; (4) augmenter la satisfaction de l'expression sexuelle dans le couple ; (5) permettre aux participants de se donner la permission de se voir et de voir leurs difficultés sexuelles d'une façon plus acceptable. Ce programme durait quatre heures.

Les résultats de cette étude démontrent que les couples du groupe expérimental ont amélioré leurs connaissances et rapporté des changements dans leur satisfaction sexuelle ; les hommes ont rapporté une amélioration dans leur fonctionnement érectile. Ces résultats ont été évalués à l'aide d'un protocole pré/post-test. Dans cette étude, quatre questionnaires ont été utilisés pour la standardisation du programme. Des données qualitatives ont révélé que ce programme a permis aux participants d'effectuer des apprentissages de connaissances cognitives et affectives sur la sexualité.

Le groupe contrôle a permis de répondre à certaines lacunes des études antérieures quant à la portée des résultats. Par contre, le nombre limité de couples ne permet pas d'extrapoler, de façon claire, les résultats sur la population en général. Par ailleurs, les objectifs de ce programme d'intervention sont semblables, sur le plan sexuel, à ceux de *Vie de Couple et Bien Vieillir*. Il semble donc intéressant de vouloir améliorer ces aspects chez des couples à la retraite qui n'ont pas de dysfonction sexuelle.

Les premiers chercheurs à s'intéresser à l'évaluation d'un programme d'enrichissement de la vie sexuelle de couples âgés sont Royland et Haynes (1978). Ils ont évalué l'efficacité d'un programme d'enrichissement offert à dix couples mariés âgés de 51 ans à 71 ans. Le programme comportait trois phases de deux rencontres hebdomadaires à raison d'une heure et demi chacune. Les trois phases étaient les suivantes : (1) une période de pré-traitement dans laquelle il n'y avait aucun contact avec les thérapeutes ; (2) une phase d'éducation où les sujets recevaient de l'information sur le fonctionnement sexuel humain, particulièrement

sur les personnes âgées ; (3) une phase de techniques de communication sexuelle où les sujets recevaient de l'information sur des méthodes pour améliorer la communication et le plaisir sexuel des contacts (i.e. exercices de dé-inhibition verbale de LoPiccolo et Miller, les quatre exercices de *Sensate Focus* élaboré par Masters et Johnson).

Pour évaluer la contribution des différentes composantes de ce programme, certains questionnaires pouvaient être administrés aux quatre étapes suivantes : après l'entrevue initiale, après la phase de pré-traitement, après la phase d'éducation et après la phase des techniques de communication sexuelle. L'inventaire de l'interaction sexuelle (SII) qui évalue la satisfaction sexuelle a été administré à quatre reprises. Un questionnaire préliminaire qui évalue l'histoire conjugale, le fonctionnement sexuel actuel, les maladies physiques et les attitudes a été administré après l'entrevue initiale. Lors de l'évaluation finale, un questionnaire de relance et une évaluation personnelle du traitement furent aussi administrés. En résumé, avant de commencer l'expérimentation, les sujets étaient évalués sur la satisfaction sexuelle, la fréquence des activités sexuelle et la perception de la satisfaction sexuelle de leur partenaire.

Les résultats de cette étude démontrent que la satisfaction sexuelle et la fréquence de certaines activités sexuelles augmentent et que les attitudes positives à l'égard de la satisfaction conjugale et de la vie surviennent suite à la participation à ce programme d'enrichissement.

Malgré certaines tentatives pour la standardisation de ce programme (pré/post-test), le nombre limité de couples, l'utilisation de certains questionnaires non validés ainsi que l'absence d'un groupe de comparaison ne permettent pas de conclure sur la portée exacte de ces résultats. Cette étude, d'une part, se rapproche des hypothèses de la présente thèse doctorale puisque ce programme a évalué les comportements sexuels (facteurs liés au désir sexuel), mais, d'autre part, aucun lien n'a été fait avec le désir sexuel.

Le programme d'éducation qui suit est celui qui se rapproche le plus des hypothèses de recherche de la présente thèse doctorale ainsi que de celles de *Vie de Couple et Bien Vieillir*. White et Catania (1982) ont étudié l'efficacité d'une intervention psycho-éducative sur la sexualité : les attitudes sexuelles, les connaissances sexuelles, les comportements sexuels

et la satisfaction sexuelle des personnes âgées. Les participants ne suivaient pas cette intervention en couple. En tout, 30 personnes âgées (12 hommes et 18 femmes) ont participé à cette expérimentation. Ils furent répartis aléatoirement entre un groupe expérimental et un groupe contrôle. Le groupe expérimental participait à trois rencontres hebdomadaires de deux heures. La première rencontre consistait en une discussion sur les mythes concernant la sexualité et le vieillissement. La deuxième rencontre avait pour but de présenter les différents aspects psychologiques et physiologiques de la sexualité et du vieillissement. La dernière rencontre avait pour objectif de présenter les effets des maladies et des médicaments sur la sexualité. Deux échelles ont été utilisées pour mesurer les effets de ce programme au pré-test et au post-test : le questionnaire sur les comportements sexuels et l'échelle de connaissances et des attitudes sexuelles en vieillissant (ASKAS).

Les résultats de cette étude, en comparaison avec le groupe contrôle, démontrent des changements significatifs dans les connaissances et les attitudes face à la sexualité chez les personnes âgées. La satisfaction sexuelle et l'importance des activités sexuelles démontrent des changements significatifs. Des analyses de régression sur la fréquence des fantasmes sexuelles dénotent des changements mais pas de façon significative. Les auteurs de cette recherche expliquent ce résultat par le fait que ce programme n'avait pas pour but d'augmenter le temps passé à réfléchir à la sexualité. L'auto-perception de l'attrait n'indique pas non plus de changements significatifs. Par ailleurs, ce programme n'a pas adressé de façon spécifique cette variable. Au niveau des comportements sexuels, les fréquences de la masturbation et des activités sexuelles indiquent des changements significatifs après la participation à ce programme. L'effet le plus important de ce programme se situe sur cet aspect : l'augmentation des comportements sexuels progresse de 400%.

Même si le nombre restreint de participants ne permet pas d'extrapoler sur la population en général, les résultats amenés par la participation à ce programme sont intéressants. La rigueur dans la standardisation du programme proposé semble crédible. En effet, les variables dépendantes évaluées ont été tirées d'instruments de mesure valides et fiables. Puisque ce programme n'a pas été donné en couple, il ne permet pas d'évaluer l'amélioration de la vie sexuelle du couple. De plus, aucun lien n'est fait avec le désir sexuel.

Le rationnel de la présente étude s'est basé sur les recherches de Markman sur la prévention des problèmes de couple. Fraenkel, Markman et Stanley (1997) nous disent à quel point il est important de faire de la prévention au sujet de la détresse conjugale auprès des jeunes couples, avant qu'il soit trop tard, qu'ils ne divorcent. Pour ce faire, Markman et ses collaborateurs, vers la fin des années soixante-dix, ont élaboré un programme de prévention, le PREP (*Prevention and Relationship Enhancement Program*). Ce programme a pour but d'offrir aux couples qui vont se marier des outils pour prévenir la détérioration ou la fin de leur relation. Ce programme utilise des techniques d'intervention cognitivo-comportemental pour la thérapie de couple. Les techniques utilisées dans ce programme sont les suivantes : la technique de l'interlocuteur-écouteur, la gestion des conflits en quatre étapes, la technique du temps mort, l'énoncé XYZ, l'enseignement d'habiletés qui augmentent les facteurs de protection (choisir le temps opportun pour discuter de problèmes, mettre en priorité des activités plaisantes en commun et encourager la sensualité pour augmenter leur degré d'intimité) et qui diminuent les facteurs de risque dans le mariage, l'enseignement de l'analyse de leur interprétation négative des comportements du partenaire. Comme ce programme se situe à l'intérieur d'un cours de préparation au mariage en relation avec l'Église, PREP a aussi comme but de parler des bénéfices de faire partie d'une communauté religieuse : participer à des activités d'ordre spirituel ou social. Cela leur procure un sens d'appartenance et renforce leur réseau social.

Dans cette étude, chaque groupe est formé de trois à cinq couples et d'un intervenant. Dans la version révisée de PREP, deux formats peuvent aussi être utilisés : quatre à huit couples participent à trois rencontres (une journée de fin de semaine et deux soirées dans la semaine) et un groupe de plus grand format peuvent participer à un séminaire de fin de semaine (Freedman, Low, Markman et Standley, 2002). Les couples du groupe expérimental participe à cinq rencontres à raison de trois heures chacune. Les deux premières rencontres ont pour but d'enseigner aux couples des habiletés de communication. La troisième rencontre a pour but d'enseigner des habiletés pour gérer les conflits. La quatrième rencontre a pour but de permettre aux couples de clarifier leurs attentes envers leur relation de couple. La dernière rencontre est axée sur l'éducation sensuelle et sexuelle.

Il existe plusieurs études d'efficacité pour le PREP. Dans deux de ces études d'efficacité, Markman, Floyd, Standley et Storaasli (1988) et Markman et Hahlweg (1993), ils ont recruté 135 couples qui prévoyaient se marier pour la première fois. L'âge moyen chez les femmes était de 23 ans, chez les hommes, de 24 ans. Un sous-ensemble de ces participants furent assignés aléatoirement au programme de communication pour couple (Markman et *al.*, 1988). Ainsi, 21 couples formaient le groupe expérimental ; 21 couples, le groupe contrôle. Il existe huit phases dans la procédure de standardisation : pré-test, intervention, post-test après la participation, post-test un an et demi, post-test trois ans, post-test quatre ans, post-test cinq ans et post-test six ans. Ils ont aussi effectué des post-tests jusqu'à neuf ans, mais les résultats n'ont pas été mentionnés dans cette étude. Les résultats des relances post-tests après la participation, de un an et demi et de trois ans se retrouvent dans l'article de Markman et *al.* (1988). Mais dans l'étude de Markman et *al.* publiée en 1993, les auteurs ne parlent pas des résultats en lien avec la satisfaction sexuelle. Il apparaît donc que l'étude 1988, soit la seule étude qui fasse mention de résultats en lien avec la satisfaction sexuelle.

Même si plusieurs questionnaires ont été utilisés pour évaluer l'efficacité de ce programme, seulement ceux qui concernent la sexualité seront considérés. En 1988, Markman et *al.* ont évalué la satisfaction sexuelle sans toutefois évaluer spécifiquement la qualité du désir sexuel. Le questionnaire utilisé pour évaluer la satisfaction sexuelle était le *Sexual Dissatisfaction Scale*. Ce questionnaire de 29 items évalue la satisfaction quant à la fréquence et à la qualité des activités sexuelles et sensuelles. Mais les auteurs ne font pas mention de résultats entre le pré-test et la première relance post-test en ce qui à trait la satisfaction sexuelle. Il semble que la variable satisfaction sexuelle ait été ajoutée lors des relances de un an et demi et de trois ans. Il est donc impossible de savoir, si à court terme, le PREP a eu des impacts positifs sur la satisfaction sexuelle. Par contre, entre le pré-test et la relance de un an et demi, ils ont fait une ANCOVA, mais sans toutefois préciser ce qui avait été mis en co-variable. Les résultats de cette analyse ne démontrent aucun effet significatif. Tout au plus, ils mentionnent que les participants du groupe expérimental, comparativement à ceux du groupe contrôle, maintiennent ou améliorent leur niveau de fonctionnement déjà satisfaisant sans préciser si les couples s'améliorent ou se détériorent au regard de la satisfaction sexuelle. En ce qui concerne le post-test de trois ans, ils ont fait une ANCOVA sans préciser, encore une

fois, ce qui avait été mis en co-variable. Les résultats semblent démontrer un effet principal *groupe* ($F(1,7) = 10,97, p < 0,01$) qui va dans le sens de l'hypothèse de leur recherche. En effet, tous temps et tous sexes confondus, le groupe traité rapporte moins de problèmes que le groupe contrôle. Par contre, il n'y a pas de données qui permettent de dire que les gains du groupe traité soient spécifiquement attribuables au traitement, car il n'y a pas d'effet d'interaction *groupe x temps*.

Selon Markman, le fait d'avoir eu un impact à court terme sur la relation de couple, trois ans plus tard, cela aurait dû se généraliser à d'autres sphères, dont la sexualité. Par ailleurs, comme on peut le constater, les résultats obtenus dans cette étude ne sont pas clairs. Il apparaît que la mesure sur la satisfaction sexuelle était absente lors du pré-test et que ces chercheurs l'aient ajoutée lors des relances d'un an et demi et de trois ans. Il semble donc important de se demander qu'elle a été leur N (i.e. le nombre de couples) lors de ces analyses d'un an et demi et de trois ans puisque cette variable, au pré-test, était absente. Du fait que ces analyses ont été effectuées avec un N plus restreint, il est important d'interpréter ces résultats avec prudence, car cela a pour effet d'enlever de la rigueur méthodologique.

Malgré le manque de rigueur méthodologique en regard de la variable satisfaction sexuelle, jusqu'à présent, les retombées de ce programme de prévention sont très encourageantes puisqu'il permet d'enrichir la vie de couple en général chez les jeunes couples (Fraenkel et al, 1997) et plus spécifiquement, d'améliorer la satisfaction conjugale (Freedman et al., 2002). En résumé, PREP permet aux couples de ne pas s'engager dans un mode d'interaction qui nuise à la satisfaction conjugale. Il met l'emphase sur le développement de sentiments plus positifs à l'égard de l'autre, le développement et le maintien de l'intimité, l'engagement et l'amitié dans le couple.

Les études d'efficacité sur ce programme démontrent bien que les jeunes couples peuvent bénéficier d'un programme de prévention. Originellement conçu pour prévenir la détresse conjugale chez des couples qui vont se marier, PREP, aujourd'hui, est utilisé pour différentes clientèles : pour les nouveaux parents, pour ceux qui vivent le syndrome du nid vide, ou encore pour l'homme qui a perdu son emploi (Freedman et al, 2002). De plus, il est aussi utilisé chez les gens avec un trouble psychiatrique important (i.e. dépression) (Fraenkel et al.,

1997). À ce sujet, un couple de 22 ans de mariage a participé au PREP : ce couple a dit que ce programme a changé leur vie et qu'ils auraient dû apprendre ces habiletés bien longtemps avant. Malheureusement, aucune donnée n'existe pour l'évaluation de ce programme chez ce type de clientèle (i.e. couples de longue durée).

La question à se poser de par les résultats cités plus hauts au niveau sexuel est la suivante : si plus de temps était accordé à l'aspect sexuel dans un programme, est-ce que les couples amélioreraient davantage la qualité de leur désir sexuel et de leur vie sexuelle ?

Les qualités méthodologiques utilisées dans le programme PREP permettent de conclure de l'importance, lors d'évaluation de programme de prévention ou d'enrichissement, d'utiliser des méthodes rigoureuses pour leur standardisation.

C'est pourquoi, il est intéressant d'évaluer l'efficacité d'un programme d'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle chez des couples à la retraite puisque, d'une part, la qualité de la relation de couple est un facteur important pour la prévention du divorce et de la santé en général et, d'autre part, il n'existe pas de programme pour enrichir la vie conjugale et sexuelle chez les personnes âgées de 55 ans et plus. Finalement, aucun programme cité dans cette recension d'écrits n'évalue de façon spécifique l'amélioration du désir sexuel chez des couples âgés entre 55 et 69 ans.

1.3 OBJECTIFS

1.3.1 Objectifs généraux

Cette étude s'inscrit dans un programme plus vaste ayant initialement comme objectif d'évaluer l'efficacité d'un programme d'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle de couples retraités ; *Vie de Couple et Bien Vieillir*. Ce programme, à l'aide de moyens éducatifs et préventifs (voir appendice J pour le plan des douze séances et l'appendice K pour le résumé des trois piliers), vise l'amélioration du fonctionnement des couples. L'étude, quant à elle, poursuit les objectifs suivants : 1) améliorer la qualité de la vie de couple en général et la satisfaction conjugale dans différentes sphères de fonctionnement du couple, et prévenir le développement de problèmes conjugaux ; 2) améliorer les connaissances des couples retraités

sur les changements, avec l'âge, dans la réponse sexuelle ; 3) favoriser des attitudes positives face à la sexualité de la personne âgée ; 4) améliorer la qualité de la vie conjugale et sexuelle ; 5) comparer, à court et à long terme, des mesures de satisfaction conjugale et sexuelle et 6) comparer des indices de santé psychologique et physique entre des couples ayant suivi notre programme et des couples ne l'ayant pas suivi.

1.3.2 Objectifs principaux et hypothèses

Cette étude propose de mesurer l'efficacité d'un programme multimodal d'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle de couples retraités. Plus spécifiquement, dans la présente thèse doctorale, il s'agit de mesurer l'efficacité du programme sur les dimensions comportementale, cognitive, dyadique et individuelle du désir sexuel. Ces dimensions, ciblées par l'étude, ont été opérationnalisées à partir des questionnaires suivants (voir appendice A, B et C) : l'Échelle du Désir Sexuel de Tremblay (2000) ; le Questionnaire sur le Désir Sexuel Hypoactif : aspects Individuel et Cognitif de Trinque (1999) ; le Questionnaire sur le Désir Sexuel Hypoactif : aspects Relationnel et Comportemental par Drouin (2000).

À la lumière de tous ces écrits scientifiques recensés, il est clair qu'il existe un besoin, d'une part, d'entreprendre des études empiriques contrôlées qui permettront d'élever la compréhension clinique actuelle des aspects du désir sexuel cités plus haut et, d'autre part, de valider des programmes d'enrichissement pour améliorer la satisfaction sexuelle et spécifiquement le désir sexuel des personnes à la retraite. Donc, le dernier objectif visé par le présent projet de thèse est de faire progresser les connaissances quant à l'amélioration du désir sexuel chez des personnes de 55 ans et plus et ainsi pallier l'absence de données empiriques pour la population québécoise sur cet aspect du fonctionnement sexuel.

Les hypothèses de recherche sont :

Hypothèse 1. Les couples traités rapporteront une amélioration des aspects dyadiques du désir sexuel (l'échelle des aspects dyadiques du Questionnaire sur le Désir Sexuel) après le programme, en plus de se distinguer significativement des scores des couples non-traités à ces mêmes dimensions et moments d'évaluation. De plus, il y aura, aux évaluations de suivi (POST-2 et POST-3), un maintien des dimensions améliorées.

Hypothèse 2. Les couples traités rapporteront une amélioration des aspects individuels du désir sexuel (l'échelle des aspects individuels du Questionnaire sur le Désir Sexuel) après le programme, en plus de se distinguer significativement des scores des couples non-traités à ces mêmes dimensions et moments d'évaluation. De plus, il y aura, aux évaluations de suivi (POST-2 et POST-3) un maintien des dimensions améliorées.

Hypothèse 3. Les couples traités rapporteront une amélioration des aspects cognitifs liés au désir sexuel (le Questionnaire sur le Désir Sexuel Hypoactif : aspects individuel et cognitif) après le programme, en plus de se distinguer significativement des scores des couples non-traités à ces mêmes dimensions et moments d'évaluation. De plus, il y aura, aux évaluations de suivi (POST-2 et POST-3) un maintien des dimensions améliorées.

Hypothèse 4. Les couples traités rapporteront une amélioration des aspects comportementaux liés au désir sexuel (le Questionnaire sur le Désir Sexuel Hypoactif : aspects relationnel et comportemental) après le programme, en plus de se distinguer significativement des scores des couples non-traités à ces mêmes dimensions et moments d'évaluation. De plus, il y aura, aux évaluations de suivi (POST-2 et POST-3) un maintien des dimensions améliorées.

Hypothèse 5. Les couples traités rapporteront une amélioration des aspects relationnels liés au désir sexuel (le Questionnaire sur le Désir Sexuel Hypoactif : aspects relationnel et comportemental) après le programme, en plus de se distinguer significativement des scores des couples non-traités à ces mêmes dimensions et moments d'évaluation. De plus, il y aura, aux évaluations de suivi (POST-2 et POST-3) un maintien des dimensions améliorées.

CHAPITRE II

MÉTHODOLOGIE

Dans cette section, seront présentés les différents critères de sélection de l'étude, les étapes du recrutement, la procédure expérimentale utilisée ainsi qu'une description des participants. Cette section se terminera par la présentation, d'une part, des différents instruments de mesure et, d'autre part, du programme d'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle chez les couples retraités.

2.1 CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Pour participer à cette recherche, les partenaires devaient correspondre à certains critères d'inclusion qui étaient les suivants : (1) être âgés entre 55 et 69 ans ; (2) vivre ensemble depuis au moins cinq ans ; (3) un des partenaires doit être à la retraite depuis au moins un an et au plus cinq ans ; (4) ne pas avoir, au moment de l'entrevue initiale, de projet de séparation ou de divorce, ni de relation extra-conjugale ; (5) ne présenter aucun problème de santé majeur (ex : infarctus récent) ni aucun problème psychologique (trouble dépressif ou anxieux) ; (6) n'avoir aucun problème de toxicomanie ou d'alcoolisme.

Les critères d'exclusion étaient les suivants : les couples qui refusent de participer à l'étude et ceux dont la cote n'est pas conforme aux critères des questionnaires d'évaluation. Lors de l'entrevue d'évaluation, certains critères ont été établis pour les questionnaires suivants : (1) l'inventaire de dépression de Beck (BDI-II) (Beck, 1967) - un participant qui cote 16 ou plus à ce questionnaire est refusé ; (2) l'inventaire d'ajustement dyadique (Spanier, 1976) - un participant qui cote 79 ou moins à ce questionnaire est refusé ; (3) l'échelle d'anxiété IPAT (Scheier et Cattell, 1960) - un participant qui cote 50 ou plus à ce questionnaire est refusé.

Deux autres questionnaires étaient facultatifs. Lors de l'entrevue d'évaluation du couple, certains items étaient liés à l'utilisation ou à la consommation abusive d'alcool (MAST) et d'autres, aux problèmes de dépendance aux drogues et/ou aux médicaments (SCID-IV). Ces items sont tirés du questionnaire de Santé Québec sur les renseignements sociodémographiques. Lorsque le participant répondait aux critères, l'évaluateur lui demandait de compléter ces questionnaires : (1) MAST - un participant qui cote six ou plus à cette échelle est refusé ; (2) SCID-IV - un participant qui a utilisé, au cours des 12 derniers mois, une drogue au moins 10 fois dans un mois ou des médicaments en quantité supérieure aux doses recommandées est refusé.

2.2 RECRUTEMENT

Il sera question ici du processus de recrutement utilisé dans cette recherche. Puis, seront présentés les refus et les désistements aux différentes étapes de l'étude. Finalement, seront abordés les abandons après participation au programme d'enrichissement.

Les sujets ont été recrutés, dans un premier temps, à l'aide d'une annonce publicitaire parue dans deux quotidiens montréalais - La Presse et le Journal de Montréal (voir appendices D). Dans un deuxième temps, une annonce publicitaire a paru gratuitement à plusieurs reprises dans la revue Le Bel Âge et à une reprise dans le Journal Le Bel Âge (voir appendice D). Dans un troisième temps, la première coordonnatrice a été amenée à participer à des émissions télévisées - Deux filles le matin et Salut Bonjour - et à une émission radiophonique - Les idées de Claire ; un couple ayant terminé l'expérimentation a participé à cette émission radiophonique dans le but de promouvoir le programme - *Vie de Couple et Bien Vieillir*. Ces formes de recrutement invitaient les couples retraités à participer à une étude sur l'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle en leur offrant une intervention psychologique de couple gratuite échelonnée sur trois mois. Au total 364 personnes ont téléphoné suite à ces annonces et ces émissions. L'échantillon fut constitué principalement par des couples vivant dans la métropole et ses environs.

L'évaluation des participants s'effectuait en deux étapes. Dans un premier temps, la personne qui avait lu l'annonce - ou capté l'émission télévisée ou radiophonique - devait répondre à une entrevue téléphonique structurée (voir appendice F). Son but était de pré-sélectionner les

couples qui correspondaient aux critères d'inclusion de l'étude. Dans un deuxième temps, les couples acceptés à la première étape étaient invités à se rendre à l'UQÀM ; ils y passaient une entrevue d'évaluation structurée afin de s'assurer que les couples retenus pour l'étude ne correspondaient pas aux critères d'exclusion.

Idéalement, environ 80 couples auraient dû compléter les étapes de cette étude, ce qui aurait correspondu à un échantillon de convenance. En fait, 103 couples acceptés à l'entrevue d'évaluation ont été aléatoirement assignés à deux conditions : un GE (n = 47) et un groupe LA (n = 56). Les couples du GE ont suivi immédiatement le programme d'enrichissement, alors que les couples de la LA ont attendu trois mois pour ensuite suivre le programme d'enrichissement. Par contre, de ces couples assignés, seulement 34 couples du GE et 33 couples de la LA ont complété le T₅ (un an après avoir participé au programme).

Dans les deux prochaines sous-sections (2.2.1 et 2.2.2), il sera question d'expliquer les processus d'évaluation des deux étapes qui ont permis de sélectionner les couples éligibles à participer à cette étude, et d'informer le lecteur sur le nombre de participants à ces étapes de sélection.

2.2.1 Première étape de sélection des couples

Sur 364 personnes qui ont répondu aux annonces de recrutement, 150 d'entre elles n'étaient pas admissibles pour participer à cette étude : soit qu'elles appelaient pour prendre des renseignements mais ne désiraient pas participer à l'étude ; soit qu'elles ne répondaient pas à nos critères (i.e. célibataires) ; soit qu'elles faisaient partie d'un organisme intéressé, entre autres, à promouvoir cette étude (i.e. CLSC). Au total, 214 couples ont répondu à l'entrevue téléphonique ; 168 couples ont été acceptés et 46 ont été refusés lors de cette première étape.

Le nombre et les raisons des refus lors de cette entrevue furent les suivants : 23 couples dont l'un ou les deux membres n'étaient pas à la retraite, neuf couples n'étaient pas intéressés par le projet, trois couples n'étaient pas disponibles, trois couples étaient à la retraite depuis plus de cinq ans, deux couples étaient séparés, un couple dont l'homme était en *burn-out*, un couple dont l'un des membres avait un problème de santé physique, un couple avait des

problèmes psychiatriques chez l'un des partenaires, un couple étaient en thérapie conjugale, un couple habitait trop loin et un couple vivait une problématique de violence conjugale.

Des 168 couples acceptés lors de l'entrevue téléphonique, 40 couples se sont désistés. Les raisons de leur désistement étaient les suivantes : 20 couples n'étaient plus intéressés par le projet, sept couples habitaient trop loin, quatre couples avaient d'autres projets, deux couples ne voulaient pas faire partie d'une recherche, deux couples considéraient le processus trop demandant, deux couples dont le conjoint retournait sur le marché du travail, un couple dont l'homme était en dépression, un couple considérait le délai d'attente trop long, un couple partait en vacances et quatre couples étaient intéressés à participer à ce projet, mais l'étude était terminée. Tous les couples refusés ont reçu plusieurs références afin de pouvoir aller consulter. Le tableau qui suit présente un résumé des couples qui ont participé à cette première étape d'évaluation.

Tableau 2.1
Couples ayant participé à la première étape de sélection

| Total des participants | Information | Refusés à l'entrevue téléphonique | Acceptés à l'entrevue téléphonique | Désistés après l'entrevue téléphonique | Couples totaux à la 1 ^e étape |
|------------------------|-------------|-----------------------------------|------------------------------------|--|--|
| 364 | 150 | 46 | 168 | 40 | 128 |

2.2.2 Deuxième étape de sélection des couples

Ici, il sera question d'expliquer le processus de la deuxième étape de sélection et d'indiquer les procédures à travers lesquelles chaque couple devait passer. Lorsque le couple accepté à l'entrevue téléphonique par l'évaluateur désirait participer à l'étude, une rendez-vous pour une entrevue d'évaluation à l'Université du Québec à Montréal était fixé. Lors de cette deuxième étape, les entrevues structurées (voir les questionnaires en appendice F) se déroulaient ainsi : (1) une entrevue en couple ; (2) une entrevue individuelle avec la femme et (3) une entrevue individuelle avec l'homme.

Ainsi, l'évaluateur rencontrait, dans un premier temps, les deux partenaires ensemble. Cette entrevue permettait de recueillir les données sociodémographiques et d'évaluer si le couple correspondait aux critères de l'étude. Plus spécifiquement, à l'item lié à la consommation d'alcool, si l'un des participants confirmait avoir pris plus de six consommations d'alcool dans une même occasion, au cours de la dernière année, l'évaluateur lui demandait alors de répondre au questionnaire MAST. Au total, cinq femmes et 17 hommes ont répondu à ce questionnaire. Aucun couple n'a été refusé à cause de ce critère. De même, à l'item lié à la consommation de drogue ou de médicaments consommés sans prescription dans la dernière année, si l'un des participants répondait par l'affirmative, il devait répondre au questionnaire SCID-IV (voir ces questionnaires en appendices G). Aucun couple n'a eu à répondre à ce questionnaire.

Lors des entrevues individuelles, pendant que l'évaluateur rencontrait l'un des partenaires, l'autre remplissait les trois questionnaires auto-administrés qui servaient aussi de critères pour participer à l'étude : (1) l'inventaire de dépression de Beck (BDI-II) (Beck, 1967) ; (2) l'inventaire d'ajustement dyadique (Spanier, 1967) ; (3) l'inventaire d'anxiété IPAT (Scheier et Cattell, 1960). Si les deux partenaires correspondaient aux critères pour participer à l'étude et qu'ils acceptaient d'y participer, ils signaient alors un formulaire de consentement (voir appendice H). Ce formulaire leur expliquait, entre autres, l'étude en tant que telle et la confidentialité des renseignements et des résultats.

Sur les 128 couples qui se sont rendus à cette seconde étape, 13 couples ont été refusés, et 115 couples acceptés. Par contre, des 115 couples, quatre couples ne pouvaient pas participer à l'étude car elle était terminée. Les raisons des refus ont été les suivantes : la conjointe et/ou le conjoint cotait plus de 16 à l'inventaire sur la dépression de Beck (IDB-II), la conjointe et/ou le conjoint cotait moins de 79 à l'inventaire d'ajustement dyadique (IAD), le conjoint cotait plus de 50 à l'échelle d'anxiété IPAT, les deux membres du couple étaient à la retraite depuis plus de cinq ans, le conjoint travaillait à temps plein et cotait moins de 79 à l'IAD.

Le tableau 2.2 résume les raisons des refus des couples à cette deuxième étape d'évaluation. Par ailleurs, on peut voir à travers cette figure qu'il pouvait y avoir plus d'une raison pour expliquer le refus de ces couples à cette étude.

Tableau 2.2
Résumé des refus lors de la deuxième étape d'évaluation pour les 13 couples

| Nombre de couples | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|
| BDI-II : femme | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | |
| BDI-II : homme | ✓ | ✓ | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| IAD : femme | | | ✓ | | | ✓ | | | | | ✓ | | |
| IAD : homme | | | | | | | | | | ✓ | | | ✓ |
| IPAT : femme | | | | | | | | | | | | | |
| IPAT : homme | | | | | | | | | | | ✓ | | |
| Travail : homme | | | | | | | | | | | | | ✓ |
| Retraite - homme depuis plus de cinq ans | | | | | | | | | | | | ✓ | |
| Retraite - femme depuis plus de cinq ans | | | | | | | | | | | | ✓ | |

Des 111 couples acceptés à cette deuxième étape, 26 d'entre eux se sont désistés après l'entrevue. De ces 26 couples, 11 couples se sont désistés avant d'avoir complété le pré-test 1 pour les raisons suivantes : deux couples étaient en voyage ; deux couples ne voulaient pas répondre aux questionnaires ; deux couples trouvaient le temps de complétion des questionnaires trop long ; un couple trouvait les procédures trop longues ; un couple dont la conjointe avait des problèmes de santé physique important ; un couple n'était plus intéressé à participer à l'étude ; deux couples ont déménagé. De ces 26 couples, 13 couples se sont désistés après avoir complété le pré-test 1 (T_1) pour les raisons suivantes : un couple se considérait trop âgé pour participer à cette étude ; deux couples dont le conjoint est retourné sur le marché du travail ; un couple a refusé de compléter une deuxième fois les questionnaires (T_2) ; un couple a refusé de compléter une deuxième fois les questionnaires (T_2) et a précisé qu'ils étaient trop explicites ; un couple dont le conjoint avait des problèmes de santé physique ; un couple avait des problèmes conjugaux ; deux couples avaient d'autres projets ; un couple devait garder leurs petits enfants ; trois couples avaient des conflits d'horaires. Finalement, de ces 26 couples, deux couples se sont désistés après avoir complété le T_2 pour les raisons suivantes : un couple dont la conjointe a fait un retour aux études et un couple a déménagé.

Le tableau qui suit présente tous les couples qui ont participé à la seconde étape de sélection des couples. De plus, elle fait état du nombre de couple qui s'est désisté ou qui ont été refusé à travers les différentes étapes de cette seconde partie d'évaluation.

Tableau 2.3
Couples ayant participé à la deuxième étape de sélection

| Total des participants | Refusés à l'entrevue d'évaluation | Acceptés à l'entrevue d'évaluation | Désistés après l'entrevue d'évaluation | Total des couples à la 2 ^e étape |
|------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--|---|
| 124 | 13 | 111 | 26 | 85 |

Parmi ces 85 couples qui ont participé aux ateliers, sept d'entre eux (GE (n = 5) ; LA (n = 2)) ont abandonné pendant les cours : deux couples ont eu des problèmes conjugaux importants, deux autres ont eu des problèmes avec leurs enfants, un couple s'est séparé, un autre avait trop de difficulté de compréhension et un membre du dernier couple a eu des problèmes de santé physique. Par la suite, un couple de la liste d'attente (LA) a perdu les questionnaires du post-test 1 (T₃) qui leur a été remis au 12^{ème} cours. Le taux d'abandon s'est élevé à 9% et l'échantillon des couples qui ont répondu au post-test 1 est de 77 couples (GE (n = 40) ; LA (n = 37)). Lors du post-test 2 (T₄), le taux d'abandon a été de 14% (quatre couples ont abandonné) et au post-test 3 (T₅), il s'est élevé à 20% (six couples ont abandonné). Ainsi, au cours des post-tests 1, 2 et 3, six couples du GE et quatre couples de la LA ont abandonné. De plus, un couple n'a pas répondu au pré-test 1 d'un des questionnaires de la présente étude mais à tous les autres moments de mesures. Ce couple a donc été exclu des analyses. Comme on peut le constater, l'échantillon total s'élève à 66 couples (GE (n = 33) ; LA (n = 33)).

La figure 2.1 présente un résumé de l'évolution du nombre des participants suite à leur acceptation à la deuxième étape d'évaluation. De plus, elle permet de voir, aux différents moments de mesure, le nombre de couples dans chaque groupe (GE et LA) qui a abandonné. Par ailleurs, il est important de tenir compte que pour le GE, lors des analyses statistiques pour le T₃, T₄ et T₅ un couple du GE a été éliminé puisqu'il n'a pas répondu à un temps de mesure.

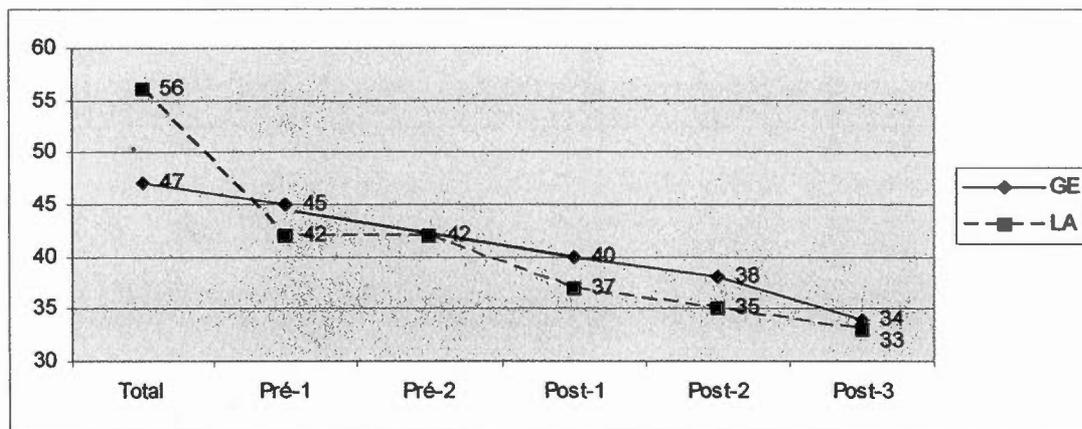


Figure 2.1 Nombre de couple à chaque moment de mesure pour le GE et la LA

La figure 2.2 présente en rapport aux 85 couples admis aux ateliers, le taux de participation et d'abandon aux différents moments de mesure. Il est intéressant de voir que le taux de participation est important si l'on tient compte du contexte des couples qui ont participé à cette recherche sur l'enrichissement de leur vie conjugale. En effet, les couples devaient revenir à l'UQÀM trois mois puis un an après leur participation au programme d'enrichissement. Cela n'est pas négligeable pour des couples ayant un horaire d'activité assez chargé. Effectivement, le niveau de motivation de ces couples était, en général, élevé. Et, pour optimiser cette motivation, au post-1, on soulignait le fait que leur présence au post-3 leur permettrait de bénéficier d'un atelier de deux heures au cours duquel on effectuerait un retour sur les différentes techniques d'intervention présentées au cours des 12 ateliers et qu'on leur présenterait aussi des résultats préliminaires de l'étude.

Finalement, le taux de participation au T_1 (Pré-1) est de 85%, tenant compte que 16 couples ont abandonné sur un total de 103 couples et au T_2 (Pré-2) le taux de participation est 100% puisque tous les couples du T_1 ont répondu au T_2 (voir figure 2.1).

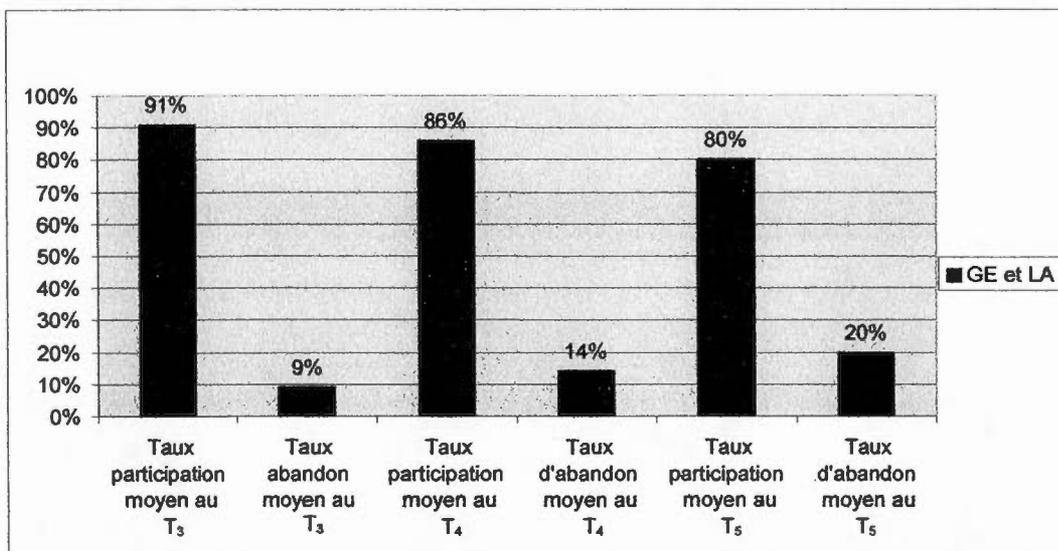


Figure 2.2 Taux moyen de participation et d'abandon aux différents moments de mesure

2.3 INSTRUMENTS DE MESURE

Plusieurs instruments de mesure ont permis de répondre aux différents besoins de cette étude. Ceux-ci sont regroupés en deux catégories. D'une part, il y a les instruments d'évaluation pour l'éligibilité à cette étude et d'autre part, les instruments de mesure visant à évaluer l'impact du désir sexuel et les cinq hypothèses de recherche.

Comme il a déjà été mentionné, la procédure de sélection des couples s'est effectuée selon deux modalités : l'entrevue d'évaluation (voir la section 2.2 ; recrutement) et la passation des questionnaires des critères (voir la section 2.1 ; critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude). Ces questionnaires se retrouvent dans les appendices F et G.

Dans les lignes qui vont suivre, il sera question de présenter les qualités psychométriques et le but de chacun des questionnaires qui évaluent le désir sexuel.

2.3.1 Échelle du Désir Sexuel (ÉDS)

L'échelle du désir sexuel (ÉDS) est un questionnaire auto-administré qui évalue, de manière fidèle et valide, l'intensité du désir sexuel. Cet inventaire a été validé chez une population non clinique. Dans ce questionnaire, il existe deux échelles : le désir dyadique et le désir

individuel. Ce questionnaire a été développé par Tremblay et Roussy (2000) et comprend 20 items qui évaluent plus spécifiquement la fréquence du désir sexuel pour certaines activités sexuelles ou la fréquence de certaines manifestations du désir sexuel (voir appendice A).

L'analyse en composantes principales révèle un modèle bidimensionnel du désir sexuel (dyadique et individuel). L'analyse factorielle a ainsi permis d'identifier que 14 des 20 items forment le premier facteur, le désir dyadique (désir d'avoir des activités sexuelles avec un partenaire), et que les six autres items sont liés au désir individuel (le désir d'avoir des activités sexuelles en solitaire). Deux (10 et 18) des 20 items se retrouvent à l'intérieur des deux échelles. À ce sujet, Tremblay et *al.* (2000) et Spector (1992) parlent de la même hypothèse, les désirs dyadique et individuel sont deux construits différents mais liés ensemble. Les deux composantes principales expliquent 49,4% de la variance totale des items et la corrélation obtenue entre les deux facteurs se situe à ,34 (Tremblay et *al.*, 2000). Ainsi, les deux échelles ne corrèleraient pas ensembles.

En ce qui concerne la fidélité, ils ont fait des tests de consistance interne pour les deux échelles : la moyenne des corrélations item-total est de 0,62 pour l'échelle du désir dyadique et de 0,53 pour celle du désir individuel. De plus, le coefficient alpha de Chronbach est 0,91 (désir dyadique) et de .81 pour l'échelle du désir individuel. Ainsi, on peut dire que ces résultats démontrent l'homogénéité des deux échelles.

La validité de construit a été évaluée à partir de deux autres questionnaires. Le premier est l'indice de la fréquence des activités sexuelles (IFAS), il a été construit dans le cadre de la standardisation de ce questionnaire. Le second est l'inventaire du fonctionnement sexuel de Derogatis (IFSD) (Derogatis et Melisataros, 1979). Il existe de fortes corrélations entre le désir dyadique et la fréquence des comportements sexuels avec un partenaire, et entre le désir individuel et la fréquence des comportements sexuels solitaires.

La cotation de chaque item se fait sur une échelle de Likert graduée de un à cinq. Les items 4 et 20 ont un score inversé. Les items concernant le désir dyadique sont les items 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 18 et 20 ; les items concernant le désir individuel sont les items 3, 9, 10, 15, 16, 17, 18 et 19. Comme on peut le voir, les items 10 et 18 se retrouvent dans les deux échelles. À travers les items liés au désir dyadique, on retrouve des énoncés qui ont trait à

l'envie d'être caressé par son partenaire, de caresser son partenaire, d'avoir le goût de faire des avances sexuelles à son partenaire, de penser de manière obsédante à son partenaire, d'avoir envie d'avoir une relation sexuelle ou encore de s'imaginer avoir une relation sexuelle avec son partenaire. En ce qui a trait aux énoncés liés au désir individuel, on retrouve des énoncés qui ont trait à l'envie de se masturber, le goût de feuilleter des revues qui pourraient être excitantes sexuellement, le goût de regarder des films excitants sexuellement ou encore de faire des rêves à contenu sexuel ou érotique. Plus le score est élevé, plus la fréquence du désir sexuel (dyadique ou individuel) est élevée. Il n'y a pas de score total à ce questionnaire. De plus, il n'existe pas de point de coupure ni un score standardisé qui indiquerait qu'en dessous d'un certain seuil l'individu serait évalué comme ayant un faible niveau de désir dyadique ou individuel. Par contre, lors de la standardisation de cet inventaire, les auteurs ont indiqué d'une façon générale, d'une part, qu'il existe une différence pour les deux types de désir entre les hommes et les femmes et, d'autre part, que les personnes âgées de plus de cinquante ans ont un désir tant dyadique qu'individuel plus faible que le reste de l'échantillon.

Dans une autre étude, Tremblay (sous presse) a évalué le désir sexuel dans la population générale au Québec. En tout, 171 femmes et 104 hommes ont participé à cette étude, dont 49 femmes étaient âgées de 50 ans et plus et 27 hommes étaient âgés de 50 ans et plus. Le score moyen de ce groupe d'âge pour le désir dyadique est de 42,77 avec un écart-type de 9,7 pour la femme et de 49,52 avec un écart-type de 7,4 pour les hommes. En ce qui concerne le désir sexuel individuel, le score moyen est de 18,72 avec un écart-type de 4,2 pour la femme et de 22,81 avec un écart-type de 5,9 pour les hommes. Comme on peut le constater chez ce groupe d'âge, les hommes ont plus de désir tant dyadique qu'individuel que les femmes.

2.3.2 QDSH : aspects Individuel et Cognitif (QDSH-IC)

Le Questionnaire sur le Désir Sexuel Hypoactif (QDSH-IC) est un instrument auto-administré qui a pour but d'évaluer certaines variables associées à la problématique de la baisse du désir sexuel sur les aspects cognitifs et individuels. Les cognitions font référence aux pensées et à la représentation des événements. Cet outil a été élaboré dans une thèse de doctorat, Carole Trinque (1999). Ce questionnaire comporte 17 items ; ce sont les items les

plus significatifs qui ont été choisis (voir appendice B). Dans ce questionnaire, deux items sont liés à la satisfaction sexuelle, deux items aux fantasmes sexuels, un item à l'anxiété de performance, trois items aux préoccupations face à l'âge, deux items aux mythes sexuels, deux items aux idées négatives face à la sexualité, un item à la crainte de l'abandon, un item à la crainte de l'intimité, deux items à l'estime sexuelle et un item à la capacité d'anticipation positive.

Les items qui composent la version finale du questionnaire ont été choisis en combinant l'analyse de la distribution des scores, l'analyse statistique comparative (test-T) et l'observation exploratoire (importance clinique) des cotes (4 ou 5) attribuées à chaque item. Ainsi, les items retenus sont ceux qu'il est important de considérer lors de l'évaluation du TBDS. L'échantillon utilisé pour la standardisation de ce questionnaire était deux groupes de femmes : un groupe ayant un TBDS et l'autre non-TBDS. Lors de l'analyse pour le score global à ces 17 items, on constate que ce questionnaire identifie adéquatement 88% des participants du groupe TBDS et 96% du groupe non-TBDS. De plus, selon l'échelle de réponse du questionnaire, lorsque la participante choisit le quatrième niveau de l'échelle de Likert à trois items différents, ce questionnaire discrimine 96% les participantes du groupe TBDS et 88% des non-TBDS. Ainsi, la validité discriminante semble bien établie. De plus, l'évaluation des items par des experts du domaine a assuré une certaine validité de contenu. Par contre, la validité de construit n'est pas appuyée par aucune analyse statistique. De par ces résultats, on constate que ce questionnaire qui évalue les aspects individuel et cognitif du TBDS a une bonne fidélité mais que sa validité a été moins bien démontrée.

La cotation de chaque item se fait sur une échelle de Likert graduée de un à cinq. De plus, pour l'item 6, la personne qui remplit ce questionnaire a six choix de réponse au lieu de cinq : jamais, rarement, quelquefois, souvent, toujours ou je n'ai pas d'activités sexuelles avec mon (ma) partenaire. Cet item n'est pas considéré lors du calcul du score global puisque, lors des analyses statistiques, ces items sont ignorés afin de ne pas fausser les résultats à la hausse. Pour cet inventaire, plus le score est faible, plus la personne a du désir sexuel. Il n'y a qu'un score à ce questionnaire. Le score global des 17 items retenus le plus sensible pour identifier à quel groupe appartient la personne est de 44. Si le clinicien souhaite effectuer une exploration plus approfondie des items, il doit alors être attentif au nombre d'items cotés à un

certain degré de l'échelle de réponses. De plus, un total de 3 items cotés à un certain degré de l'échelle de réponses (souvent ou plutôt d'accord), selon les deux échelles du questionnaire, s'avère le seuil le plus efficace pour identifier le groupe auquel appartient la personne. Finalement, ce qui est intéressant dans cet inventaire, c'est que trois items s'adressent spécifiquement à une population de 50 ans et plus. En effet, les items 13, 14 et 15 parlent de différentes pensées que peuvent entretenir ces gens. Il sera intéressant de considérer ces items lors de l'interprétation des résultats.

2.3.3 QDSH : aspects Relationnel et Comportemental (QDSH-RC)

Le Questionnaire sur le Désir Sexuel Hypoactif (QDSH-RC) : aspects Relationnel et Comportemental est un instrument auto-administré qui a pour but d'évaluer certaines variables associées à la problématique de la baisse du désir sexuel sous les aspects relationnels et comportementaux. L'aspect relationnel réfère ici à la relation de couple, aux interactions entre les partenaires (que ce soit au plan comportemental, émotif ou cognitif) (Drouin, 2000). Dans ce questionnaire, 15 items sont consacrés à cet aspect : deux items sont liés à la satisfaction conjugale, un item à l'attraction physique, un item à l'amour, un item au rapprochement émotif, trois items à la communication sexuelle, un item à la satisfaction d'écouter le partenaire, un item à la satisfaction de la résolution des conflits, un item à la cohésion dyadique, un item à la colère envers le partenaire, un item au consensus conjugal, un item à l'expression affective et un item à la difficulté à vivre la distance. Pour sa part, l'aspect comportemental réfère aux comportements sexuels de l'individu objectivement observables, aux réactions, aux conduites ou aux attitudes (Drouin, 2000). Dans ce questionnaire, 13 items sont consacrés à cet aspect : cinq items sont liés à la façon de répondre aux avances sexuelles, un item à l'évitement, six items à certaines expériences sexuelles restreintes, un item à l'initiative sexuelle, un item à la fréquence des activités sexuelles, un item à la fréquence de masturbation, un item à l'aversion de contacts oraux-génitaux et deux items à l'affirmation sexuelle. Cet outil a été élaboré par l'entremise d'une thèse de doctorat, Nathalie Drouin (2000). Ce questionnaire comporte 33 items (voir appendice C).

Afin de s'assurer de la validité de contenu, les items ont été remis à six experts dans le domaine du désir ; pour conserver un item, cinq des six experts devaient s'accorder sur sa pertinence. L'auteure a aussi vérifié la pertinence et la distribution des items pour le groupe contrôle par des tableaux de fréquence.

Dans un premier temps, des analyses pour les items de l'aspect relationnel du questionnaire sur le trouble de la baisse du désir sexuel (TBDS) ont été effectuées. Un test t unilatéral pour échantillons indépendants qui a pour but de répondre à l'hypothèse suivante a été fait : la moyenne des scores à l'aspect relationnel fut plus élevée pour le groupe TBDS. Ce test s'est avéré significatif ($t(50) = -3,62$; $p < 0,05$). Un test t pour chacun des items relationnels a été trouvé significatif. En moyenne, les participantes du groupe TBDS ont eu un score moyen à cet aspect de 2,59 avec un écart-type de 0,65 ; pour le groupe contrôle, la moyenne fut de 2,04 avec un écart-type de 0,43. De plus, un test t unilatéral a été effectué pour chacun des items relationnels. Les tests se sont avérés significatifs pour 12 des 15 items.

Dans un second temps, des analyses pour les items de l'aspect comportemental ont été effectuées. Un test t unilatéral pour échantillons indépendants qui a pour but de répondre à l'hypothèse suivante a été fait : la moyenne des scores à l'aspect comportemental a été plus élevée pour le groupe TBDS. Le test s'est avéré significatif ($t(50) = -8,15$; $p < 0,05$). En moyenne, les participantes du groupe TBDS ont eu un score moyen de 3,27 avec un écart-type de 0,49. ; pour le groupe contrôle, la moyenne a été de 2,25 avec un écart-type de 0,42. De plus, un test t unilatéral a été effectué pour chacun des items comportementaux. Les tests ont été significatifs.

Il apparaît que ce questionnaire répond aussi aux critères de la validité de contenu, puisque les experts dans le domaine du désir sexuel qui ont évalué la pertinence des items ont conclu que cet inventaire couvre 84% des facteurs liés au TBDS. Les items qui ont été conservés pour la version finale sont ceux dont au moins cinq des six experts s'accordaient sur leur pertinence. De plus, les données suggèrent une forte consistance interne pour les deux échelles du questionnaire sur le TBDS : 0,91 pour l'aspect relationnel et 0,92 pour l'aspect comportemental. Pour l'ensemble de l'instrument, la consistance interne est de 0,94. Il est à noté que l'aspect relationnel est peu corrélé à l'aspect comportemental ($r = 0,53$; $p < 0,05$)

tant pour le groupe TBDS que non- TBDS. Lorsque pris séparément, pour le groupe contrôle (non-TBDS), la corrélation est de ($r = 0,54$; $p < 0,05$) et pour le groupe TBDS, la corrélation est de ($r = 0,18$; $p < 0,05$). Donc, ceci appuie l'idée de l'utilisation d'un score total à chaque échelle plutôt qu'un score global pour ce questionnaire. De par ces résultats, on constate que ce questionnaire qui évalue les aspects relationnel et comportemental du TBDS a une validité établie.

La cotation de chaque item se fait sur une échelle de Likert graduée de un à cinq. Les items 13 à 27 font parties de l'échelle relationnel, dont les items 18 et 20 sont inversés. Les items 1 à 12 et 28 à 33 font partie de l'échelle comportementale et les items suivants sont inversés : 2, 3, 5, 7 et 8. Par ailleurs, pour les items 1, 2, 3, 4 et 11, la personne a six choix de réponse au lieu de cinq : jamais, rarement, quelquefois, souvent, toujours et mon (ma) partenaire ne me propose pas d'activité sexuelle que je préfère ou il n'y a pas d'activité sexuelle que je préfère. Ces items font partie de l'échelle comportementale, ils ne sont pas considérés lors du calcul du score total puisque, lors des analyses statistiques, ces items sont ignorés afin de ne pas fausser les résultats à la hausse. Dans ce questionnaire, plus le score est faible, plus la personne a du désir sexuel. Le point de coupure pour discriminer à quel groupe appartient la personne pour l'aspect relationnel est de 2,27 ; pour l'aspect comportemental, 2,68. Il sera intéressant lors de l'interprétation des résultats de considérer les sujets de la présente étude qui auront répondu au sixième choix aux items 1, 2, 3, 4 et 11. Cela permettra de dégager une approximation de l'augmentation des comportements sexuels à l'intérieur de leur vie sexuelle.

2.3.4 Mesures additionnelles

Les entrevues structurées téléphonique / couple / homme / femme ont permis de recueillir des données sociodémographiques concernant l'âge, le statut civil, le nombre d'années de vie commune, le nombre d'années à la retraite, le nombre d'enfants, l'occupation principale, le niveau d'éducation ainsi que les rentes de retraite de l'homme et de la femme. De plus, ces entrevues ont permis de savoir si les couples répondaient aux critères d'inclusion de l'étude (voir appendice F).

2.4 PROGRAMME THÉRAPEUTIQUE

2.4.1 Objectifs et contenu

Le programme d'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle (*Vie de Couple et Bien Vieillir*) proposé dans cette étude s'inspire de plusieurs sources. Tout d'abord, il s'inspire des travaux de Markman (Van Widenfelt, Markman, Guerney, Behrens et Hosman, 1997). Leur étude se situe dans l'approche cognitivo-comportementale et son but est de donner aux jeunes couples des moyens concrets pour améliorer leur fonctionnement conjugal, prévenir les problèmes de couple et le divorce. Le rationnel de cette étude peut d'autant plus s'appliquer à des couples à la retraite, car, comme il a été cité plus haut, l'environnement social à leur époque de vie se réduit de plus en plus à leur relation de couple. Deuxièmement, il se base sur des stratégies d'intervention utilisées dans des thérapies de couples pour les différents problèmes sexuels incluant la baisse du désir sexuel (Masters et Johnson, 1970 ; Ellis, 1977 ; Kaplan, 1979 ; Gochros et Fischer, 1980 ; Barbach, 1982 ; Friedman et Hogan, 1985 ; McCarthy, 1984 ; LoPiccolo et Friedman, 1988 ; Rosen et Leiblum, 1989 ; Schnarch, 1991). Troisièmement, les auteurs du programme se sont aussi basés sur des techniques d'intervention utilisées pour les problèmes de couple (Ellis, 1977 ; Beaudry et Boisvert, 1988 ; Wright, 1985 ; Beck, 1988 ; Baucom et Epstein, 1990). Quatrièmement, d'autres sources dont s'inspire ce programme sont les différentes études sur les personnes âgées, tant sur l'aspect conjugal que sexuel : l'éducation sur les différents changements qui s'opèrent sur le plan physiologique ou les interventions spécifiques à faire chez cette population (Masters et Johnson, 1981 ; Leiblum, 1990 ; Kaplan, 1990 ; Cappuzy et Friel, 1990 ; Schiavi et *al.*, 1994). Finalement, le programme s'inspire des conclusions des études antérieures sous la direction de Trudel quant aux caractéristiques des couples âgés à la retraite (2000, 2002). Les deux avant dernières sources sur lequel s'inspire cette présente étude ont été utilisées dans une étude de Trudel, Marchand, Ravart, Aubin, Turgeon, et Fortier (2001) pour le traitement de groupe de type comportemental et cognitif chez des couples dont la femme présente un trouble de désir sexuel.

Le modèle d'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle que cette étude utilise regroupe de façon systématique les différentes techniques d'intervention utilisées en clinique. Ces dernières sont distribuées, de façon progressive, à travers 12 manuels d'intervention, afin de

permettre aux couples d'apprendre graduellement les différents aspects à améliorer dans leurs relations conjugale et sexuelle. Cela permet aux couples d'être renforcés de façon régulière dans l'atteinte des objectifs de ce programme.

L'approche préconisée dans ce programme est multimodale. Ce programme d'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle (*Vie de Couple et Bien Vieillir*) cherche à mettre l'accent sur trois aspects fondamentaux de la vie conjugale et sexuelle chez les personnes âgées. Il propose ainsi d'enrichir les aspects suivants : la communication, la résolution des conflits et l'intimité sexuelle et non sexuelle. Différentes techniques d'intervention sont présentées tout au long du programme. Certaines techniques sont accompagnées d'outils cliniques qui permettent d'évaluer le travail thérapeutique fait par chaque couple : une version femme et une version homme. En appendice K, un résumé des trois piliers est présenté.

Le premier pilier vise à améliorer la qualité de la communication et confronter les différents modes de pensée qui nuisent à une relation harmonieuse. En effet, la première partie du programme met davantage l'accent sur l'amélioration de certains aspects liés à la relation de couple. Le rationnel qui sous-tend ce premier pilier s'avère être l'influence considérable de la qualité de la relation conjugale sur la prévention de problèmes de santé psychologique et physique chez les personnes âgées entre 55 à 69 ans. D'une part, il vise à modifier les différents types de pensées négatives et de croyances irrationnelles qui nuisent à la satisfaction conjugale. D'autre part, il vise à améliorer la capacité de communiquer efficacement, tant les besoins que les désirs dans la relation de couple.

Le second pilier vise à améliorer les habiletés pour résoudre les conflits de manière efficace. Il vise donc à modifier les différents modes dysfonctionnels que les couples utilisent pour résoudre les conflits.

Le dernier pilier de ce programme vise l'amélioration de la vie sexuelle. Dans cette troisième partie de l'intervention, le but est donc de sensibiliser les couples à l'apprentissage de différentes habiletés : l'intimité et la sensualité dans le couple ; améliorer le désir sexuel ; découvrir leur style sexuel en nommant leurs besoins sensuels et sexuels ; restructuration cognitive des pensées négatives et des croyances irrationnelles allant à l'encontre de la satisfaction sexuelle ; éducation sexuelle.

D'une façon générale, le but de ce programme est d'aider les couples lors de cette période de la vie. Ainsi, *Vie de Couple et Bien vieillir* vise, d'une part, à permettre aux couples d'acquérir de nouvelles habiletés pour retrouver une harmonie plus grande et plus satisfaisante, et, d'autre part, avoir un impact positif sur le désir sexuel.

2.4.2 Format et procédure

Le programme d'enrichissement que cette étude se propose d'analyser se déroule en groupe de cinq couples en moyenne. En plus de permettre de réduire les coûts du traitement, la formule de thérapie en petits groupes pour les couples permet de les aider dans l'apprentissage de nouveaux comportements par le biais d'échanges et d'observations plus adaptés pour une meilleure qualité de vie conjugale et sexuelle (incluant le désir sexuel). La formule « petit groupe » permet aussi d'établir des contacts plus personnels entre les couples.

Le nombre de couples par groupe se limite entre trois et six couples. Ce programme s'échelonne sur 12 semaines consécutives, à raison de deux heures par semaine. À chaque rencontre, les couples ont des exercices à pratiquer à la maison. À la fin de chaque séance, un résumé des interventions, sous forme de texte, est remis aux participants ainsi qu'un document expliquant les exercices à pratiquer pendant la semaine. Plus de 300 pages de documentation sont ainsi distribuées aux couples participants à cette étude. Les trois volets de cette expérimentation sont présentés de la façon suivante : un manuel pour l'introduction, quatre manuels pour les habiletés de communication, un manuel pour la résolution des conflits, cinq manuels pour l'intimité sexuelle et un dernier manuel pour la conclusion.

La standardisation du programme d'enrichissement a été effectuée en fonction de deux procédures. Premièrement, 12 textes et 12 exercices ont servi à décrire de façon détaillée la procédure d'intervention utilisée au cours de chaque séance thérapeutique (voir appendice J pour le plan des 12 séances et l'appendice K pour le résumé des trois piliers du programme). Deuxièmement, toutes les rencontres ont été enregistrées sur magnétophone. Un juge indépendant, un étudiant en psychologie, a écouté 20% des séances sélectionnées au hasard. Le but était d'évaluer, sur une échelle graduée de 0 à 10 la conformité de chacune des séances sur chacun des éléments principaux du plan d'intervention. Cette évaluation a donc permis de s'assurer que, d'un groupe à l'autre, le matériel thérapeutique enseigné lors de chaque séance

corroborait pour chacun des groupes de l'expérimentation. Les résultats de l'écoute des rencontres permettent de dire qu'effectivement les groupes ont tous reçu la même information au cours des 12 séances thérapeutiques. Dans la section résultat, il sera question de présenter le degré d'adhérence des thérapeutes aux matériels thérapeutiques.

Les séances thérapeutiques se sont déroulées au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal. Elles ont été animées par une équipe de deux thérapeutes, un homme et une femme ; quatre équipes de thérapeutes ont été formées. Les intervenants avaient reçu une formation sur les procédures uniformes du déroulement des douze séances. Ils ont tous une expérience dans le domaine de la thérapie. Dans tous les groupes qui se sont donnés, un des thérapeutes était candidat au doctorat en psychologie ou détenteur d'une maîtrise en sexologie ou d'un Ph.D. en psychologie.

CHAPITRE III

RÉSULTATS

3.1 PARTICIPANTS

Le tableau M.1 présente les données sociodémographiques des 66 couples participants. Comme il a été mentionné plus haut, malgré qu'au post-test 3, 34 couples du GE avaient répondu à ce moment de mesure, un couple du GE a été enlevé car la conjointe avait omis de répondre à un des questionnaires sur le désir sexuel. Ainsi, l'âge moyen des conjointes est de 58,60 ans : 59,24 pour le GE et 57,97 pour la LA ; celui des conjoints est de 60,86 ans : 61,06 pour le GE et 60,67 pour la LA. Dans l'ensemble, il y a autant de couples mariés, ou conjoints de fait, dans chacun des groupes : 85% pour le GE et 85% pour la LA sont des couples mariés. Quant à la durée moyenne de vie commune des couples, elle est de 31,66 ans pour le GE et de 31,33 pour la LA.

Pour cet échantillon, les couples du GE ont en moyenne 2,73 enfants, ceux de la LA en ont 2,48. De plus, l'âge moyen des enfants est de 32,44 ans pour le GE et 31,26 pour la LA. Par ailleurs, il y a quatre couples autant dans le GE que dans la LA, dont leurs enfants habitent avec eux. Et, parmi le GE, 2,94% des couples sont sans enfants, versus 6,06% dans la LA.

D'une façon générale, la majorité des participants étaient à la retraite. En moyenne, 88% des conjointes de la LA versus 97% de celles du GE se considéraient à la retraite. En moyenne, 88% des conjoints de la LA versus 91% de ceux du GE se considéraient à la retraite. En ce qui a trait à la durée de la retraite, celle des conjointes du GE est de 4,29 ans, 4,41 pour celles de la LA. Pour les conjoints, la durée de la retraite est de 2,66 ans pour ceux du GE et de 2,70 ans pour ceux de la LA.

Les couples de l'échantillon présentent des degrés de scolarité très variables, tant dans le GE que dans la LA. Les conjoints du GE ainsi que ceux de la LA ont un niveau de scolarité plus élevé que leurs conjointes : 56% des conjoints du GE et 52% des conjoints de la LA ont fait des études universitaires comparativement à 36% des conjointes du GE et 39% des conjointes de la LA. D'une façon générale, les conjointes du GE ont 13,48 années de scolarité comparativement à 14,58 années pour celles de la LA. En d'autres termes, ce qui les différencie, c'est le fait que les conjointes de la LA ont reçu un diplôme ou un certificat lié à une technique. En ce qui concerne les conjoints du GE, ils ont, en moyenne, 15,64 années de scolarité, ce qui est comparable aux conjoints de la LA, puisqu'ils ont 15,21 années de scolarité.

En ce qui a trait à l'aspect salarial des couples de l'échantillon, il apparaît, de prime abord, assez semblable d'un groupe à l'autre. En effet, le revenu moyen des couples du GE est de 59 015\$, 57 455\$ pour ceux de la LA. En moyenne, le revenu brut des conjointes du GE se situe à 19 772\$, 19 348\$ pour celles de la LA. Plus de 32% des conjointes, tant dans le GE que dans la LA, gagnent plus de 25 000\$. En ce qui concerne le revenu des conjoints du GE, ils gagnent en moyenne 39 242\$ comparativement à 38 106\$ pour ceux de la LA. Près de 67% des conjoints du GE gagnent plus de 40 000\$ comparativement à 61% pour ceux de la LA.

La figure 3.1 qui suit présente le revenu séparé des conjointes et des conjoints des deux groupes (GE et LA).

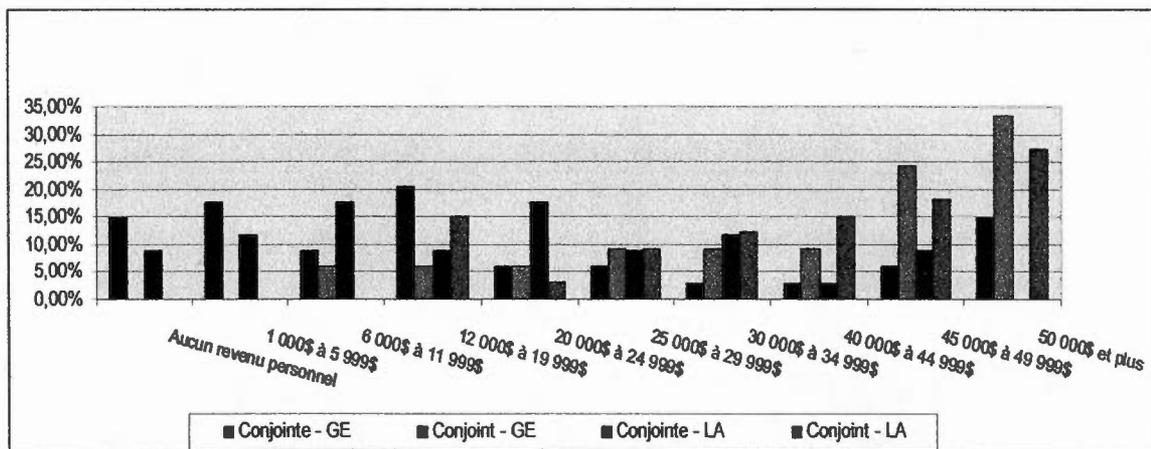


Figure 3.1 Rentes de retraite des conjoints de l'échantillon

3.2 DEVIS DE RECHERCHE

Dans un premier temps, il est question de présenter les limites du schème choisi. Le schème choisit pour cette étude comporte malheureusement certaines limites. Tout d'abord, l'échantillon recruté est non probabiliste de type volontaire puisque suite aux annonces parues dans les médias, seuls les sujets intéressés ont pu participer à l'étude. L'échantillonnage n'est donc pas totalement aléatoire. D'autre part, la méthode d'assignation de type aléatoire alterné n'a pu être systématiquement respectée en fonction de la disponibilité restreinte de certains sujets. En raison de ces limites, le devis de recherche sera qualifié de quasi-expérimental.

Cette étude prospective utilise un devis quasi-expérimental avec pré-tests (pré-test 1 et 2) et post-tests (post-test 1, 2 et 3), ce qui maximise les qualités méthodologiques de la présente étude. De plus, la présence d'un groupe contrôle permet d'éliminer des variables de nuisances, telles que certaines explications alternatives quant à l'effet des variables indépendantes. Certaines des variables de nuisances pouvant influencer l'efficacité de la thérapie ont été prises en compte : (1) l'utilisation d'un service psychologique (individuel ou en couple) pendant l'attente de trois mois, (2) le retour au travail à temps plein après le début de la participation à l'étude. La procédure de répartition aléatoire devait permettre d'avoir des groupes dont les caractéristiques sociodémographiques (âge, durée de vie commune, nombre

d'enfants, scolarité, revenus, etc.) soient équivalentes. De plus, des tests statistiques ont été effectués pour vérifier l'équivalence des groupes sur ces variables.

Le profil de devis quasi-expérimental est de type mixte (variables de type inter et intra-sujets) et factoriel (mesures répétées) : 2 **conditions** (avec ou sans expérimentation ; variable inter-sujets) X 4 **moments** de mesure (temps de mesure ; variable intra-sujets) X 2 **sexes** (femme et homme ; variable intra-sujets).

Voici comment l'assignation s'est déroulée. Au départ, dès qu'un couple était accepté à l'entrevue d'évaluation, il était à la fois aléatoirement assigné soit à la condition expérimentale (GE), soit à la condition liste d'attente - groupe contrôle (LA). Les couples acceptés répondaient aux questionnaires pré-test 1 la même journée. Mais, le temps qui s'écoulait entre la passation des questionnaires (pré-test 1) et le début de l'expérimentation était trop variable, il avait été convenu d'assigner les couples à un groupe à la fois afin d'avoir suffisamment de couples pour former un GE puis, dans un deuxième temps, une LA. Par la suite, le protocole d'assignation fut appliqué.

Lors de la formation d'un GE et d'une LA qui lui est associée, il était question de mettre en ordre décroissant, de la date d'évaluation la plus ancienne à la plus récente, les couples acceptés lors de l'entrevue d'évaluation ; la plus ancienne date d'entrevue étant assignée à un GE et la deuxième à une LA, et ainsi de suite. Ces deux groupes complétés, on appelait chaque couple pour leur proposer une date de participation au programme. Si le couple n'était pas disponible, on prenait en note la raison puis on leur demandait s'il était disponible pour la date de l'autre groupe ; on leur disait qu'il serait rappelé si la possibilité de participer à l'autre groupe se présentait – la condition étant la concordance situationnelle, entre les deux groupes, de deux couples non disponibles à leur date respective mais disponibles à la date de l'autre groupe. Après avoir appelé tous les couples, on rappelait ceux qui n'étaient pas disponibles pour le groupe auquel ils avaient été assignés puis on permutait ces couples lorsqu'il y avait concordance ; après quoi chaque groupe constitué, GE ou LA, venait répondre, dans un temps commun, à son moment de mesure pré-test 1. Cette procédure permettait de diminuer tant les biais liés au temps que le nombre d'étudiants-bénévoles nécessaires pour l'administration des questionnaires.

Par ailleurs, lors de l'assignation aléatoire des groupes GE5 et GE6, compte tenu du taux élevé des désistements parmi la LA, il a été convenu d'assigner pour chaque couple au GE deux couples à la LA. Ces couples additionnels de la LA ont été regroupés pour former le groupe LA5.6 et LA6.5. De plus, parmi les 26 couples qui se sont désistés après l'entrevue d'évaluation, quatre d'entre eux ont été ultérieurement assignés aléatoirement sans avoir complété les questionnaires du pré-test 1 : trois couples à la LA et un au GE.

Au total, 47 couples ont été assignés au GE, 56 à la LA. Parmi ces couples, deux du GE et 15 de la LA se sont désistés avant même le début du programme d'enrichissement. Ainsi, 45 couples du GE et 40 de la LA ont commencé le programme d'enrichissement.

La figure 3.2 présente un résumé du nombre de couples assignés à chaque groupe avant le début du programme d'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle. On constate ainsi que d'une façon générale il y avait entre cinq à huit couples assignés par groupe.

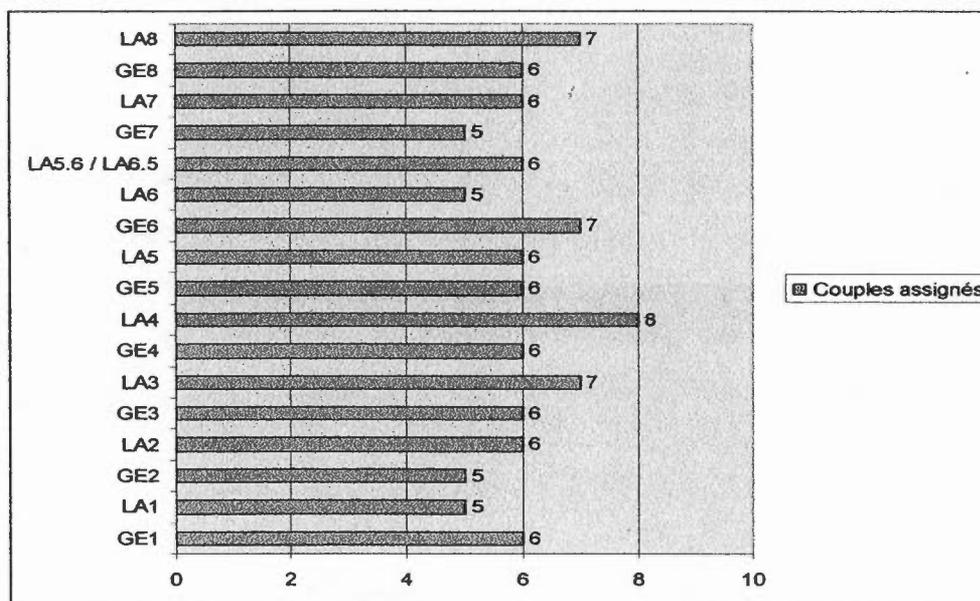


Figure 3.2 Nombre de couples par groupe après l'assignation aléatoire

Comme il a été mentionné ultérieurement, le processus d'évaluation des sujets était constitué en quatre phases pour le GE et en cinq phases pour les couples de la LA. Le devis se résume par le schéma suivant :

Tableau 3.1 Devis quasi-expérimental

| | | | | |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <i>Groupe expérimental (N = 33)</i> | | | | |
| <i>Moments</i> | | | | |
| <i>T₁</i> | | <i>T₃</i> | <i>T₄</i> | <i>T₅</i> |
| Pré-test 1 | | Post-test 1 | Post-test 2 | Post-test 3 |
| <i>Liste d'attente (N = 33)</i> | | | | |
| <i>Moments</i> | | | | |
| <i>T₁</i> | <i>T₂</i> | <i>T₃</i> | <i>T₄</i> | <i>T₅</i> |
| Pré-test 1 | Pré-test 2 | Post-test 1 | Post-test 2 | Post-test 3 |

Les variables indépendantes sont (1) la condition (traitement ou non), (2) le temps de mesure (pré-test 1, post-test 1, post-test 2 et post-test 3) ; les variables dépendantes sont : (1) l'aspect dyadique du désir sexuel, (2) l'aspect individuel du désir sexuel, (3) l'aspect cognitif du désir sexuel, (4) l'aspect comportemental du désir sexuel et (5) l'aspect relationnel du désir sexuel. Les variables dépendantes sont liées au changement du désir sexuel entre les pré (pré-test 1 et pré-test 2) et les post-test 1, 2 et 3. Les mesures ont été recueillies à l'aide de trois questionnaires auto-administrés, elles permettent de vérifier les cinq hypothèses de recherche. La description de ces instruments est présentée dans les sections 2.5.1, 2.5.2 et 2.5.3, on les retrouvent dans les appendices A, B et C. Un résumé de l'utilisation des instruments à chaque moment de l'étude est présenté à l'appendice E. Le tableau 3.2 permet de visualiser le protocole de recherche de la présente thèse doctorale.

Tableau 3.2 Protocole de recherche

| Groupes | T ₁ | T ₂ | Traitement | Traitement | T ₃ | T ₄ | T ₅ |
|---------|----------------|----------------|--------------------------|------------|----------------|----------------|----------------|
| GE | VD | --- | Traitement | | VD | VD | VD |
| LA | VD | VD | Attente de trois mois | Traitement | VD | VD | VD |

VD = Évaluation des différents aspects du désir sexuel (décrit en détail précédemment)

3.3 MÉTHODE D'ANALYSES STATISTIQUES

Dans cette section, il sera question dans un premier temps d'expliquer l'organisation des fichiers de données en fonction de chacun des trois questionnaires utilisés dans cette présente thèse pour évaluer le désir sexuel. Dans un second temps, le contenu détaillé des étapes d'analyses statistiques sera présenté, ce qui complètera cette section.

Une base de données sur Excel a été élaborée pour calculer les scores aux différentes échelles et sous-échelles de mesures utilisées dans la présente thèse ainsi que pour le projet en tant que tel. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel statistique SPSS version 11.0.

La préparation des données recueillies à l'ÉDS a été réalisée à l'aide du logiciel Excel. Ce questionnaire comporte deux échelles soit l'échelle du désir dyadique (ÉDS-DD) et l'échelle du désir individuel (ÉDS-DI). Ce questionnaire ne comporte pas de score total. Chaque ligne de données comportait initialement un total de 20 données par sujets. Le logiciel Excel calculait la somme à chacune de ces deux échelles (ÉDS-DD / ÉDS-DI). Ainsi, le regroupement des mesures recueillies à l'ÉDS comporte un total de deux variables dépendantes.

Au QDSH-IC, l'organisation du fichier de données s'est effectuée en fonction des deux échelles de ce questionnaire. Chaque ligne comprenait un total de 33 items par sujet. Des scores finaux sont calculés par le logiciel Excel pour chaque échelle. Ainsi, le regroupement des mesures recueillies au QDSH-IC comporte un total de deux variables dépendantes.

Au QDSH-RC, l'organisation du fichier de données s'est effectuée en fonction d'une échelle ; le score total. Chaque ligne comportait un total de 17 items par sujet. Le score final est calculé par le logiciel Excel. Ainsi, le regroupement des mesures recueillies au QDSH-RC comporte une variable dépendante.

Selon Campbell et Standley (1971), l'évaluation de l'efficacité d'un traitement nécessite une procédure en deux temps d'analyses statistiques : dans un premier temps, s'assurer que les changements observés en présence du traitement se distinguent de façon significative de ceux obtenus en l'absence du traitement ; dans un deuxième temps, évaluer la nature et l'ampleur des résultats. Passons maintenant à la description des résultats selon les différentes étapes d'analyses statistiques.

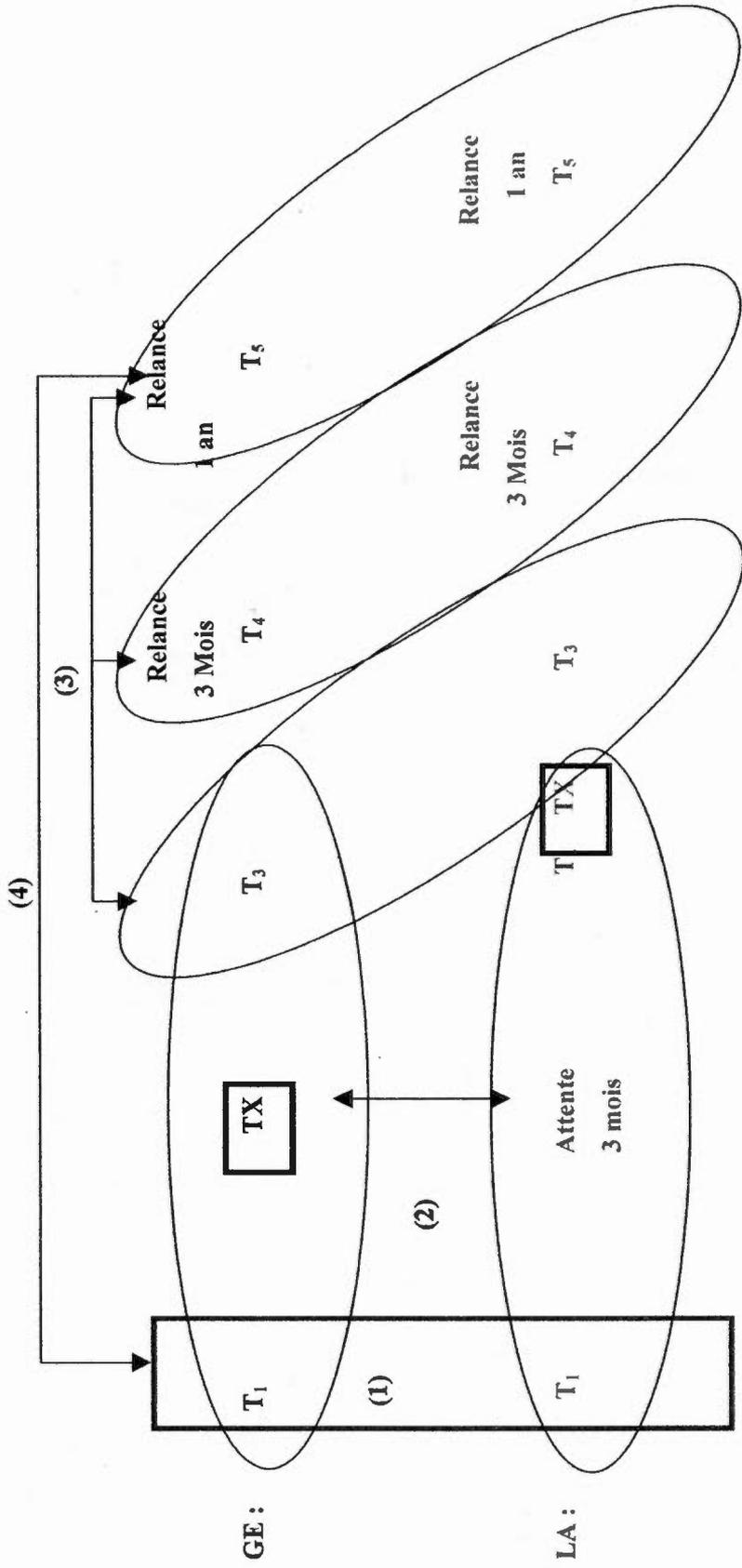


Figure 3.3 Schème quasi-expérimental et plan d'analyses statistiques

Comme on a pu le voir dans la figure 3.3, la méthode d'analyse des questionnaires sur le désir sexuel est constituée de cinq étapes : une série d'analyses préliminaires au traitement et quatre séries d'analyses servant à évaluer l'efficacité du traitement. Plus spécifiquement, le processus d'évaluation des sujets du GE a été constitué en quatre phases d'évaluation : pré-traitement (T_1), post-traitement (T_3), relance de trois mois (T_4) et relance de 1 an (T_5). En raison de la période d'attente de trois mois, le processus d'évaluation des sujets de la LA a été constitué en cinq phases d'évaluation : pré-traitement (T_1), second pré-traitement après trois mois d'attente (T_2), post-traitement (T_3), relance de trois mois (T_4) et relance de 1 an (T_5). À chaque évaluation, les couples étaient invités à compléter 13 questionnaires auto-administrés (voir appendice E). De plus, lors de tous les temps de mesure, on leur demandait de répondre à un questionnaire (Q13) qui avait été mis sur pied par les chercheurs de cette étude afin d'évaluer leur satisfaction générale concernant leur relation de couple depuis la prise de la retraite. En tout, aux pré-tests, les couples étaient invités à répondre à 14 questionnaires, aux post-tests à 16 questionnaires.

À chaque passation de questionnaires, un étudiant (assistant de recherche) lisait aux couples le protocole de passation des questionnaires (voir appendice I) dans le but de standardiser chaque moment de mesure.

3.4 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Il est question de présenter les résultats aux inventaires sur le désir sexuel en fonction des cinq étapes d'analyses.

Un des prérequis pour entreprendre les analyses de variances multivariées est que le test d'homogénéité des covariances de Box ne soit pas gravement violé, c'est-à-dire, que cette probabilité ne soit pas inférieure à 0,001 à travers les étapes qui seront présentées. Ce test s'est avéré non significatif.

3.4.1 Étape préliminaire : distribution et équivalence des groupes

Tout d'abord, il a été question de vérifier la normalité des distributions pour les cinq échelles de désir sexuel chez les femmes et chez les hommes pour les 86 couples qui ont répondu au

pré-test 1. Malgré que 87 couples avaient complété le pré-test 1, un couple du GE a été exclu car la conjointe a omis de répondre à un questionnaire sur le désir sexuel. D'une façon générale, toutes les courbes respectent le postulat d'asymétrie (i.e. Skewness) et le postulat d'aplatissement (i.e. Kurtosis). Ainsi, aucun couple n'a dû être exclu pour respecter le postulat de normalité.

Parmi les 86 couples, 66 d'entre eux ont complété tous les moments de mesure. Dans le but de vérifier s'il existe des différences significatives entre les 20 couples qui ont abandonné aux différents moments de mesure et les 66 couples qui ont terminé l'étude, des tests t et des khi-carré ont été effectués. L'avantage d'utiliser un n constant à travers l'ensemble des cinq étapes est de faciliter les comparaisons entre les moments de mesure en suivant l'évolution des mêmes sujets couples. Des analyses ont tout d'abord été effectuées sur les différentes données sociodémographiques. Les moyennes et les écart-types pour chacun de ces groupes se retrouvent dans le tableau M.2. Des tests t ont servi à comparer les données continues (ex. : âge), alors que des tests de khi-carré ont été employés pour les données catégorielles (ex. : statut civil). Les résultats de ces analyses préliminaires n'indiquent aucune différence significative entre les deux groupes sur les deux données nominales suivantes : statut civil, $\chi^2(1, N = 86) = 0,00, n.s.$; enfant qui habite à la maison, $\chi^2(1, N = 86) = 2,67, n.s.$. Les huit variables continues suivantes se sont aussi révélées non significatives : durée de la relation de couple, revenu de la femme, revenu de l'homme, revenu couple, durée de la retraite de la femme, durée de la retraite de l'homme, nombre d'enfants et scolarité de la femme. Par contre, trois analyses se sont révélées significatives : âge de la femme, âge de l'homme et scolarité de l'homme. Ces résultats se retrouvent dans le tableau M.3. Les femmes et les hommes qui ont abandonné étaient un peu plus âgés que ceux qui n'ont pas abandonné et les hommes qui ont abandonné étaient moins scolarisés que ceux qui n'ont pas abandonné. Ces deux groupes étaient donc équivalents sur les données les plus importantes pour la présente thèse (i.e. retraite, revenu). Autrement dit, les couples qui ont abandonné versus ceux qui ont répondu à l'ensemble des temps de mesure ne se différencient pas sur la plupart des données sociodémographiques.

Pour vérifier l'hypothèse voulant que les deux groupes ne se distinguent pas non plus sur les différentes variables dépendantes, des tests t au T_1 ont été effectués pour chacune des cinq

variables dépendantes (VD) en fonction du groupe d'appartenance (participant vs abandon). Dans ces analyses, les VD seront donc regroupées en cinq catégories :

1. Échelle du désir sexuel – aspect dyadique ;
2. Échelle du désir sexuel – aspect individuel ;
3. Questionnaire sur le désir sexuel hypoactif – aspect individuel et cognitif ;
score total ;
4. Questionnaire sur le désir sexuel hypoactif – aspect comportemental ;
5. Questionnaire sur le désir sexuel hypoactif – aspect relationnel.

Le tableau M.4 présente les scores moyens et les écarts-types des cinq variables dépendantes sur les trois questionnaires en fonction du groupe d'appartenance tandis que le tableau M.5 présente les tests t de ces mêmes variables. Les résultats indiquent qu'il existe une différence significative en ce qui a trait à l'aspect comportemental du désir sexuel chez la femme. Les femmes qui ont abandonné ont moins de désir sexuel comportemental que les femmes qui ont répondu à l'ensemble des temps de mesure. Les groupes sont équivalents pour les quatre autres VD.

3.4.2 Étape 1 : comparaison des deux groupes au T₁

Avant d'entreprendre cette série d'analyse, il a été important de s'assurer du postulat de normalité. Tout d'abord, il a été question de vérifier la normalité des distributions pour les cinq échelles de désir sexuel chez les femmes et chez les hommes, pour les 66 couples. D'une façon générale, toutes les courbes respectent le postulat d'asymétrie et le postulat d'aplatissement. Ainsi, aucun couple n'a dû être exclu pour respecter le postulat de normalité.

Par la suite, avant d'entreprendre les analyses qui visent à évaluer l'efficacité du programme d'enrichissement, des analyses préliminaires ont permis de vérifier si les couples des deux groupes présentaient des caractéristiques semblables au moment où ils ont été évalués pour une première fois, c'est-à-dire avant de débiter le programme (GE) ou d'être placés sur une liste d'attente (LA), sur les données sociodémographiques et sur les cinq VD de la présente étude. Si les résultats de cette section démontrent que les couples des deux groupes présentent

des scores semblables aux cinq VD de la présente étude, il sera alors permis de passer à la seconde série d'analyses, car cela indiquera que les groupes sont comparables.

La première série d'analyses de tests t porte sur les 13 données sociodémographiques en fonction du groupe d'appartenance (GE vs LA). Ces analyses examineront l'âge des sujets, le statut civil, la durée de vie commune, la durée de la retraite, le nombre et l'âge des enfants, l'occupation principale, la scolarité et le revenu. Des tests t seront donc effectués afin de comparer les données de type continues (ex : âge), et des tests de khi-carré afin d'examiner les données de type nominales (ex : statut civil).

Le tableau M.1 présente les scores moyens et les écarts-types des données sociodémographiques en fonction du groupe d'appartenance et du sexe des sujets. La présentation de ces données se retrouvent à la section 2.4 (participants), les résultats y sont présentés de manière détaillée.

Les résultats de ces analyses n'indiquent aucune différence significative entre les deux groupes sur les deux données nominales suivantes : statut civil, $\chi^2(1, N = 66) = 0,00, n.s.$; enfant qui habite à la maison, $\chi^2(1, N = 66) = 0,00, n.s.$ Les 11 variables continues se sont aussi révélées non significatives. Le tableau M.6 présente les résultats de ces tests t. De par ces résultats, il est permis de conclure que dans l'ensemble les groupes sont homogènes quant aux variables ci-haut décrites.

La seconde série d'analyses se centre sur les cinq VD qui concernent le désir sexuel dans la présente étude. Ces tests t portent sur les données recueillies aux trois questionnaires sur le désir sexuel (voir appendices A, B et C). Dans ces analyses, les VD seront donc regroupées en cinq catégories :

1. Échelle du désir sexuel – aspect dyadique ;
2. Échelle du désir sexuel – aspect individuel ;
3. Questionnaire sur le désir sexuel hypoactif – aspect individuel et cognitif ;
score total ;
4. Questionnaire sur le désir sexuel hypoactif – aspect comportemental ;
5. Questionnaire sur le désir sexuel hypoactif – aspect relationnel.

Pour vérifier l'hypothèse voulant que les deux groupes soient équivalents lors du T₁, dix tests-t ont été effectués sur les cinq VD à l'étude chez les femmes et chez les hommes. Le tableau M.7 présente les scores moyens et les écarts-types des cinq VD en fonction du groupe d'appartenance (GE vs LA) chez les femmes et chez les hommes au T₁. Le tableau M.8 présente les tests-t sur les différences au T₁ pour les cinq VD chez les femmes et chez les hommes.

Ces résultats indiquent que les groupes ne sont pas équivalents sur cinq analyses. Les femmes du GE cotaient 4,31 points de moins au regard du désir individuel-cognitif et cotaient 3,21 points de moins au regard du désir comportemental que les femmes de la LA. De plus, les hommes du GE se différenciaient des hommes de la LA sur trois VD : à l'échelle du désir individuel-cognitif, ils cotaient 4,60 points de moins ; à l'échelle du désir comportemental, 3,88 points de moins ; et à l'échelle du désir relationnel, 3,06 points de moins que les hommes de la LA. Il n'est donc pas possible de conclure que ces deux groupes, à partir de cette première étape d'analyses, sont comparables puisqu'ils diffèrent sur trois VD. Ils ont tout de même des profils de scores semblables aux deux sous-échelles de l'inventaire sur le désir sexuel et aux différentes données sociodémographiques au moment de leur première évaluation. De par ces résultats, il ne sera pas possible de continuer les analyses en tenant compte des cinq VD énumérées au départ puisque ces groupes ne sont pas comparables pour trois hypothèses de recherche. Donc, pour les étapes subséquentes, les deux premières hypothèses de recherche citées dans la section 1.4 seront maintenues.

Suite à cela, deux matrices de corrélations ont été effectuées. La première matrice a permis de vérifier les inter-corrélations entre les deux VD maintenues pour le reste des étapes d'analyses. Les résultats des corrélations entre les deux échelles de désir sexuel au T₁ chez tous les hommes sont de 0,53, et de 0,54 pour les femmes de la présente étude (N = 66). Ces résultats suggèrent qu'il est préférable de procéder à des analyses multivariées puisqu'elles tiennent compte des inter-corrélations fortes entre les deux VD.

La seconde matrice a été effectuée afin de vérifier les corrélations entre les scores des conjoints et des conjointes, entre les deux échelles de désir sexuel au T₁. À titre informatif, on veut voir si le patron de réponse est cohérent entre les partenaires d'un même couple. Les

résultats indiquent que sur les échelles de désir dyadique la corrélation est de 0,16 et de 0,21 pour le désir individuel. Les deux partenaires semblent présenter des patrons de réponse éclatés, ils semblent ne suivre aucune tendance stable. Ces résultats seront discutés dans la section discussion.

Par la suite, la consistance interne (i.e. fidélité) des questionnaires utilisés dans la présente thèse a été vérifiée. Il était important de savoir si les outils utilisés pour évaluer le désir sexuel étaient fiables. Dans le présent échantillon, les coefficients alpha de Chronbach sont les suivants pour la femme : désir dyadique (0,81), désir individuel (0,70), et les suivants pour l'homme : désir dyadique (0,81), désir individuel (0,64). De par ces résultats, les alphas apparaissent adéquats puisqu'ils se situent en général au-delà sinon près de 0,70. Autrement dit, les deux VD présentent une bonne cohérence interne.

En tenant compte du fait que trois hypothèses de recherches ont été exclues, car les deux groupes se différenciaient sur ces VD, et qu'il existe une forte corrélation entre les deux variables de désir sexuel (désir dyadique et désir individuel), une analyse de variance multivariée 2 X 2 selon le schème *groupe* (GE vs LA) X *sexe* (femme vs homme) a été effectuée pour comparer les deux groupes au T₁. Il appert que l'effet groupe de cette analyse est non significatif : $F(2,63) = 0,31, n.s.$. Ainsi, tous sexes confondus, il n'y a pas de différence entre les deux groupes au T₁ pour ces deux VD. Il est ainsi permis de poursuivre les trois prochaines étapes d'analyses.

En ce qui a trait à l'adhérence des thérapeutes aux 12 manuels thérapeutiques, l'écoute des cassettes a permis de conclure qu'ils adhèrent très bien. Plus spécifiquement, l'adhérence est respectée à 96% du temps.

3.4.3 Étape 2 : comparaison du T₁ et T₃ du GE, et du T₁ et le T₂ de la LA

Une première manière d'évaluer l'efficacité d'un traitement consiste à vérifier si les changements survenus après le traitement sont plus grands que les changements survenus en l'absence de traitement (attente de trois mois). Cette étape vise spécifiquement la vérification des deux hypothèses de ce projet de recherche.

Avant de vérifier l'efficacité du traitement, il est important de s'assurer du postulat de normalité. La normalité des distributions pour les deux échelles de désir sexuel chez les femmes et chez les hommes pour les 66 couples a donc été vérifiée. D'une façon générale, toutes les courbes respectent le postulat d'asymétrie et celui d'aplatissement. Ainsi, aucun couple n'a dû être exclu pour respecter le postulat de normalité.

Pour évaluer l'effet du traitement, une analyse de variance multivariée (MANOVA) à mesures répétées a été effectuée selon le schème suivant : 2 temps (T_1 : GE pré-test 1 et LA pré-test 1 vs T_2 : GE post-test 1 et LA pré-test 2) X 2 groupes (traitement immédiat vs liste d'attente) X 2 sexes (femme vs homme), avec le temps et le sexe comme facteurs intra-sujets. Dans ces analyses, les variables dépendantes ont été regroupées en deux catégories : échelle du désir sexuel – aspect dyadique et échelle du désir sexuel – aspect individuel. Le tableau M.9 présente les scores moyens et les écarts-types sur les deux échelles de désir sexuel au T_1 et au T_2 ; le tableau M.10 présente les résultats des différents effets observés lors de la MANOVA.

Les deux figures ci-dessous permettent de visualiser les scores moyens obtenus chez les femmes et chez les hommes entre le T_1 et le T_2 , sur les deux VD à l'étude.

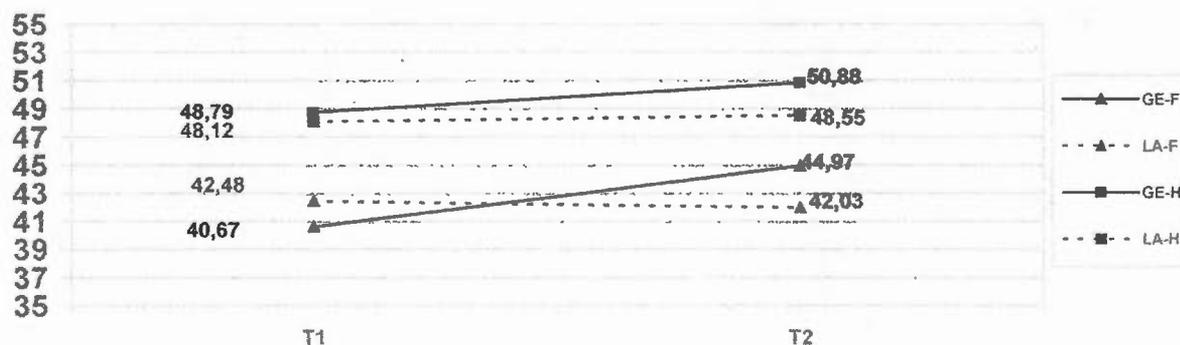


Figure 3.4 Désir dyadique aux T_1 et T_2

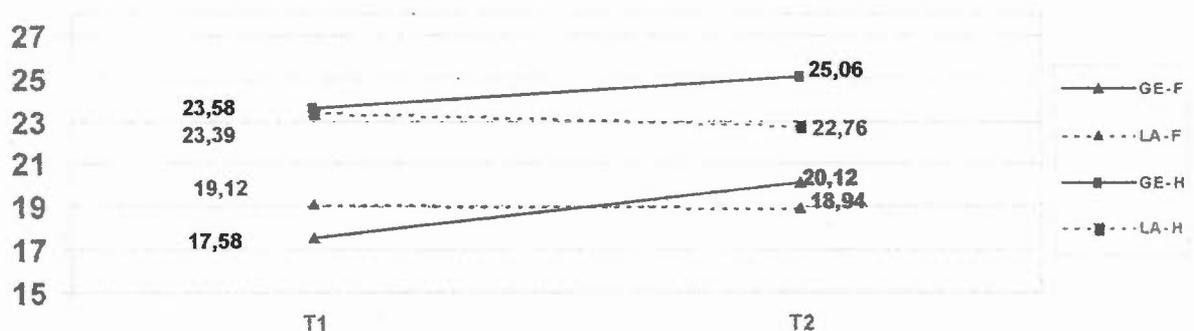


Figure 3.5 Désir individuel aux T₁ et T₂

Les résultats de la MANOVA démontrent qu'il y a un effet principal *sexe* ($F(2,63) = 30,590, p < 0,001$), un effet *temps* ($F(2,63) = 7,284, p < 0,01$) ainsi qu'un effet d'interaction *groupe x temps* ($F(2,63) = 12,254, p < 0,001$).

Pour interpréter ces effets, des analyses univariées ont été effectuées selon le même schème expérimental. L'effet principalement attendu pour confirmer les deux hypothèses de la présente recherche est l'effet *groupe x temps*. En ce qui concerne cet effet *groupe x temps*, les analyses univariées montrent un effet significatif tant sur le désir dyadique ($F(1,64) = 10,81, p < 0,01$) que sur le désir individuel ($F(1,64) = 22,25, p < 0,01$). Cet effet signifie que les couples du GE s'améliorent tant au niveau du désir dyadique que du désir individuel, alors que les couples du groupe LA restent stables. Ainsi, l'effet du traitement est significativement supérieur à l'effet de l'attente de trois mois pour ces deux VD.

En ce qui a trait à l'effet *sexe*, on retrouve un effet significatif tant au niveau du désir dyadique ($F(1,64) = 43,67, p < 0,001$) que du désir individuel ($F(1,64) = 54,50, p < 0,001$). Ces effets signifient que peu importe le temps de mesure et le groupe d'attribution les scores moyens des hommes et des femmes sont significativement différents sur les deux types de désir sexuel. Ces résultats appuient la recension des écrits sur ce sujet puisque les hommes ont en général davantage de désir sexuel que les femmes, et ce, peu importe leur âge (Tremblay, sous presse).

Au regard de l'effet *temps*, on retrouve un effet significatif tant au niveau du désir dyadique ($F(1,64) = 10,61, p < 0,01$) que du désir individuel ($F(1,64) = 9,76, p < 0,01$). Ces effets significatifs démontrent que tous sexes et tous groupes confondus, il y a une différence significative entre le T_1 et le T_2 . Ce qui importe ici, c'est de vérifier si ces différences vont dans le sens de l'hypothèse attendue, c'est-à-dire une amélioration du GE. Il est ainsi possible de formuler l'hypothèse selon laquelle le GE se serait suffisamment amélioré, alors que la LA serait demeurée stable ; au-delà du fait que les groupes et les sexes ont été confondus, l'amélioration reste significative entre le T_1 et le T_2 . D'autant plus que les effets *groupe* x *temps* se sont avérés significatifs pour ces deux VD. Les figures 3.4 et 13.5 montrent ces résultats.

Plus spécifiquement, en ce qui a trait au désir dyadique, après leur participation au programme, les femmes du GE cotaient 4,31 (44,98 – 40,67) points de plus et les hommes du GE cotaient 2,09 (50,88 – 48,79) points de plus. Comparée à l'écart type obtenu dans l'étude de Tremblay (sous presse), cette amélioration correspondrait à 0,44 écart type de gain pour les femmes (écart type = 9,7), ce qui représente d'avoir presque atteint un seuil d'une taille d'effet moyen (Cohen, 1988). Pour les hommes (écart type = 7,4), cela correspondrait à 0,28 écart type de gain, ce qui représenterait un seuil de taille d'effet petit (Cohen, 1988). Les résultats sur les moyennes de désir dyadique et individuel obtenues dans l'étude de Tremblay (sous presse) sont disponibles en appendice L.

De plus, les femmes du GE cotaient 2,54 (20,12 – 17,58) points de plus et les hommes du GE cotaient 1,48 (24,82 – 23,48) points de plus pour le désir sexuel individuel. Comparée à l'écart type obtenu dans l'étude de Tremblay (sous presse), cette amélioration correspondrait à 0,58 écart type de gain pour les femmes (écart type = 4,2), ce qui représente d'avoir atteint un seuil d'une taille d'effet moyen (Cohen, 1988); pour les hommes (écart type = 5,9), cela correspondrait à 0,22 écart type de gain, ce qui représenterait un seuil de taille d'effet petit (Cohen, 1988).

Il est ainsi possible de conclure cette étape d'analyse en disant que les hypothèses de cette étude ont été rencontrées en partie puisque le groupe expérimental s'améliore sur les deux VD, alors qu'en l'absence de traitement, le groupe LA reste stable.

3.4.4 Étape 3 : Comparaison du T₃, T₄ et T₅

Une autre manière d'évaluer l'efficacité du programme est d'examiner si les effets observés suite au traitement se maintiennent dans le temps. Pour ce faire, il faut d'abord regarder s'il n'existe des différences entre les groupes ; s'il n'y en a pas, alors on éliminera ce facteur de cette étape. Ensuite, on vérifie si les gains se maintiennent pour tous les couples de l'étude.

Dans un premier temps, l'effet du traitement aux T₃, T₄ et T₅ a été évalué à l'aide d'une analyse de variance multivariée à mesure répétée selon le schème suivant : 3 *temps* (T₃, T₄ et T₅) X 2 *groupes* (traitement immédiat vs liste d'attente) X 2 *sexes* (femme vs homme), avec le temps et le sexe comme facteurs intra-sujets. Dans ces analyses, les variables dépendantes ont été les suivantes : échelle du désir sexuel – aspect dyadique et échelle du désir sexuel – aspect individuel. Dans cette analyse, le facteur groupe permet de déterminer si l'effet du traitement au T₃, T₄ et un an après le début du programme diffère selon que le couple ait été placé ou non en liste d'attente. Des effets non significatifs ont permis d'analyser les données indépendamment du groupe, car celui-ci n'a pas d'influence sur les VD. Le tableau M.11 présente les scores moyens et les écarts-types sur les deux échelles de désir sexuel aux T₃, T₄ et T₅.

Les résultats de cette analyse démontrent un effet principal *groupe* non significatif ($F(2,63) = 0,18, n.s.$) ainsi que des effets d'interactions *groupe x sexe* ($F(2,63) = 0,84, n.s.$), *groupe x temps* ($F(4,61) = 0,44, n.s.$) et *groupe x sexe x temps* ($F(4,61) = 0,24, n.s.$) non significatifs. Cet ensemble d'effets non significatifs justifie de reprendre les analyses sans le facteur *groupe*.

Une seconde analyse de variance multivariée a été effectuée selon le schème suivant : 3 *temps* (T₃, T₄ et T₅) X 2 *sexes* (femme vs homme), avec le temps et le sexe comme facteurs intra-sujets. Dans ces analyses, les variables dépendantes sont les suivantes : échelle du désir sexuel – aspect dyadique et échelle du désir sexuel – aspect individuel. Les effets retrouvés lors de cette analyse seront interprétés à l'aide d'analyses de variance univariées selon le même schème expérimental. Le but de cette analyse est d'observer si les couples évoluent ou non de la même façon, et ce, sur quelle variable spécifiquement.

Les résultats de cette MANOVA démontrent un effet *sexe* ($F(2,64) = 43,20, p < 0,001$) et un effet *temps* ($F(4,62) = 10,49, p < 0,001$) significatifs mais un effet *sexe x temps* ($F(4,62) = 1,63, n.s.$) non significatif.

Pour interpréter les effets qui se sont avérés significatifs lors de la MANOVA, des analyses univariées ont été effectuées selon le même schème expérimental. En ce qui concerne l'effet *sexe*, il est significatif tant pour le désir dyadique ($F(1,65) = 66,18, p < 0,001$) qu'individuel ($F(1,65) = 68,31, p < 0,001$). Peu importe le temps de mesure, les hommes ont toujours plus de désir dyadique et de désir individuel que les femmes. Les figures 13 et 14 démontrent ces différences entre les hommes et les femmes.

Au regard de l'effet *temps*, il est significatif tant pour le désir dyadique ($F(2,130) = 19,45, p < 0,001$) qu'individuel ($F(2,130) = 12,60, p < 0,001$). Cela signifie que tous sexes confondus, entre le T₃ et le T₄, il existe une différence, c'est-à-dire que le désir sexuel diminue et qu'entre le T₄ et le T₅, on observe un effet de plancher. Les figures 3.6 et 3.7 montrent ces résultats.

Ainsi, les deux hypothèses de recherche sont en parties non rencontrées puisque les gains thérapeutiques ne se maintiennent pas dans le temps.

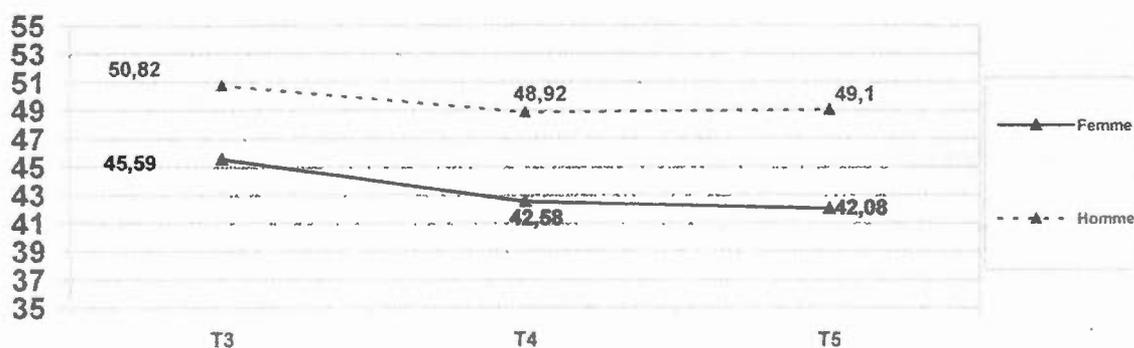


Figure 3.6 Désir dyadique aux T₃, T₄ et T₅ tous groupes confondus

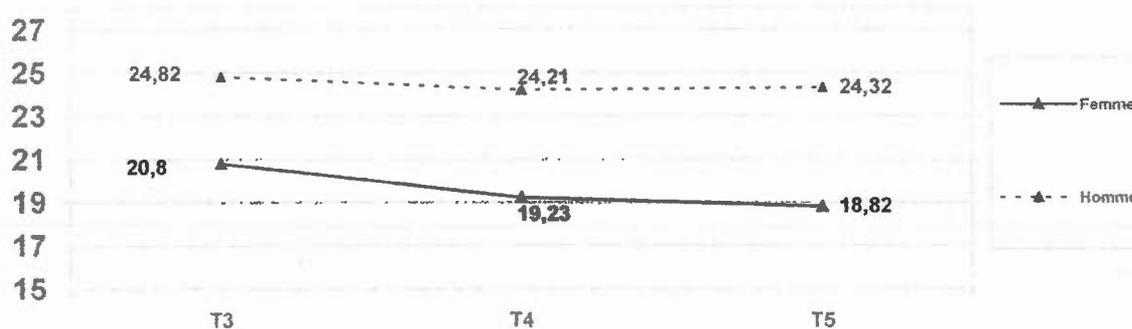


Figure 3.7 Désir individuel aux T₃, T₄ et T₅ tous groupes confondus

3.4.5 Étape 4 : comparaison du T₁ et du T₅

La dernière manière de mesurer l'efficacité du programme d'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle chez des couples retraités est d'évaluer si les changements survenus après le traitement se maintiennent un an plus tard.

L'effet du traitement est évalué dans un premier temps par une analyse de variance multivariée à mesure répétée selon le schème suivant : 2 temps (T₁ vs T₅) X 2 groupes (traitement immédiat vs liste d'attente) X 2 sexes (femme vs homme), avec le temps et le sexe comme facteurs intra-sujets. Si, lors de cette analyse, l'effet principal de groupe et les effets d'interactions impliquant le groupe sont non significatifs, il est alors justifié d'enlever le facteur groupe. Cela permet d'augmenter la puissance des analyses puisqu'on récupère un degré de liberté. Les effets retrouvés lors de cette analyse sont par la suite analysés à l'aide d'analyses de variance univariées à mesure répétée selon le même schème expérimental. Le but de cette analyse est d'observer spécifiquement sur quelle variable les hommes et les femmes maintiennent ou non leur gain un an après avoir participé au programme.

Les résultats démontrent que, lors de la MANOVA (2 x 2 x 2) l'effet principal *groupe* ($F(2,63) = 0,20, n.s.$), l'effet d'interaction *groupe x sexe* ($F(2,63) = 0,95, n.s.$), l'effet d'interaction *groupe x temps* ($F(2,63) = 0,20, n.s.$) ainsi que l'effet d'interaction *groupe x temps x sexe* ($F(2,63) = 0,34, n.s.$) se sont tous révélés non significatifs.

Les résultats cités ci-haut justifient une seconde MANOVA selon le schème suivant : 2 temps (T_1 vs T_5) X 2 sexes (femme vs homme), avec le temps et le sexe comme facteurs intra-sujets. Lors de cette analyse, l'effet principal *sexe* ($F(2,64) = 48,48$, $p < 0,001$) s'est révélé significatif, mais l'effet principal *temps* ($F(2,64) = 2,70$, *n.s.*) et l'effet d'interaction *temps x sexe* ($F(2,64) = 0,21$, *n.s.*) se sont révélés non significatifs.

En ce qui concerne l'effet *sexe* significatif, lors de l'analyse de variance univarié, tant le désir dyadique ($F(1,65) = 75,59$, $p < 0,001$) qu'individuel ($F(1,65) = 73,37$, $p < 0,001$) se sont révélés significatifs. Entre le T_1 et le T_5 , tous temps confondus, les hommes ont manifesté davantage de désir dyadique et individuel que les femmes.

En ce qui a trait à l'effet *temps* non significatif, entre le T_1 et le T_5 , tous sexes confondus, les couples ne se sont pas améliorés suffisamment pour que cela soit significatif. Autrement dit, les couples n'ont pas maintenus les gains observés lors de la première relance (T_3).

De plus, en ce qui concerne l'effet d'interaction *temps x sexe*, il n'y a pas d'amélioration spécifique à un sexe ou à un autre.

Ces résultats ne permettent donc de confirmer qu'en partie les deux hypothèses de recherche, puisque les gains ne se sont pas maintenus. Les figures 3.8 et 3.9 montrent ces résultats.

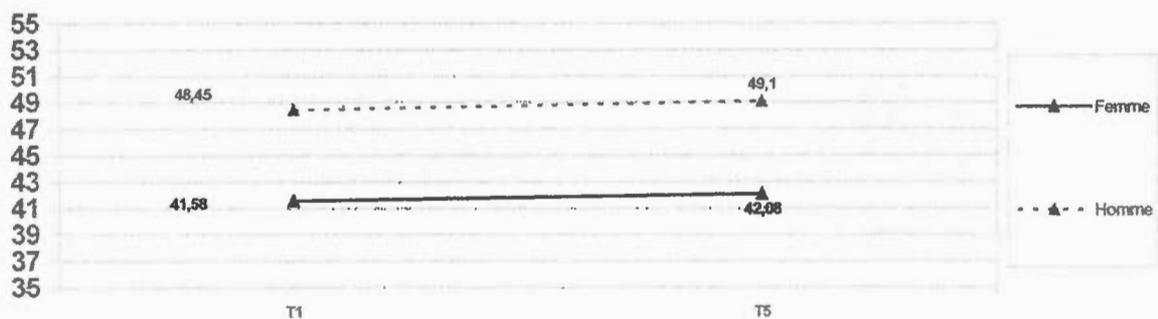


Figure 3.8 Désir dyadique aux T_1 et T_5 , tous groupes confondus

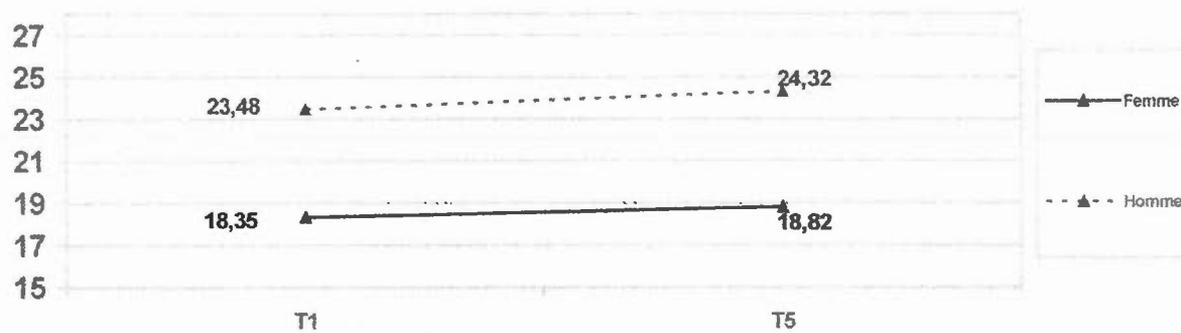


Figure 3.9 Désir individuel aux T₁, et T₅ tous groupes confondus

CHAPITRE IV

DISCUSSION

4.1 VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

Dans cette section, seront présentés les deux hypothèses de cette étude ainsi que les résultats pour chacune des quatre étapes d'analyses en fonction de celles-ci.

Hypothèse 1 : Les couples traités rapporteront une amélioration des aspects dyadiques du désir sexuel (l'échelle des aspects dyadiques du Questionnaire sur le Désir Sexuel) après le programme, en plus de se distinguer significativement des scores des couples non traités à ces mêmes dimensions et moments d'évaluation. De plus, il y aura, aux évaluations de suivi (T₄ et T₅), un maintien des dimensions améliorées.

Hypothèse 2 : Les couples traités rapporteront une amélioration des aspects individuels du désir sexuel (l'échelle des aspects individuels du Questionnaire sur le Désir Sexuel) après le programme, en plus de se distinguer significativement des scores des couples non traités à ces mêmes dimensions et moments d'évaluation. De plus, il y aura, aux évaluations de suivi (T₄ et T₅) un maintien des dimensions améliorées.

Étape 1 : Lorsqu'il a été question de vérifier l'équivalence des groupes GE vs LA, ceux-ci se sont différenciés en ce qui a trait à cinq analyses en lien avec les VD. Les femmes et les hommes du GE ont démontré plus de désir cognitif et comportemental que les femmes et les hommes du GE. Ces résultats, correspondant à une non équivalence des deux groupes lors du T₁, ont occasionné l'élimination de ces trois VD de la présente étude qui correspondaient à la fois à deux questionnaires. Lors de la seconde MANOVA, les groupes se sont avérés équivalents, tant sur le désir dyadique qu'individuel.

Fait intéressant, la seconde matrice de corrélation a démontré que les couples qui répondaient à l'échelle du désir sexuel avaient des patrons de réponses éclatés. À ce sujet, dans les écrits scientifiques (Trudel, 2000), il est dit que lorsque des couples consultent pour un problème de désir sexuel, c'est généralement le cas puisqu'un des membres du couple se plaint du manque de désir de son partenaire. De plus, pour les individus de la population en général, le désir, comme toutes les caractéristiques psychologiques individuelles, varie en fonction des individus et, vraisemblablement selon une courbe normale. La probabilité que deux individus qui se rencontrent aient le même niveau de désir est donc faible. Ce résultat n'est pas particulièrement étonnant selon les experts dans le domaine du désir sexuel. Donc, les sujets de cette étude correspondaient à la population en général.

Étape 2 : Cette étape a permis d'établir qu'à court terme, le programme a eu un impact positif sur le désir dyadique et individuel pour les couples du GE comparativement aux couples placés sur une liste d'attente de trois mois. La première partie de l'hypothèse 1 et de l'hypothèse 2 de cette recherche suggère que les couples traités rapporteraient une amélioration de l'aspect dyadique et de l'aspect individuel du désir sexuel après le programme, en plus de se distinguer significativement des scores des couples non traités à ces mêmes dimensions et moments d'évaluation.

L'effet principal *temps* trouvé significatif, démontre que tous les couples du GE se seraient suffisamment améliorés aux deux dimensions du désir pour que subsiste une différence entre les deux groupes. De plus, l'effet d'interaction *groupe x temps* trouvé significatif démontre que les couples du GE se sont améliorés en ce qui a trait au désir sexuel dyadique et individuel comparativement aux couples de la LA placés sur la liste d'attente de trois mois.

Fait intéressant est que les gains des femmes seraient plus importants que ceux des hommes. Le fait que les femmes se soient davantage améliorées pourrait s'expliquer par le fait que les hommes en général avaient au départ (T_1) une intensité du désir sexuel dyadique et individuel plus grande que celles des femmes, et qu'il serait difficile d'améliorer le désir sexuel lorsqu'au départ l'intensité est grande.

En résumé, les deux effets, d'interaction *groupe x temps* et principal *temps*, ont permis de conclure à l'efficacité du programme à court terme pour améliorer le désir sexuel individuel et cognitif, tant chez les femmes que chez les hommes du GE.

Étape 3 : Cette étape d'analyses avait pour but de vérifier si les gains observés suite à la participation des couples au programme d'enrichissement se maintenaient dans le temps. La seconde partie de hypothèse 1 et 2 de cette recherche stipulait que les couples traités manifesteraient, lors des évaluations de suivi, un maintien de leurs gains en ce qui a trait au désir sexuel dyadique et individuel. Malheureusement, les résultats obtenus lors des analyses ne permettent pas de confirmer cette seconde partie de l'hypothèse 1 et 2.

Plus spécifiquement, malgré que l'effet principal *temps* se soit révélé significatif pour les deux dimensions du désir, il n'allait pas dans le sens des deux hypothèses de recherche. En effet, on observe un déclin du désir sexuel dyadique et individuel au lieu d'une amélioration entre ces trois temps de mesure. La figure 4.1 témoigne de la diminution de l'intensité du désir dyadique dans le temps. Plus précisément, on observe entre le T₃ et le T₄ une diminution du désir dyadique de 3,01 points pour les femmes et de 1,90 points pour les hommes ; entre les T₄ et T₅, on observe une diminution de 0,50 points pour les femmes et une très légère augmentation non significative de 0,18 point pour les hommes, ce qui représente un effet de plancher pour ces derniers. Pour sa part, la figure 4.2 témoigne de la diminution de l'intensité du désir individuel dans le temps. Plus précisément, on observe entre le T₃ et le T₄ une diminution du désir individuel de 1,57 points pour les femmes et de 0,61 point pour les hommes. Entre T₄ et le T₅, on observe une diminution de 0,41 point pour les femmes et une très légère augmentation non significative de 0,11 point pour les hommes, ce qui représente un effet de plancher pour ces derniers.

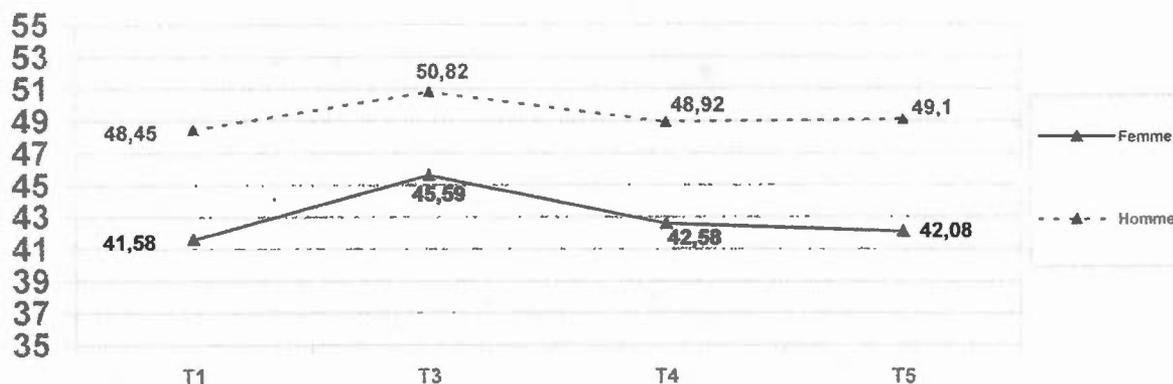


Figure 4.1 Désir dyadique au T₁, T₃, T₄ et T₅ tous groupes confondus

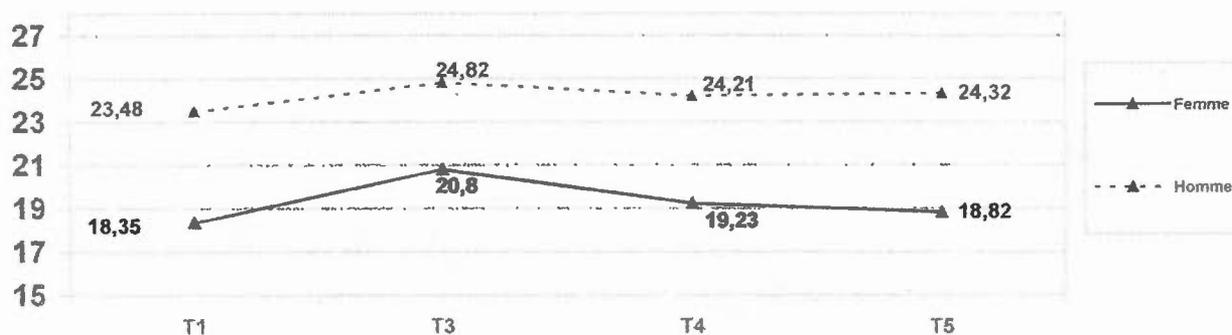


Figure 4.2 Désir individuel au T₁, T₃, T₄ et T₅ tous groupes confondus

Ceci permet de conclure que, malheureusement, les gains sur l'intensité du désir dyadique ne se maintiennent pas dans le temps. Ainsi, le programme n'a pas d'impact à long terme au regard du désir sexuel dyadique et individuel.

Étape 4 : Cette dernière étape d'analyses statistiques avait pour but d'évaluer si le programme d'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle avait permis de maintenir les gains thérapeutiques au bout d'un an. Pour ce faire, ont été examinés les changements entre le T₁ et le T₅. Cela a permis d'analyser les gains résiduels et d'estimer si l'absence de maintien observé à l'étape 3 est tel que les couples en soient revenus à leur niveau de base du premier

moment de mesure (T_1) avant l'intervention thérapeutique. La seconde partie de l'hypothèse 1 et 2 de cette recherche stipulait qu'il y aurait un maintien des gains dans le temps à la dimension du désir sexuel dyadique et individuel. Malheureusement, les deux effets attendus, l'effet principal *temps* et l'effet d'interaction *temps x sexe* qui auraient permis de confirmer l'efficacité de ce programme, se sont révélés non significatifs.

Plus précisément, l'intensité du désir sexuel dyadique a subi un déclin tel que les gains résiduels étaient devenus non significatifs. En effet, on observe entre le T_1 et T_5 de la figure 4.1 un gain résiduel de 0,50 point pour les femmes et de 0,65 point pour les hommes, ce qui est pour la présente étude considéré non significatif. En ce qui concerne le désir individuel, on observe entre le T_1 et T_5 de la figure 4.2 un gain résiduel de 0,47 point pour les femmes et de 0,84 point pour les hommes, ce qui, encore une fois, est non significatif. Le programme d'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle n'a pas été suffisamment efficace pour que ce maintiennent au bout d'un an les résultats obtenus lors du T_3 , ni même des gains résiduels significatifs.

En conclusion de ces quatre étapes d'analyses statistiques, le programme d'enrichissement a été efficace à court terme pour les couples puisque, lorsqu'on a comparé les T_1 et T_3 , un effet principal *temps* et un effet d'interaction *groupe x temps* se sont avérés significatifs, tant pour le désir sexuel dyadique qu'individuel. Par contre, ces gains ne se sont pas maintenus autant lorsqu'on compare les scores des trois relances (T_3 , T_4 et T_5) que lorsqu'on compare les scores des couples avant leur participation au programme et un an après le programme (T_1 vs T_5), et ce, tant au niveau du désir sexuel dyadique qu'individuel.

4.2 ANALYSE CRITIQUE DE L'EFFET DU PROGRAMME

Afin de permettre au lecteur une analyse plus critique de l'effet du programme sur le désir sexuel des couples retraités, il semble important de tracer le profil de ces couples avant leur participation à ce programme.

Pour participer à cette étude, les femmes et les hommes ne devaient démontrer aucun problème important, tant physique que psychologique. Ils ne devaient pas démontrer de symptômes dépressifs importants, non plus de symptômes anxieux importants. De plus, deux

questionnaires spécifiques permettaient de refuser les participants qui consommaient de l'alcool (MAST) ou de la drogue (SCID-IV) d'une manière excessive. Finalement, chaque membre du couple devait démontrer un ajustement dyadique convenable selon l'inventaire d'ajustement dyadique de Spanier.

Ainsi, chaque participant devait démontrer, au départ, une bonne santé psychologique, tant sur le plan personnel que conjugal. Le profil des couples recherchés était donc très spécifique et l'objectif d'améliorer la qualité de vie chez des couples retraités tant sur le plan conjugal que sexuel, était de grande envergure. D'une part, on désirait améliorer la qualité de vie chez des couples qui, au départ, étaient satisfaits d'une façon générale et, d'autre part, prévenir les problèmes lors de la retraite.

En ce qui a trait à la présente thèse doctorale, elle visait à évaluer le désir sexuel chez des couples qui, au départ, n'avaient pas de problèmes et qui démontraient une vie conjugale satisfaisante. Ceci peut, en quelque sorte, expliquer pourquoi les gains ne se sont pas maintenus car les participants étaient déjà satisfaits de leur vie de couple. De plus, lorsqu'on compare le désir individuel et dyadique des femmes et des hommes de la présente étude au T₁ à ceux dans l'article de Tremblay (sous presse), on observe que les femmes et les hommes de son étude ont un peu plus de désir sexuel en général. Par contre, les hommes de la présente étude démontrent un peu plus de désir individuel au T₁ que les hommes dans l'étude de Tremblay (sous presse). De par ces faits, on peut prétendre que les couples de la présente étude démontrent au départ une intensité du désir (i.e. dyadique et individuel) satisfaisante. Cela peut en partie expliquer le retour au niveau de base au T₅ du désir sexuel.

Ainsi, le besoin d'investir leur vie sexuelle ou plus spécifiquement d'améliorer leur désir sexuel individuel et dyadique pouvait ne pas être un objectif suffisamment important pour maintenir les comportements sexuels qui avaient été abordés tout au long de ce programme : que ce soit les comportements initiés lors de la pratique des exercices de sensibilisation corporelle du *sensate focus*, des exercices d'intimité sexuelle de McCarthy, des exercices liés à la fantasmagorie sexuelle ou encore du travail cognitif proposé dans le modèle ABC d'Ellis pour améliorer les pensées (i.e. mythes sexuels) qui vont dans le sens d'une sexualité saine. Autrement dit, pourquoi améliorer son désir sexuel si, au départ, on est satisfait ?

Autre indice significatif, lorsque les couples sont venus à la relance d'un an, un atelier de deux heures leur a été donné afin qu'ils se remémorent les habiletés enseignées tout au long des 12 rencontres ; à cette session, beaucoup de couples ont mentionné avoir arrêté de pratiquer ces exercices par manque de temps. Il semble donc permis de dire qu'améliorer le désir sexuel chez des couples qui sont déjà satisfaits n'apparaît pas être un objectif thérapeutique assez important pour accorder priorité aux exercices sur d'autres activités et pour maintenir dans le temps des comportements qui vont dans le sens de l'intensité du désir sexuel dyadique et individuel obtenue au T₃.

Par ailleurs, l'évolution humaine étant un fait indéniable, les besoins sexuels se transforment dans le temps, le désir sexuel diminuerait graduellement avec l'âge d'une façon normale (i.e. changements associés aux phases de la réponse sexuelle en vieillissant) ; on peut alors se demander si, avec le temps, la fréquence des activités sexuelles en solitaire ou avec son partenaire deviendraient moins importantes que la qualité de celles-ci ? À ce sujet, Badeau et Bergeron (1997) mentionnent que les personnes âgées ont besoin d'intimité, de se sentir attirantes, de sécurité émotionnelle et d'une présence significative. Ceci est différent du besoin d'avoir de fréquentes activités sexuelles. Il semble que les besoins sexuels se transforment en des besoins liés davantage à une intimité non sexuelle. Sans vouloir dire que les besoins sexuels disparaissent, ils se transformeraient plutôt au fur et à mesure du vieillissement, et ce, d'une manière très saine. Donc, évaluer spécifiquement l'intensité du désir sexuel était peut-être un objectif plus ou moins approprié pour les couples retraités. La présente thèse ne mesurant pas les aspects de l'intimité et la qualité des relations sexuelles, un éventuel questionnaire spécifique à ces dimensions serait nécessaire pour de futures recherches sur ce sujet. En effet, il aurait été intéressant de mesurer la satisfaction sexuelle car cela aurait permis d'évaluer l'importance de la sexualité de chacun des membres du couple. Le questionnaire sur l'évaluation de la satisfaction sexuelle (Hudson, Harrison et Crosscup, 1981), évalue différentes dimensions telles l'importance de la sexualité, la qualité des activités sexuelles et le plaisir ressenti. Ces données auraient peut-être permis de mieux cerner la réalité de la vie sexuelle et du désir des couples de cette étude. L'impact à long terme aurait peut-être pu être cerné par l'ajout de ce questionnaire.

Malgré tout, des hypothèses pour des recherches futures sont intéressantes à soulever afin d'essayer de comprendre pourquoi les gains liés au désir sexuel dyadique et individuel ne se maintiennent pas dans le temps. Puisqu'à la première relance (T_1 vs T_3), on a observé une amélioration significative du désir sexuel pour ces deux dimensions, on peut se demander ce qui a contribué à cette amélioration. Est-ce que le fait de se retrouver en petits groupes à toutes les semaines pendant trois mois, d'avoir à pratiquer entre les rencontres des exercices liés à chaque séance communément appelée les devoirs thérapeutiques ou encore d'avoir bénéficié de deux intervenants ont permis de renforcer la motivation des couples à pratiquer ces exercices tout au long du programme d'enrichissement ? Est-ce que ces éléments ont été des facilitateurs pour améliorer le désir sexuel ? Est-ce que le fait de se retrouver sans cadre thérapeutique après le programme a contribué à la diminution graduelle de la motivation des couples à investir leur désir sexuel pour finalement retourner presque au niveau de base un an après leur participation au programme ? En effet, dans des recherches ultérieures, il serait intéressant d'intégrer dans le processus d'évaluation des gains, une rencontre brève qui permettrait de faire un retour sur les différentes interventions présentées durant les ateliers. Par la suite, mesurer trois mois ou six mois plus tard si cela a un impact. Cela pourrait permettre d'avoir une meilleure compréhension de la vie sexuelle des personnes retraitées. Ainsi, il est fort probable que cela permettrait de répondre en partie aux questions qui restent maintenant sans réponse.

De plus, il est possible que ce programme multimodal cognitivo-comportemental de trois mois aurait eu plus d'impact à long terme s'il aurait été échelonné sur une plus longue période. Il est possible que les gains ne se soient pas cristallisés, car trop de matériel thérapeutique était présenté en trop peu de temps. Est-ce que le fait de changer certaines modalités (i.e. répartir le programme sur une plus longue période de temps) de ce programme permettrait d'avoir un impact à plus long terme sur le désir sexuel ? Autant de questions sans réponses mais qui ouvrent la porte pour des recherches futures.

Par ailleurs, il est important de souligner que ce programme n'avait pas pour objectif premier d'améliorer le désir sexuel, mais plutôt de prévenir les problèmes pendant la retraite. Si ce programme avait eu comme objectif premier de prévenir le déclin du désir sexuel, aurait-il eu plus d'impact sur le désir sexuel chez les couples âgés de plus de 55 ans ? Il aurait, à tout le

moins, cerné les questions précédentes dans ses questionnaires post-test. De plus, les couples de la présente étude avaient-ils eux-mêmes comme objectif d'améliorer leur désir sexuel ? Toutes ces questions apparaissent importantes à considérer pour expliquer le non maintien des gains dans le temps. Par ailleurs, certains couples mentionnaient lors de la première rencontre qu'ils venaient pour améliorer leur vie conjugale, d'autres, leur vie sexuelle. Si ce programme avait eu comme objectif d'améliorer le désir sexuel, les participants de cette étude auraient-ils été différents ? Les couples non intéressés à améliorer leur vie sexuelle n'y auraient peut-être pas participé. En pareil cas, on peut se demander si les gains auraient été plus importants et s'ils se seraient davantage maintenus dans le temps car seuls les couples motivés à améliorer leur vie sexuelle aurait participé à ce programme.

Finalement, comme on a pu le constater, avant de débiter le programme, les femmes cotaient moins que les hommes sur les deux dimensions du désir sexuel. Effectivement, en ce qui concerne l'échelle du désir sexuel dyadique, les hommes avaient plus tendance à avoir envie d'être caressés et de caresser leurs partenaires ou encore de faire des avances sexuelles à leurs partenaires. De plus, en ce qui a trait à l'échelle du désir sexuel individuel, les hommes avaient plus tendance que les femmes à avoir envie de se masturber ou de feuilleter des revues ou encore de regarder des films excitants sexuellement. Les résultats de cette étude corroborent la recension des écrits de la présente thèse doctorale. Ce profil des couples québécois retraités est représentatif de celui retrouvé dans la population en général. En effet, les hommes ont en général plus de désir sexuel que les femmes, et ce, peu importe leur âge. De plus, le TBDS semble être un trouble associé plus particulièrement aux femmes puisqu'il est rare que les hommes consultent pour de trouble. Les hommes vont davantage consulter pour un trouble érectile ou pour un trouble de l'éjaculation (Trudel, 2000). D'une part, on peut penser que les rôles traditionnels des hommes et des femmes pourraient avoir alimenté l'écart de désir sexuel entre les sexes. D'autre part, les femmes en vieillissant ont moins de désir car elles se sentent moins belles (Nappi et *al.*, 2001) et deviennent moins permissives en ce qui a trait à la masturbation (McIntosh, 1978). En tant que clinicien on peut se poser les questions suivantes. Est-ce que les rôles traditionnels de passivité de la femme et d'initiative sexuelle masculine peuvent avoir contribué à l'écart de désir sexuel entre les partenaires âgés de plus de 55 ans ? Est-ce que les hommes acceptent mieux les changements physiques qui se

déroulent en vieillissant que les femmes ? Comment expliquer cette différence sans penser aux rôles traditionnels où entre autre la maternité a été renforcée au détriment de la féminité ! Il est vrai que l'éducation et les valeurs véhiculées peuvent avoir joué un rôle dans l'écart de désir entre les hommes et les femmes de cette génération et que c'est entre autre pour cela qu'on retrouve, tout au long de ces étapes, un effet principal *sexe* significatif. Toutefois, des explications éprouvées demeurent nécessaires pour mieux comprendre la réalité des femmes retraitées, que l'on pense au facteur biologique, la ménopause et ses impacts sur la sexualité et sur le désir sexuel. Malgré que les personnes éligibles à cette étude devaient être en santé physique, il semble important de tenir compte du facteur biologique. Si ce programme était adapté pour des couples retraités ayant une problématique de TBDS chez l'un des membres, il serait intéressant d'approfondir plus intensément l'intervention sur ces facteurs psychologiques et biologiques qui diminuent le désir sexuel.

4.3 REVUE DES OBJECTIFS ET DES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

La présente thèse doctorale s'est inscrite dans le cadre d'un projet plus vaste, subventionné par la SQRSC. Celui-ci avait pour objectif d'évaluer un programme d'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle chez des couples retraités (*Vie de Couple et Bien Vieillir*) sur plusieurs dimensions : la qualité de la communication, la résolution des conflits, l'expression des émotions, l'intimité sexuel et non sexuel. De plus, il partageait avec ce programme d'enrichissement un but commun : prévenir les problèmes conjugaux des couples pendant la retraite.

À l'intérieur de ce projet, la présente thèse doctorale avait, pour sa part, l'objectif principal d'évaluer la capacité des couples retraités à améliorer leur désir sexuel suite à la participation à ce programme. Elle a ainsi permis de répondre à des interrogations posées tant par les chercheurs que par les cliniciens intéressés à améliorer la santé sexuelle des aînés au Québec. C'est donc à partir de l'élaboration d'un programme d'enrichissement multimodal d'approche cognitive-comportementale que cette étude a mesuré spécifiquement l'efficacité de ce dit programme sur les dimensions dyadique et individuel du désir sexuel. Il est donc souhaité que cette étude permette de faire la lumière sur plusieurs mythes ou fausses idées qui entourent la qualité de la vie sexuelle des couples âgés de plus de 55 ans. En fait, malgré qu'il

n'ait pas été possible d'avoir un impact à long terme sur l'intensité du désir sexuel, il apparaît intéressant de continuer la recherche dans ce domaine. Fait certain, il est possible d'améliorer le désir sexuel des personnes âgées. Comme Badeau et Bergeron (1997) l'ont mentionné, la vie sexuelle se transforme avec le vieillissement, mais ne se dissipe qu'à la mort de l'être humain ; les besoins se transforment et changent dans le temps. Par contre, les moyens utilisés pour améliorer et évaluer le désir sexuel dans cette étude peuvent, tout de même, être questionnés comme il en a été discuté dans la section précédente. Deux hypothèses de recherche avaient donc été posées, elles étaient basées sur le questionnaire suivant : l'Échelle du Désir Sexuel (ÉDS). En général, il a été possible d'améliorer le désir sexuel dyadique et individuel, tant chez les femmes que chez les hommes âgés de plus de 55 ans, mais les gains ne se sont pas maintenus dans le temps. Ainsi, les deux hypothèses de recherche ont été partiellement rencontrées.

4.4 ANALYSE CRITIQUE DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME EN LIEN AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Il sera question dans cette section de comparer l'efficacité d'autres programmes existants avec le programme d'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle des couples retraités de la présente étude.

Comme il a été mentionné ultérieurement, il existe peu de programmes qui aient tenté d'améliorer la vie sexuelle des personnes âgées de plus de 55 ans. De plus, parmi ces recherches, peu d'entre elles comportent de bonnes qualités méthodologiques (par ex. l'inclusion d'un groupe contrôle, l'assignation aléatoire, matériel thérapeutique structuré en rencontres) et les études d'efficacité de traitement et d'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle sont tout autant très peu nombreuses.

Un des programmes d'éducation pour les personnes âgées qui a inspiré la présente recherche, puisque son contenu et ses buts, au regard de la dimension sexuelle étaient semblables à ceux de *Vie de Couple et Bien Vieillir*, a été élaboré par Fazio (1987). En fait, le but de ce programme était d'aider des personnes âgées à prendre conscience des processus du développement sexuel normal et des changements qui surviennent avec l'âge.

Malheureusement, il n'existe aucune étude d'efficacité et les retombées, suite à la participation à ce programme, ne sont pas citées dans son article.

En somme, les programmes d'enrichissement qui à la fois tiennent compte des variables liées à l'amélioration de la vie conjugale et de la vie sexuelle chez les personnes âgées de plus de 55 ans et font l'objet d'une recherche avec des études d'efficacité sont inexistantes. Dans les paragraphes qui suivent, seront présentés les programmes qui se rapprochent le plus de *Vie de Couple et Bien Vieillir* (VCBV) et des objectifs de la présente thèse doctorale (Markman et al. (1988) ; Aubin (1999) ; Salamon et Charytan (1984) ; Goldman et Carroll (1990) ; Royland et Haynes (1978) ; White et Catania (1982)).

Les deux premières études qui seront citées ici, ont retenu une attention particulière : celle de Markman et de ses collaborateurs (1988), pour son objectif de prévention ; celle d'Aubin (1999), pour son objectif d'améliorer le désir sexuel chez de jeunes couples. Ainsi, tant l'une que l'autre apparaissent intéressantes pour effectuer des liens avec la présente étude.

Markman et ses collègues sont associés aux pionniers dans le domaine de la prévention des problèmes conjugaux chez les jeunes couples. Depuis les années 1970, ils ont été en mesure d'aider bon nombre de couples à vivre une vie conjugale satisfaisante. C'est pourquoi *Vie de Couple et Bien Vieillir* a emprunté le rationnel de cette recherche pour l'appliquer à des couples de longue durée mais récemment retraités. Malgré que ce programme soit plus axé sur l'amélioration de la satisfaction conjugale (i.e. améliorer la qualité de la communication et la résolution des conflits) que sur la satisfaction sexuelle, qu'une seule de leur étude ait évalué la satisfaction sexuelle des jeunes couples et que les résultats de leur étude s'appliquent à de jeunes couples, il semble tout même intéressant d'effectuer des parallèles avec les résultats obtenus dans la présente thèse doctorale, car l'objectif d'amélioration est le même. À l'intérieur de la satisfaction sexuelle, l'intensité du désir sexuel dyadique et individuel joue un rôle important, car le fait d'améliorer le désir sexuel a un impact positif sur la satisfaction sexuelle. D'une façon générale, le programme de prévention élaboré par Markman et ses collaborateurs (i.e. PREP) a eu un impact à long terme (i.e. relance post trois ans) sur la satisfaction sexuelle, alors que la présente étude n'a pas évalué à long terme l'impact de VCBV sur le désir sexuel dyadique et individuel. Par contre, VCBV n'a pas eu

d'impact significatif selon les relances de trois mois et d'un an sur le désir sexuel, tant dyadique qu'individuel. Markman et ses collègues ne mentionnent pas si le PREP a eu un impact à court terme (i.e. pré-test vs post-test) sur la satisfaction sexuelle, non plus s'il y a eu un impact sur la satisfaction sexuelle à la relance d'un an et demi alors que la présente étude a obtenu un impact positif, tant sur le désir sexuel dyadique qu'individuel lors du post-test 1. Il apparaît tout de même important de mentionner qu'il est possible, à long terme, de prévenir l'insatisfaction sexuelle chez de jeunes couples. Pourrait-il en être de même pour les couples de longue durée à la retraite ? On peut se demander, s'il y avait eu une relance à plus long terme, est-ce qu'on aurait été en mesure d'obtenir des résultats similaires ? Autrement dit, est-ce possible qu'à plus long terme le programme *Vie de Couple et Bien Vieillir* aurait pu avoir un impact sur le désir sexuel du fait que les gains obtenus à l'intérieur des autres sphères de leur vie se seraient généralisés jusqu'à la sphère de leur vie sexuelle, plus précisément à leur désir sexuel ? Cette question reste sans réponse, mais il serait intéressant, lors des recherches ultérieures, de vérifier cette hypothèse.

Dans sa thèse de doctorat, Aubin (1999) a évalué l'impact d'un traitement de groupe de type comportemental et cognitif sur le comportement sexuel et l'expérience subjective chez des couples dont la femme présentait un trouble de la baisse du désir sexuel (TBDS). Les participants de cette étude étaient âgés en moyenne de 37,3 ans pour les femmes et de 39,3 ans pour les hommes. Au total, 74 couples ont participé à cette étude, ils ont été répartis aléatoirement entre deux groupes : le groupe traitement et le groupe contrôle. Les couples ont participé à 12 séances de groupe d'une durée de deux heures chacune. L'impact du traitement a été évalué en fonction de trois dimensions : diagnostique, comportementale et subjective. Entre autres, deux instruments de mesures ont été utilisés pour mesurer l'amélioration du désir sexuel suite à la participation à ce programme de traitement du TBDS : l'Inventaire des Comportements Sexuels (ICS) de Audet et Trudel (1985) et l'Inventaire d'Interactions Sexuelles (IIS) de LoPiccolo et Steger (1974). Les résultats ont démontré que le traitement a comporté un impact positif sur la majorité des dimensions mesurées. Globalement, en ce qui a trait à l'ICS, suite à leur participation, les couples ont rapporté une augmentation de l'étendue des activités sexuelles expérimentées et les femmes ont amélioré leur degré de plaisir actuel envers les activités sexuelles. En ce qui concerne l'IIS, les couples ont rapporté

une plus grande satisfaction quant à la fréquence des activités sexuelles, à la congruence dans la perception du plaisir perçu et à l'ensemble de la dynamique sexuelle ; de plus, les conjointes ont rapporté davantage de plaisir vécu et de satisfaction en regard du ratio de plaisir vécu vs celui souhaité pour elles-mêmes, tant après la thérapie que trois mois plus tard. Au regard de l'évaluation à partir des critères diagnostiques, près de la moitié des femmes ne répondaient plus aux critères du TBDS. En effet, lors du pré-test, elles avaient les 6 critères ; lors du post-test, elles avaient 4,1 critères ; lors de la relance de trois mois, elles avaient 4,5 critères. Pour résumer ces résultats, il appert que ce traitement a amélioré l'intensité du désir sexuel chez des femmes âgées en moyenne de 37 ans et ayant un TBDS, et que cela a aussi eu un impact positif sur le désir sexuel de leurs conjoints âgés en moyenne de 39 ans. De plus, globalement ces gains se sont maintenus lors de la relance de trois mois. Ainsi, par les résultats obtenus dans la thèse d'Aubin (1999) et ceux de la présente étude, il semble plausible d'affirmer qu'il est possible d'améliorer le désir sexuel tant chez les femmes que chez les hommes, et ce, peu importe leur âge. Mais, compte tenu que la présente thèse doctorale n'a pas été en mesure d'obtenir des résultats significatifs à long terme comme ce fut le cas dans l'étude d'Aubin (1999), il apparaît tout de même intéressant de souligner que, malgré les gains obtenus, il semble difficile d'améliorer le désir sexuel des femmes âgées en moyenne de 37 ans, et qu'il en est autant pour les femmes âgées de plus de 55 ans.

Maintenant, certains parallèles seront faits entre les résultats obtenus dans la présente thèse et ceux d'études qui ont eu pour objectif d'améliorer la vie sexuelle des personnes âgées de plus de 55 ans, puisqu'aucune étude ne s'est penchée sur l'amélioration du désir sexuel chez les couples retraités.

Salamon et Charytan (1984) ont évalué un programme sur la sexualité pour les personnes âgées : *The Preventive Health Center* (PHC). Les résultats de cette étude démontrent que le fait d'avoir participé à ce programme permet d'avoir moins de tabous et d'être plus en mesure de parler ouvertement de ses besoins sexuels.. Les résultats ont démontré une légère amélioration significative entre le pré-test et le post-test à ce sujet. Par contre, il n'existe pas de relance à plus long terme, non plus de groupe contrôle pour comparer leurs résultats à ceux de la présente étude. Ainsi, comme dans la présente thèse, il existe un impact à court terme positif. On peut donc penser que l'amélioration de l'ouverture à l'expression de ses

besoins et la diminution des tabous peuvent avoir un effet positif sur l'amélioration du désir sexuel dyadique et individuel des personnes âgées de plus de 55 ans. Par contre, ce programme n'est pas de type conjugal et les liens qu'il semble possible de faire avec l'amélioration du désir sexuel à partir du programme VCBV semblent limités. Chose certaine, il existe un besoin chez les personnes âgées d'améliorer leur qualité de vie sexuelle, cela devrait avoir un impact positif sur le désir sexuel. Malgré les lacunes qui existent dans la méthodologie de l'étude de Salomon et Charytan (1984), améliorer la vie sexuelle des personnes âgées apparaît comme étant un objectif important et réalisable, puisque les participants semblent avoir bénéficié de ce programme au même titre que les couples qui ont participé à VCBV.

La seconde étude est celle de Goldman et Carroll (1990; ils ont évalué l'efficacité d'un programme sur la sexualité et le vieillissement). Cette étude mettait en évidence le manque de connaissances sur les attitudes, les comportements ainsi que la satisfaction sexuelle chez un groupe de couples dont l'homme avait une dysfonction érectile. Les couples étaient âgés entre 55 à 75 ans (N = 20). Entre le pré-test et le post-test, les résultats ont démontré que les couples du groupe expérimental ont amélioré leurs connaissances et rapporté des changements significatifs dans leur satisfaction sexuelle comparativement aux couples du groupe contrôle. Par contre, l'amélioration du désir sexuel n'a pas été spécifiquement évaluée. Malgré cela, il semble intéressant de faire des liens entre les objectifs de cette étude et le désir sexuel, puisque la présente étude partage ces mêmes objectifs. En effet, dans ce programme, il a été question, entre autres, d'améliorer les connaissances sexuelles sur les changements qui s'opèrent avec l'âge dans les phases de la réponse sexuelle. Il aurait été intéressant de voir à quel point ce programme aurait permis d'améliorer spécifiquement le désir sexuel de ces couples. Malgré qu'il ne soit pas possible de comparer l'efficacité de ce programme à améliorer le désir sexuel avec la présente thèse doctorale, il est sans doute possible d'affirmer que le fait d'avoir amélioré la satisfaction sexuelle pourrait avoir eu un impact positif sur le désir sexuel des couples de cette étude. Finalement, il n'est pas possible non plus de comparer le maintien des gains, car, dans leur étude, il n'y a pas eu de mesures de relance post-test à long terme telles qu'effectuées dans VCBV. Une question reste donc sans réponse. Est-ce que les couples, dans l'étude de Goldman et Carroll (1990), ont

maintenu ou non leurs gains ? Des réponses à cette question auraient permis de mieux comprendre pourquoi les couples de la présente étude n'ont pas maintenu leurs gains liés au désir sexuel.

Les premiers chercheurs à s'intéresser à l'évaluation d'un programme d'enrichissement de la vie sexuelle chez des couples âgés de plus de cinquante ans sont Royland et Haynes (1978). Ils ont évalué l'efficacité d'un programme d'enrichissement offert à dix couples mariés âgés de 51 à 71 ans. En résumé, avant de commencer l'expérimentation, les sujets ont été évalués sur la satisfaction sexuelle, la fréquence des activités sexuelles et la perception de la satisfaction sexuelle de leur partenaire. Comme on peut le constater, malgré qu'il n'évalue pas spécifiquement le désir sexuel, certains facteurs liés au désir sexuel tels la fréquence des activités sexuelles ont été évalués. L'efficacité de ce programme a été mesurée à quatre reprises. Par contre, ces relances semblent s'être déroulées tout au long de l'expérimentation, non pas, à la suite de leur participation au programme. Les résultats de cette étude démontrent que la satisfaction sexuelle et la fréquence de certaines activités sexuelles s'améliorent ainsi que les attitudes positives à l'égard de la satisfaction conjugale et de la vie suite à la participation à ce programme d'enrichissement. Par contre, les qualités méthodologiques de ce programme apparaissent limitées puisqu'il n'y a pas de groupe contrôle. De plus, il n'est pas possible de savoir si les gains obtenus se sont maintenus dans le temps puisque rien n'est spécifiquement discuté dans leur étude à ce sujet. Par contre, comme dans VCBV, il existe un impact à court terme. Les couples ont manifesté une plus grande fréquence d'activités sexuelles suite à leur participation à ce programme d'enrichissement, comme dans VCBV ; il existe donc une amélioration spécifique du désir sexuel. Cette étude ne permet pas non plus de mettre en lumière les facteurs qui pourraient expliquer véritablement pourquoi lors des relances, on observe une diminution du désir sexuel.

La quatrième étude, un programme d'éducation dont les objectifs se rapprochent le plus des deux hypothèses de recherche de la présente thèse doctorale, est celle de White et Catania (1982). Ils ont étudié l'efficacité d'une intervention psycho-éducative sur la sexualité : les attitudes sexuelles, les connaissances sexuelles, les comportements sexuels et la satisfaction sexuelle des personnes âgées. Par contre, ce programme n'était pas de type conjugal, mais l'étude comportait de bonnes qualités méthodologiques. Un questionnaire sur

les comportements sexuels ainsi que l'échelle des connaissances et des attitudes sexuelles en vieillissant (ASKAS) ont été utilisés pour évaluer ce programme. Les résultats de cette étude, en comparaison avec le groupe contrôle, démontrent des changements significatifs dans les connaissances et les attitudes face à la sexualité chez les personnes âgées. De plus, la satisfaction sexuelle et l'importance des activités sexuelles démontrent aussi des changements significatifs. Quels sont les liens avec les hypothèses de la présente thèse doctorale ? Ils ont évalué la fréquence des fantasmes sexuelles, mais n'ont pas observé de changements significatifs à ce niveau. Autrement dit, ce programme n'a pas permis d'améliorer les fantasmes sexuelles, alors qu'on retrouve une amélioration du désir sexuel dyadique et individuel à court terme dans la présente étude. Ils expliquent ce résultat par le fait que ce programme n'avait pas pour but d'augmenter le temps passé à réfléchir à la sexualité ; aucune autre explication spécifique n'est discutée à ce sujet. De plus, le programme de White et Catania (1982) a permis, au niveau des comportements sexuels, d'améliorer tant la fréquence de la masturbation que des activités sexuelles, car ces changements se sont révélés significatifs après la participation à ce programme. L'effet le plus important de ce programme se situe sur cet aspect puisque l'augmentation des comportements sexuels progresse de 400% (White et Catania, 1982). Par ailleurs, dans ce programme, il n'existe pas de relance dans le temps : il n'est donc pas possible de savoir si ces comportements se sont maintenus à plus long terme. Encore une fois, cette étude ne permet pas non plus de mettre en lumière une plus grande compréhension du pourquoi du non maintien des gains dans la présente étude. Malgré tout, on constate qu'il est possible d'améliorer le désir sexuel chez les personnes âgées et que ce besoin demeure présent, même en vieillissant.

Comme on peut le constater, aucune étude ne s'est attardée à évaluer spécifiquement le désir sexuel suite à un programme d'enrichissement ou d'intervention chez des couples de longue durée. La présente thèse doctorale semble être la première étude à évaluer spécifiquement le désir sexuel chez des couples âgés de plus de 55 ans. En plus de ne pas évaluer spécifiquement le désir sexuel, aucune des études citées plus haut ne comportent de mesures de relance dans le temps telles qu'on en retrouve dans VCBV.

Malgré plusieurs tentatives d'améliorer tant la vie sexuelle que le désir sexuel des personnes âgées, il reste encore beaucoup à faire dans ce domaine, d'autant plus que la présente étude n'a pas été en mesure de permettre le maintien des gains liés au désir sexuel dans le temps. Alors, puisque le désir sexuel constitue la première phase de la réponse sexuelle, il serait fort intéressant, dans les recherches futures, d'adapter le présent programme en tenant compte des différents résultats cités dans la présente étude afin que les interventions ciblent plus spécifiquement le désir sexuel et permettent ainsi d'obtenir la cristallisation des gains en lien avec le désir sexuel. De plus, il a été mentionné que les effets du vieillissement sur la réponse sexuelle sont moins importants lorsque les personnes maintiennent les activités sexuelles tout au long de leur vie, et ce, jusqu'à leur mort. C'est pourquoi, il apparaît important de continuer la recherche sur la sexualité des personnes âgées puisqu'une vie conjugale satisfaisante est un facteur de protection envers les divers problèmes de santé physique et psychologique.

Tel que précité, Markman et ses collègues ont été les pionniers dans le domaine de la prévention des problèmes conjugaux chez les jeunes couples. Compte tenu du programme qu'ils ont créé et de l'aide qu'ils ont apporté à bon nombre de couples, il est possible de dire qu'ils ont sans doute contribué à diminuer le taux de divorce chez cette population. Néanmoins, un besoin se fait ressentir chez les couples de longue durée communément appelés les baby boomer du Québec. On constate que cette population n'est pas à l'abri du divorce et que le nombre d'années de vie commune n'est pas nécessairement garant d'une vie conjugale et sexuelle satisfaisante. Puisque l'espérance de vie s'améliore et que près de la moitié des gens âgés entre 55 et 64 ans ne font pas partie de la population active, le nombre d'années de retraite passées avec son partenaire ne fait qu'augmenter. Ainsi, suite à la prise de leur retraite, les couples peuvent vivre ensemble, 24 heures sur 24, pendant 20 ans en moyenne. Il est donc important d'avoir une vie conjugale et sexuelle satisfaisante, même à un âge avancé. De plus, comme il a été cité antérieurement, le taux de divorce et de détresse psychologique chez les aînés atteint un niveau significatif et les études font ressortir l'insatisfaction conjugale et sexuelle chez les couples de longue durée. C'est pourquoi il est d'autant plus important de continuer la recherche dans le domaine de la satisfaction conjugale et sexuelle pour être plus en mesure de prévenir les différents problèmes liés à cette période de la vie, voir même de prévenir le divorce chez cette population.

4.5 IMPLICATIONS ET CONTRIBUTIONS DE LA PRÉSENTE ÉTUDE

Tel qu'expliqué tout au long de la présente thèse doctorale, cette étude se distingue des autres études d'efficacité qui ont tenté d'évaluer un programme de traitement pour améliorer la vie sexuelle des personnes âgées de plus de 55 ans par sa grande rigueur méthodologique, que ce soit par l'ajout d'un groupe contrôle ou par son nombre plus grand de participants (N = 66). Cette rigueur assure un impact positif sur la validité des résultats. En effet, cela a donné un poids plus grand à la valeur des observations et permettra, pour les recherches ultérieures dans le domaine de la sexualité (i.e. désir sexuel) des personnes de plus de 55 ans, d'ajuster leurs interventions en conséquence des résultats obtenus à l'intérieur de la présente étude. De plus, du fait d'évaluer les mêmes sujets tout au long des différentes étapes d'analyses, cela a permis de suivre l'évolution des mêmes sujets sur une période d'un an. Ceci a permis des comparaisons plus précises quant à leur évolution.

Cette étude est la première à vouloir tenter d'améliorer deux dimensions du désir sexuel chez des couples retraités : dyadique et individuel. Elle a ainsi permis de souligner l'importance de continuer à faire de la recherche dans ce domaine. De plus, elle offre une contribution très valable pour les chercheurs / cliniciens qui s'intéressent à intervenir auprès des couples retraités dans le domaine sexuel lors de la planification du traitement.

Les résultats et observations de cette étude confirment l'importance de continuer à faire des recherches dans ce domaine, car des questions sont restées sans réponse. Par exemple, qu'est-ce qui fait que les gains thérapeutiques ne se sont pas maintenus dans le temps ? En effet, malgré que cette étude n'ait pas eu d'impact à long terme, on constate tout de même l'importance d'investir le désir sexuel à l'intérieur des couples âgés de plus de 55 ans, car des impacts significatifs pré-test vs post-test ont été observés.

4.6 LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE, RECOMMANDATIONS

Bien que la présente étude ait, dans l'ensemble, rapporté des résultats très intéressants en plus de s'être distinguée des autres recherches dans le domaine de la vie sexuelle des personnes âgées de plus de 55 ans, elle possède à son tour des limites et des forces. Après avoir discuté

de la validité interne et externe, la discussion se terminera avec une présentation des recommandations et suggestions futures.

En ce qui concerne la validité interne, la première limite se situe au niveau du choix du schème : quasi-expérimental. Ce schème ne permet pas de faire des liens de cause à effet, mais seulement des corrélations entre les variables dépendantes et indépendantes. Il est en effet impossible d'affirmer avec certitude que ce programme d'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle chez des couples retraités permet d'améliorer le désir sexuel dyadique et individuel. Il ne permet pas non plus d'éliminer toutes les causes pouvant expliquer les gains observés. Certains de ces facteurs peuvent être individuels, d'autres interpersonnels. Ces facteurs liés au désir sexuel sont discutés dans le chapitre I dans la section 1.1.4.. En effet, à titre d'exemple, il semble impossible de contrôler le fait que, chez certaines femmes ménopausées, le désir sexuel peut varier d'une femme à l'autre et que chez les hommes, certains problèmes de santé physique (i.e. cancer de la prostate) peuvent aussi jouer sur l'intensité du désir dyadique et individuel.

Deuxièmement, l'attribution au hasard des couples entre les groupes GE et LA, tel que cité dans cette étude, présente certaines failles. La méthode d'assignation aléatoire utilisée était de type alterné. Puisque l'attribution n'était pas complètement au hasard, le présent devis a été qualifié de quasi expérimental. Certains couples attribués soit au GE, soit à la LA ne pouvaient pas, pour différentes raisons (par ex. voyages planifiés) y être consignés ; les chercheurs ont donc dû les ré-attribuer en essayant de respecter pour chaque couple permuté de groupe les raisons pour lesquelles il leur était impossible de participer aux dates de leur groupe d'attribution. Cela pourrait peut-être expliquer pourquoi les trois dernières hypothèses de recherches ont été éliminées puisque les groupes n'étaient pas équivalents sur ces VD. Par contre, la permutation fut respectée avec la plus grande rigueur.

Troisièmement, une autre faiblesse rencontrée dans les recherches est l'absence de groupe contrôle. Une des grandes force de cette présente étude, ait été d'avoir eu un groupe liste d'attente de trois mois. En effet, *Vie de Couple et Bien Vieillir* possède de solides assises méthodologiques à ce niveau. Malgré qu'il y a eu présence d'une mesure contrôle pour les résultats court terme, il reste néanmoins que lors des relances de trois mois et d'un an, il y a

absence de mesures contrôle. Ces mesures auraient pu permettre d'avoir une plus grande rigueur méthodologique quant à l'efficacité de *Vie de Couple et Bien Vieillir*.

La dernière faiblesse ciblée dans les recherches en ce qui a trait à la validité interne est l'absence de relances à long terme. Pour ce qui est de la présente étude, deux relances ont permis d'évaluer les impacts à long terme (T_4 et T_5) sur le désir sexuel. Malgré que dans les faits, il semble que pour avoir un impact sur le désir sexuel, il faut que les couples soient en intervention, ces relances permettent de documenter les écrits scientifiques sur le désir sexuel des personnes retraitées. En résumé, malgré les différentes failles énumérées ci-haut, Le projet de recherche *Vie de Couple et Bien Vieillir* comporte une bonne validité interne.

En ce qui concerne la validité externe et la généralisation des résultats, certains biais peuvent être discutés. Tout d'abord, le recrutement des sujets n'a pas été complètement au hasard. Dans cette étude, tous les couples qui ont participé étaient intéressés à améliorer leur vie conjugale et sexuelle. Ainsi, la représentativité des participants, leur motivation à participer à ce programme et le degré de leur implication en cours de traitement peuvent avoir influencé les résultats.

Une autre critique concerne la perte des sujets. En moyenne, ces sujets étaient plus âgés et moins scolarisés. Ils n'étaient peut-être pas prêts à s'impliquer dans cette démarche exigeante qui leur demandait de se déplacer à UQAM plusieurs fois et répondre à une série de questionnaires d'une durée en moyenne de trois heures de complétion. L'abandon de ces sujets constitue une autre limite à la généralisation des résultats.

Autre élément, malgré le fait que les chercheurs de la présente étude ont mis sur pied un protocole d'administration des questionnaires, un biais de désirabilité sociale peut s'être présenté, ce qui peut fausser la généralisation des résultats.

Finalement, lorsque les couples se rendaient à l'université du Québec à Montréal pour répondre aux questionnaires, cela prenait en moyenne plus ou moins trois heures de complétion puisque les couples étaient invités à répondre à 17 questionnaires. D'autant plus que le questionnaire ÉDS était le huitième auquel les couples répondaient. Par ce fait, le biais de fatigue ne peut être exclu quant à la généralisation des résultats.

Pour terminer, comme cette étude a soulevé plusieurs questionnements, il apparaît important d'apporter des recommandations sur l'application éventuelle de ce programme d'enrichissement.

Tout d'abord, il serait intéressant de refaire cette étude en mesurant à la fois le désir sexuel et la satisfaction sexuelle. Cela pourrait permettre de s'assurer que les couples sont satisfaits ou non de leur vie sexuelle et à quel niveau ils le sont ou non. Si de telles mesures auraient existées, cela aurait peut-être permis de mieux saisir la réalité de la vie sexuelle des couples âgés de plus de 55 ans. De plus, l'instrument de mesure utilisé pour mesurer l'efficacité du programme d'enrichissement est de type auto-rapporté où des choix de réponse sont imposés, ce qui a peut-être limité leur perception réelle de l'intensité de leur désir sexuel.

Il serait intéressant de refaire une autre étude qui aurait pour objectif d'évaluer l'efficacité des techniques d'intervention présentées dans ce programme afin d'optimiser les résultats futurs. En effet, il serait intéressant de savoir quelles interventions sont les plus appropriées pour améliorer le désir sexuel des couples de 55 ans et plus. Il est vrai que les techniques sexuelles (i.e. l'entraînement à la fantasmagorie sexuelle) présentées ont eu un impact sur le désir sexuel. Par contre, il serait intéressant de savoir jusqu'à quel point les habiletés de communication et de gestion de conflits ont eu un impact eux aussi.

Il serait intéressant soit d'abrégé ce programme ou de distancer les rencontres. En effet, les couples de cette étude se sont plaints du manque de temps entre les séances pour pratiquer les exercices présentés pendant les rencontres. Le fait d'espacer les rencontres pourrait peut-être permettre une meilleure appropriation des techniques et ainsi optimiser les gains thérapeutiques. Bien que la majorité des couples aient aimé ce programme, certains se sont plaints de la quantité du matériel présenté en une seule rencontre. Il est intéressant de se demander si le fait d'écourter ce programme permettrait d'avoir autant d'impact. De plus, cela rejoindrait peut-être les couples qui ont abandonné car cela leur demandait trop d'investissement personnel.

Puisque le contenu des cours était très chargé, plus de 300 pages de documentation leur ont été fournies, cela laissait peu de place aux jeux de rôle pour la pratique des stratégies. Dans

l'avenir, il serait intéressant d'évaluer les impacts d'un programme qui laisserait plus de place à la pratique pendant les rencontres.

En ce qui concerne la perte avec le temps de gains apportée à bon nombre d'études, il semblerait pertinent d'étudier, à plus long terme (i.e. un an et demi à trois ans), comme dans le programme PREP, l'effet du programme et d'y inclure, en cours de relance, une séance de prévention de la rechute. L'insertion de sessions de maintien permettrait de prévenir la dégradation des gains sur une période prolongée. Dans ces rencontres, il pourrait être question de faire un retour bref sur les stratégies d'interventions conjugales et sexuelles présentées pendant le programme. Cette évaluation de suivi permettrait aussi l'avancement des connaissances dans le domaine de la vie sexuelle et du désir sexuel des personnes âgées.

Puisque ce programme semble répondre à un besoin chez les couples retraités, population en augmentation au Québec, et qu'aucune ressource n'existe pour eux en ce qui a trait à la vie conjugale et sexuelle, il serait important de l'implanter dans les CLSC ou tous autres organismes. En effet, les cours sur la préparation à la retraite n'abordent pas le thème du couple et de la sexualité. C'est pourquoi, il serait important de faire la promotion de ce type de programme chez une population qui ne cesse de croître. De plus, cela permettrait à toutes personnes désirant améliorer sa vie conjugale et sexuelle à cette période de la vie (i.e. la retraite) d'y participer. Dans *Vie de Couple et Bien Vieillir*, plusieurs couples ont été exclus pour toutes sortes de raison. Certains couples ont été refusés car l'un des partenaires vivait trop de détresse pour participer à cette étude ou encore que leur ajustement dyadique n'était pas assez élevé. Donc, ceux qui pouvaient participer à ce programme devaient ne pas manifester aucune détresse psychologique ou d'incapacité physique importantes. Il est également possible d'envisager que la reproduction de cette étude avec des couples retraités présentant de la détresse conjugale, permettrait d'obtenir de meilleurs résultats quant à l'impact de ce programme.

Pour terminer, à la lumière de ces recommandations, il serait intéressant d'étudier à nouveau l'efficacité de ce programme, mais en tenant compte des différents conseils cités plus haut, car ce programme est innovateur et mérite qu'on s'y attarde d'une manière plus approfondie.

CONCLUSION

Bien que le désir sexuel se modifie à travers le temps, il subsiste jusqu'à la mort. En effet, malgré le fait qu'avec l'âge des changements normaux apparaissent aux différentes phases de la réponse sexuelle, incluant le désir sexuel, bien des auteurs ont mentionné que la vie sexuelle s'éteint avec la mort de l'humain. Mais, jusqu'à quel point le désir sexuel diminue-t-il ? Peut-il être amélioré ? Quelle est l'intensité du désir sexuel idéale à atteindre pour considérer que la vie sexuelle soit satisfaisante lors de la période de la retraite ? La présente étude a tenté d'en connaître un peu plus sur le désir sexuel des personnes âgées de plus de 55 ans, elle a eu le privilège de participer à une recherche subventionnée par le FQRSC.

La présente étude avait pour but d'évaluer l'efficacité sur le désir sexuel d'un programme d'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle chez des couples retraités. Pour ce faire, deux hypothèses de recherche ont été élaborées. Ces deux hypothèses ont été partiellement rencontrées puisque ce programme *Vie de Couple et Bien vieillir* a permis, à court terme, d'améliorer le désir sexuel dyadique et individuel, tant chez les femmes que chez les hommes. Malheureusement, ces gains ne se sont pas maintenus dans le temps.

Compte tenu de l'ensemble des résultats, il semble possible d'affirmer que la présente étude a partiellement rencontré ses objectifs. En effet, il a été possible, grâce à la participation des couples à un programme de type multimodal, d'améliorer le désir sexuel des couples retraités.

Par contre, que peut-on espérer sur l'avancement des connaissances sur le désir sexuel des personnes âgées de plus de 55 ans ? La présente étude a permis d'approfondir les connaissances sur la vie sexuelle des personnes retraitées par le fait même d'avoir été en mesure de générer un impact positif sur le désir sexuel. Ainsi, les personnes de plus de 55 ans sont intéressées à investir leur vie sexuelle, et le nombre d'années de vie commune n'est pas garant de leur satisfaction conjugale et sexuelle.

Malgré ce constat, il semble tout de même difficile pour les couples de cette étude de maintenir l'intensité du désir sexuel obtenue suite à leur participation. Malgré ce fait, l'objectif de ce programme n'était pas de traiter des couples ayant une problématique de désir sexuel mais plutôt d'améliorer le désir sexuel chez des couples qui ne démontraient pas de détresse conjugale. Cela peut expliquer en partie ce pourquoi les couples n'ont pas maintenu l'intensité de leur désir sexuel dyadique et individuel à long terme. Il serait tout de même intéressant que des recherches futures s'investissent afin de répondre complètement à cette question.

Par ailleurs, l'aspect multimodal de ce programme, tant dans le nombre de stratégies d'intervention proposées à l'intérieur des 12 rencontres que dans son mode d'application en groupe, conduit à plusieurs questionnements. Plusieurs questions sont restées sans réponse quant à l'impact de ses composantes ou à la nature exacte du mécanisme d'action responsable des gains et du non maintien de ceux-ci dans le temps.

Pour terminer, *Vie de Couple et Bien Vieillir* est un projet innovateur puisqu'il est le premier à s'intéresser à enrichir la vie conjugale et sexuelle des couples retraités. De plus, elle est la seule étude d'efficacité méthodologiquement rigoureuse auprès de cette population. Cette thèse doctorale est tout autant innovatrice car est la première à s'intéresser à l'évaluation et à l'amélioration du désir sexuel chez des personnes retraitées âgées de plus de 55 ans. Il reste donc encore beaucoup à faire dans ce domaine de recherche pour approfondir les connaissances sur ce sujet. Cette étude a permis d'ouvrir les portes sur un thème qui comporte plusieurs tabous culturels dont le suivant : les personnes âgées n'ont plus de désir sexuel. Il est permis de confirmer encore une fois que le désir sexuel est important tout au long de notre vie, mais que l'intensité de son expression, tant dyadique qu'individuel, se modifie à travers le temps et que cela ne veut aucunement dire qu'il s'éteigne un jour.

APPENDICE A

ÉCHELLE DU DÉsir SEXUEL (ÉDS)

Questionnaire 8

ECHELLE DU DESIR SEXUEL
(S. Tremblay)

NOM:

DATE:

No DE COUPLE:

SEXE: Femme 1 Homme 2

| | | | | | |
|---------|------|------|------|------|--------|
| GROUPE: | GE-1 | LA-1 | GE-2 | LA-2 | |
| | GE-3 | LA-3 | GE-4 | LA-4 | |
| | GE-5 | LA-5 | GE-6 | LA-6 | LA-5.6 |
| | GE-7 | LA-7 | GE-8 | LA-8 | |

ETAPE DE PASSATION:

PRE-1 PRE-2 POST-1 POST-2 POST-3

IMPORTANT!!!

REPENDRE AUX QUESTIONS EN VOUS BASANT SUR LA SITUATION TELLE
QU'ELLE SE PRESENTE DEPUIS LES QUATRE DERNIERES SEMAINES

ÉCHELLE DU DÉsir SEXUEL (EDS)
par Serge Tremblay, Ph.D. (2000)

Ce questionnaire a pour but de mesurer l'intensité de votre désir sexuel. Comme les gens sont différents, il n'y a donc pas de bonnes ou mauvaises réponses. Répondez à chaque item avec le plus d'honnêteté et de précision possible, en encerclant sur l'échelle de 1 à 5 le chiffre qui correspond le mieux à votre réponse.

- 1 = Jamais
2 = Rarement
3 = A l'occasion
4 = Assez souvent
5 = Très fréquemment

- | | |
|---|-----------|
| 01. J'ai envie d'être caressé(e) aux organes génitaux par mon(ma) partenaire ou par une personne qui m'attire. | 1 2 3 4 5 |
| 02. J'essaie de charmer ou de séduire mon(ma) partenaire ou une personne qui m'attire. | 1 2 3 4 5 |
| 03. Il m'arrive d'avoir envie de me masturber. | 1 2 3 4 5 |
| 04. J'essaie de m'organiser pour éviter les relations sexuelles avec mon(ma) partenaire ou avec toute autre personne. | 1 2 3 4 5 |
| 05. Il me vient à l'esprit de façon spontanée l'idée d'avoir une relation sexuelle avec mon(ma) partenaire ou avec une personne qui m'attire. | 1 2 3 4 5 |
| 06. Je cherche à avoir plus d'une relation sexuelle par jour. | 1 2 3 4 5 |
| 07. Il m'arrive de penser de manière obsédante à mon(ma) partenaire ou à une personne qui m'attire. | 1 2 3 4 5 |
| 08. J'ai le goût de faire des avances sexuelles à mon(ma) partenaire ou à une personne qui m'attire. | 1 2 3 4 5 |
| 09. J'ai le goût de feuilleter des revues ou de lire des romans qui pourraient m'exciter sexuellement. | 1 2 3 4 5 |
| 10. Je m'imagine avoir une relation sexuelle avec mon(ma) partenaire ou avec une autre personne qui m'attire. | 1 2 3 4 5 |

- 1 = Jamais
 2 = Rarement
 3 = A l'occasion
 4 = Assez souvent
 5 = Très fréquemment

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 11. Je ressens de l'attirance pour mon(ma) partenaire ou pour d'autres personnes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. J'ai envie d'avoir une relation sexuelle. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. J'ai envie de toucher les organes génitaux de mon(ma) partenaire ou d'une personne qui m'attire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Je fais des avances sexuelles quand je peux constater que mon(ma) partenaire ou une personne qui m'attire me manifeste de l'attention et de l'intérêt. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. J'ai le goût de regarder des films qui pourraient m'exciter sexuellement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Je me masturbe quand je ne peux pas avoir une relation sexuelle. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Lorsque je croise ou rencontre une personne, je porte d'abord attention aux formes de son corps. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Je deviens excité(e) sexuellement (palpitations, chaleurs, sensations aux organes génitaux) lorsque je repense à certaines relations sexuelles que j'ai eu dans le passé et qui étaient très satisfaisantes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Durant la nuit, je fais des rêves à contenu sexuel ou érotique. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Je suis prêt(e) à mettre fin à mes relations sexuelles après la période des préliminaires (échange de baisers et de caresses). | | | | | |

Grille de correction
Échelle du désir sexuel (EDS)
(Serge Tremblay)
Créé par Anic Anderson (2000)

Attribuer pour chacun des items la cote suivante :

- 1 = jamais
- 2 = rarement
- 3 = à l'occasion
- 4 = assez souvent
- 5 = très fréquemment

✓ Pour les items 4 et 20, inverser les cotes :

- 5 = jamais
- 4 = rarement
- 3 = à l'occasion
- 2 = assez souvent
- 1 = très fréquemment

- | | | |
|-----|------------|----------|
| 1. | 1. ____ | |
| 2. | 2. ____ | |
| 3. | | 3. ____ |
| 4. | ✓ 4. ____ | |
| 5. | 5. ____ | |
| 6. | 6. ____ | |
| 7. | 7. ____ | |
| 8. | 8. ____ | |
| 9. | | 9. ____ |
| 10. | 10. ____ | 10. ____ |
| 11. | 11. ____ | |
| 12. | 12. ____ | |
| 13. | 13. ____ | |
| 14. | 14. ____ | |
| 15. | | 15. ____ |
| 16. | | 16. ____ |
| 17. | | 17. ____ |
| 18. | 18. ____ | 18. ____ |
| 19. | | 19. ____ |
| 20. | ✓ 20. ____ | 20. ____ |

Total

Désir dyadique

Désir individuel

Total des 2 sous-échelles : _____

N.B. : l'item 10 et 18 doivent être calculé qu'une seule fois

- Additionner chacune des sous-échelles et faire le total des 2.
- Plus le score est élevé, plus le niveau de désir est élevé. (pas de score global)

APPENDICE B

QDSH : ASPECT INDIVIDUEL ET COGNITIF

Questionnaire 9

QUESTIONNAIRE SUR LE DESIR SEXUEL
(C. Trinque et G. Trudel)

NOM:

DATE:

No DE COUPLE:

| | | | | | |
|---------|---------|-------|------|------|--------|
| SEXE: | Femme 1 | Homme | 2 | | |
| GROUPE: | GE-1 | LA-1 | GE-2 | LA-2 | |
| | GE-3 | LA-3 | GE-4 | LA-4 | |
| | GE-5 | LA-5 | GE-6 | LA-6 | LA-5.6 |
| | GE-7 | LA-7 | GE-8 | LA-8 | |

ETAPE DE PASSATION:

| | | | | |
|-------|-------|--------|--------|--------|
| PRE-1 | PRE-2 | POST-1 | POST-2 | POST-3 |
|-------|-------|--------|--------|--------|

IMPORTANT!!!

REPENDRE AUX QUESTIONS EN VOUS BASANT SUR LA SITUATION TELLE
QU'ELLE SE PRESENTE DEPUIS LES QUATRE DERNIERES SEMAINES

QUESTIONNAIRE SUR LE DÉSIR SEXUEL HYPOACTIF :
ASPECTS INDIVIDUEL ET COGNITIF
 (Par Carole Trinque, Ph.D. et Gilles Trudel, Ph.D.)

Pour chaque item, cochez la réponse qui correspond le mieux à votre situation depuis **les quatre dernières semaines**.

Exemple :

Il m'arrive d'avoir du désir sexuel.

Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours

NOTE : Tout au long du questionnaire, l'expression «**activités sexuelles**» signifie tout comportement de nature sexuelle (pas uniquement la relation sexuelle avec pénétration).

1. **Je suis satisfait(e) de la fréquence de mes activités sexuelles avec mon(ma) partenaire.**
 Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours
2. **Je suis satisfait(e) de la qualité de mes activités sexuelles avec mon (ma) partenaire.**
 Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours
3. **J'ai des fantasmes sexuels (idées ou images à contenu sexuel) au cours de la journée (en dehors des activités sexuelles avec ou sans partenaire).**
 Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours
4. **Durant mes relations sexuelles, je suis préoccupé(e) par ma performance sexuelle.**
 Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours
5. **Lors de mon enfance et de mon adolescence, mes parents (ou tuteurs) avaient une attitude négative face à la sexualité**
 Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours
6. **Je crains de m'abandonner (me laisser aller) lors des activités sexuelles avec mon (ma) partenaire.**
 Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours
 Je n'ai pas d'activité sexuelle avec mon (ma) partenaire.

7. Je crains l'intimité qu'impliquent les activités sexuelles avec mon (ma) partenaire.

- Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours

8. Pendant mes relations sexuelles, je souhaite que certaines activités sexuelles plaisantes se produisent.

- Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours

Pour les prochains items, indiquez dans quelle mesure vous êtes d'accord avec les énoncés.

9. Certains fantasmes sexuels (idées ou images à contenu sexuel) sont inacceptables,

- Complètement en désaccord
 Plutôt en désaccord
 Ni d'accord ni en désaccord
 Plutôt d'accord
 Complètement en accord

10. Je me trouve maladroit(e) dans mes activités sexuelles avec mon (ma) partenaire.

- Complètement en désaccord
 Plutôt en désaccord
 Ni d'accord ni en désaccord
 Plutôt d'accord
 Complètement en accord

11. Je me considère comme un(e) bon(ne) partenaire sexuel(le).

- Complètement en désaccord
 Plutôt en désaccord
 Ni d'accord ni en désaccord
 Plutôt d'accord
 Complètement en accord

12. Avoir des activités sexuelles (avec ou sans partenaire) est quelque chose de mal.

- Complètement en désaccord
 Plutôt en désaccord
 Ni d'accord ni en désaccord
 Plutôt d'accord
 Complètement en accord

13. Les personnes âgées n'ont pas de désir sexuel.

- Complètement en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Ni d'accord ni en désaccord
- Plutôt d'accord
- Complètement en accord

14. Les changements physiques causés par le vieillissement diminuent la capacité d'être actif sexuellement.

- Complètement en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Ni d'accord ni en désaccord
- Plutôt d'accord
- Complètement en accord

15. Les changements physiques causés par le vieillissement rendent la personne moins attirante sexuellement.

- Complètement en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Ni d'accord ni en désaccord
- Plutôt d'accord
- Complètement en accord

16. Les activités sexuelles entre deux personnes sont impossibles si l'homme n'a pas d'érection.

- Complètement en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Ni d'accord ni en désaccord
- Plutôt d'accord
- Complètement en accord

17. Une activité sexuelle est bonne seulement si elle mène à l'orgasme.

- Complètement en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Ni d'accord ni en désaccord
- Plutôt d'accord
- Complètement en accord

Fin du questionnaire sur le désir sexuel...Merci

Grille de correction
Questionnaire sur le désir sexuel hypoactif : Aspects individuel et cognitif
 (Trinque et Trudel)
 Créé par Anic Anderson

Pour la version résultant des analyses comprenant 17 items, le score global se calcule en faisant correspondre une cote de 1 à 5 aux 5 niveaux de l'échelle de réponse et de l'inverser pour certains items :

✓ Attribuer pour les items : 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16 et 17

- 1 à niveau 1 (jamais ou complètement en désaccord)
- 2 à niveau 2 (rarement ou plutôt en désaccord)
- 3 à niveau 3 (quelquefois ou ni en accord ni en désaccord)
- 4 à niveau 4 (souvent ou plutôt d'accord)
- 5 à niveau 5 (toujours ou complètement en accord)

Attribuer pour les items : 1, 2, 3, 8 et 11

- 5 à niveau 1 (jamais ou complètement en désaccord)
- 4 à niveau 2 (rarement ou plutôt en désaccord)
- 3 à niveau 3 (quelquefois ou ni en accord ni en désaccord)
- 2 à niveau 4 (souvent ou plutôt d'accord)
- 1 à niveau 5 (toujours ou complètement en accord)

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- ✓ 4. _____
- ✓ 5. _____
- ✓ 6. _____
- ✓ 7. _____
- 8. _____
- ✓ 9. _____
- ✓ 10. _____
- 11. _____
- ✓ 12. _____
- ✓ 13. _____
- ✓ 14. _____
- ✓ 15. _____
- ✓ 16. _____
- ✓ 17. _____

TOTAL : _____

Plus le score est faible, plus la personne a du désir sexuel.

Le score global le plus sensible pour identifier à quel groupe appartient la personne est de **44**.

Si le clinicien souhaite effectuer une exploration plus approfondie des items, il peut être attentif aux nombres d'items cotés à un certain degré de l'échelle de réponses. Aussi, un total de 3 items cotés à un certain degré de l'échelle de réponses (souvent ou plutôt d'accord), selon les deux échelles du questionnaire, s'avère le seuil le plus efficace pour identifier le groupe auquel appartient la personne.

APPENDICE C

QDSH : ASPECT RELATIONNEL ET COMPORTEMENTAL

Questionnaire 10

QUESTIONNAIRE SUR LE DESIR SEXUEL HYPOACTIF: ASPECTS RELATIONNEL
 ET COMPORTEMENTAL
 (N. Drouin et G. Trudel)

NOM:

DATE:

No DE COUPLE:

| | | | | | |
|---------------------|---------|--------|--------|--------|--------|
| SEXE: | Femme 1 | Homme | 2 | | |
| GROUPE: | GE-1 | LA-1 | GE-2 | LA-2 | |
| | GE-3 | LA-3 | GE-4 | LA-4 | |
| | GE-5 | LA-5 | GE-6 | LA-6 | LA-5.6 |
| | GE-7 | LA-7 | GE-8 | LA-8 | |
| ETAPE DE PASSATION: | | | | | |
| PRE-1 | PRE-2 | POST-1 | POST-2 | POST-3 | |

IMPORTANT!!!

REpondre AUX QUESTIONS EN VOUS BASANT SUR LA SITUATION TELLE
 QU'ELLE CE PRESENTE DEPUIS LES QUATRE DERNIERES SEMAINES

**QUESTIONNAIRE SUR LE DÉSIR SEXUEL HYPOACTIF :
ASPECTS RELATIONNEL ET COMPORTEMENTAL
(Drouin, 2000)**

Pour chaque item, cochez la réponse qui correspond le mieux à votre situation depuis les quatre dernières semaines.

Exemple :

1. Il m'arrive d'avoir du désir sexuel.

Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours

NOTE : Tout au long du questionnaire, l'expression «**activités sexuelles**» signifie tout comportement de nature sexuelle (pas uniquement la relation sexuelle avec pénétration).

1. J'accepte les avances sexuelles de mon (ma) partenaire afin de me rapprocher de lui (elle) au plan affectif.

Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours
 Mon (ma) partenaire ne propose pas d'activité sexuelle

2. J'accepte les avances sexuelles de mon (ma) partenaire par sentiment de devoir conjugal.

Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours
 Mon (ma) partenaire ne propose pas d'activité sexuelle

3. J'accepte les avances sexuelles de mon (ma) partenaire pour ne pas le (la) blesser.

Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours
 Mon (ma) partenaire ne propose pas d'activité sexuelle

4. J'accepte les avances sexuelles de mon (ma) partenaire pour le plaisir qu'elles me procurent.

Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours
 Mon (ma) partenaire ne propose pas d'activité sexuelle

5. J'évite certaines situations si je crois qu'elles peuvent mener à des activités sexuelles avec mon (ma) partenaire.

Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours

6. Je fais des avances sexuelles à mon (ma) partenaire.

Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours

7. **Je refuse les avances sexuelles de mon (ma) partenaire.**
 Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours
8. **Les contacts oraux-génitaux (stimulations des organes génitaux par la bouche) me dégoûtent.**
 Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours
9. **Mes activités sexuelles avec mon (ma) partenaire sont diversifiées.**
 Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours
10. **J'aime expérimenter de nouvelles activités sexuelles avec mon (ma) partenaire.**
 Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours
11. **Je communique (de façon verbale ou non verbale) à mon (ma) partenaire les activités sexuelles que je préfère.**
 Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours
 Il n'y a pas d'activité sexuelle que je préfère
12. **Je communique (de façon verbale ou non verbale) à mon (ma) partenaire ce que je n'aime pas dans nos activités sexuelles.**
 Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours
13. **Je suis attiré(e) physiquement par mon (ma) partenaire.**
 Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours
14. **Mon (ma) partenaire et moi parlons de notre sexualité.**
 Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours
15. **Mon (ma) partenaire et moi sommes d'accord dans les domaines importants de notre relation de couple (ex : finances, loisirs, éducation des enfants, relations familiales, tâches ménagères, etc.).**
 Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours
16. **Je suis satisfait(e) de ma relation de couple.**
 Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours
17. **Mon (ma) partenaire et moi partageons plusieurs activités.**
 Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours

18. Je déteste être séparé(e) de mon (ma partenaire).

- Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours

19. Mon (ma) partenaire me démontre suffisamment d'affection.

- Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours

20. J'éprouve de la colère envers mon (ma) partenaire.

- Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours

21. Je suis satisfait(e) de la façon dont mon (ma) partenaire et moi communiquons.

- Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours

22. Je suis satisfait(e) de ma capacité à écouter mon (ma) partenaire.

- Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours

23. Je suis satisfait(e) de la façon dont les conflits dans mon couple sont résolus.

- Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours

24. Je ressens de l'amour pour mon (ma) partenaire.

- Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours

25. Je me sens proche de mon (ma) partenaire au plan affectif.

- Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours

Pour les prochains items, indiquez dans quelle mesure vous êtes d'accord avec les énoncés.

26. Il est difficile pour mon (ma) partenaire et moi de parler de notre sexualité.

- Complètement en désaccord
 Plutôt en désaccord
 Ni d'accord ni en désaccord
 Plutôt d'accord
 Complètement en accord

27. Je tiens à ce que ma relation de couple se poursuive.

- Complètement en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Ni d'accord ni en désaccord
- Plutôt d'accord
- Complètement en accord

Pour les derniers items, cochez la réponse qui correspond le mieux à votre situation.

28. J'ai exploré par le toucher les différentes parties non génitales de mon corps.

- Pas du tout
- Peu
- Moyennement
- Beaucoup
- Pleinement

29. J'ai exploré par le toucher les différentes parties génitales de mon corps.

- Pas du tout
- Peu
- Moyennement
- Beaucoup
- Pleinement

30. Je connais les parties non génitales de mon corps qui me procurent du plaisir.

- Pas du tout
- Peu
- Moyennement
- Beaucoup
- Pleinement

31. Je connais les parties génitales de mon corps qui me procurent du plaisir.

- Pas du tout
- Peu
- Moyennement
- Beaucoup
- Pleinement

32. Depuis les quatre dernières semaines, j'ai eu des activités sexuelles avec mon (ma) partenaire :

- Jamais
- 2 fois ou moins par mois
- 3 à 5 fois par mois
- 8 à 12 fois par mois
- 4 fois et plus par semaine

33. Depuis les quatre dernières semaines, je me suis masturbé(e) (avec ou sans la présence de mon (ma) partenaire) :

- Jamais
- 2 fois ou moins par mois
- 3 à 5 fois par mois
- 8 à 12 fois par mois
- 4 fois et plus par semaine

Fin du questionnaire...Merci

Grille de correction
Questionnaire sur le désir sexuel hypoactif : Aspects relationnel et comportemental
 (Drouin, 2000)

- ✓ Attribuer pour les items : 2, 3, 5, 7, 8, 18, 20 et 26
- 1 à niveau 1 (jamais ou complètement en désaccord ou pas du tout)
 - 2 à niveau 2 (rarement ou plutôt en désaccord ou peu)
 - 3 à niveau 3 (quelquefois ou ni en accord ni en désaccord ou moyennement)
 - 4 à niveau 4 (souvent ou plutôt d'accord ou beaucoup)
 - 5 à niveau 5 (toujours ou complètement en accord ou pleinement)

- Attribuer pour les items : 1, 4, 6, 9 à 17, 19, 21 à 25 et 27 à 33
- 5 à niveau 1 (jamais ou complètement en désaccord ou pas du tout)
 - 4 à niveau 2 (rarement ou plutôt en désaccord ou peu)
 - 3 à niveau 3 (quelquefois ou ni en accord ni en désaccord ou moyennement)
 - 2 à niveau 4 (souvent ou plutôt d'accord ou beaucoup)
 - 1 à niveau 5 (toujours ou complètement en accord ou pleinement)

ITEM

- | | | |
|-----|-------------|------------|
| 1. | | 1. _____ |
| 2. | | ✓ 2. _____ |
| 3. | | ✓ 3. _____ |
| 4. | | 4. _____ |
| 5. | | 5. _____ |
| 6. | | 6. _____ |
| 7. | | 7. _____ |
| 8. | | ✓ 8. _____ |
| 9. | | 9. _____ |
| 10. | | 10. _____ |
| 11. | | 11. _____ |
| 12. | | 12. _____ |
| 13. | 13. _____ | |
| 14. | 14. _____ | |
| 15. | 15. _____ | |
| 16. | 16. _____ | |
| 17. | 17. _____ | |
| 18. | ✓ 18. _____ | |
| 19. | 19. _____ | |
| 20. | ✓ 20. _____ | |
| 21. | 21. _____ | |
| 22. | 22. _____ | |
| 23. | 23. _____ | |
| 24. | 24. _____ | |
| 25. | 25. _____ | |
| 26. | ✓ 26. _____ | |
| 27. | 27. _____ | |
| 28. | | 28. _____ |
| 29. | | 29. _____ |
| 30. | | 30. _____ |
| 31. | | 31. _____ |
| 32. | | 32. _____ |
| 33. | | 33. _____ |

Aspect relationnel
 Total (cotes 13 à 27) : _____
 Divisé par 15 = _____

Aspect comportemental
 Total (cotes 1 à 12 et 28 à 33) : _____
 Divisé par 18 = _____

| | Aspect relationnel | Aspect comportemental |
|--------------|----------------------|-----------------------|
| Gr. DSH | (M = 2,59 SD = 0,65) | (M = 3,27 SD = 0,49) |
| Gr. Contrôle | (M = 2,04 SD = 0,43) | (M = 2,25 SD = 0,42) |

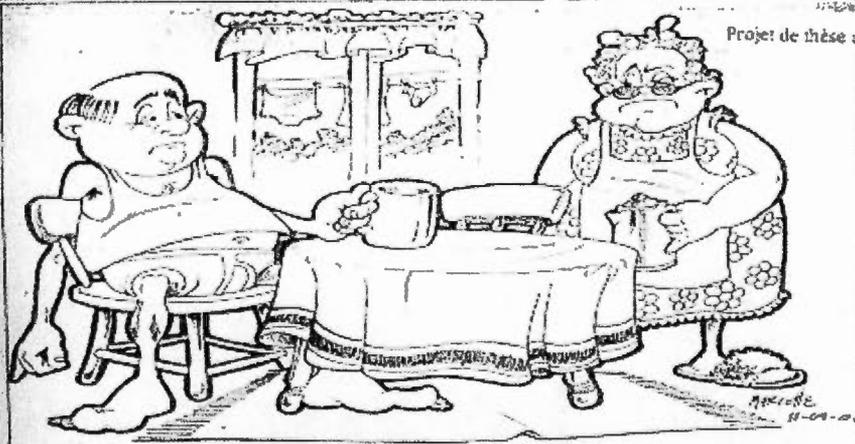
Point de coupure : Aspect relationnel = 2,27

Aspect comportemental = 2,68

Plus le score est faible, plus la personne a du désir sexuel

APPENDICE D

ANNONCES PARUES



Projet de thèse doctorale - Anic

COUPLES RETRAITÉS RECHERCHÉS
 Les couples intéressés doivent:

- être âgés entre 55 et 60 ans
- être retraités depuis au moins un an et au plus 5 ans
- ne pas avoir de problèmes de santé majeurs récents, etc. ni de problèmes d'alcool ou de toxicomanie

Le numéro à composer pour les gens intéressés à cette étude est le suivant: 987-3600 poste 6725

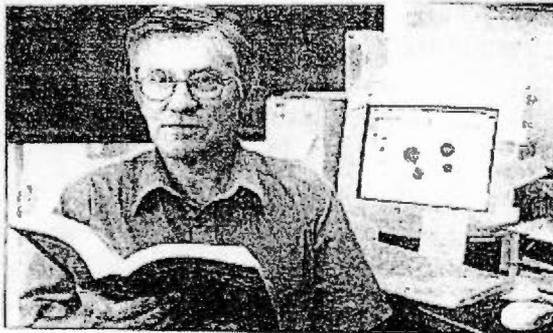


Photo: MICHAËLE
LE DR GILLES TRUDEL, psychologue de l'Université de Québec à Montréal.

Quand la lune de miel des nouveaux retraités vire au cauchemar

Les nouveaux retraités souhaitent tous vivre une seconde lune de miel. Enfin, ils ont du temps pour eux. Au bout de quelques mois, c'est le cauchemar. Pourquoi? Ils n'étaient pas prêts à vivre ce face-à-face quotidien.

représente un facteur de protection non négligeable pour le maintien d'une bonne santé physique et mentale chez les conjoints», soulignent les chercheurs.

Panne sèche

«Notre projet intitulé Vie de couple et bien vieillir mettra l'accent sur les habitudes de communication et les habitudes sexuelles. Les participants à la recherche pourront bénéficier d'un entraînement à la communication efficace et à la résolution de conflits», ajoute le Dr Trudel.

Des études ont démontré que les sources d'insatisfaction chez les couples retraités sont principalement les relations sexuelles, la communication, les loisirs, les finances et les enfants.

Le Dr Trudel veut mettre aussi l'accent sur l'importance d'une vie sexuelle active pour ces couples retraités.

«Il est effectivement possible de vivre une vie sexuelle adéquate à ce stade de la vie. Mais souvent, le manque de connaissances à ce sujet amène bien des personnes à un déclin de leur sexualité.»

Or, la panne sèche ne rime pas nécessairement avec le non plaisir.



Les experts conseillent d'ailleurs la tenue d'un divorce chez les couples nouvellement retraités.

Préoccupation

Le Conseil québécois des affaires sociales est aussi préoccupé par cette question pour ce qui accorde une subvention de 100 000 \$, appartenant au psychologue de l'Université de Montréal afin de lancer un programme d'entraînements de la vie de couple et sexuelle chez les personnes à la retraite.

Les psychologues Gilles Trudel et Joce

lyse Bouillon, veulent tester 40 couples retraités afin de mieux les guider dans cette nouvelle vie romaine à plein temps.

«Les programmes de préparation à la retraite offerts par les conjoints parlent de gestion du portefeuille mais man de la vie conjugale à la retraite.»

Un grand choc

«Pourtant, du jour au lendemain, des couples se retrouvent à vivre 24 heures sur 24 ensemble alors qu'ils passaient des dizaines d'années, ils se voyaient rarement en individuel. C'est un grand choc», explique en outre le psychologue expert Gilles Trudel.

Appelons que le phénomène de vieillissement de la population prend de plus en plus d'ampleur. Selon Statistique Canada vers l'an 2021, les personnes âgées représenteront 20,2 % de la population totale au Québec.

«Et une relation de couple satisfaisante

LA PRESSE 9 OCT 2002
**La vie de couple
 à la retraite**

ÉLISABETH LACROIX

ON IMAGINE S'AGIR d'années saines des vacances et à l'air ou en mer, comme l'option de vivre une deuxième fois de vie et avec un conjoint enfin serein. Malheureusement, les nouvelles données nous le disent souvent de haut. C'est pourquoi on a conçu, de plus en plus, des programmes de préparation à la retraite.

Mais s'ils explorent abondamment la question des années en des loisirs préparés à quelques-uns des choix possibles, les cours préparent tout un pan de la vie du retraité, peut-être le plus important, mais que les hommes comprennent à la nouvelle vie de couple.

Pour compléter cette lacune, une équipe de psychologues de l'UQAM a entrepris de bâtir, sur le modèle des cours de préparation au mariage, des cours de préparation à la retraite pour le couple qui vient de se retirer ou qui se retirera bientôt, 24 heures sur 24... pour le meilleur ou pour le pire.

Après une d'années passées ensemble, les gens ont souvent l'impression qu'ils n'ont pas vraiment besoin de se parler pour se comprendre. De plus, plusieurs espèrent qu'un problème, peut-être un gros, disparaît de lui-même si on n'en parle pas. Ce sont là des mythes qui risquent fort de mener un couple appelé à passer plus de temps ensemble, surtout que les problèmes latents risquent alors de refaire surface de la vie plus âgée. C'est là que Jocelyne Bounader, coordonnatrice du programme « Vie de couple et bien vieillir ». Le programme est supervisé par le Dr Gilles Trudel, professeur au département de psychologie.

Un des meilleurs professeurs de santé mentale et physique à la retraite, c'est l'entente qui règne au sein du couple, déclare le Dr Trudel. Si un couple d'anciens gens satisfait de leur vie de couple à des personnes qui en sont manifestement les premiers ou une moyenne d'espérance de vie de deux années supplémentaires.

Le programme qui se veut préventif comporte deux axes principaux, la communication et la vie sexuelle. En petits groupes d'environ quatre couples chapeautés par deux psychologues, on consacre six rencontres à chacun des axes. « On imagine souvent qu'une personne se agit est aveugle. Mais ce n'est pas vrai, déclare Mme Bounader. Si on est en bonne santé, le besoin sexuel persiste jusqu'à la mort. Le façon dont il est vécu peut toutefois changer... » Selon Mme Bounader, une bonne information peut aider le couple à vivre une sexualité saine et satisfaisante : « Chez l'homme, l'érection peut être un peu moins ferme ou la période de latence (le délai avant d'avoir une nouvelle érection) plus longue. Mais, cela n'empêche pas les échanges sexuels. Chez la femme, quand il se présente le manque de lubrification peut être réglé assez simplement. Trop souvent, la femme pense que ce n'est plus de son âge ou que la sexualité doit être nécessairement liée à la procréation. Mais la sexualité peut aussi être synonyme de plaisir, de partage, de rapprochement. »

On marche plus lentement à 70 ans qu'à 25 ans, mais on n'arrête pas de marcher pour autant, explique Mme Bounader. Il en va de même pour la sexualité, qui peut être différente, mais sûrement pas mexicanite.

Les chercheurs sont présentement à la recherche de 80 couples de 55 à 69 ans encore actifs ou à la retraite depuis moins d'un an pour participer au programme. Une sélection sera effectuée parmi les candidats qui ne doivent pas vivre de problème de couple majeur. L'hypermotivité de recherche des responsables du projet : Qu'un programme de ce type peut aider les couples à aborder avec succès le cap de la retraite. Les couples désireux de participer au programme peuvent s'inscrire ou obtenir plus d'informations au 987-3000, poste 6725.

**Le couple
 à l'heure
 de la retraite**



Se retrouver ensemble 24 heures sur 24 quand sonne l'heure de la retraite, ça change une vie de couple ! C'est l'un des aspects de la retraite qu'il ne faut pas négliger de préparer... Vous aimeriez avoir un coup de pouce ?

Une équipe de psychologues de l'Université du Québec à Montréal offre, dans le cadre du programme *Vie de couple et bien vieillir*, une intervention gratuite aux couples à la retraite désireux d'enrichir leur relation conjugale.

L'intervention dure trois mois et porte sur l'amélioration de la communication, la résolution des conflits et la satisfaction face à la vie sexuelle. Pour y participer, il faut être en couple, âgé de 55 à 69 ans, à la retraite depuis au moins 1 an et au plus 5 ans, et ne pas présenter de problèmes de santé majeurs, d'alcoolisme ni de toxicomanie. Appeler Jocelyne Bounader, au (514) 987-3000, poste 6725.

Fév. 2002
 Le BELAGE

APPENDICE E

TABLEAU RÉSUMÉ DES INSTRUMENTS UTILISÉS
À CHAQUE MOMENT DE L'ÉTUDE

Questionnaires à administrer par moment de mesure

| | Nom des questionnaires | Critères | PRÉ-1 | PRÉ-2 | POST-1 | POST-2 | POST-3 |
|------|---|----------|-------|-------|--------|--------|--------|
| | Entrevue téléphonique | √ | | | | | |
| | Entrevue d'évaluation couple | √ | | | | | |
| | Entrevue d'évaluation - femme | √ | | | | | |
| | Entrevue d'évaluation - homme | √ | | | | | |
| QA | Inventaire de dépression de Beck | √ | | | | | |
| QB | Échelle d'anxiété IPAT | √ | | | | | |
| QC | Inventaire d'ajustement dyadique | √ | √ | √ | √ | √ | √ |
| QI | MAST (facultatif) | √ | | | | | |
| QII | SCID-IV (facultatif) | √ | | | | | |
| | Formulaire de consentement | √ | | | | | |
| Q1 | Questionnaire sur la communication dans le couple | | √ | √ | √ | √ | √ |
| Q2 | Inventaire de résolution de problèmes | | √ | √ | √ | √ | √ |
| Q3 | Inventaire des croyances relationnelles | | √ | √ | √ | √ | √ |
| Q4 | Échelle d'attitudes et de connaissances sur la sexualité des personnes âgées | | √ | √ | √ | √ | √ |
| Q5 | Système multiaxial d'évaluation des dysfonctions sexuelles (histoire sexuelle) | | √ | √ | √ | √ | √ |
| Q6a | Inventaire des comportements sexuels - homme | | √ | √ | √ | √ | √ |
| Q6b | Inventaire des comportements sexuels - femme | | √ | √ | √ | √ | √ |
| Q7 | Inventaire de fonctionnement sexuel (DSFI) | | √ | √ | √ | √ | √ |
| Q8 | Échelle du désir sexuel (ÉDS-DD/DI) | | √ | √ | √ | √ | √ |
| Q9 | QDSH-IC: aspects Individuel et Cognitif | | √ | √ | √ | √ | √ |
| Q10 | QDSH-RC: aspects Relationnel et Comportemental | | √ | √ | √ | √ | √ |
| Q11 | Indice de détresse psychologique de l'enquête santé Québec (IDPESQ-14) | | √ | √ | √ | √ | √ |
| Q12 | Medical Outcomes Study Form-36 (SF-36) | | √ | √ | √ | √ | √ |
| Q13 | Questionnaire Pré/Post intervention | | √ | √ | √ | √ | √ |
| Q15 | Questionnaire d'auto-évaluation des changements | | | | √ | √ | √ |
| Q16a | Questionnaire d'auto-évaluation de l'efficacité du traitement | | | | √ | | |
| Q16b | Questionnaire d'auto-évaluation de l'efficacité du traitement (version abrégée) | | | | | √ | √ |

APPENDICE F

ENREVUE D'ÉVALUATION
(TÉLÉPHINIQUE, COUPLE, FEMME ET HOMME)

ENTREVUE TELEPHONIQUE

Pré-sélection pour la recherche: « Vie de Couple et Bien Vieillir: Évaluation d'un programme d'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle chez les personnes retraitées »

Date: _____

No de couple: _____

Intervieweur/se: _____

1. Sexe de la personne qui a appelé
 femme 1 homme 2

2. Comment avez-vous entendu parler de notre étude?
 Journaux, revues, radio 1 CLSC 2
 Clubs d'âge d'or 3 Autres (préciser) 4

3. Renseignements généraux (femme)
 Nom:
 No de tel (maison): No de tel (autre):
 Date de naissance: Âge:
 Adresse:

4. Renseignements généraux (homme)
 Nom:
 No de tel (maison): No de tel (autre):
 Date de naissance: Âge:
 Adresse:

5. Quelle est votre durée de vie commune?
 Années: Mois:

6. Depuis combien de temps êtes-vous à la retraite (femme)?
 Années: Mois:

7. Depuis combien de temps êtes-vous à la retraite (homme)?
 Années: Mois:

8. Votre partenaire est-il/elle au courant de votre démarche pour participer à notre programme?
 Oui 1 Non 2

9. Votre partenaire serait-il/elle d'accord pour participer à ce programme?
 Oui 1 Non 2

10. Prévoyez-vous être disponible entre septembre et décembre 2003?
Oui 1 Non 2
11. Prévoyez-vous être disponible entre janvier et avril 2004?
Oui 1 Non 2
12. Pensez-vous que votre partenaire sera disponible entre septembre et décembre 2003?
Oui 1 Non 2
13. Pensez-vous que votre partenaire sera disponible entre janvier et avril 2004?
Oui 1 Non 2
14. Vous et votre partenaire, parlez-vous et lisez-vous couramment le français?
Oui 1 Non 2
15. Êtes-vous ou votre partenaire suivi par un médecin?
Oui 1 Non 2
16. Si oui, pour quelle raison?

17. Avez-vous ou votre partenaire un problème de santé majeur?
Oui 1 Non 2
18. Si oui, lequel?

19. Êtes-vous en thérapie individuelle ou de groupe?
Oui 1 Non 2
20. Si oui, pour quelle raison?

21. Si oui, seriez-vous prêt(e) à arrêter cette thérapie pour participer à notre programme?
Oui 1 Non 2
22. Votre partenaire est-il/elle en thérapie individuelle ou de groupe?
Oui 1 Non 2
23. Si oui, pour quelle raison?

24. Si oui, serait-il/elle prêt(e) à arrêter cette thérapie pour participer à notre programme?
 Oui 1 Non 2
25. Êtes-vous en thérapie de couple ou familiale?
 Oui 1 Non 2
26. Si oui, pour quelle raison?

27. Si oui, seriez-vous prêts à arrêter cette thérapie pour participer à notre programme?
 Oui 1 Non 2
28. Vous ou votre partenaire avez-vous un problème d'alcool ou de drogue?
 Oui 1 Non 2
29. Y a-t-il des manifestations de violence à l'intérieur de votre couple?
 Oui 1 Non 2
30. Envisagez-vous de vous séparer dans un avenir prévisible?
 Oui 1 Non 2
31. En ce moment, entretenez-vous, ou votre partenaire entretient-il/elle, une relation extra-conjugale?
 Oui 1 Non 2
32. A quel moment de la journée seriez-vous disponible, tous les deux, pour une entrevue d'évaluation?
 a.m. p.m. lundi mercredi
 Date du rendez-vous (s'il y a lieu) :
 Heure :

COMMENTAIRES:

ENTREVUE D'ÉVALUATION : COUPLE

Sélection pour la recherche : « Vie de couple et bien vieillir. Évaluation d'un programme d'enrichissement de la vie conjugale chez les personnes retraitées ».

Date :

No de couple :

Noms :

DONNÉES MÉDICALES

1. **Madame**, souffrez-vous d'un trouble de santé physique qui pourrait nuire au bon déroulement de l'intervention?

Oui 1 Non 2

2. Si oui, de quel trouble s'agit-il?

| | |
|-------------------------------------|---|
| Maladie du cœur | 1 |
| Hypertension | 2 |
| Trouble urinaire ou maladie du rein | 3 |
| Trouble de la thyroïde | 4 |
| Incapacité ou paralysie partielle | 5 |
| Migraines/maux de tête fréquents | 6 |
| Autres : spécifiez _____ | 7 |
| Ne s'applique pas | 8 |

3. Prenez-vous des médicaments?

Oui 1 Non 2

4. Si oui, quel est le nom du-des médicament-s et la posologie?

5. Si oui, pour quelle-s raison-s prenez-vous ce ou ces médicaments?

6. **Monsieur**, souffrez-vous d'un trouble de santé physique qui pourrait nuire au bon déroulement de l'intervention?

Oui 1 Non 2

7. Si oui, de quel trouble s'agit-il?

| | |
|-------------------------------------|---|
| Maladie du cœur | 1 |
| Hypertension | 2 |
| Trouble urinaire ou maladie du rein | 3 |
| Trouble de la thyroïde | 4 |
| Incapacité ou paralysie partielle | 5 |
| Migraines/maux de tête fréquents | 6 |
| Autres : spécifiez : _____ | 7 |
| Ne s'applique pas | 8 |

8. Prenez-vous des médicaments?

Oui 1 Non 2

9. Si oui, quel est le nom du-des médicament-s et la posologie?

10. Si oui, pour quelle-s raison-s prenez-vous ce ou ces médicaments?

11A. **Madame**, êtes-vous actuellement en thérapie pour un problème personnel?

Oui 1 Non 2

11B. Si oui, pour quel problème consultez-vous? Depuis combien de temps?

12A. **Madame**, avez-vous déjà consulté pour un problème personnel?

Oui 1 Non 2

12B. Si oui, pour quel problème avez-vous consulté? Pendant combien de temps?

13A. **Madame**, avez-vous déjà été hospitalisée pour un problème d'ordre psychologique ou psychiatrique?

Oui 1 Non 2

13B. Si oui, pour quel problème? Pendant combien de temps?

14A. **Madame**, avez-vous un problème important, qui nuit à votre fonctionnement quotidien, pour lequel vous n'avez jamais consulté?

Oui 1 Non 2

14B. Si oui, de quel problème s'agit-il?

15A. **Monsieur**, êtes-vous actuellement en thérapie pour un problème personnel?

Oui 1 Non 2

15B. Si oui, pour quel problème consultez-vous? Depuis combien de temps?

16A. **Monsieur**, avez-vous déjà consulté pour un problème personnel?

Oui 1 Non 2

16B. Si oui, pour quel problème avez-vous consulté? Pendant combien de temps?

17A. **Monsieur**, avez-vous déjà été hospitalisé pour un problème d'ordre psychologique ou psychiatrique?

Oui 1 Non 2

17B. Si oui, pour quel problème? Pendant combien de temps?

18A. **Monsieur**, avez-vous un problème important, qui nuit à votre fonctionnement quotidien, pour lequel vous n'avez jamais consulté?

Oui 1 Non 2

18B. Si oui, de quel problème s'agit-il?

B. DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

19. Quel est votre statut civil?

Mariés 1 Union de fait 2

20. Avez-vous des enfants?

Oui 1 Non 2

21. Si oui, combien et quel âge ont-ils?

Nombre : _____
Âges : _____

22. Avez-vous des enfants qui demeurent au domicile familial?

Oui 1 Non 2
(Si oui, notez lesquels à la question 21)

***23A. Madame, quel est votre plus haut niveau de scolarité complété?**

| | |
|--|----|
| Aucune scolarité ou uniquement l'école maternelle | 00 |
| Première année | 01 |
| Deuxième année | 02 |
| Troisième année | 03 |
| Quatrième année | 04 |
| Cinquième année | 05 |
| Sixième année | 06 |
| Septième année | 07 |
| Huitième année ou secondaire I | 08 |
| Neuvième année ou secondaire II | 09 |
| Dixième année ou secondaire III | 10 |
| Onzième année ou secondaire IV | 11 |
| Douzième année ou secondaire V | 12 |
| Études partielles dans un cégep, une école de métiers ou un collège commercial privé, un institut technique, une école de sciences infirmières, une école normale | 13 |
| Diplôme ou certificat d'études d'un programme technique au cégep, d'une école de métiers, d'un collège commercial privé, d'un institut technique, d'une école de sciences infirmières, d'une école normale | 14 |
| Diplôme ou certificat d'études d'un programme général au cégep | 15 |
| Études partielles à l'université | 16 |
| Certificat(s) universitaire(s) de 1 ^{er} cycle acquis | 17 |
| Baccalauréat(s) acquis | 18 |
| Diplôme(s) en médecine, en art dentaire, en médecine vétérinaire, en optométrie ou en chiropraxie acquis | 19 |
| Certificat(s) universitaire(s) de 2 ^{ème} cycle acquis | 20 |
| Maîtrise(s) acquise(s) | 21 |
| Doctorat(s) acquis | 22 |

***23B. Si vous avez répondu « 12 » à la question 23 :**

Avez-vous obtenu un diplôme d'études secondaires?

| | |
|--|---|
| Non | 1 |
| Oui, un diplôme d'études secondaires générales | 2 |
| Oui, un diplôme d'études secondaires professionnelles | 3 |
| Oui, un diplôme d'études secondaires générales et un diplôme d'études secondaires professionnelles | 4 |

***24A. Monsieur, quel est votre plus haut niveau de scolarité complété?**

| | |
|--|----|
| Aucune scolarité ou uniquement l'école maternelle | 00 |
| Première année | 01 |
| Deuxième année | 02 |
| Troisième année | 03 |
| Quatrième année | 04 |
| Cinquième année | 05 |
| Sixième année | 06 |
| Septième année | 07 |
| Huitième année ou secondaire I | 08 |
| Neuvième année ou secondaire II | 09 |
| Dixième année ou secondaire III | 10 |
| Onzième année ou secondaire IV | 11 |
| Douzième année ou secondaire V | 12 |
| Études partielles dans un cégep, une école de métiers ou un collège commercial privé, un institut technique, une école de sciences infirmières, une école normale | 13 |
| Diplôme ou certificat d'études d'un programme technique au cégep, d'une école de métiers, d'un collège commercial privé, d'un institut technique, d'une école de sciences infirmières, d'une école normale | 14 |
| Diplôme ou certificat d'études d'un programme général au cégep | 15 |
| Études partielles à l'université | 16 |
| Certificat(s) universitaire(s) de 1 ^{er} cycle acquis | 17 |
| Baccalauréat(s) acquis | 18 |
| Diplôme(s) en médecine, en art dentaire, en médecine vétérinaire, en optométrie ou en chiropraxie acquis | 19 |
| Certificat(s) universitaire(s) de 2 ^{ème} cycle acquis | 20 |
| Maîtrise(s) acquise(s) | 21 |
| Doctorat(s) acquis | 22 |

***24B. Si vous avez répondu « 12 » à la question 23 :**

Avez-vous obtenu un diplôme d'études secondaires?

| | |
|--|---|
| Non | 1 |
| Oui, un diplôme d'études secondaires générales | 2 |
| Oui, un diplôme d'études secondaires professionnelles | 3 |
| Oui, un diplôme d'études secondaires générales et un diplôme d'études secondaires professionnelles | 4 |

25. **Madame**, quelle est votre occupation principale?
- | | |
|---|---|
| travail à plein temps | 1 |
| travail à temps partiel | 2 |
| chômage | 3 |
| études | 4 |
| entretien de la maison et/ou soin des enfants | 5 |
| retraite | 6 |
| autre : précisez : _____ | 7 |
26. **Monsieur**, quelle est votre occupation principale?
- | | |
|---|---|
| travail à plein temps | 1 |
| travail à temps partiel | 2 |
| chômage | 3 |
| études | 4 |
| entretien de la maison et/ou soin des enfants | 5 |
| retraite | 6 |
| autre : précisez : _____ | 7 |
27. **Madame**, quel est le dernier domaine dans lequel vous avez occupé un emploi?
(Prendre en note le plus précisément possible).
- _____
- _____
- _____
28. **Monsieur**, quel est le dernier domaine dans lequel vous avez occupé un emploi?
(Prendre en note le plus précisément possible).
- _____
- _____
- _____
- *29A. **Madame**, quel est votre revenu individuel pour les 12 derniers mois (avant impôts)?
- | | |
|------------------------|----|
| Aucun revenu personnel | 00 |
| 1\$ à 999\$ | 01 |
| 1 000\$ à 5 999\$ | 02 |
| 6 000\$ à 11 999\$ | 03 |
| 12 000\$ à 19 999\$ | 04 |
| 20 000\$ à 24 999\$ | 05 |
| 25 000\$ à 29 999\$ | 06 |
| 30 000\$ à 34 999\$ | 07 |
| 35 000\$ à 39 999\$ | 08 |
| 40 000\$ à 44 999\$ | 09 |
| 45 000\$ à 49 999\$ | 10 |
| 50 000 \$ et plus | 11 |

*29B. **Madame**, comment percevez-vous votre situation économique par rapport aux gens de votre âge?

| | |
|--|---|
| Je me considère à l'aise financièrement | 1 |
| Je considère mes revenus suffisants pour répondre à mes besoins fondamentaux ou à ceux de ma famille | 2 |
| Je me considère pauvre | 3 |
| Je me considère très pauvre | 4 |

*29C. Depuis combien de temps vous percevez-vous dans cette situation?

| | |
|------------------|---|
| Moins d'un an | 1 |
| Entre 1 et 4 ans | 2 |
| Entre 5 et 9 ans | 3 |
| 10 ans et plus | 4 |

*29D. Croyez-vous que votre situation financière va s'améliorer?

| | |
|--|---|
| Oui, dans un proche avenir | 1 |
| Oui, je ne sais pas quand mais j'ai l'espoir que ça va s'améliorer | 2 |
| Non, je ne crois pas que ça va changer | 3 |
| Non, je crois que ça va empirer | 4 |

*29E. Vous considérez-vous financièrement plus à l'aise ou moins à l'aise que vos parents l'étaient à votre âge?

| | |
|----------------------------|---|
| Plus à l'aise | 1 |
| Ni plus, ni moins à l'aise | 2 |
| Moins à l'aise | 3 |

*30A. **Monsieur**, quel est votre revenu individuel pour les 12 derniers mois (avant impôts)?

| | |
|------------------------|----|
| Aucun revenu personnel | 00 |
| 1\$ à 999\$ | 01 |
| 1 000\$ à 5 999\$ | 02 |
| 6 000\$ à 11 999\$ | 03 |
| 12 000\$ à 19 999\$ | 04 |
| 20 000\$ à 24 999\$ | 05 |
| 25 000\$ à 29 999\$ | 06 |
| 30 000\$ à 34 999\$ | 07 |
| 35 000\$ à 39 999\$ | 08 |
| 40 000\$ à 44 999\$ | 09 |
| 45 000\$ à 49 999\$ | 10 |
| 50 000 \$ et plus | 11 |

***30B. Monsieur, comment percevez-vous votre situation économique par rapport aux gens de votre âge?**

- | | |
|--|---|
| Je me considère à l'aise financièrement | 1 |
| Je considère mes revenus suffisants pour répondre à mes besoins fondamentaux ou à ceux de ma famille | 2 |
| Je me considère pauvre | 3 |
| Je me considère très pauvre | 4 |

***30C. Depuis combien de temps vous percevez-vous dans cette situation?**

- | | |
|------------------|---|
| Moins d'un an | 1 |
| Entre 1 et 4 ans | 2 |
| Entre 5 et 9 ans | 3 |
| 10 ans et plus | 4 |

***30D. Croyez-vous que votre situation financière va s'améliorer?**

- | | |
|--|---|
| Oui, dans un proche avenir | 1 |
| Oui, je ne sais pas quand mais j'ai l'espoir que ça va s'améliorer | 2 |
| Non, je ne crois pas que ça va changer | 3 |
| Non, je crois que ça va empirer | 4 |

***30E. Vous considérez-vous financièrement plus à l'aise ou moins à l'aise que vos parents l'étaient à votre âge?**

- | | |
|----------------------------|---|
| Plus à l'aise | 1 |
| Ni plus, ni moins à l'aise | 2 |
| Moins à l'aise | 3 |

***31. Monsieur, quelle est votre date de naissance?**

____ / ____ / ____
 Jour Mois Année

***32. Madame, quelle est votre date de naissance?**

____ / ____ / ____
 Jour Mois Année

*33A. Monsieur, quelle a été la principale religion de votre enfance?

| | |
|------------------------|----|
| Aucune | 01 |
| Catholique romaine | 02 |
| Église unie | 03 |
| Anglicane | 04 |
| Grecque orthodoxe | 05 |
| Juive | 06 |
| Islamique | 07 |
| Autre : précisez _____ | 08 |

*33B. Monsieur, quelle est votre appartenance religieuse actuelle?

| | |
|------------------------|----|
| Aucune | 01 |
| Catholique romaine | 02 |
| Église unie | 03 |
| Anglicane | 04 |
| Grecque orthodoxe | 05 |
| Juive | 06 |
| Islamique | 07 |
| Autre : précisez _____ | 08 |

*33C. Monsieur, au cours des 12 derniers mois, avez-vous fréquenté une église ou un lieu de culte?

| | |
|-----------------------------|---|
| Plus d'une fois par semaine | 1 |
| Une fois par semaine | 2 |
| Plus d'une fois par mois | 3 |
| Plus d'une fois par an | 4 |
| Ne fréquente jamais | 5 |

*34A. Madame, quelle a été la principale religion de votre enfance?

| | |
|------------------------|----|
| Aucune | 01 |
| Catholique romaine | 02 |
| Église unie | 03 |
| Anglicane | 04 |
| Grecque orthodoxe | 05 |
| Juive | 06 |
| Islamique | 07 |
| Autre : précisez _____ | 08 |

*34B. Madame, quelle est votre appartenance religieuse actuelle?

| | |
|------------------------|----|
| Aucune | 01 |
| Catholique romaine | 02 |
| Église unie | 03 |
| Anglicane | 04 |
| Grecque orthodoxe | 05 |
| Juive | 06 |
| Islamique | 07 |
| Autre : précisez _____ | 08 |

*34C. Madame, au cours des 12 derniers mois, avez-vous fréquenté une église ou un lieu de culte?

| | |
|-----------------------------|---|
| Plus d'une fois par semaine | 1 |
| Une fois par semaine | 2 |
| Plus d'une fois par mois | 3 |
| Plus d'une fois par an | 4 |
| Ne fréquente jamais | 5 |

C. HABITUDES DE CONSOMMATION

*35. La table ci-dessous peut vous aider à répondre à la question suivante :

| 1 consommation = | 2 consommations= |
|--|---|
| * 1 petite bouteille de bière (sauf .5) (12 onces ou 360 ml) | *1 grosse bouteille de bière (environ 25 onces ou 750ml) |
| *1 petit verre de vin (4-5 onces ou 120-150 ml) | *1 verre double de boisson forte |
| *1 petit verre de liqueur forte ou de spiritueux (1-1.5 once avec ou sans mélange) | *1 couple accompagné de bière (beer chaser) |

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous pris CINQ consommations ou plus dans une même occasion?

_____ FOIS

SI LA RÉPONSE EST SUPÉRIEURE À « 6 FOIS », FAIRE PASSER LE MAST

*36. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris une des drogues suivantes sans prescription ou sans ordonnance?

| | | |
|---|-----|---|
| Marijuane (hachich, pot, grass) | Oui | 1 |
| | Non | 2 |
| Amphétamines, stimulants, speed, ecstasy) | Oui | 1 |
| | Non | 2 |
| Cocaïne, crack, free base | Oui | 1 |
| | Non | 2 |
| Héroïne (smack), morphine) | Oui | 1 |
| | Non | 2 |
| LSD (acide), mescaline | Oui | 1 |
| | Non | 2 |

*37. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris un des tranquillisants ou des somnifères (par exemple, Valium, Librium, Halcion, Xanax, Ativan,...) sans prescription ou sans ordonnance?

| | |
|-----|---|
| Oui | 1 |
| Non | 2 |

*38. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris d'autre(s) drogue(s) ou d'autre(s) médicament(s) sans prescription ou sans ordonnance?

| | |
|-----|---|
| Oui | 1 |
| Non | 2 |

Si oui, précisez: _____

SI LA RÉPONSE EST « OUI » À L'UNE DES QUESTIONS 36, 37, OU 38 ET QU'IL Y A UN PROBLÈME DE DROGUE, FAIRE PASSER LE SCID-IV

* : Les questions précédées d'un astérisque sont adaptées du questionnaire de Santé Québec sur les renseignements socio-démographiques.

ENTREVUE D'ÉVALUATION: FEMME

Sélection pour la recherche: "Vie de couple et bien vieillir: Évaluation d'un programme d'enrichissement de la vie conjugale chez les personnes retraitées"

Date:

Nom:

No de couple:

**FONCTIONNEMENT DU COUPLE: COMMUNICATION, RESOLUTION DES
CONFLITS ET VIE SEXUELLE**

A) COMMUNICATION

1. Tout au long de votre vie, combien de relations significatives pendant lesquelles vous avez co-habité avec votre partenaire (incluant celle-ci) avez-vous connues?

2. Quelle a été la durée de chacune d'entre elles?
1ère: 2ème: 3ème:

3. Combien d'enfants avez-vous eus lors de chacune de ces relations significatives?
1ère: 2ème: 3ème:

4. Sur une échelle de 1 à 10, comment évaluez-vous votre satisfaction générale face à votre relation actuelle?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Sur une échelle de 1 à 10, comment pensez-vous que votre partenaire évalue sa satisfaction générale face à votre relation actuelle?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Sur une échelle de 1 à 10, comment évaluez-vous votre satisfaction face à la qualité de la communication dans votre couple depuis que vous êtes à la retraite?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Sur une échelle de 1 à 10, comment évaluez-vous votre satisfaction *passée* face à la qualité de la communication dans votre couple depuis que vous avez eu vos enfants jusqu'au début de la retraite?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 N/A

8. Sur une échelle de 1 à 10, comment évaluez-vous votre satisfaction *passée* face à la qualité de la communication dans votre couple au cours des premiers temps de votre relation?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Quels sont les domaines de communication satisfaisants pour vous? (encercler)
1. Remarques et observations
 2. Échanges sur le vécu quotidien
 3. Demandes
 4. Refus
 5. Émotions positives
 6. Émotions négatives
 7. Autres (préciser)
10. Quant il en vient aux émotions, êtes-vous satisfaite de: (encercler)
1. La capacité de votre conjoint de vous exprimer ses émotions
 2. Votre capacité d'exprimer à votre conjoint vos émotions
 3. L'écoute que vous manifeste votre conjoint
 4. Votre écoute quand votre conjoint parle de ses émotions
11. Sur une échelle de 1 à 10, comment évaluez-vous votre satisfaction face à votre expression de demandes et de refus?
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12. Sur une échelle de 1 à 10, comment évaluez-vous votre satisfaction face à l'expression de votre conjoint de demandes et de refus?
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13. Évitez-vous de parler de certains sujets? Si oui, lesquels?
- 1.
 - 2.
 - 3.
14. Comment décrivez-vous votre style de communication?
- | | | |
|-------------|-----------------|------------------|
| a. Amical | b. Agressif | c. Compréhensif |
| d. Critique | e. Anxieux | f. Qui s'affirme |
| g. Boudeur | h. Clair | i. Confus |
| j. Calme | k. Enthousiaste | l. Exigeant |
| m. Réservé | n. Expansif | o. Inapproprié |
| p. Indécis | q. Dominateur | r. Effacé |
| s. Plaintif | t. | u. |
15. Comment décrivez-vous le style de communication de votre conjoint?
- | | | |
|-------------|-----------------|------------------|
| a. Amical | b. Agressif | c. Compréhensif |
| d. Critique | e. Anxieux | f. Qui s'affirme |
| g. Boudeur | h. Clair | i. Confus |
| j. Calme | k. Enthousiaste | l. Exigeant |
| m. Réservé | n. Expansif | o. Inapproprié |
| p. Indécis | q. Dominateur | r. Effacé |
| s. Plaintif | t. | u. |

16. Sur une échelle de 1 à 10, jusqu'à quel point aimeriez-vous travailler à améliorer votre communication de couple?
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

B) GESTION DES CONFLITS

17. Quels sont les sujets de désaccords les plus fréquents dans votre couple?
1. Routine quotidienne
 2. Déroulement des fins de semaine
 3. Loisirs
 4. Sorties
 5. Planification de la retraite
 6. Vacances
 7. Finances
 8. Tâches ménagères
 9. Amis
 10. Famille
 11. Enfants
 12. Règles de vie
 13. Valeurs personnelles
 14. Traits de caractère
 15. Prises de décision
 16. Communication
 17. Manifestations de l'affection
 18. Sexualité
 19. Autres (préciser)
18. Comment réglez-vous en général vos désaccords?
- a) Je cède
 - b) Mon conjoint cède
 - c) On arrive à un compromis satisfaisant pour les deux
 - d) On évite les désaccords
 - e) Celui qui lève la voix ou qui parle le plus gagne
 - f) Chacun boude de son côté et au bout de quelques jours la question est oubliée
19. Quelle place prennent les conflits dans vos interactions?
- a) On est souvent en train de se disputer
 - b) On se dispute souvent, mais on passe aussi beaucoup de moments agréables ensemble
 - c) On se dispute occasionnellement
 - d) On ne se dispute presque jamais: on est souvent sur la même longueur d'onde
 - e) On ne se dispute presque jamais: on évite les confrontations

20. Comment réagissez-vous suite à un désaccord?
- a) Les désaccords sont inévitables dans toute relation de couple. On essaie de les régler puis on n'y pense plus
 - b) J'arrive facilement à passer par-dessus un désaccord une fois qu'il est réglé, mais mon conjoint y pense longtemps après
 - c) Les désaccords me prennent beaucoup d'énergie, je me sens tout à l'envers pendant quelques jours après une dispute
 - d) En général, je boude quelques jours suite à un désaccord avec mon conjoint
 - e) Nos désaccords ne sont jamais réglés, au moindre prétexte, les vieux sujets de disputes sont constamment ramenés sur le tapis
 - f) Les désaccords sont néfastes dans une relation de couple. Plus vite on les oublie, mieux c'est
 - g) Suite à un désaccord, il faut s'assurer de ne plus reparler du sujet conflictuel en question
 - h) Suite à un désaccord, il faut faire comme si rien ne s'était passé
21. Sur une échelle de 1 à 10, jusqu'à quel point aimeriez-vous travailler à améliorer votre résolution des conflits au sein du couple?
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

c) VIE SEXUELLE

22. Quelle est la fréquence actuelle moyenne de vos rapports sexuels?
- _____
23. Sur une échelle de 1 à 10, jusqu'à quel point êtes-vous satisfaite de cette fréquence?
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
24. Quelle serait pour vous la fréquence idéale des rapports sexuels?
25. Quand vous avez des rapports sexuels, combien de temps en moyenne durent-ils?
26. Auriez-vous aimé:
- a. Avoir des rapports sexuels qui durent plus longtemps
 - b. Avoir des rapports sexuels qui durent moins longtemps
 - c. Je suis satisfaite de la durée de mes rapports sexuels avec mon conjoint
27. Sur une échelle de 1 à 10, comment évaluez-vous votre satisfaction face à la qualité de vos rapports sexuels?
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
28. D'après vous, qu'est-ce qui pourrait améliorer la qualité de vos rapports sexuels? (Par exemple, plus de romantisme, ou de variété, ou de préliminaires, etc.)

39. Avez-vous une (des) relation(s) extra-conjugale(s) en ce moment?
Oui 1 Non 2

40. Commentaires:

9. Quels sont les domaines de communication satisfaisants pour vous? (encercler)
1. Remarques et observations
 2. Échanges sur le vécu quotidien
 3. Demandes
 4. Refus
 5. Émotions positives
 6. Émotions négatives
 7. Autres (préciser)
10. Quant il en vient aux émotions, êtes-vous satisfait de: (encercler)
1. La capacité de votre conjointe de vous exprimer ses émotions
 2. Votre capacité d'exprimer à votre conjointe vos émotions
 3. L'écoute que vous manifeste votre conjointe
 4. Votre écoute quand votre conjointe parle de ses émotions
11. Sur une échelle de 1 à 10, comment évaluez-vous votre satisfaction face à votre expression de demandes et de refus?
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12. Sur une échelle de 1 à 10, comment évaluez-vous votre satisfaction face à l'expression de votre conjointe de demandes et de refus?
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13. Évitez-vous de parler de certains sujets? Si oui, lesquels?
- 1.
 - 2.
 - 3.
14. Comment décrivez-vous votre style de communication?
- | | | |
|-------------|-----------------|------------------|
| a. Amical | b. Agressif | c. Compréhensif |
| d. Critique | e. Anxieux | f. Qui s'affirme |
| g. Boudeur | h. Clair | i. Confus |
| j. Calme | k. Enthousiaste | l. Exigeant |
| m. Réservé | n. Expansif | o. Inapproprié |
| p. Indécis | q. Dominateur | r. Effacé |
| s. Plaintif | t. | u. |
15. Comment décrivez-vous le style de communication de votre conjointe?
- | | | |
|-------------|-----------------|------------------|
| a. Amical | b. Agressif | c. Compréhensif |
| d. Critique | e. Anxieux | f. Qui s'affirme |
| g. Boudeur | h. Clair | i. Confus |
| j. Calme | k. Enthousiaste | l. Exigeant |
| m. Réservé | n. Expansif | o. Inapproprié |
| p. Indécis | q. Dominateur | r. Effacé |
| s. Plaintif | t. | u. |

16. Sur une échelle de 1 à 10, jusqu'à quel point aimeriez-vous travailler à améliorer votre communication de couple?
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

B) GESTION DES CONFLITS

17. Quels sont les sujets de désaccords les plus fréquents dans votre couple?
1. Routine quotidienne
 2. Déroulement des fins de semaine
 3. Loisirs
 4. Sorties
 5. Planification de la retraite
 6. Vacances
 7. Finances
 8. Tâches ménagères
 9. Amis
 10. Famille
 11. Enfants
 12. Règles de vie
 13. Valeurs personnelles
 14. Traits de caractère
 15. Prises de décision
 16. Communication
 17. Manifestations de l'affection
 18. Sexualité
 19. Autres (préciser)
18. Comment réglez-vous en général vos désaccords?
- a) Je cède
 - b) Ma conjointe cède
 - c) On arrive à un compromis satisfaisant pour les deux
 - d) On évite les désaccords
 - e) Celui qui lève la voix ou qui parle le plus gagne
 - f) Chacun boude de son côté et au bout de quelques jours la question est oubliée
19. Quelle place prennent les conflits dans vos interactions?
- a) On est souvent en train de se disputer
 - b) On se dispute souvent, mais on passe aussi beaucoup de moments agréables ensemble
 - c) On se dispute occasionnellement
 - d) On ne se dispute presque jamais: on est souvent sur la même longueur d'onde
 - e) On ne se dispute presque jamais: on évite les confrontations

20. Comment réagissez-vous suite à un désaccord?
- a) Les désaccords sont inévitables dans toute relation de couple. On essaie de les régler puis on n'y pense plus
 - b) J'arrive facilement à passer par-dessus un désaccord une fois qu'il est réglé, mais ma conjointe y pense longtemps après
 - c) Les désaccords me prennent beaucoup d'énergie, je me sens tout à l'envers pendant quelques jours après une dispute
 - d) En général, je boude quelques jours suite à un désaccord avec ma conjointe
 - e) Nos désaccords ne sont jamais réglés, au moindre prétexte, les vieux sujets de disputes sont constamment ramenés sur le tapis
 - f) Les désaccords sont néfastes dans une relation de couple. Plus vite on les oublie, mieux c'est
 - g) Suite à un désaccord, il faut s'assurer de ne plus reparler du sujet conflictuel en question
 - h) Suite à un désaccord, il faut faire comme si rien ne s'était passé
21. Sur une échelle de 1 à 10, jusqu'à quel point aimeriez-vous travailler à améliorer votre résolution des conflits au sein du couple?
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

c) VIE SEXUELLE

22. Quelle est la fréquence actuelle moyenne de vos rapports sexuels?
- _____
23. Sur une échelle de 1 à 10, jusqu'à quel point êtes-vous satisfait de cette fréquence?
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
24. Quelle serait pour vous la fréquence idéale des rapports sexuels?
25. Quand vous avez des rapports sexuels, combien de temps en moyenne durent-ils?
- _____
26. Auriez-vous aimé:
- a. Avoir des rapports sexuels qui durent plus longtemps
 - b. Avoir des rapports sexuels qui durent moins longtemps
 - c. Je suis satisfait de la durée de mes rapports sexuels avec mon conjoint
27. Sur une échelle de 1 à 10, comment évaluez-vous votre satisfaction face à la qualité de vos rapports sexuels?
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
28. D'après vous, qu'est-ce qui pourrait améliorer la qualité de vos rapports sexuels? (Par exemple, plus de romantisme, ou de variété, ou de préliminaires, etc.)
29. Sur une échelle de 1 à 10, dans quelle mesure éprouvez-vous un désir sexuel pour votre partenaire?
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

APPENDICE G

QUESTIONNAIRES CRITÈRES

QUESTIONNAIRE A

INVENTAIRE DE BECK - BDI II
(A. Beck)

NOM:

DATE:

No DE COUPLE:

| | | | | | |
|---------|---------|-------|------|------|--------|
| SEXE: | Femme 1 | Homme | 2 | | |
| GROUPE: | GE-1 | LA-1 | GE-2 | LA-2 | |
| | GE-3 | LA-3 | GE-4 | LA-4 | |
| | GE-5 | LA-5 | GE-6 | LA-6 | LA-5.6 |
| | GE-7 | LA-7 | GE-8 | LA-8 | |

ETAPE DE PASSATION:

| | | | | | |
|-----------|-------|-------|--------|--------|--------|
| Une seule | PRE-1 | PRE-2 | POST-1 | POST-2 | POST-3 |
|-----------|-------|-------|--------|--------|--------|

IMPORTANT!!!

REPONDRE AUX QUESTIONS EN VOUS BASANT SUR LA SITUATION TELLE
QU'ELLE CE PRESENTE DEPUIS LES DEUX DERNIERES SEMAINES

BDI-II

Date: _____

_____ année / mois / jour

Nom _____ Situation de famille _____ marié(e) vivant maritalement
 divorcé(e) veuf(ve)
 séparé(e) célibataire

Âge _____ Sexe _____ M F Profession _____ Niveau d'études _____

Consigne: Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

1 Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
 1 Je me sens très souvent triste.
 2 Je suis tout le temps triste.
 3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
 3 Je me sens tout le temps coupable.

6 Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
 2 Je m'attends à être puni(e).
 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
 1 J'ai perdu confiance en moi.
 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
 3 Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
 2 Je me reproche tous mes défauts.
 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
 2 J'aimerais me suicider.
 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

 THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION®
 Harcourt Brace & Company, Canada

TORONTO
 Londres • San Antonio • Sydney

 **cpa**
 Association canadienne de psychologie

Copyright © 1997 par Aaron T. Beck
 Tous droits réservés. Toute reproduction ou transmission, même partielle, de cet ouvrage par quelque procédé que ce soit, électronique, mécanique ou autre, y compris la photocopie, les bandes magnétiques et les systèmes d'emmagasinement et d'extraction de l'information, sans la permission écrite de l'éditeur, est interdite. Imprimé au Canada.

Sous-total, page 1

Verso

0-7747-5230-0

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vauds absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.

- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1b Je dors un peu moins que d'habitude.

- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.

- 3a Je dors presque toute la journée.
- 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

0 Mon appétit n'a pas changé.

- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.

- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.

- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Note: Ce formulaire est imprimé en noir et bleu.
Si ces deux couleurs n'apparaissent pas sur
le présent exemplaire, c'est qu'il a été photocopié
en violation des lois ayant trait aux droits d'auteur.

_____ Sous-total, page 2

_____ Sous-total, page 1

_____ Score total

Questionnaire B

IPAT
(R. B. CATTELL)

NOM:

DATE:

No DE COUPLE:

| | | | | | |
|---------|---------|-------|------|------|--------|
| SEXE: | Femme 1 | Homme | 2 | | |
| GROUPE: | GE-1 | LA-1 | GE-2 | LA-2 | |
| | GE-3 | LA-3 | GE-4 | LA-4 | |
| | GE-5 | LA-5 | GE-6 | LA-6 | LA-5.6 |
| | GE-7 | LA-7 | GE-8 | LA-8 | |

ETAPE DE PASSATION:

| | | | | | |
|-----------|-------|-------|--------|--------|--------|
| Une seule | PRE-1 | PRE-2 | POST-1 | POST-2 | POST-3 |
|-----------|-------|-------|--------|--------|--------|

IMPORTANT!!!

REPENDRE AUX QUESTIONS EN VOUS BASANT SUR LA SITUATION TELLE
QU'ELLE SE PRESENTE DEPUIS LES DEUX DERNIERES SEMAINES

| | | | |
|--|---|---|--------------------------------------|
| 1. Il est rare que je m'intéresse longtemps aux mêmes personnes et aux mêmes distractions | Vrai <input type="checkbox"/> | Entre les deux <input type="checkbox"/> | Faux <input type="checkbox"/> |
| 2. Même si on a une mauvaise opinion de moi, je reste quand même assez calme | Vrai <input type="checkbox"/> | Entre les deux <input type="checkbox"/> | Faux <input type="checkbox"/> |
| 3. Je préfère être sûr de ce que je dis avant de m'introduire dans une discussion | Oui <input type="checkbox"/> | Entre les deux <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 4. Je suis porté à laisser la jalousie guider mes actes | Quelque-fois <input type="checkbox"/> | Rarement <input type="checkbox"/> | Jamais <input type="checkbox"/> |
| 5. Si j'avais à recommencer ma vie, j'aimerais : (A) faire autre chose, (B) faire la même chose | A <input type="checkbox"/> | Entre les deux <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> |
| 6. J'ai de l'admiration pour mes parents | Oui <input type="checkbox"/> | Entre les deux <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 7. J'accepte difficilement qu'on me réponde par un « non », même quand je sais que je demande l'impossible | Vrai <input type="checkbox"/> | Entre les deux <input type="checkbox"/> | Faux <input type="checkbox"/> |
| 8. Quand les gens ont l'air d'être trop aimables avec moi, je doute quand même de leur sincérité | Vrai <input type="checkbox"/> | Entre les deux <input type="checkbox"/> | Faux <input type="checkbox"/> |
| 9. En exigeant de moi l'obéissance, mes parents (ou tuteurs) furent : (A) toujours très raisonnables, (B) souvent déraisonnables | A <input type="checkbox"/> | Entre les deux <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> |
| 10. J'ai plus besoin de mes amis qu'ils ne semblent eux-mêmes avoir besoin de moi | Rarement <input type="checkbox"/> | Quelque-fois <input type="checkbox"/> | Souvent <input type="checkbox"/> |
| 11. J'ai la certitude que, dans une situation grave, je ne perdrais pas la tête | Toujours <input type="checkbox"/> | Souvent <input type="checkbox"/> | Rarement <input type="checkbox"/> |
| 12. Quand j'étais enfant, j'avais peur de l'obscurité | Souvent <input type="checkbox"/> | Quelquefois <input type="checkbox"/> | Jamais <input type="checkbox"/> |
| 13. On me dit parfois que ma voix ou mes gestes laissent trop voir mon excitation | Oui <input type="checkbox"/> | Incertain <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 14. Si les gens abusent de ma bonté : (A) je leur en veux et leur garde rancune, (B) j'oublie vite l'offense et je leur pardonne | A <input type="checkbox"/> | Entre les deux <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> |
| 15. Les critiques personnelles me bouleversent bien plus qu'elles ne m'aident | Souvent <input type="checkbox"/> | Occasionnellement <input type="checkbox"/> | Jamais <input type="checkbox"/> |
| 16. Bien souvent, je me mets trop vite en colère contre les gens | Vrai <input type="checkbox"/> | Entre les deux <input type="checkbox"/> | Faux <input type="checkbox"/> |
| 17. Je me sens mal à l'aise d'éprouver des désirs que je ne puis formuler | Très rarement <input type="checkbox"/> | Quelque-fois <input type="checkbox"/> | Souvent <input type="checkbox"/> |
| 18. Il m'arrive parfois de me demander si ce que je dis intéresse vraiment ceux à qui je parle | Vrai <input type="checkbox"/> | Entre les deux <input type="checkbox"/> | Faux <input type="checkbox"/> |
| 19. Je n'ai jamais eu de ces vagues sensations de malaise : douleurs imprécises, estomac à l'envers, palpitations au cœur, etc. | Vrai <input type="checkbox"/> | Incertain <input type="checkbox"/> | Faux <input type="checkbox"/> |
| 20. Lorsque certaines personnes participent à la discussion, je me sens si contrarié que je n'ose parler de peur d'aller trop loin | Quelque-fois <input type="checkbox"/> | Rarement <input type="checkbox"/> | Jamais <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|-------------------------------------|--|---|
| 21. Sous l'effet de la tension nerveuse, je dépense plus d'énergie que les autres à exécuter ce que j'ai à faire | Vrai <input type="checkbox"/> | Incertain <input type="checkbox"/> | Faux <input type="checkbox"/> |
| 22. Je fais toujours attention pour éviter les distractions ou les oublis de détails | Vrai <input type="checkbox"/> | Incertain <input type="checkbox"/> | Faux <input type="checkbox"/> |
| 23. Je ne change jamais mes intentions ou mes projets, même si les obstacles sont grands et pénibles | Oui <input type="checkbox"/> | Entre les deux <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 24. Dans des situations bouleversantes, il m'arrive souvent d'être surexcité et embrouillé. | Oui <input type="checkbox"/> | Entre les deux <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 25. Je fais parfois des rêves si intenses que mon sommeil en est troublé | Oui <input type="checkbox"/> | Entre les deux <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 26. Je trouve toujours assez d'énergie pour faire face aux difficultés | Oui <input type="checkbox"/> | Entre les deux <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 27. Je me sens parfois forcé à compter les choses, sans aucune raison particulière de le faire | Oui <input type="checkbox"/> | Incertain <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 28. La plupart des gens sont un peu détraqués, mais ils ne l'admettent pas facilement | Oui <input type="checkbox"/> | Incertain <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 29. Quand je fais une gaffe, je l'oublie assez rapidement | Oui <input type="checkbox"/> | Entre les deux <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 30. Il m'arrive d'être de mauvaise humeur et de ne vouloir voir personne : (A) parfois, (B) assez souvent | A <input type="checkbox"/> | Entre les deux <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> |
| 31. Quand je fais quelque chose de travers, j'en ai presque les larmes aux yeux | Jamais <input type="checkbox"/> | Très rarement <input type="checkbox"/> | Quelquefois <input type="checkbox"/> |
| 32. Même au cours d'activités sociales, je me sens parfois envahi par le sentiment d'être seul et inutile | Oui <input type="checkbox"/> | Entre les deux <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 33. Je m'éveille la nuit et, submergé d'inquiétude, j'ai de la difficulté à me rendormir | Souvent <input type="checkbox"/> | Quelquefois <input type="checkbox"/> | Jamais <input type="checkbox"/> |
| 34. Mon moral est ordinairement bon, quelques soient les difficultés que j'éprouve | Oui <input type="checkbox"/> | Entre les deux <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 35. J'éprouve parfois des sentiments de culpabilité ou du remords pour des choses sans gravité | Oui <input type="checkbox"/> | Entre les deux <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 36. J'ai les nerfs à fleur de peau, au point que certains bruits (grincements, etc.) me sont insupportables et me donnent le frisson | Souvent <input type="checkbox"/> | Quelquefois <input type="checkbox"/> | Jamais <input type="checkbox"/> |
| 37. Après avoir été bouleversé, je retrouve mon calme ordinairement assez vite | Vrai <input type="checkbox"/> | Incertain <input type="checkbox"/> | Faux <input type="checkbox"/> |
| 38. Il m'arrive souvent de trembler ou de transpirer à la seule pensée d'une tâche difficile qui m'attend | Oui <input type="checkbox"/> | Entre les deux <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 39. D'habitude, je m'endors presque aussitôt après m'être couché : c'est-à-dire en quelques minutes | Oui <input type="checkbox"/> | Entre les deux <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 40. Je me sens parfois tendu ou agité quand je pense à mes problèmes ou aux choses qui m'intéressent | Vrai <input type="checkbox"/> | Incertain <input type="checkbox"/> | Faux <input type="checkbox"/> |

Questionnaire C

QUESTIONNAIRE SUR LES RELATIONS DE COUPLE
(G. Spanier - Traduit et adapté par J-M Boisvert)

NOM:

DATE:

No DE COUPLE:

| | | | | | |
|---------|---------|-------|------|------|--------|
| SEXE: | Femme 1 | Homme | 2 | | |
| GROUPE: | GE-1 | LA-1 | GE-2 | LA-2 | |
| | GE-3 | LA-3 | GE-4 | LA-4 | |
| | GE-5 | LA-5 | GE-6 | LA-6 | LA-5.6 |
| | GE-7 | LA-7 | GE-8 | LA-8 | |

ETAPE DE PASSATION:

| | | | | | |
|-----------|-------|-------|--------|--------|--------|
| Une seule | PRE-1 | PRE-2 | POST-1 | POST-2 | POST-3 |
|-----------|-------|-------|--------|--------|--------|

IMPORTANT!!!

REPONDRE AUX QUESTIONS EN VOUS BASANT SUR LA SITUATION TELLE
QU'ELLE SE PRESENTE DEPUIS LES QUATRE DERNIERES SEMAINES

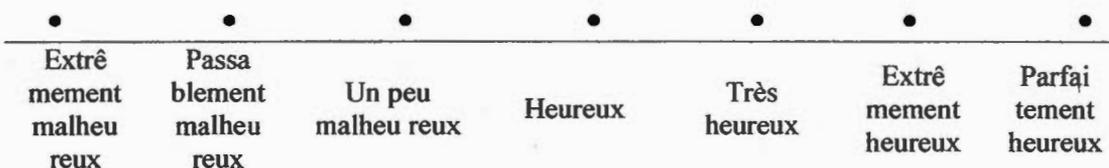
| | Toujours | La plupart du temps | Assez souvent | À l'occasion | Rarement | Jamais |
|---|---------------|----------------------|---------------|--------------|----------|--------|
| 16. A quelle fréquence avez-vous discuté ou avez-vous pensé au divorce, à la séparation ou à terminer votre relation? | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 17. A quelle fréquence vous ou votre partenaire quittez-vous la maison après une dispute? | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 18. En général, à quelle fréquence pensez-vous que ça va bien entre vous et votre partenaire? | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 19. Vous confiez-vous à votre partenaire? | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 20. Vous arrive-t-il de regretter de vous être marié(e) (ou de vivre ensemble)? | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 21. A quelle fréquence vous disputez-vous avec votre partenaire? | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 22. A quelle fréquence vous et votre partenaire vous "tapez-vous sur les nerfs"? | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | A chaque jour | Presqu'à chaque jour | | À l'occasion | Rarement | Jamais |
| 23. Embrassez-vous votre partenaire? | _____ | _____ | | _____ | _____ | _____ |
| | Tous | Presque tous | | Quelques-uns | Très peu | Aucun |
| 24. Avez-vous des intérêts communs à l'extérieur de la maison? | _____ | _____ | | _____ | _____ | _____ |

D'après vous, quelle est la fréquence des situations suivantes dans votre couple?

| | Jamais | Moins d'une fois par mois | Une ou deux fois par mois | Une ou deux fois par semaine | Une fois par jour | Plus d'une fois par jour |
|--|--------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|----------------------|--------------------------------|
| 25. Avoir un échange d'idées stimulant | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 26. Rire ensemble | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 27. Discuter calmement | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 28. Travailler ensemble à un projet | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Voici quelques situations où les couples sont parfois d'accord et parfois en désaccord. Indiquez si, oui ou non, ces items ont causé des différences d'opinion ou des problèmes dans votre relation pendant les dernières semaines.

- | | | | |
|-----|--|-------|---|
| | Oui | Non | |
| 29. | _____ | _____ | Être trop fatigué(e) pour avoir des relations sexuelles |
| 30. | _____ | _____ | Ne pas manifester d'affection |
| 31. | Les points de la ligne suivante représentent différents degrés de bonheur dans votre relation. Le point central "heureux" représente le degré de bonheur que l'on retrouve dans la plupart des relations. Veuillez encercler le point qui décrit le mieux le degré de bonheur dans votre relation, considérée globalement. | | |



32. Laquelle des phrases suivantes décrit le mieux ce que vous ressentez en rapport avec l'avenir de votre relation:
- _____ Je veux désespérément que ma relation réussisse et je ferais tout pour cela.
- _____ Je veux beaucoup que ma relation réussisse et je ferai tout ce que je peux pour cela.
- _____ Je veux beaucoup que ma relation réussisse et je ferai ma juste part pour cela.
- _____ Ce serait bien si ma relation réussissait et je peux faire beaucoup plus que ce que je fais actuellement pour cela.
- _____ Ce serait bien si ma relation réussissait, mais je refuse de faire plus que ce que je fais actuellement pour cela.
- _____ Ma relation ne pourra jamais réussir et je ne peux plus rien y faire.

Questionnaire I

MAST

NOM:

DATE:

No DE COUPLE:

| | | | | | |
|---------------------|---------|-------|--------|--------|--------|
| SEXE: | Femme 1 | Homme | 2 | | |
| GROUPE: | GE-1 | LA-1 | GE-2 | LA-2 | |
| | GE-3 | LA-3 | GE-4 | LA-4 | |
| | GE-5 | LA-5 | GE-6 | LA-6 | LA-5.6 |
| | GE-7 | LA-7 | GE-8 | LA-8 | |
| ETAPE DE PASSATION: | | | | | |
| Une seule | PRE-1 | PRE-2 | POST-1 | POST-2 | POST-3 |

IMPORTANT!!!

**REPENDRE AUX QUESTIONS EN VOUS BASANT SUR
LA SITUATION TELLE QU'ELLE SE PRESENTE DEPUIS
LES DOUZE DERNIERS MOIS**

SHORT-MAST

(Selzer, 1971; Pokorny et al., 1972)

| Questions | Cochez la bonne réponse | |
|--|-------------------------|-------|
| 1. Avez-vous le sentiment d'être un buveur normal ? | O Oui | O Non |
| 2. Vos parents ou amis vous considèrent-ils comme un buveur normal ? | O Oui | O Non |
| 3. Avez-vous déjà assisté à une réunion des Alcooliques Anonymes (AA) ? | O Oui | O Non |
| 4. Avez-vous déjà perdu des amis ou des compagnons/compagnes à cause de la boisson ? | O Oui | O Non |
| 5. Avez-vous déjà eu des ennuis au travail à cause de la boisson ? | O Oui | O Non |
| 6. Vous est-il déjà arrivé de négliger vos obligations, votre famille ou votre travail pendant deux jours de suite ou plus pour vous adonner à la boisson ? | O Oui | O Non |
| 7. Après avoir bu beaucoup, avez-vous déjà eu une crise de delirium tremens, ressenti un fort tremblement, entendu des voix ou eu des hallucinations visuelles ? | O Oui | O Non |
| 8. N'avez-vous jamais recherché de l'aide auprès de quelqu'un à cause de votre habitude de boire ? | O Oui | O Non |
| 9. Avez-vous déjà été hospitalisé à cause de la boisson ? | O Oui | O Non |
| 10. Avez-vous déjà été arrêté pour conduite en état d'ivresse ? | O Oui | O Non |

MAST – SHORT FORM
GRILLE DE CORRECTION

| Questions | Cochez la bonne réponse | |
|--|-------------------------|---------|
| 1. Avez-vous le sentiment d'être un buveur normal ? | Oui = 0 | Non = 2 |
| 2. Vos parents ou amis vous considèrent-ils comme un buveur normal ? | Oui = 0 | Non = 2 |
| 3. Avez-vous déjà assisté à une réunion des Alcooliques Anonymes ? | Oui = 5 | Non = 0 |
| 4. Est-ce que vos amis et vos proches parents pensent que vous êtes un buveur normal ? | Oui = 2 | Non = 0 |
| 5. Avez-vous déjà perdu des amis ou des compagnons / compagnes à cause de la boisson ? | Oui = 2 | Non = 0 |
| 6. Avez-vous déjà eu des ennuis au travail à cause de la boisson ? | Oui = 2 | Non = 0 |
| 7. Vous est-il déjà arrivé de négliger vos obligations, votre famille ou votre travail pendant 2 jours de suite ou plus pour vous adonner à la boisson ? | Oui = 2 | Non = 0 |
| 8. Après avoir bu beaucoup, avez-vous déjà eu une crise de delirium tremens, ressenti un fort tremblement, entendu des voix ou eu des hallucinations visuelles ? | Oui = 2 | Non = 0 |
| 9. Avez-vous déjà recherché de l'aide auprès de quelqu'un à cause de votre habitude de boire ? | Oui = 5 | Non = 0 |
| 10. Avez-vous déjà été hospitalisé à cause de la boisson ? | Oui = 5 | Non = 0 |
| 11. Avez-vous déjà été arrêté pour conduite en état d'ivresse ? | Oui = 2 | Non = 0 |

Questionnaire II

SCID-IV

NOM:

DATE:

No DE COUPLE:

SEXE: Femme 1 Homme 2

| | | | | | |
|---------|------|------|------|------|--------|
| GROUPE: | GE-1 | LA-1 | GE-2 | LA-2 | |
| | GE-3 | LA-3 | GE-4 | LA-4 | |
| | GE-5 | LA-5 | GE-6 | LA-6 | LA-5.6 |
| | GE-7 | LA-7 | GE-8 | LA-8 | |

ETAPE DE PASSATION:

| | | | | | |
|-----------|-------|-------|--------|--------|--------|
| Une seule | PRE-1 | PRE-2 | POST-1 | POST-2 | POST-3 |
|-----------|-------|-------|--------|--------|--------|

IMPORTANT!!!

**REPONDRE AUX QUESTIONS EN VOUS BASANT SUR
LA SITUATION TELLE QU'ELLE SE PRESENTE DEPUIS
LES DOUZE DERNIERS MOIS**

SCID-IV (Adapté par Anic Anderson et Gilles Trudel)
Troubles liées à l'utilisation d'autres substances que l'alcool
 (Dépendance ou abus présent)

Je vais vous interroger au sujet de l'usage que vous faites des drogues ou des médicaments.

PRÉSENTER AU SUJET LA LISTE DE PSYCHOTROPES.

1. Avez-vous déjà pris une de ces substances pour atteindre un état d'euphorie ou pour mieux dormir, ou encore, pour perdre du poids ou modifier votre humeur ?

2. POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE UTILISE:

• S'IL S'AGIT D'UNE DROGUE ILLICITE:

Vous est-il arrivé d'en consommer au moins 10 fois par mois ? _____

Préciser la ou les drogues:

S'IL S'AGIT D'UN MÉDICAMENT:

Vous est-il arrivé de ne plus pouvoir vous passer

de _____ (NOMMER LE MÉDICAMENT) ou

vous est-il déjà arrivé d'en prendre beaucoup plus que la dose recommandée ?

3. ENCERCLER LE NOM DE CHAQUE SUBSTANCE DONT LE SUJET A DÉJÀ FAIT USAGE (OU ECRIRE LE NOM DE LA SUBSTANCE SOUS "AUTRE").
Préciser période problématique

INDIQUER DURANT QUELLE PÉRIODE LA CONSOMMATION A ÉTÉ LE PLUS ÉLEVÉE (ÂGE DU SUJET OU DATE ET DURÉE DE LA PÉRIODE) ET DÉCRIRE LES HABITUDES DE CONSOMMATION DU SUJET

INDIQUER L'IMPORTANCE DE LA CONSOMMATION (SELON LES LIGNES DIRECTRICES, DE LA FICHE DE COTATION)

Au cours de cette période ...

Sédatifs, hypnotiques, anxiolytiques: Quaalude, Seconal, Valium, Xanax, Librium, Barbituriques, Miltown, Ativan, Dalmane, Halcion, Restoril ou autre:

_____ ? 1 2 3

Canabis: marijuana, haschisch, THC ou autre:

_____ ? 1 2 3

Stimulants: amphétamines, "speed", méthamphétamine ("crystal"), Dexedrine, Ritalin, "ice" ou autre:

_____ ? 1 2 3

Opiacés: héroïne, morphine, opium, méthadone, Darvon, codéine, Percodan, Demerol, Dilaudid ou autre non précisé:

_____ ? 1 2 3

Cocaïne: intranasale, I.V., "freebase", "crack", "speedball" ou autre non précisé:

_____ ? 1 2 3

? = information inappropriée

1 = drogue jamais consommée une fois seulement

2 = drogue consommée de 2 à 10 fois par mois

3 = drogue consommée plus de 10 fois / mois ou dépendance à un médicament

3. ENCERCLER LE NOM DE CHAQUE SUBSTANCE DONT LE SUJET A DÉJÀ FAIT USAGE (OU ECRIRE LE NOM DE LA SUBSTANCE SOUS "AUTRE").
Préciser période problématique

INDIQUER DURANT QUELLE PÉRIODE LA CONSOMMATION A ÉTÉ LE PLUS ÉLEVÉE (ÂGE DU SUJET OU DATE ET DURÉE DE LA PÉRIODE) ET DÉCRIRE LES HABITUDES DE CONSOMMATION DU SUJET

INDIQUER L'IMPORTANCE DE LA CONSOMMATION (SELON LES LIGNES DIRECTRICES, DE LA FICHE DE COTATION)

Au cours de cette période ...

Hallucinogène et PCP: LSD, mescaline, peyoti, psilocybine, DOM (diméthoxyméthylamphétamine ou "STP"), champignons, PCP (poudre d'ange), ecstasy, MDA ou autre:

_____ ? 1 2 3

Autres: stéroïdes anabolisants, "colle", solvants pour peinture, solvants volatils, oxyde nitreux (gaz hilarant), nitrite d'amyle ("popper"), anorexigènes (pilules pour maigrir) ou pilules pour dormir vendus sans ordonnance ou autres non précisés ou non déterminés:

_____ ? 1 2 3

? = information inappropriée

1 = drogue jamais consommée une fois seulement

2 = drogue consommée de 2 à 10 fois par mois

3 = drogue consommée plus de 10 fois / mois ou dépendance à un médicament

4. ABUS DE PSYCHOTROPES:

POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPES COTÉE "2" À LA PAGE 2 ET 3 (C'EST-À-DIRE POUR LES SUBSTANCES CONSOMMÉES MOINS DE 10 FOIS PAR MOIS), COMMENCER LA PRÉSENTE SECTION PAR LA PHRASE SUIVANTE

Maintenant, je vais vous poser quelques questions précises concernant vos habitudes de consommation de (NOMMER LES SUBSTANCES COTÉES "2").

APPENDICE H

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Par la présente, j'accepte de participer à une recherche sur l'enrichissement de la vie conjugale chez les couples à la retraite. Cette recherche s'effectue sous la direction du docteur Gilles Trudel, professeur au département de Psychologie de l'Université du Québec à Montréal. Une équipe de professionnels et d'étudiants au Doctorat collaborent également au projet. Cette étude est réalisée grâce à une subvention octroyée par le Conseil Québécois de la Recherche Sociale.

L'objectif principal de l'étude consiste à évaluer un programme d'intervention conjugale auprès de couples à la retraite. La recherche comporte tout d'abord une période d'évaluation, au cours de laquelle j'aurai à participer à une entrevue et à compléter des questionnaires. Il est possible que l'on me demande de passer des examens médicaux. Suite à cette évaluation, il y aura une intervention de 12 semaines. Il est possible cependant que je sois placé-e sur une liste d'attente et que ma participation commence seulement trois mois après l'évaluation, après avoir répondu à nouveau aux questionnaires.

L'intervention consiste en des rencontres hebdomadaires de groupe de quatre à six couples. Je comprends qu'il est donc très important de ne pas m'engager dans des activités qui pourraient compromettre mon engagement pour la durée de l'intervention (ex: vacances ou voyages à l'extérieur de la ville).

A la fin de l'intervention, il y aura une seconde évaluation, trois mois plus tard, une troisième et un an plus tard, une dernière. Au total j'aurais eu à répondre à ces questionnaires à quatre ou cinq reprises, pendant environ 3 heures à chaque fois. De plus, une rencontre de groupe est prévue un an après la fin du programme de 12 semaines afin que je puisse avoir l'occasion de partager mes remarques ou mes préoccupations avec les responsables de l'étude.

Toutes les données recueillies au cours de cette recherche sont strictement confidentielles. Pour préserver l'anonymat de chaque participant-e, son nom sera remplacé par un code sur les questionnaires.

Il est possible que certaines parties des entrevues et des séances d'intervention soient enregistrées, pour s'assurer de la rigueur des procédures. Ces données demeureront strictement confidentielles et seront détruites dès la fin de ma participation.

Il est entendu que ma participation à cette recherche se fait sur une base volontaire. Toutefois, je m'engage à y participer activement et à faire tout ce que je peux pour appliquer les procédures qui me seront proposées. Je peux néanmoins décider de ne plus participer à l'étude à tout moment et alors demander que toutes les données recueillies à mon sujet soient détruites. Par contre si je poursuis ma participation jusqu'à la fin de l'étude j'aurais accès aux résultats si je le désire, et ce dès qu'ils seront disponibles.

Je dégage l'Université du Québec à Montréal, les responsables de la recherche et les intervenants-es de toute responsabilité relative à cette expérience, sauf si leur négligence ou leur faute était démontrée.

Signatures:

Madame

Date

Monsieur

Date

Témoin

Date

APPENDICE I

PROTOCOLE DE PASSATION

Protocole de passation des questionnaires

Présentation de la tâche :

Je suis chercheur en psychologie et je travaille sur le projet auquel vous participez. C'est moi qui vous assisterai lorsque vous complétez les questionnaires.

Comme vous le savez, la complétion de ces questionnaires s'inscrit dans le cadre du programme Vie de couple et bien vieillir. **L'objectif** visé est de mieux comprendre votre fonctionnement conjugal et sexuel.

Le temps prévu pour répondre aux questionnaires est d'environ deux heures trente à trois heures. Par contre, vous n'avez aucune limite de temps fixe pour les compléter. Étant donné ce laps de temps, vous aurez l'occasion de prendre quelques minutes de pause au besoin.

Je désire également vous répéter que les informations recueillies sont confidentielles.

J'aimerais vous mentionner qu'il y a un bon nombre de questionnaires que vous devrez compléter qui portent sur la sexualité, parce que plusieurs étudiants font leur thèse de doctorat sur le sujet. Ça n'a rien à voir avec l'atelier de 12 rencontres, c'est-à-dire que la quantité de questionnaires sur la sexualité ne représente pas ce qui sera abordé dans cet atelier. Comme vous le savez, l'atelier de 12 rencontres portera sur une meilleure communication, une meilleure gestion des conflits et l'amélioration de votre satisfaction sexuelle à la retraite. Ces questionnaires sur la sexualité sont très explicites, l'objectif est de vérifier les comportements qui sont faits ou non et non de poser un jugement de valeur sur votre vie sexuelle.

***Je voudrais attirer votre attention sur le fait que le dernier questionnaire de votre pile, qui concerne la sexualité, est facultatif. Si vous acceptez de le compléter, vous contribuerez à l'étude et ce serait très apprécié, mais vous êtes libre de le compléter ou non.

Instructions pour remplir les questionnaires :

Il est important que vous remplissiez les questionnaires seul. Il faudrait éviter les contacts entre vous durant le temps de la passation. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. C'est votre expérience personnelle qui nous intéresse. Ne vous attardez donc pas trop longtemps sur une question spécifique. La première réponse qui vous vient en tête est souvent celle qui convient le mieux.

Il est important que vous répondiez aux questionnaires en fonction de ce que vous vivez **actuellement** et non de ce qui se passe dans votre couple depuis le début de votre union. À ce titre, je veux attirer votre attention sur les instructions particulières inscrites sur la page couverture de chacun des questionnaires. Elles vous permettront de saisir, pour chaque questionnaire, le temps que vous devrez considérer pour répondre adéquatement aux questions (p. ex. : un questionnaire peut vous demander de vous fier aux deux derniers mois, tandis qu'un autre peut faire référence aux deux dernières semaines, etc.).

Il est très important de répondre à chacune des questions de tous les questionnaires. Lorsque vous rencontrez des questions qui ne s'appliquent pas actuellement (par exemple sur vos

parents s'ils sont décédés aujourd'hui ou sur le travail), rapportez-vous dans le temps au moment où cela s'appliquait afin de répondre à la question. Aucun item ne doit rester vide. Après avoir complété chacun des questionnaires, veuillez vous assurer que vous avez donné une réponse à chacune des questions. Je vais d'ailleurs devoir le vérifier rapidement après votre passation.

Ne donnez jamais plus d'une réponse à une question, à moins d'indications contraires. Nous sommes conscients qu'il est parfois difficile de faire un choix entre deux ou plusieurs réponses. Si vous avez des questions en cours de route, n'hésitez pas à me les poser. Avez-vous des questions avant de commencer ?

En cours de passation :

S'il y a des questions sur les questionnaires et qu'il s'agit d'une information qui fait appel à **l'interprétation du sujet**, tenter de répondre de façon neutre (p. ex. : dire au sujet de répondre selon sa compréhension de la question). S'il s'agit d'une **information factuelle**, répondre à la question.

Après la passation :

Remercier les participants.

APPENDICE J

PLAN DES 12 SÉANCES

Plan des douze séances d'intervention

Plan de la séance # 1 INTRODUCTION

- I. Pourquoi établir un programme d'intervention destiné aux couples qui prennent leur retraite ?
- II. Quels sont les facteurs affectant le fonctionnement sexuel et conjugal à la retraite?
- III. Le rationnel et les objectifs de cette démarche visant à enrichir votre vie conjugale à la retraite
- IV. Conclusion

Exercices # 1

- I. Réflexions personnelles sur les questions suivantes
 - a) Réflexions portant sur le temps passé ensemble
 - b) Réflexions sur le temps passé séparément
- II. Exercice: Faire quelque chose d'agréable avec son conjoint
- III. Exercice: les 5 sujets de discorde les plus fréquents que peut rencontrer un couple à la retraite

Plan de la séance # 2 LA COMMUNICATION

- I. Techniques servant à améliorer la qualité de votre vie conjugale: l'entraînement à la communication
 - a) Introduction, description et explication des objectifs visés au cours de l'entraînement aux habiletés de communication
 - b) Description des habiletés d'expression de soi en six étapes
 - c) Description des habiletés d'écoute active en quatre étapes
- II. Les mythes et fausses croyances qui nuisent à une communication efficace
- III. Devenir un couple qui communique bien afin d'améliorer la qualité de votre relation

Exercices # 2

- I. Répondre au premier questionnaire présenté lors de la séance 2
- II. Évaluer votre propre conversation
- III. Les mythes relatifs à la communication

Plan de la séance # 3 LA COMMUNICATION

- I. Poursuite de l'entraînement aux habiletés de communication
- II. L'entraînement à la communication émotive
- III. Introduction au concept des distorsions cognitives
- IV. Modification des distorsions cognitives liées à vos difficultés de communication
 - a) Comment modifier vos croyances irrationnelles?
 - b) L'utilisation de l'imagerie pour changer vos distorsions cognitives

Exercices # 3

- I. Exercices de communication à faire à la maison
- II. L'entraînement à la communication émotive
- III. Réfléchir sur les quatre points expliqués au cours de la troisième séance
- IV. Technique "d'imagerie émotivo-rationnelle"

V. Technique “d’imagerie émotivo-rationnelle positive”

Plan de la séance # 4 LA COMMUNICATION

- I. Poursuite de l’entraînement à la communication émotive
- II. Introduction à l’échange des renforçateurs:
 - Étape 1: Identification de vos besoins personnels dans votre relation amoureuse
 - Étape 2: Décider lesquels de vos désirs sont raisonnables
 - Étape 3: Expression et écoute active des besoins de chacun
 - Étape 4: Identification des désirs exprimés par votre partenaire et que vous êtes capable de satisfaire
 - Étape 5: Passer à l’action quant aux demandes exprimées par votre partenaire et que vous avez choisi de satisfaire
- III. Compréhension de l’impact des distorsions cognitives sur la relation de couple
 - a) Présentation du modèle de l’intervention cognitive
 - b) Trois prises de conscience importantes conduisant à l’amélioration de votre communication
- IV. Comment la thérapie cognitive peut vous aider à identifier et modifier vos propres distorsions cognitives
 - a) Les caractéristiques de la pensée rationnelle
 1. Objectivité
 2. Exigences
 3. Conséquences émotives
 4. Conséquences comportementales
 5. L’atteinte de vos buts
 6. Identification et modification de vos distorsions cognitives

Exercices # 4

- I. Poursuite de l’entraînement à la communication émotive
 - a) Exercice: échanger les listes # 2 (sentiments négatifs et événements liés à la relation de couple) et discuter de l’impact de ces pensées sur la relation
 - b) Prendre du temps pour discuter de l’impact de cet exercice
- II. La confiance et l’intimité dans le couple: expérience d’échange de renforçateurs
 - a) Pratiquer l’exercice du niveau de confiance et d’intimité dans le couple
 - b) Répondre au questionnaire d’auto-observation de la confiance et de l’intimité dans le couple
- III. Répondre au questionnaire suivant intitulé: Pensées négatives durant vos interactions
- IV. Reprendre et compléter le questionnaire sur les mythes et fausses croyances

Exercice: Inscrire les mythes que vous avez eu tendance à croire ou que vous croyez encore

Plan de la séance # 5 LA COMMUNICATION

- I. Les ingrédients de l’amour mature: poursuite de l’entraînement à l’échange des renforçateurs
- II. Poursuite de l’intervention cognitive: Identification de vos propres distorsions cognitives
 - a) Les différentes catégories de distorsions cognitives
 - b) Exemples de pensées automatiques négatives

- III. Poursuite des exercices de modification des distorsions cognitives
- a) Quelques arguments aidant à contester les idées irrationnelles
 - b) Le recadrage

Exercices # 5

- I. Poursuite de l'entraînement à la communication émotive.
 - a) Exercice qui a pour but d'aider chaque partenaire à tourner la page sur le passé pour le bien du couple
 - b) Révision en couple de la liste #2 et identification des blessures que le couple est prêt à pardonner
- II. Exercice des étapes de 1 à 4 de l'entraînement à l'échange des renforçateurs.
 - a) L'expérience de la semaine consiste à mettre en application les étapes 1 à 4 et de répondre au questionnaire qui s'y rapporte
- IV. Identification et verbalisation des pensées automatiques négatives, croyances irrationnelles et autres distorsions cognitives liées à votre relation de couple
 - a) Reprendre la liste des distorsions cognitives et la compléter s'il y a lieu
 - b) Exercice: verbalisation des pensées et croyances négatives en utilisant les habiletés de communication et d'écoute active

Plan de la séance # 6 LA RÉOLUTION DE CONFLITS

- I. Introduction à la technique de résolution de conflits
 - a) Les dangers d'une résolution inefficace des conflits
 - b) Les huit étapes essentielles à la résolution efficace de problèmes
- II. Les huit étapes du processus de résolution d'un conflit
- III. Conclusion

Exercices # 6

- I. La résolution de conflits
 - a) Exercice: faire la liste des sujets de discorde les plus fréquents
 - b) Application des 8 étapes de résolution de conflits
- II. Application des 8 étapes pour une situation de difficulté supérieure à la précédente
- III. Encore une fois, répéter le même exercice avec une problématique suscitant des réactions émotives plus intenses

Plan de la séance # 7 LA SEXUALITÉ

- I. L'éducation sexuelle: Introduction
 - a) Anatomie sexuelle de la femme et de l'homme
 - b) Les cinq phases de la réponse sexuelle humaine
 - c) Trois points importants en rapport avec les phases de la réponse sexuelle
 - d) Les principales dysfonctions sexuelles observées à chacune des cinq phases de la réponse sexuelle
 - e) Facteurs individuels et relationnels responsables des dysfonctions sexuelles
 - f) Dernières remarques importantes
- II. Application du concept des distorsions cognitives au fonctionnement sexuel
 - a) Compréhension de l'impact des distorsions cognitives sur le fonctionnement sexuel

- b) Comment l'intervention cognitive peut-elle aider à améliorer la satisfaction face à la sexualité
 - c) Les conséquences des pensées automatiques négatives et des distorsions cognitives sur la sexualité
 - d) Pensées négatives concernant le corps
 - e) Pensées négatives concernant la performance sexuelle
 - f) Pensées négatives suivant les rapports sexuels
 - g) Trois prises de conscience importantes conduisant à l'amélioration de la satisfaction sexuelle
- III. L'influence de la maladie et des médicaments sur le fonctionnement sexuel en général
- a) Les effets négatifs de certains médicaments et maladies
 - b) Effets positifs de certains médicaments sur la dysfonction érectile

Exercices # 7

- I. Liste des aspects satisfaisants de votre sexualité telle que vécue en ce moment
- II. Facteurs personnels et relationnels qui peuvent nuire au fonctionnement sexuel du couple
- III. Exercice facultatif: exploration et plaisir génital
- IV. Application du concept des distorsions cognitives au fonctionnement sexuel
 - a) liste des distorsions cognitives relatives à votre corps
 - b) liste des distorsions cognitives relatives à votre performance sexuelle
 - c) liste des distorsions cognitives suivant vos rapports sexuels
- V. Travailler sur les distorsions cognitives durant les rapports sexuels
 - a) dirigées vers soi-même
 - b) dirigées vers le partenaire
 - c) concernant la relation de couple

Plan de la séance # 8 LA SEXUALITÉ

- I. Comment améliorer votre fonctionnement sexuel et favoriser l'intimité du couple
 - a) Explication des exercices et des objectifs visés
 - b) Description et explication de l'exercice # 1: le confort
- II. Le Sensate Focus: exercices de sensibilisation corporelle en quatre étapes
 - a) Introduction aux exercices de Sensate Focus
 - 1. Les avantages de pratiquer le Sensate Focus:
 - 2. Les difficultés qui peuvent se produire
 - 3. Impacts positifs pour les couples ensemble depuis longtemps
 - b) Objectifs visés
 - c) Description et explication de l'exercice de Sensate Focus I
- III. Introduction à l'entraînement à la fantasmagie sexuelle
 - a) Qu'est ce que la fantasmagie sexuelle ?
 - 1. Objectifs
 - 2. Quelques concepts de base sur les fantasmes sexuels
 - 3. Les caractéristiques du fantasme érotique
 - 4. À quoi servent les fantasmes sexuels ?
 - 5. Les multiples fonctions associées aux fantasmes sexuels
 - b) Quels sont les fantasmes des gens ?

Exercices # 8

- I. Exercice # 1 ayant pour but de devenir un couple qui communique sexuellement: le confort
 - a) Pratiquer l'exercice du confort
 - b) Répondre au questionnaire d'auto-observation de l'exercice # 1
- II. Exercices de sensibilisation corporelle: le Sensate Focus I
 - a) Pratiquer l'exercice de sensibilisation corporelle du Sensate Focus I
 - b) Répondre au questionnaire de l'exercice de Sensate Focus I
- III. Entraînement à la fantasmagie sexuelle: Exercice 1
 - a) Répondre au questionnaire de l'inventaire des fantasmes sexuels
 - b) Évaluation de la capacité du couple à fantasmer.

Plan de la séance # 9 LA SEXUALITÉ

- I. L'attraction sexuelle dans le couple
- II. Poursuite des exercices de sensibilisation corporelle: Le Sensate Focus II
 - a) Retour sur le Sensate Focus I
 - b) Problèmes potentiels liés aux exercices de Sensate Focus
 - c) Objectifs du Sensate Focus II
 - d) Description du Sensate Focus II : Exploration des caresses corporelles excluant les organes génitaux et indication des préférences à l'aide de la main
- III. L'entraînement à la fantasmagie sexuelle
 - a) Retour sur l'importance des fantasmes sexuels
 - b) Introduction à la fantasmagie sexuelle
 - c) Étape 2 de l'entraînement à la fantasmagie sexuelle: Choix de vos fantasmes sexuels
- IV. Modification des distorsions cognitives liées à votre fonctionnement sexuel
 - a) Application de la technique de l'imagerie émotivo-rationnelle pour changer vos distorsions cognitives reliées à votre fonctionnement sexuel
 - b) Exemple d'identification et de modification des distorsions cognitives par la méthode émotivo-rationnelle
 - c) Exemples typiques de pensées automatiques négatives durant les relations sexuelles

Exercices # 9

- I. Exercice # 2 ayant pour but de devenir un couple qui communique sexuellement: l'attraction sexuelle dans le couple
 - a) Pratiquer l'exercice # 2
 - b) Répondre au questionnaire sur l'attraction sexuelle dans le couple
- II. Exercices de sensibilisation corporelle: le Sensate Focus II
 - a) Pratiquer l'exercice de sensibilisation corporelle du Sensate Focus II
 - b) Répondre au questionnaire de l'exercice de Sensate Focus II
- III. Entraînement à la fantasmagie sexuelle: Exercice # 2
- IV. Modification des distorsions cognitives liées à votre fonctionnement sexuel
 - a) L'imagerie émotivo-rationnelle positive appliquée au fonctionnement sexuel
 - b) Modification des distorsions cognitives liées à votre fonctionnement sexuel

Plan de la séance # 10 LA SEXUALITÉ

- I. Poursuite de l'amélioration de l'intimité et du fonctionnement sexuel
- II. Poursuite des exercices de sensibilisation corporelle: Le Sensate Focus III
 - a) Les objectifs du Sensate Focus III: exploration des caresses génitales
 - b) Directives pour le Sensate Focus III
- III. Poursuite de l'entraînement à la fantasmagie sexuelle
 - a) Révision des objectifs
 - b) Étape 3: La littérature érotique comme source d'inspiration pour vos fantasmes sexuels
 - c) Suggestions de littérature et de films érotiques
- IV. Les pensées négatives et les mythes tels qu'ils se manifestent dans le domaine sexuel
 - a) Les différentes catégories de distorsions cognitives sexuelles
 - b) Les mythes sexuels et fausses croyances sur la sexualité
 - c) Exemples de distorsions cognitives qui nuisent au fonctionnement sexuel

Exercices # 10

- I. Exercice # 3 ayant pour but de devenir un couple qui communique sexuellement: la confiance et l'intimité dans le couple
 - a) Pratiquer l'exercice # 3
 - b) Répondre au questionnaire d'auto-observation de l'exercice #3 sur la confiance et l'intimité dans le couple
- II. Exercice de sensibilisation corporelle : le Sensate Focus III
 - a) Pratiquer l'exercice de sensibilisation corporelle du Sensate Focus III
 - b) Répondre au questionnaire de l'exercice de Sensate Focus III
- III. Entraînement à la fantasmagie sexuelle: Exercice 3
- V. Modification des pensées et des mythes sexuels en lien avec le fonctionnement sexuel
 - a) Identification et verbalisation des pensées automatiques négatives, croyances irrationnelles et autres distorsions cognitives qui nuisent au fonctionnement sexuel
 - b) Répondre au questionnaire intitulé: Les mythes sexuels. Inscrivez lesquels des mythes énumérés s'appliquent ou non à vous.
 - c) Reprenez le questionnaire intitulé Les mythes sexuels et inscrivez les mythes auxquels vous avez encore tendance à croire

Plan de la séance # 11 LA SEXUALITÉ

- I. Poursuite des exercices visant à améliorer l'intimité et le fonctionnement sexuels: créer et initier des scénarios sexuels
- II. Poursuite des exercices de sensibilisation corporelle: le Sensate Focus IV
 - a) Révision du Sensate Focus III
 - b) Les objectifs du Sensate Focus IV: exploration de la pénétration
 - c) Description du Sensate Focus IV
 - d) Recommandations au sujet des exercices de Sensate Focus
- III. Poursuite de l'entraînement à la fantasmagie sexuelle
 - a) Explication des objectifs
 - b) Étape 4 : Enrichir votre répertoire de fantasmes sexuels
 - c) Recommandations relatives à l'entraînement à la fantasmagie
 - d) Recommandations spécifiques aux problèmes de désir sexuel

IV. Ce qu'il ne faut pas oublier: un processus d'enrichissement continu

Exercices # 11

- I. Exercice # 4 ayant pour but de devenir un couple qui communique sexuellement: Créer et initier des scénarios sexuels.
 - a) Pratiquer l'exercice # 4
 - b) Répondre au questionnaire d'auto-observation de l'exercice #4
 - c) Poursuite des exercices afin de devenir un couple qui communique sexuellement
- II. Exercices de sensibilisation corporelle: le Sensate Focus IV
 - a) Pratiquer l'exercice de sensibilisation corporelle du Sensate Focus IV
 - b) Répondre au questionnaire de l'exercice de Sensate Focus IV
- III. Poursuite de l'entraînement à la fantasmagie sexuelle: étape 4
 - a) Visualisation imagée durant laquelle il s'agit d'inventer avec le plus de détails possibles un fantasme à partir des scénarios excitants déjà recueillis.
 - b) Pratiquer l'exercice # 4 autant que possible en tentant de créer un nouveau fantasme à chaque fois.

Plan de la séance # 12 CONCLUSION

- I. Comment maintenir vos gains et continuer votre travail thérapeutique
 - a) Premier aspect: Améliorer la qualité de votre vie de couple en travaillant sur la communication
 1. L'entraînement aux habiletés de communication
 2. L'entraînement à la communication émotive
 3. L'entraînement à l'échange des renforçateurs
 - b) Deuxième aspect: Modifier les pensées automatiques négatives et les croyances déraisonnables allant à l'encontre du plaisir à être ensemble
 - c) Troisième aspect: Résoudre les conflits inhérents à toute relation de couple
 - d) Quatrième aspect: Améliorer le confort, l'intimité et la qualité de votre vie sexuelle
 1. Exercices visant à améliorer l'intimité et le fonctionnement sexuel (4 exercices)
 2. Le Sensate Focus (4 étapes)
 3. L'entraînement à la fantasmagie sexuelle (4 exercices)
- II. Le mot de la fin
 - a) Laisser le temps arranger les choses
 - b) Continuer votre travail personnel
 - c) Consulter un spécialiste
- III. Les acquis et le maintien des gains de la démarche cognitive
 - a) Les diverses composantes d'une philosophie de vie plus raisonnable

Exercices # 12

- I. Questionnement sur les acquis de la démarche cognitive
 - a) Deux exercices visant à aider les couples à maintenir leurs acquis

APPENDICE K

RÉSUMÉ DES TROIS PILIERS DU PROGRAMME

Résumé des trois piliers du programme VCBV

Le premier pilier :

Les auteurs de cette étude proposent d'améliorer l'harmonie conjugale en ayant recours aux six techniques de thérapie de couple suivantes :

(1) L'entraînement aux habiletés de communication de base selon la méthode de Wright (1985) en dix étapes.

Des instruments de mesure cliniques ont servi à compléter les séances d'intervention. À chaque semaine, les couples avaient des exercices à pratiquer à la maison et devaient répondre à des questions pour chacune des techniques présentées. La communication a été mesurée à l'aide d'instruments élaborés par Wright (1985) et ensuite adaptés pour les besoins de l'étude :

- √ *Questionnaire évaluez votre propre conversation ;*
- √ *Questionnaire sur les mythes relatifs à la communication ;*
- √ *Questionnaire d'auto-observation des habiletés de communication ;*

(2) L'entraînement à la communication émotive selon la méthode de Baucom et Epstein (1990)

La communication émotive n'a pas été évaluée par un instrument clinique mais plutôt par un guide pour aider les couples à pratiquer cet exercice :

L'entraînement à la communication émotive (établir deux listes).

(3) L'entraînement à l'échange des renforçateurs selon le modèle de Wright (1985) en cinq étapes.

- √ *Questionnaire sur les étapes de l'entraînement à l'échange des renforçateurs.*

(4) L'entraînement à la restructuration cognitive selon le modèle ABC d'Ellis (1977).

- √ *Questionnaire sur les pensées négatives durant les interactions.*

(5) L'entraînement à l'imagerie émotivo-rationnelle selon le modèle d'Ellis (1977).

(6) L'entraînement à la technique du recadrage de Beck (1988).

Deuxième pilier : améliorer les habiletés pour résoudre les conflits de manière efficace.

Ce deuxième volet vise à modifier les différents modes dysfonctionnels que les couples utilisent pour résoudre les conflits. Cette technique d'intervention et les exercices qui l'accompagnent ont été tirés des travaux de Beaudry et Boisvert (1988) (ch.10) et de Wright (1985) (ch.7). Dans ce deuxième objectif thérapeutique, on retrouve la technique thérapeutique suivante :

(1) Les 8 étapes de la résolution de problème.

La résolution des conflits a été mesurée cliniquement par l'entremise d'outils cliniques tirés des travaux des auteurs cités plus hauts et adaptés par les chercheurs de la présente étude.

√ *Questionnaire sur la liste des sujets de discordes les plus fréquents ;*

√ *Questionnaire sur les 8 étapes de la résolution de problèmes.*

Troisième pilier : vise l'amélioration de la vie sexuelle ; la sensibilisation et l'apprentissage des sensations érotiques agréables et du plaisir sexuel. Nous retrouvons, à l'intérieur de cet objectif thérapeutique les sept techniques thérapeutiques suivantes, ainsi que leurs instruments cliniques :

(1) Des présentations et des explications qui portent sur l'anatomie sexuelle masculine et féminine, les cinq phases de la réponse sexuelle et les réactions physiologiques associées, les modifications physiologiques qui s'opèrent avec l'âge, les principales dysfonctions sexuelles, les médicaments et les maladies qui ont des effets négatifs sur la sexualité. Cette partie du programme s'est inspirée de plusieurs sources (Masters et Johnson, 1981 ; Leiblum, 1990 ; Kaplan, 1990 ; Cappuzy et Friel, 1990 ; Schiavi et al., 1994 ; Badeau et al. 1997).

(2) Des exercices en 4 étapes selon la méthode de McCarthy (1984).

Le but de cette technique est de permettre aux couples de reprendre contact avec l'intimité (sensuelle et/ou sexuelle) dans leur couple. Selon les études à ce sujet, les couples de longue durée se plaignent souvent d'un manque et d'un besoin de contacts intimes au sein de leur couple. Des outils cliniques complètent les séances pour fin d'amélioration de la vie sexuelle des personnes âgées. Ces outils ont été traduits et adaptés à partir des travaux de McCarthy et McCarthy (1984) :

- √ *Questionnaire d'auto-observation de l'exercice 1 : le confort ;*
- √ *Questionnaire d'auto-observation de l'exercice 2 : l'attirance sexuelle dans le couple ;*
- √ *Questionnaire d'auto-observation de l'exercice 3 : la confiance et l'intimité dans le couple ;*
- √ *Questionnaire d'auto-observation de l'exercice 4 : créer et initier des scénarios sexuels.*

(3) Des exercices de sensibilisation corporelle selon la méthode de Masters et Johnson (1970).

Le rationnel de cette technique est de permettre aux couples retraités de développer de nouvelles habiletés, d'apprendre à reconnaître les endroits qu'ils aiment et ceux qu'ils n'aiment pas être caressés, de diminuer l'anxiété de performance, de se donner des massages sensuels et/ou sexuels dont le but n'est pas l'atteinte de l'orgasme.

Les outils cliniques pour mesurer ces aspects ont été tirés des travaux de Masters et Johnson (1970) et se déroulent en quatre étapes. Ils proposent de mesurer le déroulement des exercices se rapportant à la sensibilisation corporelle.

- √ *Questionnaire de l'exercice de sensate focus I ;*
- √ *Questionnaire de l'exercice de sensate focus II ;*
- √ *Questionnaire de l'exercice de sensate focus III ;*
- √ *Questionnaire de l'exercice de sensate focus IV.*

(4) Un entraînement à la fantasmagorie sexuelle en quatre exercices, selon la méthode de Gochros et Fischer (1980) et également inspiré des travaux de Crépault (1981).

Le travail thérapeutique de cette technique d'intervention a été mesuré par le biais de l'outil clinique suivant qui a été tiré des travaux de Gochros et Fischer (1980) et adapté par la suite pour l'objectif de cette étude :

√ *Questionnaire de l'inventaire de vos fantasmes sexuels.*

La dimension cognitive a aussi été travaillée dans le troisième pilier du programme d'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle chez les personnes âgées. Les techniques qui suivent (5, 6 et 7) ont pour but de permettre aux couples de contre-attaquer, d'argumenter et de modifier différentes distorsions cognitives, sentiments, mauvais souvenirs, croyances érigées contre soi ou le(la) partenaire. Le but est de favoriser un impact positif sur la satisfaction sexuelle, le désir sexuel et de permettre d'acquiescer un mode de pensée plus souple.

(5) L'entraînement à la restructuration cognitive selon le modèle ABC d'Ellis (1977).

(6) L'entraînement à l'imagerie émotivo-rationnelle selon le modèle d'Ellis (1977).

(7) L'entraînement à la technique de recadrage de Beck (1988).

Les outils cliniques pour mesurer ces aspects ont été tirés des travaux de Beck (1988) et Ellis (1977) :

√ *Questionnaire de la liste des pensées automatiques négatives et autres distorsions cognitives ;*

√ *Questionnaire de l'identification et de la modification des distorsions cognitives, des pensées et croyances irrationnelles.*

Dans la dimension cognitive, l'évaluation des mythes sexuels a été effectuée. Ces éléments ont été mesurés cliniquement à l'aide des outils élaborés dans les travaux de Barbach (1982) et de Zilbergeld (1978).

√ *L'inventaire des mythes sexuels.*

APPENDICE L

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE DE TREMBLAY

Tableau L.1
Distribution des caractéristiques socio-démographiques
selon le sexe des sujets

| Caractéristiques | Femmes | | Hommes | |
|------------------|--------|--------|--------|--------|
| | N | % | N | % |
| Âge | | | | |
| moins de 30 ans | 50 | (29,2) | 25 | (24,0) |
| 30-39 ans | 43 | (25,1) | 25 | (24,0) |
| 40-49 ans | 29 | (17,0) | 27 | (26,0) |
| 50 ans et plus | 49 | (28,7) | 27 | (26,0) |

Tremblay, S. (sous presse). «Différences de désir sexuel entre les femmes et les hommes». *Revue sexologique*.

Tableau L.2
Moyennes écarts-types obtenus à l'échelle du désir dyadique
par les femmes et par les hommes
pour cinq variables socio-démographiques

| Âge | Femmes | | Hommes | | t |
|-----------------|---------------------|------|--------------------|-----|---------|
| | M | ÉT | M | ÉT | |
| moins de 30 ans | 53,92 ^a | 8,1 | 53,72 ^a | 7,4 | 0,10 |
| 30-39 ans | 47,88 ^{bc} | 9,3 | 53,88 ^a | 6,6 | -3,09** |
| 40-49 ans | 49,07 ^{ab} | 10,5 | 50,44 ^a | 7,5 | -0,54 |
| 50 ans et plus | 42,77 ^c | 9,7 | 49,52 ^a | 7,4 | -3,00** |

Tremblay, S. (sous presse). «Différences de désir sexuel entre les femmes et les hommes». *Revue sexologique*.

Tableau L.3
Moyennes et écarts-types obtenus à l'échelle du désir individuel par les femmes
et par les hommes pour cinq variables socio-démographiques

| Âge | Femmes | | Hommes | | t |
|-----------------|--------------------|------|---------------------|-----|----------|
| | M | ÉT | M | ÉT | |
| moins de 30 ans | 23,52 ^a | 4,9 | 26,44 ^{ab} | 4,7 | -2,46* |
| 30-39 ans | 22,16 ^a | 5,6 | 28,16 ^a | 4,5 | -4,59*** |
| 40-49 ans | 22,48 ^a | 10,5 | 24,38 ^b | 5,2 | -1,21 |
| 50 ans et plus | 18,72 ^b | 4,2 | 22,81 ^b | 5,9 | -3,48** |

Tremblay, S. (sous presse). «Différences de désir sexuel entre les femmes et les hommes». *Revue sexologique*.

APPENDICE M

TABLEAUX

Tableau M.1
Données sociodémographiques au temps 1
en fonction des deux groupes (GE vs LA)
(N = 66)

| | Groupe expérimental | | | | Groupe liste d'attente | | | |
|-----------------------------|---------------------|-------|--------|--------|------------------------|-------|-------|-------|
| | Femme | | Homme | | Femme | | Homme | |
| | M | ÉT | M | ÉT | M | ÉT | M | ÉT |
| Âge | 59,24 | 3,41 | 61,06 | 3,26 | 57,97 | 3,52 | 60,67 | 4,09 |
| Durée de la retraite | 4,29 | 3,57 | 2,66 | 3,25 | 4,41 | 4,19 | 2,70 | 3,24 |
| Revenu individuel | 19772 | 19019 | 39 242 | 14 782 | 19348 | 13925 | 38106 | 13585 |
| Nombre d'années d'étude | 13,48 | 3,70 | 15,64 | 3,36 | 14,58 | 3,95 | 15,21 | 3,88 |
| | Couple | | | | Couple | | | |
| | M | | ÉT | | M | | ÉT | |
| Durée de vie commune | 31,66 | | 10,07 | | 31,33 | | 9,47 | |
| Revenu couple | 59015 | | 22977 | | 57455 | | 18830 | |
| Âge des enfants | 32,44 | | 2,44 | | 31,26 | | 1,09 | |
| Nombre d'enfants | 2,73 | | 1,21 | | 2,48 | | 1,15 | |
| | Couple | | | | Couple | | | |
| Statut civil (%) | | | | | | | | |
| Marié | 85 | | | | 85 | | | |
| Union de fait | 15 | | | | 15 | | | |
| Couple sans enfants (%) | 2,94 | | | | 6,06 | | | |
| Enfant habitant au domicile | | | | | | | | |
| Oui | 4 | | | | 4 | | | |
| Non | 29 | | | | 29 | | | |

Tableau M.2
Score moyens et écarts-types des données sociodémographiques au temps 1
en fonction du groupe d'appartenance (participant vs abandon).

| | Abandon (n = 20) | | | | Participant (n = 66) | | | |
|---------------------------------|---------------------|-----------|-----------|-----------|-------------------------|-----------|-----------|-----------|
| | Femme | | Homme | | Femme | | Homme | |
| | <i>M</i> | <i>ET</i> | <i>M</i> | <i>ET</i> | <i>M</i> | <i>ET</i> | <i>M</i> | <i>ET</i> |
| Âge | 60,75 | 3,59 | 62,90 | 4,91 | 58,61 | 3,50 | 60,86 | 3,68 |
| Durée retraite (mois) | 46,85 | 35,00 | 19,10 | 30,29 | 51,18 | 46,60 | 34,15 | 38,85 |
| Revenu individuel | 20525 | 15246 | 33125 | 13506 | 19561 | 16540 | 38674 | 14098 |
| Nombre d'années d'étude | 14,16 | 3,04 | 12,30 | 5,25 | 14,03 | 3,83 | 15,42 | 3,61 |
| | Couple | | | | Couple | | | |
| | <i>M</i> | | <i>ET</i> | | <i>M</i> | | <i>ET</i> | |
| Durée de vie commune | 32,26 | | 12,53 | | 31,58 | | 9,67 | |
| Revenu couple | 53650 | | 22867 | | 58234 | | 20859 | |
| Nombre d'enfants | 2,60 | | 1,35 | | 2,61 | | 1,33 | |
| | Couple | | | | Couple | | | |
| Statut civil (%) | | | | | | | | |
| Marié | 85 | | | | 85 | | | |
| Union de fait | 15 | | | | 15 | | | |
| Enfant habitant au domicile (%) | | | | | | | | |
| Oui | 0 | | | | 12 | | | |
| Non | 100 | | | | 88 | | | |

Tableau M.3
 Tests t des variables sociodémographiques au temps 1
 en fonction du groupe d'appartenance (participant vs abandon).

| | Participant vs abandon | |
|----------------------|---------------------------|----------|
| | <i>t</i> (<i>dl</i>) | <i>p</i> |
| Âge femme | 2,33 (84) | ,022 |
| Âge homme | 2,00 (84) | ,049 |
| Durée de la relation | ,25 (84) | ,800 |
| Revenu femme | ,23 (84) | ,817 |
| Revenu homme | 1,56 (84) | ,123 |
| Revenu couple | ,84 (84) | ,402 |
| Durée retraite femme | ,38 (80) | ,704 |
| Durée retraite homme | 1,60 (84) | ,116 |
| Nombre d'enfants | ,02 (84) | ,986 |
| Scolarité femme | ,13 (83) | ,894 |
| Scolarité homme | 3,03 (84) | ,003 |

Tableau M.4
Scores moyens et écarts-types sur les 5 échelles de désir au temps 1
en fonction du groupe (participant vs abandon) chez les femmes et les hommes

| | Abandon | | Participant | |
|-------------------------------------|----------|-------|-------------|------|
| | <i>M</i> | ÉT | <i>M</i> | ÉT |
| Femmes | | | | |
| Désir dyadique | 40,55 | 10,03 | 41,58 | 6,33 |
| Désir individuel | 17,60 | 5,69 | 18,35 | 4,68 |
| Désir hypoactif individuel-cognitif | 37,90 | 7,11 | 36,64 | 6,46 |
| Désir hypoactif relationnel | 37,70 | 4,19 | 34,76 | 7,41 |
| Désir hypoactif comportemental | 40,25 | 6,77 | 36,82 | 5,94 |
| Hommes | | | | |
| Désir dyadique | 48,85 | 9,47 | 48,45 | 6,41 |
| Désir individuel | 22,00 | 6,10 | 23,48 | 4,28 |
| Désir hypoactif individuel-cognitif | 37,60 | 5,84 | 35,18 | 6,41 |
| Désir hypoactif relationnel | 33,45 | 6,98 | 32,15 | 7,49 |
| Désir hypoactif comportemental | 34,05 | 6,74 | 33,89 | 6,07 |

Tableau M.5
 Tests t des variables dépendantes au temps 1
 en fonction du groupe (participant vs abandon) chez les femmes et les hommes

| | Participant vs abandon | |
|-------------------------------------|---------------------------|----------|
| | <i>t</i> (<i>dl</i>) | <i>p</i> |
| Femmes | | |
| Désir dyadique | ,55 (84) | ,585 |
| Désir individuel | ,60 (84) | ,553 |
| Désir hypoactif individuel-cognitif | ,75 (84) | ,456 |
| Désir hypoactif relationnel | 1,69 (84) | ,094 |
| Désir hypoactif comportemental | 2,19 (84) | ,031 |
| Hommes | | |
| Désir dyadique | ,22 (84) | ,830 |
| Désir individuel | 1,22 (84) | ,224 |
| Désir hypoactif individuel-cognitif | 1,51 (84) | ,136 |
| Désir hypoactif relationnel | ,69 (84) | ,492 |
| Désir hypoactif comportemental | ,10 (84) | ,922 |

Tableau M.6
 Tests t des variables sociodémographiques au temps 1
 en fonction des deux groupes (GE vs LA) (N = 66)

| | GE vs LA | |
|----------------------|---------------------------|----------|
| | <i>t</i> (<i>dl</i>) | <i>p</i> |
| Âge femme | 1,49 (64) | ,141 |
| Âge homme | ,43 (64) | ,667 |
| Durée de la relation | ,06 (64) | ,952 |
| Revenu femme | ,103 (64) | ,918 |
| Revenu homme | ,33 (64) | ,746 |
| Revenu couple | ,30 (64) | ,764 |
| Durée retraite femme | ,052 (60) | ,958 |
| Durée retraite homme | ,472 (64) | ,638 |
| Nombre d'enfants | ,735 (64) | ,465 |
| Scolarité femme | 1,16 (64) | ,251 |
| Scolarité homme | ,48 (64) | ,637 |

Tableau M.7
Scores moyens et écarts-types sur les 5 échelles de désir sexuel au temps 1
en fonction du groupe chez les femmes et les hommes (N = 66)

| | Temps 1 (Pré-test 1) | | | |
|-------------------------------------|----------------------|-----------|------------------------|-----------|
| | Groupe expérimental | | Groupe liste d'attente | |
| | <i>M</i> | <i>ÉT</i> | <i>M</i> | <i>ÉT</i> |
| Femmes | | | | |
| Désir dyadique | 40,67 | 5,38 | 42,48 | 7,12 |
| Désir individuel | 17,58 | 4,53 | 19,12 | 4,77 |
| Désir hypoactif individuel-cognitif | 38,79 | 5,76 | 34,48 | 6,48 |
| Désir hypoactif relationnel | 34,52 | 6,34 | 35,00 | 8,43 |
| Désir hypoactif comportemental | 38,42 | 5,92 | 35,21 | 5,60 |
| Hommes | | | | |
| Désir dyadique | 48,79 | 6,80 | 48,12 | 6,07 |
| Désir individuel | 23,58 | 4,83 | 23,39 | 3,71 |
| Désir hypoactif individuel-cognitif | 37,48 | 6,68 | 32,88 | 5,29 |
| Désir hypoactif relationnel | 34,09 | 7,55 | 30,21 | 7,02 |
| Désir hypoactif comportemental | 35,42 | 6,69 | 32,36 | 5,02 |

Tableau M.8
 Tests t sur les différences entre les groupes au temps 1 pour les 5 variables de désir sexuels
 (N = 66)

| | GE vs LA | |
|-------------------------------------|----------|------|
| | t | p |
| | (dl) | |
| Femmes | | |
| Désir dyadique | 1,170 | ,246 |
| | (64) | |
| Désir individuel | 1,350 | ,182 |
| | (64) | |
| Désir hypoactif individuel-cognitif | 2,852 | ,006 |
| | (64) | |
| Désir hypoactif relationnel | ,264 | ,793 |
| | (64) | |
| Désir hypoactif comportemental | 2,265 | ,027 |
| | (64) | |
| Hommes | | |
| Désir dyadique | ,420 | ,676 |
| | (64) | |
| Désir individuel | ,171 | ,864 |
| | (64) | |
| Désir hypoactif individuel-cognitif | 3,105 | ,003 |
| | (64) | |
| Désir hypoactif relationnel | 2,162 | ,034 |
| | (64) | |
| Désir hypoactif comportemental | 2,102 | ,040 |
| | (64) | |

Tableau M.9
Scores moyens et écarts-types sur les 2 échelles de désir sexuel au temps 1 et au temps 2
(post-intervention du GE et après la période d'attente du groupe LA) chez les femmes
et les hommes (N = 66)

| | Temps 1 (pré-test 1) | | | | Temps 2 | | | |
|------------------|----------------------|-----------|------------------------|-----------|---------------------|-----------|------------------------|-----------|
| | Groupe expérimental | | Groupe liste d'attente | | Groupe expérimental | | Groupe liste d'attente | |
| | <i>M</i> | <i>ÉT</i> | <i>M</i> | <i>ÉT</i> | <i>M</i> | <i>ÉT</i> | <i>M</i> | <i>ÉT</i> |
| Femmes | | | | | | | | |
| Désir dyadique | 40,67 | 5,38 | 42,48 | 7,12 | 44,98 | 6,61 | 42,03 | 7,32 |
| Désir individuel | 17,58 | 4,53 | 19,12 | 4,77 | 20,12 | 4,45 | 18,94 | 4,00 |
| Hommes | | | | | | | | |
| Désir dyadique | 48,79 | 6,80 | 48,12 | 6,07 | 50,88 | 7,31 | 48,55 | 7,10 |
| Désir individuel | 23,58 | 4,83 | 23,39 | 3,71 | 25,06 | 5,40 | 22,76 | 4,07 |

Tableau M.10
MANOVA sur les 2 variables dépendantes de désir sexuel au temps 1
et temps 2 (N = 66).

| Source de variance | Lambda de Wilks | $F(2,63)$ |
|-----------------------|-----------------|-----------|
| Inter Groupe | | |
| Groupe | 0,99 | 0,39 |
| Intra Groupe | | |
| Sexe | 0,51 | 30,59** |
| Sexe x Groupe | 0,98 | 0,63 |
| Temps | 0,81 | 7,28* |
| Temps x Groupe | 0,72 | 12,25** |
| Temps x sexe | 0,96 | 1,22 |
| Temps x sexe x groupe | 0,93 | 2,39 |

* $p < 0,01$. ** $p < 0,001$.

Tableau M.11
Scores moyens (et écarts-types) aux 2 variables de désir sexuel après le traitement,
au suivi de 6 mois et au suivi d'un an. (N = 66)

| | Temps 3 (Post-test 1) | | Temps 4 (Post-test 2) | | Temps 5 (Post-test 3) | |
|------------------|-----------------------|------|-----------------------|------|-----------------------|------|
| | Groupe confondu | | Groupe confondu | | Groupe confondu | |
| | M | ÉT | M | ÉT | M | ÉT |
| Femmes | | | | | | |
| Désir dyadique | 45,59 | 6,47 | 42,58 | 6,57 | 42,08 | 5,75 |
| Désir individuel | 20,80 | 4,18 | 19,23 | 4,51 | 18,82 | 4,28 |
| Hommes | | | | | | |
| Désir dyadique | 50,82 | 6,34 | 48,92 | 7,03 | 49,10 | 5,63 |
| Désir individuel | 24,82 | 4,53 | 24,21 | 4,38 | 24,32 | 4,41 |

Tableau M.12
Scores moyens et écarts-types sur les 2 variables de désir au temps 1 et au temps 5 en fonction des femmes et des hommes (N = 66)

| | Temps 1 (pré-test 1) | | Temps 5 (post-test 3) | |
|------------------|----------------------|-----------|-----------------------|-----------|
| | Groupe confondu | | Groupe confondu | |
| | <i>M</i> | <i>ÉT</i> | <i>M</i> | <i>ÉT</i> |
| Femmes | | | | |
| Désir dyadique | 41,58 | 6,33 | 42,08 | 5,75 |
| Désir individuel | 18,35 | 4,68 | 18,82 | 4,28 |
| Hommes | | | | |
| Désir dyadique | 48,45 | 6,41 | 49,10 | 5,63 |
| Désir individuel | 23,48 | 4,28 | 24,32 | 4,41 |

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV-TR (Text revision)*. Washinton DC : American psychiatric Press.
- Atchley, R. C., & Miller, S. J. (1983). Types of elderly couples. Dans T. H. Brubaker (Éd.). *Family relationships in later life*. Beverly Hills: Sage.
- Antonovsky, H., Sadowsky, M., & Maoz, B. (1990). Sexual activity of aging men and women: An Israeli study. *Behavior, Health, and Aging*, 1(3), 151-161.
- Aubin, S. (1999). *Impact d'un traitement de groupe de type comportemental et cognitif sur le comportement sexuel et l'expérience subjective chez des couples dont la femme présente un trouble de baisse de désir sexuel*. Thèse de doctorat non publiée, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- Bachmann, G.A., Leiblum, S.R., Sandler, B., Ainsley, W., Narcessian, R., Shelden, R. & Hymans, H.N. (1985). Correlates of sexual desire in post-menopausal women. *Maturitas*, 7, 211-216.
- Badeau, D. & Bergeron, A. (1997). *Santé sexuelle et vieillissement*. Montréal : Méridien.
- Barbach, L. (1982). *For each other: Sharing sexual intimacy*. New York: Anchor Press.
- Bartlik, B. & Goldstein, M.Z. (2001). Men's sexual health after midlife. *Psychiatrics Services*, 52(3), 291-306.
- Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J., Goldstein, I, Graziottin, A., Hyman, J., Laan, E., Leiblum, S., Padma-Nathan, H., Rosen, R., Seigraves, K, Seigraves, R.T., Shabsigh, R., Sipski, M., Wagner, G. & Whipple, B. (2001). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction : Definitions and classifications. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 27, 83-94.
- Baucom, D.H. & Epstein, N. (1990). *Cognitive-Behavioral Marital Therapy*. New York : Brunner/Mazel.
- Beaudry, M, et Boisvert, J.-M. (1988). *Psychologie du couple : quand la science se met à parler d'amour*. Canada : Édition du méridien.
- Beck, A. T. (1988). *Love is never enough*. New York : Harper & Row.

- Bergström-Walan, M.-B. & Nielsen, H.H. (1990). Sexual expression among 60-80 year old men and women : A sample from Stockholm, Sweden. *The Journal of Sex Research*, 27(2), 289-295.
- Bortz, W.M II, Wallace, D.H., & Wiley, D. (1999). Sexual function in 1,202 aging males : Differentiating aspects. *Journals of Gerontology : Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 54A(5), M237-M241.
- Boyer, R. & St-Larent, D. (1999). La mortalité par suicide au Québec. *Frontières*, 12(1), 50-53.
- Brecher, E.M. (1984). *Love, sex and aging*. Boston: Little, Brown & Co.
- Bretschneider, J.G. & McCoy, N.L. (1988). Sexual interest and behavior in healthy 80 to 102 year olds. *Archives of Sexual Behavior*, 17(2), 109-129.
- Brok, A.J. (1997). A modified cognitive-behavioral approach to group therapy with the elderly. *Group*, 21(2), 115-134.
- Campbell, D.T. & Standley, J.C. (1971). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago : Rand McNally College.
- Capuzzi, D. & Friel, S.E. (1990). Current trends in sexuality and aging : An update for Counsellors. *Journal of Mental Health Counseling*, 12(3), 342-353.
- Capuzzi, D. & Gossman, L. (1982). Sexuality and the elderly: A group counseling model. *Journal for Specialists in Group Work*, 7(4), 251-259.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale : Lawrence Erlbaum.
- Crépault, C. (1981). *L'imaginaire érotique et ses secrets*. Sillery : Presse de l'Université du Québec.
- Derogatis, L.R. & Melisaratos, N. (1979). The DSFI : a multidimensional measure of sexual functioning. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 5(3), 244-281.
- Drouin, N. (2000). *Construction d'un questionnaire d'évaluation de différentes variables associées à la problématique du désir sexuel hypoactif: aspects relationnel et comportemental; validation auprès d'un groupe clinique de femmes en relation dyadique, avec et sans désir sexuel hypoactif*. Thèse de doctorat non publiée, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- Dorfman, E.A. & Hill, L.T. (1986). Rural housewives and retirement: Joint decision making matters. *Journal of Applied Family and Child Studies*, 35, 507-514.

- Duchesne, L. (2003). *La situation démographique au Québec, bilan 2003. Les ménages au tournant du XXI^e siècle*. Montréal : Institut de la statistique du Québec.
- Ebersole, P. (1985). *Toward healthy aging, human needs and nursing response*. Toronto : Mosby. (cité dans Badeau et Bergeron, 1997).
- Edwards, J.N., Frank, E., Kupfer, D.J., & Deckert, G. (1981). How prevalent is lack of sexual desire in marriage ? *Medical Aspects of Human Sexuality*, 15(9), 73-83.
- Ellis, A. (1977). The rational-emotive approach to sex therapy. Dans A. Ellis (Éd.) & R. Grieger (Éd). *Handbook of rational-emotive therapy*. New York : Springer.
- Fazio, L. (1987). Sexuality and aging : A community wellness program. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 6(1), 59-69.
- Finkle, A.L. (1976). Sexual aspects of aging. Dans L. Bellak (Éd), & T.B. Karasu (Éd). *Geriatric Psychiatry*. New York: Grune & Stratton.
- Fleiss, J.L. (1986). *The design and analysis of clinical experiments*. New York : Wiley.
- Fraenkel, P., Markman, H., & Standley, S. (1997). The prevention approach to relationship problems. *Sexual and Marital Therapy*, 12(3), 249-258.
- Freedman, C.M., Low, S.M., Markman, H.J., & Stanley, S.M. (2002). Equipping couples with the tools to cope with predictable and unpredictable crisis events : The PREP program. *International Journal of Emergency Mental Health*, 4(1), 49-56.
- Friedman, J.M. & Hogan, D.R. (1985). Sexual dysfunction: low sexual desire. Dans D.H. Barlow (Éd). *Clinical handbook of psychological disorders*. New York : Guilford Press.
- Fugl-Meyer, A.R. & Sjogren Fugl-Meyer, K. (1999). Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18-74 year old Swedes. *Scandinavian Journal of Sexology*, 2(2), 79-105.
- Gelfand, M.M. (2000). Sexuality among older women. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*, 9(suppl. 1), S-15-S-20.
- George, L.K. & Weiler, S.J. (1981). Sexuality in middle and late life. *Archives of General Psychiatry*, 38, 919-923.
- Glass, C. & Dalton, A. (1988). Sexuality in older adults : a continuing education concern. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 19, 61-64.
- Glass, T.A., Seeman, T.E., Herzog, A.R., Kahn, R., & Berkman, L.F. (1995). Change in productivity in late adulthood : Mac Arthur studies of successful aging. *Journal of Gerontology*, 50, S65-S76.

- Gochros, H.L. & Fischer, J. (1980). *Treat yourself to a better sex life*. New Jersey : Prentice-Hall.
- Goldman, A. & Carroll, J.L. (1990). Educational intervention as an adjunct to treatment of erectile dysfunction in older couples. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 16, 127-141.
- Gouvernement du Québec. (1986). *Les personnes âgées du Québec: Statistiques démographiques*. Montréal : bureau de statistiques du Québec.
- Goodwin, A. & Scott, L. (1987). Sexuality in second half on life. Dans P.B. Doress (Éd.) & D.L. Siegal (É.d). *Ourselves growing older* (p.79-99). New York : Simon and Schuster.
- Haellstroem, T., & Samuelsson, S. (1990). Changes in women's sexual desire in middle life: The longitudinal study of women in Gothenburg. *Archives of Sexual Behavior*, 19(3), 259-268.
- Hammond, D.B., & Bonney, W.C. (1985). Results of sex education for support persons working with the elderly. *Journal of Sex Education and Therapy*, 11, 42-45.
- Hyman, J., Lopiccio, L. & Lopiccio, J. (1976). *Becoming orgasmic: a sexual growth program for women*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Herman, S. M. (1994). Marital satisfaction in the elderly. *Gerontology and Geriatrics Education*, 14, 69-79.
- Hobson, K. G. (1984). The effects of aging on sexuality. *Health and Social Work*, 9(1), 25-35.
- Hodson, D.S. & Skeen, P. (1994). Sexuality and aging : The hammerlock of myths. *The Journal of Applied Gerontology*, 13(3), 219-235.
- Hudson, W.W., Harrison, D.F. & Crosscup, P.C. (1980). A short-forms scale to measure sexual discord in dyadic relationships. *Journal of Sex Resources*, 17, 57.
- Kaplan, H.S. (1974). *The new sex therapy*. New York : Brunner/Mazel.
- Kaplan, H.S. (1977). Hypoactive sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 3(1), 3-9.
- Kaplan, H.S. (1990). Sex, intimacy, and the aging process. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 18(2), 185-205.
- Kaplan, H.S. (1995). *The sexual desire disorders : Dysfunctional regulation of sexual motivation*. New York : Brunner/Mazel.
- Kellett, J.M. (1991). Sexuality of the elderly. *Sexual and Marital Therapy*, 6(2), 147-155.

- Kennedy, G.J., Haque, M. & Zarankow, B. (1997). Human sexuality in late life. *International Journal Mental Health*, 26(1), 35-46.
- Kesler, R.C., & McLeod, J.D. (1985). Social support and mental health in community samples. In S. Cohen (Éd), & S.L. Syme (Éd). *Social support and health*. New York : Academic Press.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., & Martin, C.E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia : W.B. Saunders.
- Kivelä, S.L., Pahkala, K. & Honkakoski, A. (1986). Sexual desire, intercourse and related factors among elderly. *Norkisk Sexology*, 4, 18-27.
- Laflin, M. (1990). Sexuality and the elderly. Dans C. Lewis (Éd). *Aging : the health-care challenge* (2ème ed). Philadelphia: F.A. Davis company.
- Laumann, E.O., Paik, A. & Rosen, R. (1999). Sexual dysfunction in the United States : Prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281(6), 537-544.
- Lefèvre, C. (2003). *Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- Légaré, G., Lebeau, A., Boyer, R., & St-Laurent, D. (1995). La santé mentale. Dans Gouvernement du Québec, Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993, MSSS, p. 217-255.
- Leiblum, S.R. (1998). Definition and classification of female sexual disorders. *International Journal of Impotence Research*, 10(suppl. 2), S104-S106.
- Leiblum, S.R. (1990). Sexuality and the midlife women. *Psychology of Women Quarterly*, 14, 495-508.
- Leiblum, S.R., Bachman, G., Kemmann, E., Colburn, D. & Swartzman, L. (1983). Vaginal atrophy in the postmenopausal woman : The importance of sexual activity and hormones. *Journal of the American Medical Association*, 249, 2195-2198.
- Leiblum, S.R. & Rosen, R.C. (1988). *Sexual desire disorders*. New York : The Guilford Press.
- Leiblum, S.R. & Segraves, R.T. (1989). Sex therapy with aging adults. Dans S.R. Leiblum (Éd), & R.C. Rosen, (Éd). *Principles and practice of sex therapy*. New York : The Guilford Press.
- Levenson, R. W., Cartepsen, L. L., & Gottman, J. M. (1993). Long-term marriage : age, gender and satisfaction. *Psychology and Aging*, 8, 301-313.

- Levenson, R.W., Carstensen, L.L. & Gottman, J.M. (1994). The influence of age and gender on affect, physiology and their interrelations: a study of long-term marriages. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(1), 56-68.
- Levine, S.B. (1984). An essay on the nature of sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 10, 83-96.
- Levine, S.B. (1988). Intrapyschic and Individual Aspects of Sexual Desire. In S.R., Leiblum (Éd.), & R.C., Rosen (Éd.), *Sexual desire disorders*. New York : Guilford Press.
- Lief, H.I. (1977). What's new in sex research ? Inhibited sexual desire. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 7, 94-95.
- LoPiccolo, L. (1980). Low sexual desire. Dans S.R. Leiblum (Éd) & L. A. Pervin (Éd), *Principles and Practice of Sex Therapy*. New York : Guilford.
- LoPiccolo J. & Friedman, J.M. (1988). Broad-Spectrum treatment of low sexual desire: Integration of Cognitive, Behavioral and Systematic Therapy. Dans S.R. Leiblum (Éd) & R.C. Rosen (Éd), *Sexual desire disorders*. New York : The Guilford Press.
- Luborsky, L. & DeRubeis, R.J. (1984). The use of psychotherapy manuals: A small revolution in psychotherapy research style, *Clinical Psychology Review*, 4, 5-14.
- Mansfield, P.K., Voda, A., & Koch, P.B. (1995). Predictors of sexual response changes in heterosexual midlife women. *Health Values: The Journal of Health Behavior, Education and Promotion*, 19(1), 10-20.
- Mansfield, P.K., Koch, P.B. & Voda, A.M. (1998). Qualities midlife women desire in their sexual relationships and their changing sexual response. *Psychology of Women Quarterly*, 22, 285-303.
- Margolin, G. (1987). The continuing role of physical attractiveness in marriage. *Journal of Marriage and the Family*, 49, 21-27.
- Markman, H.J., Floyd, F.J., Standley, S.M., & Storaasli, R.D. (1988). Prevention of marital distress: a longitudinal investigation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(2), 210-217.
- Markman, H.J., & Hahlweg, K. (1993). The prediction and prevention of marital distress: an international perspective. *Clinical psychology review*, 13, 29-43.
- Martin, C. (1981). Factors affecting sexual functioning in 60-79 years old married males. *Archives of Sexual Behavior*, 10(5), 399-420.
- Masters, W.H. & Johnson, V.E. (1966). *Les réactions sexuelles*. Boston : Little, Brown.
- Masters, W.H. & Johnson, V.E. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Boston : Little, Brown.

- Masters, W.H. & Johnson, V.E. (1981). Sex and the aging process. *American Geriatrics Society, 29(9)*, 385-390.
- Masters, W.H. & Johnson, V.E. (1982). *Human sexuality*. Boston : Little Brown.
- Mazure, C.M., Sorrel, P.M. & Glazer, W.M. (1988). *Psychological and biological correlates of menopause*. Paper presented at the annual meeting of the association for women in psychology. New York.
- McCarthy, B.W. (1984). Strategies and techniques for the treatment of inhibited sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy, 10(2)*, 97-104.
- McCarthy, B.W. (1995). Learning from unsuccessful sex therapy patients. *Journal of Sex and Marital Therapy, 21*, 31-38.
- McCarthy, B.W. & McCarthy, E. (1984). *Sexual awareness: Enhancing sexual pleasure*. New York : Carol & Graf.
- McCarthy, B.W. (2001). Male sexuality after fifty. *Journal of family psychotherapy, 12(1)*, 29-37.
- McCoy, N.L. & Davidson, J.M. (1985). A longitudinal study of the effects of menopause on sexuality. *Maturitas, 7*, 203-210.
- McIntosh, D. (1981). Sexual attitudes in a group of older women. *Issues in Mental Health Nursing, 3*, 109-122.
- Nappi, R.E., Veneroni, F., Verde, J.B., Polatti, F., Fignon, A., Farina, C. & Genazzani, A.R. (2001). Climacteric complaints, female identity, and sexual dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy, 27*, 567-576.
- O'Donohue, W. & Plaud, J.J. (1991). The long-term habituation of sexual arousal in the human male. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 22(2)*, 87-96.
- Palmore, E., & Kivett, V. (1977). Change in life satisfaction : A longitudinal study of persons age 46-70. *Journal of Gerontology, 32*, 311-316.
- Panser, L.A., Rhodes, T., Girman, C.J., Guess, H.A., Chute, C.G. Oesterling, J.E., Lieber, M.M. & Jacobsen, S.J. (1995). Sexual function of men ages 40 to 79 years : The Olmsted county study of urinary symptoms and health status among men. *Journal of the American Geriatrics Society, 43*, 1107-1111.
- Papalia, D.E. & Olds, S.W. (1989). *Le développement de la personne (3^e éd.)*. Québec : Les études vivantes.
- Pelsma, D., & Flanagan, M. (1986). Human relations training for the elderly. *Journal of Counseling and Development, 65*, 52-53.

- Pfeiffer, E., & Davis, G.C. (1972). Determinants of sexual behavior in middle and old age. *Journal of American Geriatric Society*, 20, 151-158.
- Pfeiffer, E., Verwoerdt, A. & Davis, G.C. (1972). Sexual behavior in middle life. *American Journal of Psychiatry*, 128, 1262-1267.
- Poudat, F.X. & Jarrousse, N. (1989). Analyse comportementale de l'inhibition du désir sexuel. *Contraception Fertilité Sexualité*, 17, 925-930.
- Prévile, M., Hébert, R., Bravo, G., & Boyer, R. (2001). Predisposing and facilitating factors of severe psychological distress among frail elderly adults. *Canadian Journal on Aging / La revue canadienne du vieillissement*, 21(2), 195-204.
- Renshaw, D.C. (1984). Geriatric sex problems. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(2), 123-138.
- Rienzo, B.A. (1985). The impact of aging on human sexuality. *Journal of School Health*, 55(2), 66-68.
- Rowland, K.F., & Haynes, S.N. (1978). A sexual enhancement program for elderly couples. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 4, 91-113.
- Rosen, R.C. & Leiblum, S.R. (1987). Current approaches to the evaluation of sexual desire disorders. *The Journal of Sex Research*, 23, 141-162.
- Rosen, R.C. Leiblum, S.R., & (1989). Assessment and treatment of sexual desire. Dans S.R. Leiblum (Éd), & R.C. Rosen, (Éd). *Principles and practice of sex therapy : Update for the 1990's*. New York: The Guilford Press.
- Rotberg, A.R. (1987). An introduction of the study of women, aging, and sexuality. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 5(3), 3-12.
- Rowland, K.F., & Haynes, S.N. (1978). A sexual enhancement program for elderly couples. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 4, 91-113.
- Salamon, M.J. & Charytan, P. (1984). A sexuality workshop program for the elderly. *Clinical Gerontologist*, 2(4), 25-33.
- Schiavi, R.C. (1990). Sexuality and aging in men. *Annual Review of Sex Research*, 1, 227-249.
- Schiavi, R.C., Mandeli, J. & Schreiner-Engel, P. (1994). Sexual satisfaction in healthy aging men. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 20(1), 3-13.
- Schlesinger, B. (1996). The sexless years or sex rediscovered. *Journal of Gerontological Social Work*, 26(1/2), 117-131.

- Schnarch, D.M. (1991). *Constructing the sexual crucible. An integration of sexual and marital therapy*. New York : W W Norton and Company.
- Schreiner-Engel, P. & Schiavi, R.C. (1986). Life-time psychopathology in individuals with low sexual desire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 646-651.
- Shamoian, C.A., & Thurston, F.D. (1986). Marital discord and divorce among the elderly. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 20(8), 25-34.
- Schover, L.R., Friedman, J.M., Weiler, S.J. Hyman, J.R. & LoPiccolo, J. (1982). Multiaxial problem-oriented system for sexual dysfunctions. *Archive of General Psychiatry*, 39, 614-619.
- Smith, M., & Schmall, N. (1983). Knowledge and attitudes toward sexuality and sex education of a select group of older people. *Gerontology and Geriatric Education*, 3, 259-269.
- 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, 15-28.
- Spector, I.P. (1992). *Development and psychometric evaluation of a measure of sexual desire*. Unpublished doctoral dissertation. Syracuse University ; Syracuse.
- Spector, I.P. & Fremeth, S. (1996). Sexual behaviors and attitudes of geriatric residents in long-term care facilities. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 22(4), 235-246.
- Sperry, L., Brill, P.L., Howard, K. & Grissom, G.R. (1996). *Treatment outcomes in psychotherapy and psychiatric interventions*. New York: Brunner/Mazel.
- Statistique Canada (1999). *Recensement de 1996*. Gouvernement du Canada.
- Starr, B.D., & Weiner, M.B. (1981). *The Starr-Weiner report on sex and sexuality in the mature years*. New York : McGraw-Hill.
- Stearnes, E.L., McDonnel, J.A., & Kaufman, B.J. (1974). Declining testicular function with age: Hormonal and clinical correlates. *American Journal of Medicine*, 57, 761-763. (pas à uqam mais à re-vérifier commandé mais sans réponse)
- St-Laurent, D., & Bouchard, C. (2004). *L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente ?* Québec : Institut nationale de santé publique du Québec.
- Stuart, F.M., Hammond, D.C., & Pett, M.A. (1987). Inhibited sexual desire in women. *Archives of sexual Behaviour*, 16, 91-106. (HQ1A7 : à aller chercher dans la bibli)
- Sviland, M.-A. (1975) Helping elderly couples become sexually liberated : Psycho-social issues. *The Counseling Psychologist*, 5(1), 67-72.

- Thienhaus, O.J. (1988). Practical overview of sexual function and advancing age. *Geriatrics*, 43(8), 63-67.
- Travis, S.S. (1987). Older adult sexuality and remarriage. *Journal of Gerontological Nursing*, 13(6), 9-14.
- Tremblay, S. & Roussy, L. (2000). Évaluation psychométrique de l'échelle du désir sexuel (ÉDS). *Science et Comportement*, 28(2), 203-222.
- Tremblay, S. (sous presse). Différences de désir sexuel entre les femmes et les hommes. *Revue sexologique*.
- Trinque, C. (1999). *Élaboration et passation auprès de femmes d'un questionnaire clinique d'éléments cognitifs individuels associés au trouble de la baisse du désir sexuel*. Thèse de doctorat non publiée, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- Trudel, G. (1991). Review of psychological factors in low sexual desire. *Sexual and Marital Therapy*, 6, 261-272.
- Trudel, G. (2000). *Les dysfonctions sexuelles: Évaluation et traitement par des méthodes psychologique, interpersonnelle et biologique*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Trudel, G. (2002). Sexuality and marital life: the results of a survey. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 229-249.
- Trudel, G., Marchand, A., Ravart, M., Aubin, S., Turgeon, L. & Fortier, P. (2001). *The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive hypoactive sexual desire in women*. *Sexual and Relationship Therapy*, 16(2), 145-164.
- Trudel, G., Turgeon, L., & Piché, L. (2000). Review Article : Marital and sexual aspects of old age. *Sexual and Relationship Therapy*, 15 (4), 381-406.
- Van Widenfelt, B., Markman, H. J., Guerny, B., Behrens, B. C., & Hosman, C. (1997). Prevention of relationship problems. In W. K. Halford & H. J. Markman (Eds.), *Clinical handbook of marriage and couples intervention (651-677)*. Chichester, England.
- White, C.B., & Catania, J.H. (1982). Psychoeducational intervention for sexuality with the aged, family members of the aged and people who work with the aged. *International Journal of Aging and Human Development*, 15, 121-138.
- Winn, R.L. & Newton, N. (1982). Sexuality in aging : A study of 106 cultures. *Archives of Sexual Behavior*, 11(4), 283-298.
- Weizman, A., Weizman, R., & Hart, J., Maoz, Benjamin, Wijzenbeek, H. & David, M.B. (1983). The correlation of increased serum prolactin levels with decreased sexual desire and activity in elderly men. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31, 485-488.

- Wolinsky, M.-A. (1985). Consultation: A treatment model for the aging and their families. *Social Casework, 66(9)*, 540-546.
- Wolinsky, M.-A. (1986). Marital therapy with older couples. *Social Casework, 67(8)*, 475-483.
- Woolfe, R., & Biggs, S. (1997). Counselling older adults: Issues and awareness. *Counseling Psychology Quarterly, 10(2)*, 189-194.
- Wright, J. & Sabourin, S. (1990). *L'intervention auprès du couple. Diagnostic et traitement*. Québec : Les éditions consultation.
- Wright, J. (1985). *La survie du couple une approche simple, pratique et complète*. Montréal : Le jour éditeur.
- Zank, S. (1998). Psychotherapy and aging: Results of two empirical studies between psychotherapists and elderly people. *Psychotherapy, 35(4)*, 531-536.
- Zilbergeld, B. (1978). *Male Sexuality*. New York : Guilford.