

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des Tableaux.....	viii
Remerciements.....	ix
Introduction.....	1
La dépression	2
Définition	2
Prévalence	4
Sexualité des femmes ayant des symptômes dépressifs.....	5
Études menées auprès des hommes et des femmes présentant des symptômes dépressifs	10
Population générale.....	10
Population clinique	11
Études menées auprès des femmes présentant des symptômes dépressifs.....	13
Discussion critique des études	15
Objectifs et hypothèses de recherche	19
Objectifs	20
Hypothèses	20
Méthode.....	22
Participants	23

Table des matières (suite)

Description des variables et mesures	23
Groupe d'appartenance.....	23
Informations sociodémographiques.....	23
Symptômes dépressifs	24
Sexualité	25
Fonctionnement sexuel.....	26
Orientation sexuelle.....	28
Histoire sexuelle.....	28
Aisance lors de rapports sexuels	28
Satisfaction conjugale.....	29
Procédure et déroulement.....	30
Analyses des données	31
Résultats	33
Caractéristiques des participantes	34
Symptômes dépressifs et sexualité	37
Fonctionnement sexuel	37
Masturbation.....	40
Orientation sexuelle.....	40
Histoire sexuelle	42
Aisance lors des rapports sexuels	42
Satisfaction conjugale des participantes.....	43

Table des matières (suite)

Symptômes dépressifs, sexualité et satisfaction conjugale	44
Analyses supplémentaires	46
Discussion	49
Symptômes dépressifs et sexualité	51
Symptômes dépressifs et masturbation	54
Symptômes dépressifs et satisfaction conjugale	56
Symptômes dépressifs, sexualité et satisfaction conjugale	57
Conclusion	60
Forces et limites	62
Études futures	64
Références	66

Liste des Tableaux

Tableau 1 :	Résumé des études ayant étudié la sexualité de femmes présentant des symptômes dépressifs.....	6
Tableau 2 :	Analyses descriptives et analyses de comparaisons d'échantillons indépendants (Test T) et analyses du chi-carré des informations sociodémographiques	35
Tableau 3 :	Analyses descriptives et analyses de variance univariée du fonctionnement sexuel, et analyse du chi-carré des activités de masturbation selon le groupe d'appartenance	39
Tableau 4 :	Analyses descriptives et analyses de variance univariée de l'orientation sexuelle, de l'histoire sexuelle, de l'aisance sexuelle et de la satisfaction conjugale selon le groupe d'appartenance	41
Tableau 5 :	Corrélations bivariées entre la satisfaction conjugale, le fonctionnement sexuel et la présence de symptômes dépressifs.....	45
Tableau 6 :	Analyses corrélationnelles bivariées r de Pearson des symptômes dépressifs, de la sexualité et de la satisfaction conjugale	47

Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier sincèrement ma directrice, le Dr Karine Côté, Ph.D., de l'Université du Québec à Chicoutimi, qui a su m'encadrer et m'aider à mener à terme ce long et difficile processus qu'a été la réalisation de cet essai doctoral. Elle m'a beaucoup appris. Je tiens à remercier le Dr Sandra R. Leiblum pour avoir autorisé l'utilisation du Brief Index of Sexual Functioning for women ayant servi à cette étude. J'aimerais également remercier le programme d'aide aux analyses du programme de doctorat de psychologie de l'Université du Québec à Chicoutimi pour l'aide financière octroyée, laquelle a permis la réalisation des analyses statistiques. D'ailleurs, je tiens à remercier Marie-Noëlle Larouche, Ph.D. et Maxime Tremblay, Ph.D. pour leur aide et leur disponibilité lors de l'analyse des résultats. Merci à tous ceux et celles qui m'ont aidée dans la phase de cueillette de données, soit les gens de l'Association des dépressifs et des maniaco-dépressifs du CLSC du grand Chicoutimi, du centre de santé mentale l'Arrimage, du groupe le P.A.S., du cours de Percussion au féminin de Chicoutimi, le Dr Carole Dion de l'UQAC, de la Clinique Universitaire de Psychologie, ainsi qu'aux psychologues en pratique privée (Yves Paquin, Nadia Blanchette, Véronique Gagnon). Je tiens également à remercier toutes les personnes qui ont accepté de participer à cette étude.

J'aimerais aussi remercier du fond de mon cœur mon conjoint, Sébastien, qui, malgré les quelques hauts et les nombreux bas du processus de rédaction, m'a soutenue, encouragée et écoutée. Merci d'avoir cru en moi jusqu'au bout! Merci à mes deux merveilleuses filles, Léa et Anaïs, qui ont été à certains moments des limites et à

d'autres moments des sources d'inspiration qui m'ont permis de tenir jusqu'au bout afin de leur donner un modèle de persévérance et de courage. Merci à mes amies et collègues, en particulier Nadia, Valérie, Marie-Andrée, Sandra St-Pierre et Sandra Tremblay, pour tous vos encouragements et votre disponibilité d'écoute qui m'a permis de me défouler quand j'en ai eu besoin... Merci à ma famille, mes parents, ma sœur Karine, ainsi qu'à ma belle-famille car grâce à votre support et à la confiance que vous avez en moi, j'ai enfin réussi à me dépasser. Et enfin, merci à Michel Turcotte, mon superviseur professionnel, qui m'a suivie tout au long du processus et qui a contribué à conserver ma motivation jusqu'à la fin.

Rapport-Gratuit.com

Introduction

La dépression majeure est un diagnostic très répandu à travers le monde entier. Seulement au Canada, la dépression touche entre 4 et 5% de la population au cours d'une année, ce qui équivaut à 1 Canadien sur 20. Mais encore, entre 10 et 12% de la population canadienne est touchée par la dépression à un moment de sa vie, ce qui équivaut à 1 Canadien sur 10 (Patten, Wang, Beck & Maxwell, 2005). Ce n'est donc pas étonnant qu'un grand nombre d'études aient été réalisées dans l'optique d'évaluer et de mieux comprendre la dépression ainsi que ses répercussions sur les individus touchés.

La dépression

Définition

Dans l'ensemble de la documentation scientifique et tel que mentionné par Côté et Wright (2003), la majorité des études ont utilisé la définition de la dépression fournie par la quatrième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* de l'American Psychiatric Association (APA, 1994). Selon l'APA, la dépression majeure, ou trouble dépressif majeur, se caractérise principalement par une évolution clinique consistant en un ou plusieurs *Épisodes dépressifs majeurs*. La dépression majeure se caractérise également par une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités persistant au moins deux semaines. L'individu doit, par surcroît, présenter au moins quatre symptômes supplémentaires compris dans la liste suivante : changement de l'appétit ou du poids, du sommeil et de l'activité psychomotrice; réduction de l'énergie; idées de dévalorisation ou de culpabilité; difficultés de concentration et/ou à prendre des décisions; idées de mort récurrentes, idées suicidaires, plans ou tentatives de suicide (critère A). Toutefois, les symptômes ne doivent pas répondre aux critères d'épisode mixte (critère B). Il doit exister une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (critère C). L'épisode dépressif majeur ne doit pas être imputable aux effets physiologiques directs d'une substance donnant

lieu à un abus, aux effets secondaires de médicaments ou de traitements ou à l'exposition à une substance toxique. De même, il ne doit pas être dû aux effets physiologiques directs d'une affection médicale (critère D). Enfin, le trouble ne doit pas être mieux expliqué par une réaction psychologique inhérente à la perte d'un être cher (critère E).

Par ailleurs, la terminologie *Épisode dépressif majeur*, tel que mentionné dans la définition de la dépression majeure, est utilisée par plusieurs auteurs. Selon le DSM-IV (APA, 1994), un épisode dépressif majeur se définit par une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités persistant au moins deux semaines. L'humeur est souvent décrite par le sujet comme étant triste, déprimée, sans espoir, sans courage. Le sujet doit d'abord présenter les mêmes symptômes que ceux énumérés dans la définition de la dépression majeure (i.e., au moins quatre symptômes) (Critère A). Pour être pris en compte pour un épisode dépressif majeur, un symptôme doit être nouveau ou avoir augmenté de façon significative par rapport à la situation du sujet avant l'épisode. Les symptômes doivent être présents pratiquement toute la journée presque tous les jours pendant au moins deux semaines consécutives (Critère A). Il n'y a pas de diagnostic d'épisode dépressif majeur si les symptômes répondent aux critères d'un épisode mixte (Critère B). Le niveau d'altération fonctionnelle associé à l'épisode dépressif majeur peut varier, mais même en cas grave, une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants doit accompagner l'épisode (Critère C). L'épisode dépressif majeur n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance, aux effets secondaires de médicaments ou de traitements, à l'exposition à une substance toxique ou aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale (Critère D). Enfin, l'épisode dépressif majeur ne doit pas être mieux expliqué par une réaction psychologique inhérente à la perte d'un être cher (critère E).

Une autre définition souvent utilisée dans la documentation scientifique est celle énoncée par Beck (1977; Beck & Alford, 2009). Beck définit la dépression comme étant une altération spécifique de l'humeur (v.g., tristesse, solitude, apathie), une perception négative de soi (v.g., autocritique, dévalorisation), des pensées punitives (v.g., désir de fuir, de mourir), des changements végétatifs (v.g., anorexie, insomnie, libido), ainsi que des changements au niveau de l'intensité des activités (v.g., ralentissement, agitation). Un outil psychométrique a été construit par Beck afin de pouvoir mesurer la présence et l'intensité des symptômes dépressifs, soit le *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961). Cet outil est fréquemment utilisé dans de nombreuses études évaluant les symptômes dépressifs. Une deuxième version de cet outil a été élaborée par Beck, Steer et Brown (BDI-II; 1996) afin de pouvoir évaluer plus adéquatement les symptômes dépressifs qui correspondent aux critères à utiliser pour le diagnostic des troubles dépressifs énumérés dans le DSM-IV (APA, 1994).

Prévalence

La dépression majeure compte parmi les troubles psychopathologiques les plus souvent observés avec une prévalence variant entre 4% et 25% (APA, 1994; Patten et al., 2005; Vasiliadis, Lesage, Adair, Wang, & Kessler, 2007), selon la population étudiée. Par ailleurs, la prévalence de la dépression majeure chez les hommes et les femmes est significativement différente. En effet, selon l'APA (1994), la probabilité de développer une dépression majeure au cours de sa vie est de 5 à 12% pour les hommes et de 10 à 25% pour les femmes. D'ailleurs, Statistique Canada (Enquête nationale sur la santé de la population, 1998, 1999) démontre que les femmes sont plus enclines à souffrir d'épisodes dépressifs majeurs (5,7%) que les hommes (2,9%), peu importe l'âge. Des chiffres similaires ont été rapportés par une autre étude canadienne réalisée par Patten et al. (2005). En effet, cette étude démontre une prévalence d'épisodes dépressifs majeurs de 5,9% chez les femmes et de 3,7%

chez les hommes. Les groupes d'âge où les écarts entre les hommes et les femmes sont les plus importants sont le groupe de 20 à 24 ans (10% de femmes et 4% d'hommes) et le groupe de 25 à 34 ans (9% de femmes et 3% d'hommes, Statistique Canada, 1998, 1999).

Sexualité des femmes ayant des symptômes dépressifs

De nombreuses études se sont intéressées à la sexualité des personnes souffrant de dépression majeure et des personnes ayant des symptômes dépressifs. Toutefois et bien que la dépression soit plus prévalente chez les femmes, la majorité des études ayant évalué la sexualité des personnes dépressives ont été réalisées auprès des hommes (v.g., Bancroft, Janssen, Strong, Carnes, Vukadinovic & Long, 2003; Howell et al., 1987; Low, Khoo, Tan, Hew & Teoh, 2006; Meisler & Carey, 1991) ou ont été réalisées auprès d'hommes et de femmes mais sans présenter les résultats de façon distinctive en fonction du sexe (Casper, Redmond, Katz, Schaffer, Davis & Koslow, 1985; Davidson, Krishnan, France & Pelton, 1985). Au total, onze études ont évalué et ont rapporté des données sur la sexualité des femmes présentant des symptômes dépressifs.

Le Tableau 1 présente les résultats de ces études, qui ont été regroupés en deux catégories. La première catégorie décrit les six études qui ont évalué en outre la sexualité des hommes présentant des symptômes dépressifs. La deuxième catégorie décrit les cinq études qui ont évalué la sexualité des femmes uniquement et qui présentent des symptômes dépressifs.

Auteurs	Échantillon	Sexe	Mesure de la dépression	Mesure de la sexualité	Autres mesures	Résultats
Dunn, Croft, & Hackett (1999)	Population générale (N = 1768) 1- Femme 2- Homme	1 : F : (n = 979) 2 : H : (n = 789)	-Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD ; 1983).	-Self reported physical, social and psychological factors and sexual problems		Prob. sexuels : 1 : 41 % et 2 : 34 % - éjaculation précoce - excitation sexuelle - problème orgasmique - inhibition plaisir sexuel - lubrification vaginale - dyspareunie 1 : difficultés conjugales : - prob. excitation sexuelle - prob. orgasmique - inhibition plaisir sexuel - dyspareunie
Kennedy, Dicken, Eisfeld, & Bagby (1999)	1- F + dépression majeure 2- H + dépression majeure	1 : F : n = 79 Âge : 18 - 64 2 : H : n = 55 Âge : 19 - 63	-Hamilton Depression Rating Scale (HRSD, 1960) ; -Structured Interview Guid for The Hamilton Depression Scale-Seasonal Affective Disorder Version (SIGH-SAD ; 1988)	-Sexual Functioning Questionnaire (SFQ- Version 1 ; 1998).	-Version révisé du NEO Personality Inventory (NEO PI-R ; 1992) ; -évaluation psychiatrique standard.	1 ≠ 2 : échelle désir sexuel (1 : 50% et 2 : 42%) + échelle excitation/orgasme - ↓ initiative sexuelle : 1 : 50 % 2 : 41,8 % - ↓ matériel explicite : 1 : 38 % 2 : 36,4 % - ↓ fantasies sexuelles : 1 : 35,4 % 2 : 41,8 % - ↓ masturbation : 1 : 30,4 % 2 : 40 % 1 : - ↓ excitation sexuelle : 50 % - ↓ lubrification : 40 % - prob. orgasmiques : 15 % 2 : - prob. érectile (vigueur) : 30,4 % - difficulté conserver érection : 46,3 % - éjaculation précoce : 12,2 % - éjaculation à retardement : 22 %
Lykins, Janssen & Graham (2006)	Population générale (étudiants-es) : 1- Femmes (n = 663) 2- Hommes (n = 399)	1 : F : n = 663 Âge : 17-32 M : 18,9 2 : H : n = 399 Âge : 16-36 M : 19,6	-Zemore Depression Proneness Ratings (ZDPR, 1990)	-Mood and Sexuality Questionnaire (MSQ, 2003) -Sexual History Questionnaire (développé pour l'étude) -Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scale (SIS/SES, 2002)	-Spielberger Trait Anxiety Inventory (STAI, 1970)	Humeur dépressive: • intérêt sexuel : - ↓ : 1 : 50,5 % 2 : 35 % - ↑ : 1 : 9,5 % 2 : 10 % • réponse sexuelle : - ↓ : 1 : 34 % 2 : 12 % - ↑ : 1 : 8 % 2 : 2 %

Auteurs	Échantillon	Sexe	Mesure de la dépression	Mesure de la sexualité	Autres mesures	Résultats
Mathew & Weinman (1982)	1- Groupe expérimental : Symptômes dépressifs (n = 51) 2- Groupe contrôle : ≠symptômes dépressifs (n = 51)	1 et 2 : F : (1 : n = n.d.) (2 : n = 35) H : (1 : n = n.d.) (2 : n = 16) Âge : 18-65	-Beck Depression Inventory (BDI, 1972)	-Autoévaluation des dysfonctions sexuelles sur une échelle de type likert graduée de 0 à 7	-Eysenck Personality Inventory (EPI, 1963) -Stat-Trait Anxiety Inventory (STAI, 1970)	Difficultés sexuelles : 1 > 2 - ↓ libido : 1 : 31 % 2 : 6 % - ↑ libido : 1 : 22 % 2 : 0 % - prob. orgasmiques : 1 : 34 % 2 : 11 % (n.s.) - impuissance + prob. d'éjaculation : 1 > 2 (n.s.)

Études menées auprès des femmes seulement

Auteurs	Échantillon	Sexe	Mesure de la dépression	Mesure de la sexualité	Autres mesures	Résultats
Azar, Nohi & Shafiee Kandjani (2007)	1- Groupes expérimentaux : 1.1- dépression 1.2- agressivité 1.3- phobie 1.4- anxiété 1.5- plaintes somatiques 2- Groupe contrôle (n = 33)	Tous 1 et 2 : F (N = 198) Âge 1 : M : 34,9 2 : M : 33,3	-Symptom Check-List-90-Revised (SCL-90-R) utilisé conjointement avec le DSM-IV (APA, 1994) pour faire un diagnostic.	-Questionnaire sur les difficultés sexuelles basé sur le DSM-IV.	-Questionnaire sociodémographique.	1.1 : difficultés sexuelles (93,9 %) : - désir sexuel (78,8 %) - excitation sexuelle (78,8 %) - difficulté orgasmique (75,8 %) - dyspareunie (12,1 %) Difficultés sexuelles : 1.1 à 1.5 > 2
Cyranowski, Bromberger, Youk, Matthews, Kravitz & Powell (2004)	1- ≠ épisode dépressif passé 2- un épisode dépressif passé 3- épisodes dépressifs récurrents	1 et 2 et 3 : F : N = 914 Âge : 42-52	-Structured Clinical Interview for Diagnosis of DSM-IV Axis I disorders (SCID-IV ; 1992) ; -Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D ; 1977)	-Questionnaire construit à partir de plusieurs questionnaires validés ;		Désir sexuel : 2 ≠ 3 Masturbation : 3 > 1 et 2 1 < 2 et 3 Excitation sexuelle : 3 < 1 et 2 Satisfaction affective : 3 < 1 et 2 Plaisir physique : 3 < 1 = 2

Auteurs	Échantillon	Sexe	Mesure de la dépression	Mesure de la sexualité	Autres mesures	Résultats
Cyranowski, Frank, Cheny, Houck & Kupfer (2004)	1- Dépression majeure récurrente	1 : F : (N = 68)	-Structured Clinical Interview for DSM-IV, patient edition (SCID-P, 1995) ; -Hamilton Depression Rating Scale (HRSD, 1960).	-Auto-administration du Derogatis Interview for Sexual Function (DISF-SR, Female, version ; 1997)		Début de l'étude : - sexualité inadéquate : 78,8 % - désintérêt sexualité : 31,8 % - prob. de lubrification/excitation : 40,9 % - prob. orgasmique : 37,9 %
Frohlich & Meston (2002)	1- Groupe expérimental : Symptômes dépressifs 2- Groupe contrôle : ≠ symptômes dépressifs	1 et 2 : F : (1 : n = 47) (2 : n = 47) Âge 18-25	-Beck Depression Inventory (BDI, 1974)	-Certaines sections du Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W, 1994)	Questions d'ordre médical.	1 > 2 : Prob. sexuels : - lubrification vaginale - prob. orgasmiques - douleurs actes sexuels 1 < 2 : - satisfaction sexuelle (partenaire) - plaisir sexuel 1 > 2 : masturbation solitaire (désir) 1 ≠ 2 : activités sexuelles (partenaire) (désir)
Kuffel & Heiman (2006)	1- Groupe expérimental : Symptômes dépressifs 2- Groupe contrôle : ≠ symptômes dépressifs	1 : F : (n = 28) 2 : F : (n = 28) 1 et 2 : Âge : 21-49	-Beck Depression Inventory-II, (BDI-II ; 1996).	-Female Sexual Function Index (FSFI ; 2000) ; -Sexual Self-Schema Scale (SSS ; 1994) ; -Sexuality Scale (1989) ; -Tape/Film Scale (2002) ; -Schema Identification Questions ; -Visual Sexual Stimuli ; -Sexual Cognitive Scheme Adoptions.	-Beck Anxiety Inventory (BAI ; 1988) ; -Positive and Negative Affect Scale (PANAS ; 1988) ; -Profile of Mood States (POMS ; 1971) ; -Vaginal Photoplethysmography (VPA ; 1998).	1 < 2 : désir sexuel 1 ≠ 2 : - excitation sexuelle - lubrification vaginale - orgasme - satisfaction sexuelle - douleur sexuelle - préoccupations sexuelles Schéma cognitif positif > schéma cognitif négatif : - excitation sexuelle - réponse vaginale

Note. Signification des symboles utilisés dans le tableau : ↑ veut dire «augmentation» ; ↓ veut dire «diminution» ; = veut dire «égal» ou «est» ; > veut dire «plus grand que» ; < veut dire «plus petit que» ; ≠ veut dire «pas de différence» ou «pas». Les lettres n.d. signifient «non disponible». Les lettres n.s. signifient «non significatif».

Études menées auprès des hommes et des femmes présentant des symptômes dépressifs

Parmi les six études ayant évalué la sexualité des hommes et des femmes ayant des symptômes dépressifs, trois concernent des hommes et des femmes issus de la population générale et les trois autres concernent des hommes et des femmes issus d'une population clinique.

Population générale. L'étude de Dunn, Croft et Hackett (1999) réalisée auprès d'hommes et de femmes faisant partie de la population générale démontre tout d'abord que 41% des femmes et 34% des hommes rapportent avoir des problèmes sexuels. De plus, concernant les femmes, les résultats démontrent que la présence de symptômes dépressifs est significativement associée à l'ensemble des problèmes sexuels. Ces différents problèmes sexuels concernent des problèmes d'excitation sexuelle, des problèmes orgasmiques, de l'inhibition lors de plaisir sexuel, des problèmes de lubrification vaginale et de dyspareunie. Mais encore, chez les femmes, les résultats démontrent que ces mêmes problèmes sexuels augmentent lorsque des difficultés conjugales sont rapportées.

Une autre étude menée auprès d'une population générale et étudiante a été réalisée par Lykins, Janssen et Graham (2006). Les résultats démontrent que les femmes ayant des symptômes dépressifs vivent davantage de problèmes sexuels que les hommes ayant des symptômes dépressifs. En effet, les résultats démontrent que, chez les personnes qui présentent une humeur dépressive, 50,5% des femmes remarquent une diminution de leur intérêt sexuel alors que 35% des hommes remarquent un tel changement. Cependant, les résultats dénotent que 9,5% des femmes ayant une humeur dépressive voient leur intérêt sexuel augmenté, comparativement à 10% chez les hommes. Quant à la réponse sexuelle, 34% des femmes et 12% des hommes remarquent une diminution à ce niveau, alors que 8% des femmes et 2% des hommes ayant une humeur dépressive remarquent, quant à eux, une augmentation de leur réponse sexuelle.

Par ailleurs, les résultats obtenus par Angst (1998), également auprès d'une population générale et étudiante, démontrent que, chez les personnes ayant des symptômes dépressifs, 50% rapportent avoir des problèmes sexuels. De ce nombre, 35,3% des femmes rapportent une diminution de leur libido comparativement à 25,7% des hommes, alors que 8,8% des femmes et 23,3% des hommes observent une augmentation de leur libido. Les résultats démontrent également que 25,7% des femmes rapportent avoir une dysfonction sexuelle comparativement à 11,1% des hommes. De plus, 18,8% des femmes et 15,9% des hommes disent avoir des problèmes affectifs (v.g., inhibition sexuelle, culpabilité face à leur sexualité).

Population clinique. Selon une étude réalisée par Kennedy, Dickens, Eisfeld et Bagby (1999), 50% des femmes et 42% des hommes souffrant de dépression majeure ont rapporté une diminution de leur désir sexuel. Les résultats démontrent toutefois qu'il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes quant aux résultats obtenus à l'échelle de désir sexuel et à l'échelle d'excitation sexuelle et d'orgasme. Les hommes et les femmes rapportent également une diminution de leur initiative sexuelle, une diminution de leur intérêt envers du matériel sexuel explicite, une diminution de leur fantasmes sexuelles et une diminution de la masturbation (entre 30 et 50% pour les deux sexes). De plus, chez les femmes dépressives, 50% rapportent une diminution de l'excitation sexuelle, 40% rapportent une diminution de la lubrification vaginale, et 15% remarquent avoir des problèmes orgasmiques. Enfin, chez les hommes dépressifs, 46,3% rapportent des difficultés à conserver leur érection, 30,4% disent avoir des problèmes d'érection moins vigoureuse, 22% rapportent des éjaculations à retardement, alors que 12,2% rapportent des éjaculations précoces.

Une autre étude réalisée par Clayton, McGarvey, Clavet et Piazza (1997) fait état de différences entre le premier groupe, qui inclut un échantillon non clinique (i.e., sans symptômes dépressifs ou sans diagnostic de dépression) composé d'étudiants en médecine, d'internes en psychiatrie et de patients externes, et le deuxième groupe, qui inclut un

échantillon clinique (i.e., diagnostic de dépression ou de trouble dysthymique). Les résultats démontrent que les personnes souffrant de dépression ou de dysthymie présentent significativement plus de problèmes sexuels que ceux sans symptômes dépressifs ou sans diagnostic de dépression ou de dysthymie. Chez les hommes, ceux étant dépressifs présentent significativement plus de problèmes sexuels que les hommes étudiant en médecine, sans toutefois se différencier significativement des hommes étant internes en psychiatrie. Chez les femmes, celles étant dépressives rapportent significativement plus de problèmes sexuels que celles en médecine et internes en psychiatrie. Les résultats démontrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les femmes dépressives et les patientes en consultation externe. Les problèmes sexuels rapportés concernent tout d'abord la fréquence des activités sexuelles qui, chez les personnes dépressives (i.e., hommes et femmes) est significativement moins élevée que chez la population non clinique. Ensuite, les personnes dépressives (i.e., hommes et femmes) rapportent significativement moins de désir sexuel que les étudiants-es en médecine et les internes en psychiatrie. De plus, chez les hommes dépressifs, l'intérêt sexuel est significativement moins élevé que les étudiants en médecine. Les femmes dépressives ont significativement moins d'intérêt sexuel suivies des patientes externes, suivies des étudiantes en médecine et suivies des internes en psychiatrie. Mais encore, le plaisir sexuel des hommes et des femmes souffrant de dépression ou de dysthymie est significativement moins élevé que celui des étudiants en médecine. Les résultats démontrent également que les hommes dépressifs ont significativement moins d'excitation sexuelle que ceux étant internes en psychiatrie et encore moins que les étudiants en médecine, et que les femmes dépressives rapportent significativement plus de difficultés d'excitation que la population non clinique. Finalement, les hommes dépressifs ne se distinguent pas significativement des hommes internes en psychiatrie en ce qui concernent la présence de problèmes orgasmiques, mais rapportent significativement plus de problèmes orgasmiques que les étudiants en médecine.

Quant aux femmes, celles étant dépressives rapportent significativement plus de problèmes orgasmiques que la population non clinique.

Une étude réalisée par Mathew et Weinman (1982) a comparé un groupe expérimental formé d'hommes et de femmes ayant des symptômes dépressifs à un groupe contrôle formé d'hommes et de femmes sans symptômes dépressifs. Les résultats font état, encore une fois, que la présence de symptômes dépressifs est significativement liée à la présence de difficultés sexuelles. En effet, 31% des femmes et des hommes ayant des symptômes dépressifs rapportent une diminution de leur libido comparativement à 6% des personnes sans symptômes dépressifs. Également, 34% des hommes et des femmes ayant des symptômes dépressifs présentent des problèmes orgasmiques comparativement à 11% du groupe contrôle. Cependant, les résultats démontrent que 22% du groupe expérimental rapportent une augmentation de leur libido alors qu'aucun du groupe contrôle ne dénotent une augmentation à ce niveau. D'ailleurs, chez les femmes, les résultats illustrent une relation positive significative entre la libido et les problèmes orgasmiques: plus la libido est élevée, plus les problèmes orgasmiques sont importants. De plus, chez les hommes ayant des symptômes dépressifs, 38% rapportent des problèmes éjaculatoires en plus de souffrir d'impuissance (47%).

Études menées auprès des femmes présentant des symptômes dépressifs

Cinq études évaluant la sexualité ont été menées uniquement auprès des femmes qui présentent des symptômes dépressifs. Ces études sont décrites dans la deuxième catégorie du Tableau 1.

Cyranowski, Frank, Cherry, Houck et Kupfer (2004) se sont attardés à une population entièrement féminine et dépressive. Les résultats obtenus lors de cette étude démontrent que, chez les femmes ayant un diagnostic de dépression majeure récurrente, 78,8% rapportent avoir une sexualité globale inadéquate, 40,9% rapportent des problèmes de lubrification et

d'excitation, 37,9% rapportent avoir des problèmes orgasmiques et 31,8% rapportent avoir un désintérêt face à la sexualité.

D'autres études ont comparé des femmes ayant des symptômes dépressifs avec d'autres femmes n'en n'ayant pas. Dans l'étude réalisée par Frohlich et Meston (2002), les résultats démontrent à nouveau que les femmes ayant des symptômes dépressifs ont significativement plus de problèmes sexuels que les femmes sans symptômes dépressifs (i.e., lubrification vaginale, problèmes orgasmiques, douleurs lors de l'acte sexuel). De plus, les femmes ayant des symptômes dépressifs ont significativement moins de plaisir sexuel et moins de satisfaction sexuelle que les femmes sans symptômes dépressifs. Cependant, elles ne se distinguent pas significativement en ce qui concerne leur désir d'avoir des activités sexuelles avec leur partenaire. Toutefois, les résultats démontrent que les femmes ayant des symptômes dépressifs ont significativement plus de désir pour des activités de masturbation que les femmes sans symptômes dépressifs.

Par ailleurs, l'étude réalisée par Kuffel et Heiman (2006), auprès de femmes ayant des symptômes dépressifs et de femmes sans symptômes dépressifs, ne démontrent aucune différence significative entre les femmes ayant des symptômes dépressifs et celles sans symptômes dépressifs en ce qui concerne l'excitation sexuelle, la lubrification vaginale, l'atteinte de l'orgasme, la satisfaction sexuelle, les douleurs sexuelles et les préoccupations sexuelles. C'est plutôt au niveau du désir sexuel qu'une différence significative est observée, c'est-à-dire que les femmes ayant des symptômes dépressifs ont significativement moins de désir sexuel que celles n'ayant pas de symptômes dépressifs.

Afin d'évaluer le lien entre l'intensité des symptômes dépressifs et le fonctionnement sexuel, l'étude réalisée par Cyranowski, Bromberger, Youk, Matthews, Kravitz et Powell (2004) a comparé trois groupes de femmes, soit un groupe de femmes n'ayant jamais vécu d'épisode dépressif, un groupe de femmes ayant vécu un seul épisode dépressif par le passé,

et un groupe de femmes ayant des épisodes dépressifs récurrents. Les résultats démontrent que les femmes ayant un épisode dépressif passé ont significativement plus d'activités de masturbation que celles n'ayant jamais vécu d'épisode dépressif, mais encore moins que les femmes ayant des épisodes dépressifs récurrents. D'ailleurs, ces mêmes femmes ayant des épisodes dépressifs récurrents rapportent significativement moins d'excitation sexuelle et de satisfaction affective lors d'activités sexuelles que les femmes ayant un épisode dépressif passé ou celles n'ayant jamais vécu d'épisode dépressif. Bien qu'aucune différence n'ait été remarquée entre les deux groupes de femmes ayant vécu un ou plusieurs épisodes dépressifs par le passé en ce qui concerne le désir sexuel, elles se distinguent des femmes n'ayant jamais vécu d'épisode dépressif.

Enfin, une dernière étude, réalisée par Azar, Nohi et Shafiee Kandjani (2007) a évalué et comparé la sexualité des femmes dépressives, des femmes non dépressives mais ayant d'autres diagnostics selon le DSM-IV (i.e., groupe expérimental divisé en sous-groupes) et des femmes n'ayant aucun diagnostic selon le DSM-IV (i.e., groupe contrôle). Selon les résultats, les femmes du groupe contrôle ont significativement moins de difficultés sexuelles que l'ensemble des femmes du groupe expérimental. De plus, les résultats démontrent que ce sont les femmes faisant partie du sous-groupe dépression qui présentent significativement plus de difficultés sexuelles (93,3%), comparativement au groupe contrôle (66,7%) ainsi qu'aux autres sous-groupes expérimentaux (entre 66 et 93%), dont des problèmes au niveau du désir sexuel (78,8%), des problèmes d'excitation sexuelle (78,8%) et des difficultés orgasmiques (75,8%).

Discussion critique des études

En somme, et tel que le démontre aussi le Tableau 1, onze études ont évalué la sexualité des femmes ayant des symptômes dépressifs dont six études qui incluaient en outre des hommes, et cinq études qui incluaient uniquement des femmes. La majorité des études

incluaient un groupe contrôle composé de personnes n'ayant pas de symptômes dépressifs (7 études sur 11). Les résultats de l'ensemble des études démontrent que les hommes et les femmes ayant des symptômes dépressifs ont davantage de problèmes sexuels que les hommes et les femmes sans symptômes dépressifs. Également, bien que les outils psychométriques n'aient pas tous été les mêmes pour l'ensemble de ces études, tant pour l'évaluation des symptômes dépressifs que pour l'évaluation de la sexualité, et peu importe la définition de la dépression ou de la sexualité utilisée par les différents auteurs, la majorité des résultats des études présentées au Tableau 1 démontrent que ce sont les femmes ayant des symptômes dépressifs (avec ou sans diagnostic de dépression majeure) qui rapportent avoir le plus de problèmes sexuels, et ce, comparativement aux hommes (ayant ou non des symptômes dépressifs) et aux femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs. Ces résultats demeurent les mêmes peu importe le groupe d'âge d'appartenance et malgré la présence ou non d'un groupe contrôle. Ces problèmes sexuels font référence à plusieurs variables, dont une diminution de la libido (i.e., désir sexuel), une diminution de l'intérêt sexuel, une diminution des activités sexuelles, une diminution du plaisir sexuel, une diminution de l'excitation sexuelle et de la lubrification vaginale, une diminution des fantasmes sexuelles, une diminution de la satisfaction sexuelle par rapport au partenaire, une diminution des activités de masturbation, une diminution de la réponse sexuelle et de l'initiative sexuelle, une diminution de l'utilisation de matériel explicite, une augmentation des dysfonctions sexuelles, une augmentation de la dyspareunie (i.e., douleurs sexuelles), une augmentation des problèmes affectifs liés à la sexualité, une augmentation des problèmes orgasmiques ainsi qu'une augmentation des préoccupations sexuelles.

Bien que la majorité des résultats indiquent que les femmes ayant des symptômes dépressifs se démarquent significativement des hommes ayant des symptômes dépressifs et des femmes sans symptômes dépressifs en ce qui concerne les problèmes sexuels, les résultats

de deux études ne rapportent aucune différence en ce qui concerne certaines variables. En effet, l'étude réalisée par Kennedy et al. (1999), démontrent que les hommes et les femmes souffrant de dépression majeure ne se distinguent pas significativement pour ce qui est du désir sexuel et de l'excitation sexuelle. Cependant, ces hommes et ces femmes rapportent tout de même une diminution du désir sexuel (respectivement 42% et 50%). Également, les résultats de l'étude réalisée par Kuffel et Heiman (2006) ne notent aucune différence significative entre les femmes avec ou sans symptômes dépressifs au niveau de l'excitation sexuelle, de la lubrification vaginale, de l'atteinte de l'orgasme, de la satisfaction sexuelle, des douleurs sexuelles et des préoccupations sexuelles. Tel que mentionné par les auteurs, une explication pouvant être évoquée afin d'expliquer de telles différences d'avec les résultats de l'ensemble de la documentation scientifique, serait la sous-représentation des femmes ayant une symptomatologie dépressive plus sévère. En effet, les résultats des femmes ayant une intensité de symptômes dépressifs peu élevée mais faisant tout de même partie du groupe expérimental s'apparentent en partie aux résultats des femmes du groupe contrôle. Ces données démontrent l'importance de bien classer les participantes (ayant ou non des symptômes dépressifs; v.g., point de coupure, étendue des symptômes).

De plus, bien que la majorité des résultats des études démontrent que les femmes ayant des symptômes dépressifs rapportent une diminution générale de leur fonction sexuelle, cinq études rapportent de telles diminutions en plus de démontrer une augmentation pour certaines variables, soit la libido (i.e., désir sexuel), l'intérêt sexuel, la réponse sexuelle ainsi que la fréquence ou le désir d'activités de masturbation. En effet, les études réalisées par Angst (1998), Lykins et al. (2006) et Mathew et Weinman (1982) ont démontré une diminution de la libido chez certaines femmes ayant des symptômes dépressifs (entre 31 et 50,5%) mais ont également démontré une augmentation significative de la libido chez d'autres femmes (entre 1,7 et 22%). De plus, deux des trois études réalisées par Cyranowski, Bromberger et al.

(2004), Frohlich et Meston (2002) et Kennedy et al. (1999) ont démontré une augmentation significative du désir et de la fréquence des activités de masturbation chez les femmes ayant des symptômes dépressifs (Cyranowski, Bromberger et al., 2004; Frohlich & Meston, 2002). Enfin, l'étude réalisée par Lykins et al. (2006) démontre que, bien qu'un nombre élevé de femmes ayant des symptômes dépressifs rapportent une diminution de leur réponse sexuelle (34%), un certain nombre indique une augmentation de leur réponse sexuelle (8%). Selon certains auteurs (Mathew & Weinman, 1982, Frohlich & Meston, 2002), ces différents résultats suggèrent que la présence de symptômes dépressifs pourrait avoir un effet opposé sur certains aspects de la sexualité (v.g., masturbation, libido, réponse sexuelle) que ce qui est fréquemment observé dans la documentation scientifique. En effet et tel que mentionné par ces auteurs, une explication possible est que l'augmentation de la libido est un mécanisme compensatoire aux difficultés à atteindre l'orgasme dans le but d'obtenir une détente par l'atteinte de ce dernier. De plus, une autre explication possible est que l'augmentation des activités de masturbation pourrait servir à compenser pour la diminution de la satisfaction sexuelle avec le partenaire sexuel, en plus d'être un moyen de s'apaiser et de se donner du plaisir.

Par ailleurs, parmi les variables évaluées dans ces études, une grande attention a été portée aux variables sexuelles sans s'attarder à celles concernant la relation amoureuse ou conjugale. En effet, seulement une étude a évalué une variable pouvant s'y rapprocher, soit l'étude réalisée par Cyranowski, Bromberger et al. (2004). Cette étude a évalué la satisfaction affective dans la relation sexuelle avec le partenaire et a démontré que les femmes ayant des épisodes dépressifs récurrents rapportent significativement moins de satisfaction affective lors des activités sexuelles que les femmes n'ayant pas vécu d'épisodes dépressifs. Comme le démontre la revue de la documentation scientifique effectuée par Côté et Wright (2003), il existe un lien significatif et bidirectionnel entre la dépression et les difficultés ou les

insatisfactions conjugales. Mais encore, plusieurs études ont démontré que la satisfaction sexuelle est significativement et positivement associée à la qualité ou à la satisfaction de la relation conjugale (v.g., Henderson-King & Veroff, 1994; Lawrance & Byers, 1995; Yeh, Lorenz, Wickrama, Conger, & Elder, 2006; Young, Denny, Luquis, & Young, 1998). Dans la majorité de ces études, la satisfaction conjugale est définie comme étant le bonheur d'être en couple ainsi que la stabilité de la relation. De plus, selon ces mêmes études, certaines caractéristiques telles que l'intimité de la relation, la présence d'affection physique, l'amour et la satisfaction de la relation sont des indicateurs de la qualité de la relation conjugale. L'ensemble des données mentionnées plus haut démontrent donc l'importance d'évaluer cette variable. Pourtant, aucune des études ayant étudié la sexualité des femmes ayant des symptômes dépressifs ne semble avoir évalué en outre leur satisfaction conjugale.

Objectifs et hypothèses de recherche

En somme, l'ensemble des études ayant évalué la sexualité des femmes ayant des symptômes dépressifs ont démontré que le fonctionnement sexuel général de ces femmes était inférieur à celui des hommes ayant ou non des symptômes dépressifs ainsi que des femmes sans symptômes dépressifs. Cinq études ont démontré ces mêmes résultats en plus de démontrer une augmentation de certains aspects de la sexualité (i.e., la libido, la réponse sexuelle, la fréquence ou le désir d'activités de masturbation), alors que seulement deux études n'ont démontré aucune différence entre les femmes ayant des symptômes dépressifs et les hommes ayant des symptômes dépressifs (i.e., désir sexuel et excitation sexuelle) ou les femmes sans symptômes dépressifs (i.e., excitation sexuelle, lubrification vaginale, atteinte de l'orgasme, satisfaction sexuelle, douleurs sexuelles et préoccupations sexuelles). De plus, aucune des études n'a évalué la satisfaction conjugale alors que cette variable s'est avérée significativement liée à la sexualité en plus d'être significativement liée à la présence de symptômes dépressifs. Mais encore, certaines études ne comprenaient pas de groupe contrôle

afin de pouvoir comparer les femmes ayant des symptômes dépressifs à des femmes sans symptômes dépressifs.

Objectifs

Le premier objectif de la présente étude a donc été d'évaluer et de comparer la sexualité des femmes ayant des symptômes dépressifs et des femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs et ce, en incluant toutes les variables sexuelles ayant été évaluées dans les études antérieures mentionnées plus haut, en plus de trois autres variables sexuelles n'ayant jamais fait l'objet d'une évaluation empirique (i.e., orientation sexuelle, histoire sexuelle, aisance lors des rapports sexuels). Le deuxième objectif de la présente étude a été d'évaluer et de comparer la satisfaction conjugale des femmes ayant des symptômes dépressifs et des femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs. Le troisième objectif de la présente étude a été d'évaluer le lien entre la sexualité, la satisfaction conjugale et les symptômes dépressifs des femmes.

Hypothèses

En se fondant sur les observations empiriques et les conclusions théoriques provenant de la documentation scientifique pertinente, il est attendu que :

- (1) Les femmes ayant des symptômes dépressifs aient un fonctionnement sexuel significativement inférieur à celui des femmes sans symptômes dépressifs en ce qui a trait à la libido (i.e., désir sexuel, intérêt sexuel), à la fréquence des activités sexuelles, au plaisir sexuel, à l'excitation sexuelle, à la lubrification vaginale, aux fantasmes sexuelles, à la satisfaction sexuelle par rapport au partenaire, à la réponse sexuelle, à l'initiative sexuelle, aux dysfonctions sexuelles, à la dyspareunie (i.e., douleurs sexuelles), aux problèmes affectifs reliés à la sexualité, aux problèmes orgasmiques et aux préoccupations sexuelles;
- (2) Les femmes ayant des symptômes dépressifs aient un désir pour les activités de masturbation significativement plus grand que les femmes sans symptômes dépressifs; Il est

également attendu que leurs activités de masturbation soient significativement plus fréquentes que les femmes sans symptômes dépressifs;

(3) Les femmes ayant des symptômes dépressifs soient significativement moins satisfaites de leur relation conjugale ou amoureuse que les femmes sans symptômes dépressifs.

Enfin, pour les trois variables n'ayant jamais fait l'objet d'une évaluation empirique dans les études portant sur la sexualité et le fonctionnement sexuel des femmes ayant des symptômes dépressifs (i.e., orientation sexuelle, histoire sexuelle, aisance lors des rapports sexuels), aucune hypothèse n'a pu être émise. Par conséquent, les analyses de ces variables ont donc été réalisées à titre exploratoire.

Méthode

Participants

Les participants de cette étude sont des femmes âgées de 18 ans et plus sélectionnées selon deux critères. Tout d'abord, elles devaient avoir un conjoint ou un partenaire sexuel lors de la passation des questionnaires. De plus, elles devaient avoir rempli l'ensemble des questionnaires de l'étude leur ayant été remis.

Parmi les 87 participantes, 54 se disaient en couple (conjointe de fait ou mariée) et 33 ont affirmé avoir un partenaire sexuel au moment de l'étude (28 personnes se disaient célibataires, 3 personnes se disaient divorcées ou veuves et 2 autres personnes se disaient dans une catégorie autre ou n'ont pas répondu à la question sur le statut civil). Le nombre moyen d'années de vie commune était de 7,3 ans (étendue = 0,2 et 39,7; $ET = 9,18$ ans). L'âge moyen des participantes était de 28,9 ans (étendue = 19 et 57; $ET = 11,1$ ans).

Description des variables et mesures

Groupe d'appartenance

Les participantes se retrouvant dans le groupe expérimental sont des femmes présentant des symptômes dépressifs de «léger» à «sévère» (score se situant entre 18 et 63), selon les résultats obtenus à la version française (Éditions du centre de psychologie appliquée, 1998) de l'Inventaire de dépression de Beck - Deuxième édition, (BDI-II; Beck et al., 1996).

Les participantes du groupe contrôle sont des femmes ne présentant pas ou peu de symptômes dépressifs, c'est-à-dire un «niveau de dépression minimale à légère» (score se situant entre 0 et 17), selon les résultats au BDI-II. Sur les 87 participantes de la présente étude, 20 font partie du groupe expérimental (ayant des symptômes dépressifs) et 67 font partie du groupe contrôle (n'ayant pas de symptômes dépressifs).

Informations sociodémographiques

Les données sociodémographiques ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire évaluant notamment l'âge (i.e., en années), le statut civil (i.e., célibataire, conjointe de fait, mariée, séparée,

divorcée, veuve, autre), la durée de la relation actuelle (i.e., en années), le dernier niveau de scolarité complété (i.e., moins d'une septième année, une septième année, secondaire 1-2-3-4-5, cégep, université – certificat, université – baccalauréat, université – maîtrise, université – doctorat), la situation actuelle (i.e., étudiante en temps plein, étudiante à temps partiel, travail à temps plein, travail à temps partiel, à la retraite, à la maison), la présence ou non d'enfants, la prise ou non de la pilule anticonceptionnelle, la présence ou non de diagnostics en santé mentale, la présence ou non de médication ainsi que la présence ou non d'un suivi actuel ou passé en psychothérapie.

Afin de faciliter les analyses, la variable dernier niveau de scolarité complété a été transformée en années de scolarité en se basant sur les correspondances du système scolaire québécois (i.e., moins d'une septième année = 6 ans, une septième année = 7 ans, secondaire 1 = 7 ans, secondaire 2 = 8 ans, secondaire 3 = 9 ans, secondaire 4 = 10 ans, secondaire 5 = 11 ans, cégep = 13 ans, université – certificat = 14 ans, université – baccalauréat = 16 ans, université – maîtrise = 18 ans et université – doctorat = 21 ans; Gouvernement du Québec, 2004). De même, la variable situation actuelle a été regroupée en trois catégories. Ainsi, les réponses *étudiante à temps plein* et *étudiante à temps partiel* ont été regroupées en *aux études*, les réponses *travail à temps plein* et *travail à temps partiel* ont été regroupées en *travail*, et les réponses *plus d'une situation*, *à la retraite* et *à la maison* ont été regroupées en *plus d'une situation ou autre*. Également, la variable sur le statut civil a été regroupée en deux catégories. Ainsi, les réponses *célibataire*, *séparée*, *divorcée* et *veuve* ont été regroupées en *célibataire/séparée/divorcée/veuve*. Les réponses *conjointe de fait* et *mariée* ont été regroupées en *en couple*.

Symptômes dépressifs

Tel que mentionné précédemment et afin de pouvoir effectuer le classement des participantes selon la présence ou non de symptômes dépressifs, la traduction française (Éditions du centre de psychologie appliquée, 1998) du BDI-II (Beck et al., 1996) a été utilisée. Le BDI-II est un questionnaire auto-administré comprenant 21 items, où le

participant choisit la proposition qui correspond le plus à sa situation. Le BDI-II évalue la symptomatologie dépressive d'un individu selon les critères décrits dans le DSM-IV de l'APA (1994). Chaque item est constitué de quatre à six phrases correspondant à quatre degrés d'intensité croissante d'un symptôme sur une échelle de 0 à 3. La note globale est obtenue en additionnant les scores des 21 items, ce qui résulte en un score variant de 0 à 63. Plus le score global approche de 0, moins il y a de symptômes dépressifs (i.e., score entre 0 et 13 = niveau de dépression minimale, score entre 14 et 19 = niveau de dépression légère, score entre 20 et 28 = niveau de dépression modérée, score entre 29 et 63 = niveau de dépression sévère).

Afin d'évaluer les caractéristiques psychométriques du BDI-II, Beck et al. (1998) ont utilisé un échantillon de 500 patients provenant de cliniques psychiatriques externes de même qu'un échantillon de 120 étudiants de collège. Le coefficient alpha était de 0,92 pour les patients externes et de 0,93 pour les étudiants, ce qui est excellent. Pour la présente étude, la cohérence interne du BDI-II était également très satisfaisante avec un coefficient alpha de Cronbach de 0,88.

Selon Arnau, Meagher, Norris et Bramson (2001), le point de coupure recommandé pour le BDI-II est de 18. En effet, c'est à ce score que le meilleur équilibre entre la sensibilité et la spécificité de l'outil est obtenu. Dans la présente étude, afin d'être considérées comme faisant partie du groupe de personnes ayant des symptômes dépressifs, les participantes devaient donc obtenir un score égal ou supérieur à 18 au BDI-II. Les participantes faisant partie du groupe contrôle (n'ayant pas de symptômes dépressifs) devaient quant à elles obtenir un résultat inférieur à 18.

Sexualité

Les informations recueillies au niveau de la sexualité se rapportent au fonctionnement sexuel, à l'histoire sexuelle, à l'orientation sexuelle et à l'aisance lors des rapports sexuels.

Fonctionnement sexuel. Le fonctionnement sexuel a été évalué par une version française du Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W; Taylor, Rosen & Leiblum, 1994). Le processus de traduction en français a été réalisé par l'auteur et un spécialiste de la langue anglaise en suivant la méthode de traduction inversée parallèle de Vallerand (1989). Le BISF-W est un questionnaire auto-administré, prenant environ 15 à 20 minutes à compléter, qui évalue le niveau de fonctionnement sexuel et de satisfaction sexuelle actuelle. Le questionnaire comprend 22 items se divisant en 7 sous-échelles, soit la sous-échelle pensées et désir (items 3 et 4; score variant entre 0 et 12), la sous-échelle excitation sexuelle (items 5 et 6; score variant entre 0 et 12), la sous-échelle fréquence des activités sexuelles (item 7; score variant entre 0 et 12), la sous-échelle réceptivité et initiative sexuelles (items 8, 9 et 12; score variant entre 0 et 15), la sous-échelle plaisir et orgasme (items 10 et 11; score variant entre 0 et 12), la sous-échelle satisfaction sexuelle relationnelle (items 18, 19 et 20; score variant entre 0 et 12), et la sous-échelle problèmes pouvant nuire au fonctionnement sexuel (items 14, 15, 16 et 17; score variant entre 0 et 16). Les scores obtenus à chacune des sous-échelles et au score global ont été calculés en suivant les formules proposées par Mazer, Leiblum et Rosen (2000). Le score global est obtenu en additionnant les résultats aux 6 premières sous-échelles, puis en soustrayant les résultats de la dernière sous-échelle. Le score global varie entre -16 et 75. Plus le score global est élevé, meilleur est le fonctionnement sexuel. La version anglaise du BISF-W a été validée à l'aide d'un échantillon de 269 femmes âgées entre 20 et 73 ans (41,5 ans; $\acute{E}T = 11,6$ ans). Dans la version originale de l'instrument, la fiabilité se situe entre 0,68 et 0,78 et les coefficients de cohérence interne se situent entre 0,39 à 0,83 (Taylor et al., 1994), ce qui est satisfaisant. Dans la présente étude, la cohérence interne ressemble beaucoup à celle obtenue pour la version originale du BISF-W, variant de 0,36 à 0,84. En effet, le coefficient alpha de Cronbach obtenu était de 0,84 pour l'échelle globale, de 0,67 pour la sous-échelle pensées et désirs, de 0,45 pour la sous-échelle excitation sexuelle, de

0,78 pour la sous-échelle fréquence des activités sexuelles, de 0,36 pour la sous-échelle réceptivité et initiative sexuelles, de 0,64 pour la sous-échelle plaisir et orgasme, de 0,70 pour la sous-échelle satisfaction relationnelle, et enfin de 0,52 pour la sous-échelle problèmes pouvant nuire au fonctionnement sexuel.

Dans la présente étude, le BISF-W a été utilisé afin d'évaluer l'ensemble des variables énumérées aux hypothèses 1 et 2 concernant le fonctionnement sexuel des participantes. Ainsi, les variables libido (i.e., désir sexuel, intérêt sexuel) et fantasies sexuelles ont été évaluées par le biais de la sous-échelle pensée et désir, la variable excitation sexuelle a été évaluée par le biais de la sous-échelle excitation sexuelle, la variable fréquence des activités sexuelles a été évaluée par le biais de la sous-échelle fréquence des activités sexuelles, les variables réponse sexuelle et initiative sexuelle ont été évaluées par le biais de la sous-échelle réceptivité et initiative sexuelle, la variable plaisir sexuel a été évaluée par le biais de la sous-échelle plaisir et orgasme, la variable satisfaction sexuelle par rapport au partenaire a été évaluée par le biais de la sous-échelle satisfaction sexuelle relationnelle, et enfin les variables lubrification vaginale, dysfonctions sexuelles, dyspareunie (i.e., douleurs sexuelles), problèmes affectifs reliés à la sexualité, problèmes orgasmiques et préoccupations sexuelles ont été évaluées par le biais de la sous-échelle problèmes affectant le fonctionnement sexuel. Les variables précises concernant la fréquence ou les désirs d'activités de masturbation ont été évaluées par la question 4 de la sous-échelle pensées et désirs ainsi que la question 7 de la sous-échelle fréquence des activités sexuelles.

L'utilisation et la traduction de ce questionnaire ont été autorisées par l'une des auteurs du BISF-W, Dr Sandra R. Leiblum, Ph.D., qui est directrice des services de psychologie au New Jersey Center for Sexual Wellness à Bedminster au New Jersey (communication personnelle, le 20 octobre 2006).

Orientation sexuelle. Afin de situer la sexualité des individus entre des comportements sexuels de nature hétérosexuelle et homosexuelle, la version française (Côté & Lalumière, 1999a) de l'Échelle de Kinsey (Kinsey, Pomeroy, & Martin, 1948/1998) a été utilisée. Cette échelle comporte deux items (items 12 et 13). Ces deux items sont gradués selon une échelle Likert en sept points variant de «exclusivement hétérosexuel» à «exclusivement homosexuel». Plus le score est élevé, plus les comportements sexuels tendent vers l'homosexualité. Le score moyen a été utilisé pour la présente étude. De plus, et dans la présente étude, le coefficient alpha de Cronbach obtenu est de 0,87, ce qui est très satisfaisant.

Histoire sexuelle. Le Sexual History Scale (SHS; Lalumière, Chalmer, Quinsey & Seto, 1996) a permis d'obtenir des informations sur l'histoire sexuelle des participantes à partir de cinq items (v.g., âge des premières relations sexuelles complètes, nombre de partenaires sexuels, et nombre de relations dans lesquelles les rapports sexuels ont été de courte durée -moins qu'un mois). La traduction française de cet outil a été réalisée par Côté et Lalumière (1999b).

Aisance lors de rapports sexuels. Le Sociosexual Orientation Inventory (SOI; Simpson & Gangestad, 1991) a été utilisé afin d'obtenir des informations sur l'aisance des participantes lors des rapports sexuels. L'outil comprend sept items évaluant l'aisance relative des personnes à travers leurs relations intimes. Trois de ces sept items sont des items d'attitude gradués sur une échelle de type Likert en neuf points, variant de «totalement en accord» à «totalement en désaccord». Trois autres items sont dits comportementaux et sont des questions ouvertes où les participants doivent mentionner le nombre de partenaires sexuels des 12 derniers mois, le nombre de partenaires sexuels estimés des 5 prochaines années et le nombre de relations sexuelles sans lendemain. Enfin, le dernier des sept items concerne les fantasmes sexuels et est gradué sur une échelle de type Likert en huit points, variant de «jamais» à «au moins une fois par jour». Plus le score obtenu est élevé, moins il y a

d'inhibitions socio-sexuelles, i.e., une plus grande aisance sexuelle. Les qualités psychométriques de l'instrument sont très bonnes (Simpson & Gangestad, 1991). Pour la présente étude, la traduction française réalisée par Côté et Lalumière (1999c) a été utilisée. Le score total a été utilisé, lequel a été calculé suivant la formule mathématique pondérée et agrégée suggérée par Simpson et Gangestad (1991).

Satisfaction conjugale

La satisfaction conjugale a été évaluée à l'aide de la traduction française du Dyadic Adjustment Scale de Spanier (1976), soit l'Échelle d'ajustement dyadique (Baillargeon, Dubois & Marineau, 1986). Elle comprend 32 items pouvant se regrouper en quatre sous-échelles, soit le consensus, la satisfaction, la cohésion et l'expression affective du couple. Aux fins de la présente étude, la version abrégée comprenant seulement quatre questions a été utilisée (DAS-4; Sabourin, Valois & Lussier, 2005). Ces quatre questions se réfèrent uniquement à la sous-échelle «satisfaction conjugale». Les items 1 à 3 sont gradués selon une échelle de type Likert en six points allant de «Toujours» à «Jamais» (0 à 5), alors que l'item 4, également gradué selon une échelle de type Likert mais en sept points (0 à 6), varie de «Extrêmement malheureux» à «Parfaitement heureux». Le score global a été calculé en suivant la formule proposée par Spanier (1976). Le score varie entre 0 et 21. Le point de coupure permettant de déterminer les «couples en détresse» de ceux qui ne le sont pas est de 13. Il est à noter que plus le score global se rapproche de 0, plus le couple est en détresse. Lors de l'étude sur la validité du DAS-4, la fidélité correspondait à 0,81 pour les couples en détresse et à 0,92 pour les couples n'étant pas en détresse, ce qui démontre une cohérence interne très satisfaisante. Dans la présente étude, le coefficient alpha de Cronbach obtenu est de 0,79, ce qui est satisfaisant.

Procédure et déroulement

Le recrutement s'est effectué tout au long de la collecte de données et la participation des femmes sollicitées s'est réalisée sur une base volontaire. Les participantes ont été recrutées par différentes méthodes, dont par des séances d'information effectuées par le présent auteur ou encore par des communiqués écrits dans certains organismes communautaires de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. D'ailleurs, afin d'augmenter la probabilité de recruter des femmes présentant une symptomatologie dépressive, certains organismes communautaires ont été ciblés. Les organismes qui ont accepté de collaborer sont l'Association des dépressifs et des maniaco-dépressifs du CLSC du grand Chicoutimi, le centre de santé mentale L'Arrimage, localisé à Dolbeau-Mistassini, qui est un organisme communautaire à but non lucratif qui a pour mission d'apporter un soutien aux personnes vivant des problèmes de santé mentale, ainsi que le groupe Le P.A.S. (Prévention, Aide et Soutien en santé mentale), établi à Alma, qui tend à briser l'isolement et à apporter une aide et un soutien aux personnes en difficulté. Aussi, le groupe du cours de Percussions au féminin de Chicoutimi ont accepté la sollicitation auprès de leur clientèle. De plus, le recrutement s'est fait à partir de trois groupes d'étudiants de Mme Carole Dion du baccalauréat en psychologie de l'université du Québec à Chicoutimi. Également, suite à l'accord des responsables de la Clinique Universitaire de Psychologie (C.U.P.) de l'Université du Québec à Chicoutimi, les stagiaires en psychologie ont sollicité certaines de leurs clientes ayant des symptômes dépressifs. De la même manière, quatre psychologues en bureau privé de la région ont accepté de solliciter certaines de leurs clientes présentant des symptômes dépressifs.

Le déroulement étaient le même pour toutes les personnes qui ont accepté de participer à l'étude. Ainsi, lorsqu'une personne se disait intéressée à participer à l'étude, une grande enveloppe lui était remise, soit directement par l'expérimentatrice, ou encore par le biais de la personne (stagiaire ou psychologue) qui assurait le suivi en psychologie à ce

moment ou par la personne ressource de l'un des organismes communautaires participants. Tous les questionnaires étaient inclus à l'intérieur de cette grande enveloppe et la durée pour répondre aux questionnaires était d'environ 45 minutes. Celle-ci contenait également une feuille explicative des objectifs et du déroulement de l'étude, deux copies du formulaire de consentement ainsi que deux enveloppes (v.g., une petite enveloppe blanche et une grande enveloppe brune) de retour pré-adressées et préaffranchies afin que chaque participante puisse réexpédier par elle-même les documents remplis par la poste à l'expérimentatrice. La petite enveloppe blanche a servi au retour de l'un des deux formulaires de consentement dûment signé par la participante. La grande enveloppe brune a été utilisée pour le retour des questionnaires complétés. Ainsi, la confidentialité pouvait être respectée. De plus, les personnes intéressées à connaître les résultats de la présente étude pouvaient inscrire leurs coordonnées sur un petit papier mauve préparé à cet effet, et ensuite envoyer ce papier dans la même enveloppe que leur formulaire de consentement.

Afin de préserver la confidentialité de chaque participante, chacun des ensembles de questionnaires était identifié par un code secret. De cette manière, l'identité des participantes ne figure sur aucun document.

Les consignes d'usage accompagnant chacun des tests respectent les textes intégraux des consignes des auteurs de ces instruments.

Analyses des données

Dans un premier temps, des analyses descriptives, des analyses de comparaisons d'échantillon indépendants (Test T) et des tests de chi-carré (χ^2) ont permis de déterminer le profil sociodémographique des participantes. Dans un deuxième temps, des analyses descriptives et des analyses de variance univariée (ANOVA) ont permis de comparer les deux groupes sur l'ensemble des résultats obtenus aux différents tests des mesures des variables à l'étude. Dans un troisième temps, des corrélations bivariées à partir du coefficient de

corrélation linéaire de Pearson ont été réalisés afin de pouvoir évaluer les liens existant entre la satisfaction conjugale et le fonctionnement sexuel pour chacun des groupes d'appartenance. Les postulats de base ont été vérifiés pour chacune des analyses et aucune transformation n'a été réalisée.

Résultats

Caractéristiques des participantes

Des analyses descriptives, des tests de comparaisons d'échantillons indépendants (Test T) ainsi que des tests de chi-carré (χ^2) ont été effectués pour décrire les caractéristiques sociodémographiques des participantes. Le Tableau 2 présente les résultats obtenus aux différentes analyses.

Comme le démontre le Tableau 2, les deux groupes sont similaires quant à leurs caractéristiques sociodémographiques. En effet, les femmes ayant des symptômes dépressifs ne diffèrent pas significativement des femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs quant à leur âge, $t(85) = -1,46$, $p = 0,148$, leur nombre d'années de scolarité, $t(23,33) = 0,233$, $p = 0,818$, leur statut civil, $\chi^2(1, N = 86) = 0,580$, $p = 0,446$, la durée de leur relation actuelle, $t(80) = -0,834$, $p = 0,407$, la cohabitation avec leur conjoint, $\chi^2(1, N = 83) = 0,235$, $p = 0,628$, leur nombre d'enfants, $t(28,496) = 0,579$, $p = 0,567$, le nombre d'enfants vivant toujours avec eux, $t(29) = 0,77$, $p = 0,447$, leur situation professionnelle actuelle, $\chi^2(2, N = 86) = 2,191$, $p = 0,334$, la prise de pilule anticonceptionnelle, $\chi^2(1, N = 87) = 0,602$, $p = 0,438$, la prise de médication, $\chi^2(1, N = 87) = 3,241$, $p = 0,072$ et leur suivi actuel ou passé en psychothérapie, $\chi^2(1, N = 87) = 0,14$, $p = 0,708$. Peu de participantes prennent de la médication et ce sont celles faisant partie du groupe ayant des symptômes dépressifs qui en prennent le moins (i.e., 1 femme prend un antidépresseur, 3 femmes prennent des hormones, 1 femme prend une médication pour des problèmes de la thyroïde, 1 femme prend une médication pour des problèmes d'arythmie).

Tableau 2

Analyses descriptives, analyses du test T et test de chi-carré de l'âge, du temps en couple, du nombre d'enfants, du nombre d'enfants vivant toujours avec eux, du statut civil, du concubinage, de la situation actuelle, du nombre de partenaires sexuels, de la présence d'un diagnostic en santé mentale, de la médication, de la prise de pilule anticonceptionnelle et du suivi actuel ou passé en psychothérapie des participantes

Variables	D (n = 20)		ND (n = 67)		dl	t	p
	M	ÉT	M	ÉT			
Âge	32,05	11,06	27,94	11,04	85	-1,46	0,148
Nombre d'années de scolarité	13,00	2,45	13,13	1,48	23,33	0,233	0,818
Temps en couple (années)	9,28	9,87	7,24	9,00	80	-0,834	0,407
Nombre d'enfants	1,87	0,35	2,04	1,26	28,496	0,579	0,567
Nombre d'enfants vivant avec eux	1,00	0,93	1,30	0,97	29	0,77	0,447
Variables	n	%	n	%	dl	χ^2	p
Statut civil					1	0,580	0,446
Célibataire/séparée/divorcée/veuve	6	30	26	39,4			
En couple	14	70	40	60,6			
Vit avec le conjoint					1	0,235	0,628
Oui	15	78,9	47	73,4			
Non	4	21,1	17	26,6			
Enfants					1	0,094	0,759
Oui	7	35	21	31,3			
Non	13	65	46	68,7			
Situation actuelle					3	3,499	0,321
Aux études	6	31,6	30	44,8			
Au travail	7	36,8	14	20,9			
Plus d'une situation ou autre	6	31,6	23	34,3			

Tableau 2

Analyses descriptives, analyses du test T et analyses du chi-carré de l'âge, du temps en couple, du nombre d'enfants, du nombre d'enfants vivant toujours avec eux, du statut civil, du concubinage, de la situation actuelle, du nombre d'un partenaire sexuel, de la présence d'un diagnostic en santé mentale, de la médication, de la prise de pilule anticonceptionnelle et du suivi actuel ou passé en psychothérapie des participantes (suite)

Variables	D (n = 20)		ND (n = 67)		dl	χ^2	p
	n	%	n	%			
Diagnostic en santé mentale							
Oui	4	20	2	3			
Non	16	80	65	97			
Si oui, nommer le diagnostic							
Déficience intellectuelle	1	25	1	33,3			
Dépression	1	25	0	0			
Phobie	1	25	0	0			
Trouble d'adaptation	1	25	0	0			
Trouble anxieux	0	0	1	33,3			
Trouble de personnalité	0	0	1	33,3			
Pilule anticonceptionnelle					1	0,602	0,438
Oui	7	35	30	44,8			
Non	13	65	37	55,2			
Médication					1	3,241	0,072
Oui	7	35	11	16,4			
Non	13	65	56	83,6			
Psychothérapie (actuelle ou antérieure)					1	0,14	0,708
Oui	9	45	27	40,3			
Non	11	55	40	59,7			

Note. D = Déprimées. ND = Non déprimées.

* $p < 0,05$

Il n'a pas été possible de faire les analyses permettant d'évaluer si les deux groupes diffèrent quant à la présence ou non d'un diagnostic en santé mentale puisque le postulat pour faire ces analyses n'est pas rencontré, i.e., le nombre d'effectif total doit être supérieur à 40 et chaque effectif doit être plus élevé que 5. Toutefois, 4 femmes ayant des symptômes dépressifs et 2 femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs ont rapporté avoir un diagnostic en santé mentale. De ce nombre, une seule personne, faisant partie des femmes ayant des symptômes dépressifs, a reçu un diagnostic de dépression.

Symptômes dépressifs et sexualité

Fonctionnement sexuel

L'examen des données à chaque sous-échelle révèle des données manquantes (i.e., variant entre 5% et 20%) pour certaines questions des sous-échelles excitation sexuelle, réceptivité et initiative sexuelles, plaisir et orgasme, satisfaction sexuelle relationnelle et problèmes pouvant nuire au fonctionnement sexuel. Toutefois, étant donné la nature du sujet à l'étude (i.e., la sexualité), il peut être attendu que certaines personnes ne répondent pas à certaines questions selon leur niveau d'ouverture face à ce sujet ou encore selon leur vie sexuelle. Aussi, la présence de données manquantes pour certaines questions n'affecte pas l'obtention d'un score à ces sous-échelles. Par conséquent, aucun changement n'a été apporté à ces variables.

Des analyses descriptives et des analyses de variance univariée (ANOVA) ont été réalisées sur l'échelle globale du Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W; Taylor et al., 1994) ainsi que sur les 7 sous-échelles de l'outil (i.e., la sous-échelle pensées et désir, la sous-échelle excitation sexuelle, la sous-échelle fréquence des activités sexuelles, la sous-échelle réceptivité et initiative sexuelles, la sous-échelle plaisir et orgasme, la sous-échelle satisfaction sexuelle relationnelle et la sous-échelle problèmes pouvant nuire au fonctionnement sexuel). Ces analyses ont été effectuées afin de pouvoir comparer les deux

groupes de participantes sur plusieurs variables du fonctionnement sexuel, i.e. la libido (i.e., désir sexuel, intérêt sexuel), la fréquence des activités sexuelles, le plaisir sexuel, l'excitation sexuelle, la lubrification vaginale, les fantasmes sexuelles, la satisfaction sexuelle par rapport au partenaire, la réponse sexuelle, l'initiative sexuelle, les dysfonctions sexuelles, la dyspareunie (i.e., douleurs sexuelles), les problèmes affectifs liés à la sexualité, les problèmes orgasmiques et les préoccupations sexuelles.

Le Tableau 3 présente les résultats obtenus aux analyses descriptives et aux analyses de variance univariée (ANOVA). Comme l'indique le Tableau 3, les femmes ayant des symptômes dépressifs diffèrent significativement de celles n'ayant de symptômes dépressifs sur la moitié des sous-échelles évaluant le fonctionnement sexuel et sur l'échelle globale évaluant le fonctionnement sexuel général. Plus précisément, les femmes ayant des symptômes dépressifs ne diffèrent pas significativement de celles n'ayant de symptômes dépressifs en ce qui concerne, l'excitation sexuelle, $F(1,87) = 1,76, p = 0,188$, la réponse sexuelle et l'initiative sexuelle, $F(1,87) = 0,968, p = 0,328$ et le plaisir et l'atteinte de l'orgasme lors de rapports sexuels, $F(1,87) = 2,277, p = 0,135$. La différence entre les groupes concernant les pensées sexuelles et la libido (i.e., désir sexuel, intérêt sexuel) était proche du seuil de signification, $F(1,87) = 3,629, p = 0,06$. Les femmes ayant des symptômes dépressifs diffèrent significativement des femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs en ce qui concerne la fréquence de leurs activités sexuelles, $F(1,87) = 4,228, p = 0,043$, i.e., les femmes ayant des symptômes dépressifs ont des activités sexuelles significativement moins fréquentes que les femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs. Également, les femmes ayant des symptômes dépressifs sont significativement moins satisfaites de leur partenaire sexuel en ce qui concerne leur sexualité que les femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs, $F(1,87) = 4,165, p = 0,044$. De plus, les femmes ayant des symptômes dépressifs ont significativement plus de problèmes affectant leur fonctionnement sexuel (i.e., dysfonctions

Tableau 3

Analyses descriptives et analyses de variance univariée (ANOVA) du fonctionnement sexuel, et analyses du chi-carré des activités de masturbation selon le groupe d'appartenance

Variables	Total (n = 87)		D (n = 20)		ND (n = 67)		dl	Carré moyen	F	p
	M	ET	M	ET	M	ET				
Échelle Pensée-désir	5,72	1,94	5,00	2,49	5,93	1,71	1	13,311	3,629	0,060
Échelle Excitation	7,51	2,24	6,93	2,97	7,68	1,97	1	8,771	1,760	0,188
Échelle Fréquence	4,65	1,81	3,91	1,65	4,86	1,81	1	13,398	4,228	0,043*
Échelle Réceptivité-initiative	9,26	2,92	8,70	3,08	9,43	2,88	1	8,272	0,968	0,328
Échelle Plaisir-orgasme	5,57	2,30	4,90	2,54	5,78	2,20	1	11,823	2,277	0,135
Échelle Satisfaction sexuelle	8,67	2,36	7,75	2,67	8,96	2,20	1	22,373	4,165	0,044*
Échelle Problématiques	3,96	2,28	5,13	2,85	3,61	1,96	1	35,909	7,457	0,008**
Échelle globale	37,41	11,57	32	14,03	39,03	10,31	1	126,481	6,022	0,016**
Désir masturbation (solitaire)	1,58	1,51	1,44	1,50	1,61	1,53	1	0,398	0,172	0,680
Désir masturbation (part.)	1,88	1,54	1,74	1,56	1,93	1,54	1	0,526	0,221	0,640
Variables			n	%	n	%	dl	χ^2	p	
Fréquence masturbation (solitaire)							1	0,015	0,903	
Jamais			25	37,3	7	38,9				
Au moins une fois (dernier mois)			42	62,7	11	61,1				
Fréquence masturbation (partenaire)							1	0,560	0,454	
Jamais			22	32,8	8	42,1				
Au moins une fois (dernier mois)			45	67,2	11	57,9				

Note. D = Déprimées. ND = Non déprimées.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,025$.

sexuelles, dyspareunie, douleurs sexuelles, lubrification vaginale, problèmes affectifs liés à la sexualité, problèmes orgasmiques, préoccupations sexuelles) que les femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs, $F(1,87) = 7,457, p = 0,008$. Globalement, les femmes ayant des symptômes dépressifs ont un fonctionnement sexuel significativement inférieur à celui des femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs, $F(1,87) = 6,022, p = 0,016$.

Masturbation

Des analyses descriptives et des analyses de variance univariée (ANOVA) ont été réalisées sur les variables de la masturbation afin de comparer les deux groupes quant à leur désir et leur fréquence pour les activités de masturbation. Le Tableau 3 présente également les résultats obtenus de ces analyses. Comme il est démontré au Tableau 3, les femmes ayant des symptômes dépressifs ne se distinguent pas de celles n'ayant pas de symptômes dépressifs en ce qui concerne leur désir pour des activités de masturbation tant solitaire, $F(1,85) = 0,172, p = 0,68$, qu'avec leur partenaire sexuel, $F(1,86) = 0,221, p = 0,64$, ainsi qu'en ce qui concerne leur fréquence d'activités de masturbation tant solitaire, $\chi^2(1, N = 86) = 0,015, p = 0,903$ qu'avec leur partenaire, $\chi^2(1, N = 86) = 0,56, p = 0,454$.

Orientation sexuelle

Des analyses descriptives et des analyses de variance univariée (ANOVA) ont été effectuées afin d'avoir plus d'informations sur l'orientation sexuelle des participantes. Les résultats sont présentés au Tableau 4. Tel que le démontre le Tableau 4, les femmes ayant des symptômes dépressifs ne diffèrent pas significativement des femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs en ce qui concernent leur orientation sexuelle $F(1,87) = 1,064, p = 0,305$. En effet, la grande majorité des participantes tendent davantage vers une orientation sexuelle exclusivement hétérosexuelle $N = 87; M = 1,49; \acute{E}T = 0,86$ (femmes ayant des symptômes dépressifs $n = 20; M = 1,66; \acute{E}T = 1,23$, femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs $n = 67; M = 1,44; \acute{E}T = 0,72$).

Tableau 4

Analyses descriptives et analyses de variance univariée (ANOVA) de l'orientation sexuelle, de l'histoire sexuelle, de l'aisance sexuelle et de la satisfaction conjugale selon le groupe d'appartenance

Variables	D			ND			df	Carré moyen	F	p
	n	M	ET	n	M	ET				
Orientation sexuelle	20	1,66	1,23	67	1,44	0,72	1	0,786	1,064	0,305
Histoire sexuelle										
Âge (1 ^{er} relation sexuelle)	20	16,20	2,21	67	16,16	2,00	1	0,020	0,005	0,946
Âge (1 ^{er} contact sexuel)	20	14,35	2,28	67	13,46	2,33	1	12,127	2,254	0,137
Nb partenaires total	19	8,58	6,93	66	6,77	5,79	1	48,130	1,313	0,255
Nb relations courte durée (< 1 mois)	20	4,75	6,00	67	3,48	5,56	1	24,936	0,778	0,380
Aisance sexuelle										
Score total	20	47,92	23,09	67	45,46	36,76	1	93,004	0,080	0,779
Nb partenaires (12 derniers mois)	20	1,20	0,52	67	1,28	0,98				
Nb partenaires (5 prochaines années)	20	1,85	2,08	66	1,26	0,69				
Nb partenaires (une seule fois)	18	3,11	4,54	67	2,45	4,88				
Fantasme sexuel (autre que part.)	20	3,02	2,12	65	2,83	2,07				
D'accord avec sexe sans amour	20	5,20	2,48	67	5,93	2,22				
Aisance (plusieurs partenaires)	20	6,90	2,65	67	6,91	2,24				
Besoin attachement pour sexe	20	2,65	2,30	67	3,07	2,19				
Satisfaction conjugale globale	20	13,35	3,92	67	15,87	3,04	1	97,475	9,182	0,003***

Note. D = Déprimées. ND = Non déprimées. Certaines variables contiennent des données manquantes. Les *n* peuvent ainsi varier.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,025$. *** $p < 0,005$.

Histoire sexuelle

Des analyses descriptives et des analyses de variance univariée (ANOVA) ont été effectuées afin d'avoir plus d'informations sur l'histoire sexuelle des participantes. Les résultats sont aussi présentés au Tableau 4. Parmi les 87 participantes (20 personnes ayant des symptômes dépressifs et 67 personnes n'ayant pas de symptômes dépressifs), 2 personnes n'ont pas répondu à certaines questions concernant leur histoire sexuelle. En ce sens, 2 personnes n'ont pas répondu à la question sur le nombre de partenaires sexuels total (1 femme ayant des symptômes dépressifs et 1 femme n'ayant pas de symptômes dépressifs). Pour des raisons similaires à celles mentionnées plus haut (v.g., nature du sujet à l'étude), les valeurs manquantes n'ont pas été remplacées.

Comme le démontre le Tableau 4, les femmes ayant des symptômes dépressifs ne diffèrent pas de celles n'ayant pas de symptômes dépressifs en ce qui concerne leur histoire sexuelle. En effet, l'âge moyen de la première relation sexuelle se situe à environ 16 ans pour les 2 groupes $F(1,87) = 0,005, p = 0,946$ (femmes ayant des symptômes dépressifs; $n = 20; M = 16,2; \acute{E}T = 2,21$, femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs; $n = 67; M = 16,16; \acute{E}T = 2$). De plus, il n'y a pas de différence en ce qui concerne l'âge des premiers contacts sexuels $F(1,87) = 2,254, p = 0,137$, le nombre de partenaires sexuels total de leur histoire sexuelle $F(1,87) = 1,313, p = 0,255$, ainsi que le nombre de relations ayant durée moins d'un mois $F(1,87) = 0,778, p = 0,380$.

Aisance lors des rapports sexuels

Des analyses descriptives et des analyses de variance univariée (ANOVA) ont été réalisées afin d'obtenir plus d'informations sur l'aisance sexuelle des participantes. Les résultats sont aussi présentés au Tableau 4. Parmi les 87 participantes (20 femmes ayant des symptômes dépressifs et 67 femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs), 5 personnes n'ont pas répondu à certaines questions sur l'aisance sexuelle. Ainsi, 1 personne n'a pas répondu à

la question sur le nombre de partenaires estimés pour les 5 prochaines années (1 femme n'ayant pas de symptômes dépressifs), 2 personnes n'ont pas répondu à la question sur les fantasmes sexuels excluant le partenaire sexuel (2 femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs), et 2 personnes n'ont pas répondu à la question portant sur le nombre de partenaires sexuels pour une aventure sans lendemain (2 femmes ayant des symptômes dépressifs). Pour les mêmes raisons que celles mentionnées précédemment (v.g., nature du sujet à l'étude), les valeurs manquantes n'ont pas été remplacées. Encore une fois, les deux groupes sont similaires en ce qui concerne les différentes variables de l'aisance sexuelle.

En effet et comme le présente le Tableau 4, les femmes ayant des symptômes dépressifs ne se distinguent pas significativement des femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs quant à leur aisance sexuelle $F(1,87) = 0,080, p = 0,779$. Notamment, les participantes affirment qu'elles ont eu une moyenne de 1,26 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois (femmes ayant des symptômes dépressifs; $n = 20; M = 1,20; \acute{E}T = 0,52$, femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs; $n = 67; M = 1,28; \acute{E}T = 0,98$) et qu'elles estiment avoir une moyenne de 1,4 partenaires sexuels au cours des 5 prochaines années (femmes ayant des symptômes dépressifs; $n = 20; M = 1,85; \acute{E}T = 2,08$, femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs; $n = 66; M = 1,26; \acute{E}T = 0,69$). Également, elles disent avoir eu une moyenne de 2,59 relations sexuelles sans lendemain (femmes ayant des symptômes dépressifs; $n = 18; M = 3,11; \acute{E}T = 4,54$, femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs; $n = 67; M = 2,45; \acute{E}T = 4,88$) et avoir des fantasmes sexuel excluant leur partenaire environ 1 fois par mois $M = 2,92; \acute{E}T = 2,07$ (femmes ayant des symptômes dépressifs; $n = 20; M = 3,02; \acute{E}T = 2,12$, femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs; $n = 65; M = 2,83; \acute{E}T = 2,07$).

Satisfaction conjugale des participantes

Des analyses descriptives et des analyses de variance univariée (ANOVA) ont été effectuées afin de comparer les deux groupes quant à la satisfaction conjugale. Les résultats,

présentés au Tableau 4, démontrent que les femmes ayant des symptômes dépressifs sont significativement moins satisfaites de leur relation conjugale que les femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs, $F(1,87) = 9,182, p = 0,003$.

Symptômes dépressif, sexualité et satisfaction conjugale

Des corrélations bivariées à partir du coefficient de corrélation linéaire de Pearson, noté r , ont été réalisées pour évaluer le lien linéaire entre la présence de symptômes dépressifs, la satisfaction conjugale et les différentes variables du fonctionnement sexuel. Le Tableau 5 présente les résultats obtenus des corrélations bivariées en fonction du groupe d'appartenance. Comme le démontre le Tableau 5, presque toutes les corrélations se sont avérées significatives pour les femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs alors qu'aucune corrélation ne s'est avérée significative pour les femmes ayant des symptômes dépressifs. En effet, chez les femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs, des liens positifs significatifs entre la satisfaction conjugale et l'excitation sexuelle, $r(67) = 0,413, p = 0,001$, la fréquence des activités sexuelles, $r(67) = 0,363, p = 0,003$, la réceptivité et l'initiative sexuelle, $r(67) = 0,284, p = 0,02$, le plaisir et l'orgasme, $r(67) = 0,485, p < 0,0005$, la satisfaction sexuelle relationnelle, $r(67) = 0,609, p < 0,0005$, ainsi qu'au fonctionnement sexuel global, $r(67) = 0,561, p < 0,0005$, ont été obtenus. Le lien entre la satisfaction conjugale et les pensées et désirs sexuels était également positif et proche du seuil de signification, $r(67) = 0,224, p = 0,068$. De plus, un lien négatif significatif entre la satisfaction conjugale de ces mêmes femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs et les problèmes affectant le fonctionnement sexuel, $r(67) = -0,358, p = 0,003$, a été obtenu.

Il s'avère donc que, chez les femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs, plus il y a satisfaction de la relation conjugale, plus grande est l'excitation sexuelle, plus grande est la fréquence des activités sexuelles, plus grandes sont la réceptivité et l'initiative sexuelles, plus il y a de plaisir et d'orgasmes, plus grande est la satisfaction sexuelle relationnelle, moins ces femmes

Tableau 5

Corrélations bivariées entre la satisfaction conjugale, le fonctionnement sexuel et la présence de symptômes dépressifs

Variables	Satisfaction conjugale			
	D (n = 20)		ND (n = 67)	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Pensées et désirs sexuels	0,045	0,852	0,224	0,068
Excitation sexuelle	0,103	0,667	0,413	0,001***
Fréquence des activités sexuelles	0,168	0,492	0,363	0,003**
Réceptivité et initiative sexuelle	-0,074	0,758	0,284	0,020*
Plaisir et orgasme	0,132	0,580	0,485	<0,0005****
Satisfaction sexuelle relationnelle	0,059	0,805	0,609	<0,0005****
Problèmes affectant le fonctionnement sexuel	-0,053	0,824	-0,358	0,003**
Fonctionnement sexuel global	0,080	0,738	0,561	<0,0005****

Note. D = Déprimées. ND = Non déprimées.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$. **** $p < 0,0005$.

vivent des problèmes affectant leur fonctionnement sexuel, et donc, meilleur est le fonctionnement sexuel global de ces femmes. Par contre, aucun lien significatif n'a été obtenu entre la satisfaction conjugale et le fonctionnement sexuel des femmes ayant des symptômes dépressifs.

Analyses supplémentaires

Afin d'optimiser la variabilité de la distribution des résultats obtenus au BDI-II (Howell, Yzerbyt & Bestgen, 2008), des analyses supplémentaires ont été réalisées en évaluant de façon continue (au lieu de dichotomique) le lien entre les symptômes dépressifs et la sexualité et le lien entre les symptômes dépressifs et la satisfaction conjugale. Des corrélations bivariées r de Pearson ont donc été effectuées pour toutes les variables continues. Les résultats de ces analyses sont présentés au Tableau 6. Tout d'abord et tel que le démontre le Tableau 6, les symptômes dépressifs se sont avérés significativement liés à toutes les sous-échelles évaluant le fonctionnement sexuel, à l'échelle globale évaluant le fonctionnement sexuel général et à la satisfaction conjugale. Aucun lien significatif n'a été obtenu entre les symptômes dépressifs et les autres variables (orientation sexuelle, aisance sexuelle, histoire sexuelle, désir pour des activités de masturbation solitaire et avec partenaire). Ces analyses supplémentaires suggèrent donc que plus il y a présence de symptômes dépressifs chez les femmes, plus il y a d'insatisfaction de la relation conjugale et plus le fonctionnement sexuel est problématique.

Des corrélations partielles r_p ont par la suite été effectuées entre les symptômes dépressifs et le fonctionnement sexuel en contrôlant pour la satisfaction conjugale, entre les symptômes dépressifs et la satisfaction conjugale en contrôlant pour le fonctionnement sexuel, et entre le fonctionnement sexuel et la satisfaction conjugale en contrôlant pour les symptômes dépressifs. Les résultats démontrent que lorsque les symptômes dépressifs sont contrôlés, il y a quand même un lien significatif entre le fonctionnement sexuel et la satisfaction conjugale. De la même manière, lorsque le fonctionnement sexuel est contrôlé, il

Tableau 6

Analyses corrélationnelles bivariées r de Pearson des symptômes dépressifs, de la sexualité et de la satisfaction conjugale

Variables	Symptômes dépressifs		
	n	r	p
Fonctionnement sexuel			
Échelle Pensée-désir	87	-0,246	0,022*
Échelle Excitation	87	-0,267	0,012*
Échelle Fréquence	86	-0,268	0,013*
Échelle Réceptivité-initiative	87	-0,219	0,042*
Échelle Plaisir-orgasme	87	-0,235	0,029*
Échelle Satisfaction sexuelle	87	-0,313	0,003***
Échelle Problématiques	87	0,461	< 0,0005****
Échelle globale	87	-0,394	< 0,0005****
Masturbation			
Désir masturbation (solitaire)	85	-0,002	0,984
Désir masturbation (part.)	86	-0,078	0,473
Orientation sexuelle	87	0,075	0,490
Histoire sexuelle			
Âge (1 ^{er} relation sexuelle)	87	0,047	0,664
Âge (1 ^{er} contact sexuel)	87	0,204	0,058
Nb partenaires total	85	0,140	0,201
Nb relations courte durée (< 1 mois)	87	0,112	0,300
Aisance sexuelle-Score total	87	0,066	0,546
Satisfaction conjugale globale	87	-0,384	< 0,0005****

Note. D = Déprimées. ND = Non déprimées.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,025$. *** $p < 0,005$ **** $p < 0,0005$.

Il y a quand même un lien significatif entre les symptômes dépressifs et la satisfaction conjugale. Cependant, lorsque la satisfaction conjugale est contrôlée, les symptômes dépressifs ne sont plus liés au fonctionnement sexuel, à l'exception de la variable problèmes affectant le fonctionnement sexuel qui reste liée.

Discussion

Le premier objectif de la présente étude a été d'évaluer et de comparer de nouveau la sexualité des femmes ayant des symptômes dépressifs et des femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs et ce, en incluant toutes les variables sexuelles ayant été évaluées dans les études antérieures, en plus de trois autres variables sexuelles n'ayant jamais fait l'objet d'une évaluation empirique (i.e., orientation sexuelle, histoire sexuelle, aisance lors des rapports sexuels). Les analyses de variance univariée effectuées relativement aux deux premières hypothèses démontrent que les femmes ayant des symptômes dépressifs ont, de façon générale, un fonctionnement sexuel significativement inférieur à celui des femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs. Plus spécifiquement, les femmes ayant des symptômes dépressifs ont une plus faible fréquence d'activités sexuelles, sont significativement moins satisfaites de leur partenaire sexuel, et ont significativement plus de problèmes affectant leur fonctionnement sexuel (Hypothèse 1). Toutefois, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne la fréquence pour des activités de masturbation tant solitaire qu'avec partenaire (Hypothèse 2).

Le deuxième objectif de la présente étude a été d'évaluer et de comparer la satisfaction conjugale des femmes ayant des symptômes dépressifs et des femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs. Les résultats des analyses de variance univariée démontrent que les femmes ayant des symptômes dépressifs sont significativement moins satisfaites de leur relation conjugale que les femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs (Hypothèse 3).

Le troisième objectif de la présente étude a été d'évaluer le lien entre la sexualité, la satisfaction conjugale et les symptômes dépressifs des femmes. Des corrélations bivariées ont permis de constater que chez les femmes n'ayant pas ou peu de symptômes dépressifs, plus elles sont satisfaites de leur relation conjugale ou amoureuse, meilleur est leur fonctionnement sexuel. Chez les femmes ayant des symptômes dépressifs, aucun lien significatif entre la satisfaction conjugale et le fonctionnement sexuel n'est remarqué.

Symptômes dépressifs et sexualité

L'Hypothèse 1 précisait que les femmes ayant des symptômes dépressifs devraient avoir un fonctionnement sexuel significativement inférieur à celui des femmes sans symptômes dépressifs en ce qui a trait à la libido (i.e., désir sexuel, intérêt sexuel), à la fréquence des activités sexuelles, au plaisir sexuel, à l'excitation sexuelle, à la lubrification vaginale, aux fantasmes sexuelles, à la satisfaction sexuelle par rapport au partenaire, à la réponse sexuelle, à l'initiative sexuelle, aux dysfonctions sexuelles, à la dyspareunie (i.e., douleurs sexuelles), aux problèmes affectifs reliés à la sexualité, aux problèmes orgasmiques et aux préoccupations sexuelles.

Des analyses descriptives et des analyses de variance univariée du fonctionnement sexuel en fonction du groupe d'appartenance ont été réalisées et les résultats ont permis d'appuyer cette hypothèse. En effet, et tel que mentionné précédemment, les résultats ont démontré que les femmes ayant des symptômes dépressifs ont, de façon générale, un fonctionnement sexuel significativement inférieur à celui des femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs. En ce sens, les femmes ayant des symptômes dépressifs ont des résultats significativement inférieurs sur plus de la moitié des sous-échelles évaluant le fonctionnement sexuel, i.e., pensées sexuelles et libido (désir sexuel, intérêt sexuel; $p \leq 0,06$), fréquence des activités sexuelles, satisfaction sexuelle par rapport au partenaire et problèmes affectant le fonctionnement sexuel (lubrification vaginale, dysfonctions sexuelles, dyspareunie, problèmes affectifs reliés à la sexualité, problèmes orgasmiques, préoccupations sexuelles) et sur l'échelle globale évaluant le fonctionnement sexuel général. Ces résultats concordent avec ceux obtenus dans plusieurs autres études mentionnées précédemment (Azar et al., 2007; Clayton et al., 1997; Cyranowski, Bromberger et al., 2004; Frohlich & Meston, 2002; Kuffel & Heiman, 2006; Mathew & Weinman, 1982).

Toutefois, en ce qui concerne d'autres variables du fonctionnement sexuel telles que le plaisir sexuel, l'atteinte de l'orgasme, l'excitation sexuelle, la réponse et l'initiative sexuelle, les résultats de la présente étude démontrent qu'il n'y a pas de différences significatives entre les deux groupes alors que plusieurs autres études ont démontré de telles différences (Clayton et al., 1997; Cyranowski, Bromberger et al., 2004; Frohlich & Meston, 2002; Mathew & Weinman, 1982). Cependant, ces résultats sont concordants avec ceux de Kuffel et Heiman (2006) qui ont démontré une absence de différence significative pour l'excitation sexuelle et le plaisir sexuel.

Plusieurs hypothèses peuvent être invoquées pour expliquer que dans la présente étude, les variables plaisir sexuel, atteinte de l'orgasme, excitation sexuelle, réponse et l'initiative sexuelle ne sont pas significativement différentes pour les deux groupes de participantes. La première hypothèse explicative concerne la puissance statistique. En effet, bien que le nombre de participantes ayant et n'ayant pas de symptômes dépressifs soit assez élevé au total, ce nombre a permis d'obtenir une puissance analytique d'au plus 70%. Ainsi, l'ampleur de la puissance analytique suggère qu'il est possible que la taille de l'échantillon n'était peut-être pas assez grande. Il est donc possible que des résultats différents (i.e., que les femmes ayant des symptômes dépressifs diffèrent de celles n'ayant pas de symptômes dépressifs quant à leur plaisir sexuel, leur atteinte de l'orgasme, leur excitation sexuelle, leur réponse et leur initiative sexuelle) aient pu être obtenus si le nombre de participantes avait été plus élevé (i.e., plus grande puissance statistique).

Une autre hypothèse concerne le point de coupure utilisé pour la classification des sujets en tant que présentant ou non des symptômes dépressifs (groupe d'appartenance). Dans la présente étude, le BDI-II a été utilisé et le point de rupture préconisé pour effectuer cette classification était de 18 (Arnau et al., 2001). Ainsi, les femmes s'étant retrouvées dans le groupe contrôle (i.e., sans symptômes dépressifs) ont obtenu un score variant de 0 à 17 au

BDI-II, ce qui signifie un niveau de dépression «minimale» (i.e., score entre 0 et 13) à «légère» (i.e., score variant de 14 à 19) selon Beck et al. (1996). Pour ce qui est de celles du groupe expérimental (i.e., avec symptômes dépressifs), leur score variait entre 18 et 63, ce qui regroupe tant un niveau de dépression «légère» (i.e., score entre 14 et 19), «modérée» (i.e., score entre 20 et 28) que «sévère» (i.e., score entre 29 et 63). En séparant les groupes de cette manière, un certain nombre de femmes ayant obtenu un score total au BDI-II les classant dans le niveau de dépression «légère» (i.e., scores entre 14 et 19), se retrouvent, à la finale, dans deux groupes différents (i.e., ayant des symptômes dépressifs, n'ayant pas de symptômes dépressifs). Pourtant, leur symptomatologie dépressive est comparable. Leurs réponses aux différents questionnaires ont donc pu être semblables alors qu'il était attendu que plusieurs de leurs réponses soient nettement différentes. De plus, ces femmes ayant obtenu un score entre 14 et 19 (i.e., niveau de dépression «légère») et faisant partie du groupe expérimental représentent 30% de cet échantillon, ce qui est considérable. Il est donc possible de croire que le point de coupure servant à classer chaque participante dans un groupe d'appartenance n'était pas assez sévère, ce qui a pu faire en sorte que les réponses de ces 30% des femmes étant dans le groupe expérimental mais ayant un niveau de dépression «légère» aient pu s'apparenter à celles des femmes du groupe contrôle ayant elles-aussi un niveau de dépression «légère». Néanmoins, selon Arnau et al. (2001), le point de coupure à 18 au BDI-II offre le meilleur équilibre entre la sensibilité et la spécificité de l'outil. C'est donc pour cette raison que la classification des groupes s'est effectuée de cette manière. Par ailleurs, les études antérieures ont souvent utilisé un diagnostic médical de dépression afin de faire la classification de leurs participants. Cette façon de faire pourrait favoriser des distinctions plus claires quant à l'intensité des symptômes dépressifs chez les personnes classifiées comme étant dépressives et chez celles classifiées comme étant non dépressives. Il est donc possible de croire que si les participantes de la présente étude faisant partie du groupe expérimental

avaient obtenu des scores beaucoup plus élevés au BDI-II ou encore qu'elles aient reçu un diagnostic médical de dépression, les résultats de la présente étude auraient probablement révélé des différences plus marquées entre les deux groupes.

Enfin, une autre hypothèse concerne l'utilisation d'une classification dichotomique des participantes en fonction de leur score au BDI-II, laquelle produit une diminution importante de la variabilité des résultats obtenus (Howell et al., 2008). Cette méthode avait été privilégiée dans la présente étude étant donné que les études antérieures dans le domaine avaient étudié la sexualité des personnes dépressives en comparant des groupes de personnes ayant des symptômes dépressifs et n'ayant pas des symptômes dépressifs (dichotomisation). Les analyses supplémentaires réalisées à cet égard (i.e., variable continue) ont démontré que les symptômes dépressifs se sont avérés significativement liés à toutes les sous-échelles évaluant le fonctionnement sexuel et à l'échelle globale évaluant le fonctionnement sexuel général. Ces résultats démontrent bien que le choix d'utilisation de la variable (soit de façon continue ou dichotomique) et ainsi l'ampleur de la variabilité des symptômes dépressifs, influencent les résultats obtenus.

Symptômes dépressifs et masturbation

L'Hypothèse 2 précisait que les femmes ayant des symptômes dépressifs devraient avoir un désir pour les activités de masturbation significativement plus grand que les femmes sans symptômes dépressifs; Il était également attendu qu'elles aient des activités de masturbation significativement plus souvent que les femmes sans symptômes dépressifs.

Des tests de chi-carré (χ^2) de la fréquence d'activités de masturbation en fonction du groupe d'appartenance ont été effectués. Les résultats obtenus n'appuient pas l'hypothèse 2. En effet, les résultats démontrent que les femmes ayant des symptômes dépressifs ne diffèrent pas significativement de celles n'ayant pas de symptômes dépressifs quant à leurs activités de masturbation tant solitaire qu'avec leur partenaire. Ces résultats ne concordent pas avec ceux

rapportés par Frohlich et Meston (2002) ainsi que par Cyranowski, Bromberger et al. (2004) qui démontrent que les femmes ayant des symptômes dépressifs ou ayant des épisodes dépressifs récurrents ont plus de désir ou d'activités de masturbation solitaire que celles n'ayant pas de symptômes dépressifs, n'ayant jamais eu d'épisodes dépressifs ou ayant déjà eu un épisode dépressif par le passé. Également, les résultats de la présente étude se distinguent de ceux obtenus par Kennedy et al. (1999) qui démontraient une baisse des activités de masturbation chez les femmes souffrant de dépression majeure.

Une des raisons pouvant expliquer qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes de la présente étude concerne de nouveau la puissance statistique. Tel que mentionné précédemment, il est possible que la taille de l'échantillon n'ait pas été suffisamment grande et que des résultats différents (i.e., plus grand désir pour des activités de masturbation avec ou sans partenaire, plus grande fréquence des activités de masturbation avec ou sans partenaire) aient peut-être pu être obtenus si le nombre de participantes avait été plus élevé (i.e., plus grande puissance statistique).

Une autre raison pouvant expliquer l'absence de différence entre les deux groupes quant à leur désir et leur fréquence pour des activités de masturbation (avec ou sans partenaire) concerne encore une fois le point de rupture à 18 au BDI-II. En effet, et tel que mentionné plus haut, le choix du point de coupure semble avoir fait en sorte qu'une proportion importante de participantes ayant la même symptomatologie dépressives (i.e., score entre 14 et 19 = niveau de dépression «légère») se retrouve séparée dans deux groupes différents, ce qui augmente les points de ressemblance entre ces deux groupes.

De plus, une autre raison pouvant expliquer l'absence de différence entre les deux groupes quant à leur désir et leur fréquence pour des activités de masturbation (avec ou sans partenaire) est l'utilisation de la dichotomisation. Cependant, les analyses supplémentaires ayant évalué de façon continue le lien entre les symptômes dépressifs et la sexualité et le lien

entre les symptômes dépressifs et la satisfaction conjugale arrivent aux mêmes résultats. Ceci peut suggérer que bien que la variabilité des symptômes dépressifs a un impact significatif sur le fonctionnement sexuel des femmes, la sévérité des symptômes dépressifs n'était peut-être pas assez importante pour révéler une différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne leur désir et leur fréquence pour des activités de masturbation (avec ou sans partenaire). En effet, le score le plus élevé obtenu par les femmes du groupe expérimental est de 36, alors que le score maximum pouvant être obtenu est de 63. Il n'est donc pas possible pour la présente étude d'affirmer hors de tout doute qu'un score plus élevé au BDI-II n'aurait pas eu d'impact sur le désir ou la fréquence des activités de masturbation (avec ou sans partenaire).

Symptômes dépressifs et satisfaction conjugale

L'Hypothèse 3 précisait que les femmes ayant des symptômes dépressifs devraient être significativement moins satisfaites de leur relation conjugale ou amoureuse que les femmes sans symptômes dépressifs.

Des analyses descriptives et des analyses de variance univariée de la satisfaction conjugale en fonction du groupe d'appartenance ont permis de confirmer cette hypothèse. Ces résultats sont concordants avec la revue de la documentation scientifique réalisée par Côté et Wright (2003) qui démontre l'existence d'un lien significatif et bidirectionnel entre la dépression et les difficultés ou les insatisfactions conjugales.

Les résultats des analyses supplémentaires vont dans le même sens. En effet, les résultats des corrélations bivariées démontrent que plus les symptômes dépressifs sont importants, plus les femmes sont insatisfaites de leur relation conjugale ou amoureuse.

Symptômes dépressifs, sexualité et satisfaction conjugale

Aucune autre étude n'ayant évalué le lien entre la sexualité, la satisfaction conjugale et les symptômes dépressifs, aucune hypothèse n'avait été émise à ce sujet.

Des corrélations bivariées entre la présence de symptômes dépressifs, la satisfaction conjugale et les différentes sous-échelles du fonctionnement sexuel ont permis d'établir plusieurs liens entre les symptômes dépressifs, la satisfaction conjugale et le fonctionnement sexuel. En effet, les résultats ont établi que chez les femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs, plus la satisfaction conjugale est grande, plus il y a d'excitation sexuelle, plus il y a d'activités sexuelles, meilleures sont la réceptivité et l'initiative sexuelle, plus il y a de plaisir et d'orgasmes, plus grande est la satisfaction sexuelle relationnelle, moins ces femmes rapportent des problèmes affectant leur sexualité, et donc, meilleur est le fonctionnement sexuel global de ces femmes. De plus, bien que les résultats à la sous-échelle pensées et désirs sexuels n'aient pas été significatifs ($p = 0,068$), il est possible de penser qu'un plus grand nombre de participantes aurait permis d'atteindre le seuil de signification de 0,05. Cependant, chez les femmes ayant des symptômes dépressifs, aucun lien significatif n'a été obtenu entre la présence de symptômes dépressifs et leur satisfaction conjugale.

Le lien significatif obtenu entre la sexualité et la satisfaction conjugale des femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs concorde avec ce qui est attendu de l'ensemble de la documentation scientifique sur le sujet, i.e., plus la relation conjugale ou amoureuse est satisfaisante, meilleur est le fonctionnement sexuel. Ces résultats sont en effet concordants avec ceux des études antérieures qui démontrent que la satisfaction conjugale est significativement liée à la sexualité en plus d'être significativement liée à la présence de symptômes dépressifs (v.g., Côté et Wright, 2003; Henderson-King & Veroff, 1994; Lawrance & Byers, 1995; Yeh, Lorenz, Wickrama, Conger, & Elder, 2006; Young, Denny, Luquis, & Young, 1998). Toutefois, le fait que ce lien entre la relation conjugale et le

fonctionnement sexuel n'ait pas été observé chez les femmes ayant des symptômes dépressifs est surprenant et difficile à expliquer. Ce résultat ne concorde pas avec les résultats obtenus par les études antérieures.

Une raison pouvant expliquer ces résultats est, encore une fois, le manque de puissance statistique. Il pourrait être possible de croire que si la puissance statistique avait été plus forte (i.e., un plus grand nombre de participantes), certains liens auraient pu être mis en évidence et être significatifs. Toutefois, les p se rapprochent davantage de 1 et les coefficients de corrélations de Pearson r sont proches de 0, suggérant qu'il est probable qu'un plus grand nombre de participantes n'auraient pas permis de trouver de liens significatifs.

Une autre raison à cette absence de liens significatifs concerne la population de la présente étude. En effet, les études antérieures ayant démontré que la satisfaction conjugale est significativement liée à la sexualité en plus d'être significativement liée à la présence de symptômes dépressifs n'ont pas été réalisées auprès de personnes ayant des symptômes dépressifs. Il est donc possible de croire qu'avec un groupe de personnes ayant des symptômes dépressifs, il n'est pas possible d'observer de liens entre la satisfaction conjugale ou amoureuse et la sexualité.

Toutefois, et dans un même ordre d'idées, les résultats de la présente étude démontrent que la présence de symptômes dépressifs est significativement et négativement liée à la satisfaction conjugale ou amoureuse. Donc, bien que les femmes ayant des symptômes dépressifs soient significativement moins satisfaites de leur relation conjugale ou amoureuse, et bien que le fonctionnement sexuel global de ces femmes soit significativement inférieur à celui des femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs, aucun lien entre la présence de symptômes dépressifs, le fonctionnement sexuel et de la satisfaction conjugale n'a été observé. Toutefois, les scores obtenus chez les deux groupes au DAS ne sont pas très éloignés l'un de l'autre bien que la différence entre les deux groupes soit significative (i.e., groupe

contrôle = 15,87; groupe expérimental = 13,35). Selon cette affirmation, il aurait été possible de s'attendre à ce que les résultats aux analyses de corrélations bivariées révèlent des liens significatifs entre la présence de symptômes dépressifs, le fonctionnement sexuel et la satisfaction conjugale ou amoureuse, ce qui n'a pas été le cas. Malheureusement, à ce jour, aucune explication théorique ne peut permettre de comprendre ni d'expliquer de tels résultats. Cependant, des analyses de corrélations partielles r_p ont établi qu'il n'y a plus de lien entre la symptomatologie dépressive et le fonctionnement sexuel lorsqu'un contrôle statistique est effectué pour la satisfaction conjugale. Ces résultats suggèrent l'idée que lorsqu'un couple est très uni (i.e., grande satisfaction conjugale), l'effet de la dépression se fait peu ou moins ressentir au niveau de la sexualité. Ceci suggère donc que la satisfaction conjugale peut être une variable puissante quant à l'impact de la dépression sur la sexualité des femmes.

Enfin, en ce qui a trait à l'orientation sexuelle, à l'histoire sexuelle ainsi qu'à l'aisance sexuelle, aucun lien significatif n'ayant été soulevé, les deux groupes sont donc similaires pour ces variables. Encore une fois, le petit nombre de participantes peut expliquer cette absence de résultats significatifs. De plus, aucune étude n'ayant cherché à évaluer ces variables auprès des femmes ayant des symptômes dépressifs, ces résultats ne peuvent être associés avec d'autres études.

Conclusion

Tout comme l'ont démontré les études antérieures, les résultats de la présente étude démontrent que les femmes ayant des symptômes dépressifs ont un fonctionnement sexuel global significativement inférieur à celui des femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs principalement pour la fréquence des activités sexuelles, la satisfaction sexuelle par rapport au partenaire et les problèmes affectant le fonctionnement sexuel (i.e., lubrification vaginale, dysfonctions sexuelles, dyspareunie, problèmes affectifs reliés à la sexualité, problèmes orgasmiques, préoccupations sexuelles). Toutefois, pour ce qui est de la libido, le plaisir sexuel, l'atteinte de l'orgasme, l'excitation sexuelle, les pensées ou fantasmes sexuelles, la réponse et l'initiative sexuelle, la fréquence d'activités de masturbation solitaire ou avec partenaire, l'orientation sexuelle, ainsi que l'histoire et l'aisance sexuelles, les résultats de la présente étude ne démontrent pas de différences significatives entre les deux groupes. Les résultats de la présente étude ont également démontré que les femmes ayant des symptômes dépressifs sont significativement moins satisfaites de leur relation conjugale ou amoureuse. Enfin, chez les femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs, plus la satisfaction conjugale ou amoureuse est grande, meilleur est le fonctionnement sexuel. Aucun lien n'a pu être établi entre ces mêmes variables chez les femmes ayant des symptômes dépressifs. Cependant, lorsque les participantes ne sont pas dichotomisées en groupes mais que le lien entre les symptômes dépressifs et la sexualité et le lien entre les symptômes dépressifs et la satisfaction conjugale sont évalués de façon continue, il est possible de constater que plus il y a présence de symptômes dépressifs chez les femmes, plus il y a d'insatisfaction de la relation conjugale ou amoureuse et plus le fonctionnement sexuel est problématique. Mais encore, les résultats démontrent que la satisfaction conjugale ou amoureuse est un aspect extrêmement important à considérer chez les femmes ayant des symptômes dépressifs. En effet, il semble que lorsqu'il y a présence de symptômes dépressifs chez une femme, l'impact négatif sur le fonctionnement sexuel peut être grandement diminué si la satisfaction conjugale ou amoureuse est grande.

Forces et limites

La principale force de cette étude est qu'elle est la première à évaluer le lien entre la symptomatologie dépressive, la sexualité et la satisfaction conjugale des femmes ayant des symptômes dépressifs en les comparant à des femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs. Les études antérieures sur le sujet s'intéressaient généralement soit uniquement à la sexualité des femmes ayant des symptômes dépressifs ou encore uniquement à leur satisfaction conjugale, et ce, bien que plusieurs études aient démontré que la satisfaction sexuelle est significativement et positivement associée à la qualité ou à la satisfaction de la relation conjugale (v.g., Henderson-King & Veroff, 1994; Lawrance & Byers, 1995; Yeh et al., 2006; Young et al., 1998).

De plus, la présente étude est la première étude francophone à avoir utilisé le Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W; Taylor et al., 1994), et donc, à en avoir fait la traduction française. Les résultats des analyses de coefficient alpha de Cronbach, réalisées auprès de la population à l'étude, démontrent clairement la bonne cohérence interne de la traduction française de l'outil pour toutes les sous-échelles en plus de l'échelle globale. Ceci contribue donc à augmenter la validité des résultats de la présente étude. D'ailleurs, le BISF-W est un outil pertinent qui permet d'avoir plusieurs informations sur la sexualité des femmes. Toutefois, certaines questions manquent de précision, notamment en ce qui concerne les pensées et fantasmes sexuels ainsi que pour la satisfaction sexuelle. Il serait intéressant que les études futures incluent des questions de précision à cet égard (v.g., nature des pensées sexuelles, des fantasmes sexuels et des rêves érotiques; Au cours du dernier mois, quel a été leur niveau de satisfaction pour chacune des activités sexuelles présentées dans une liste?).

La présente étude comprend également certaines limites. La plus importante d'entre elles est certainement le peu de participantes à l'étude. En effet, cet aspect occasionne une plus faible puissance statistique. Un plus grand nombre de participantes aurait donc pu

permettre de remarquer des différences plus marquées ou significatives entre les deux groupes (fréquence et désir pour des activités de masturbation solitaire, pensées et fantasmes sexuels).

Une autre limite de la présente étude est la dichotomisation des groupes. En ayant séparé l'ensemble des participantes à l'aide de leur score total au BDI-II, et selon le point de coupure recommandé, soit 18 (Arnaud et al., 2001), certains problèmes ont été remarqués, dont la perte de la variabilité. D'ailleurs, les analyses supplémentaires réalisées ont permis de constater que la variabilité des symptômes dépressifs influe sur l'ensemble du fonctionnement sexuel ainsi que sur la satisfaction conjugale ou amoureuse (i.e., plus il y a présence de symptômes dépressifs chez les femmes, plus il y a d'insatisfaction de la relation conjugale et plus le fonctionnement sexuel est problématique).

Également, une autre limite pouvant être citée est l'absence de participantes ayant des scores élevés au BDI-II. En effet, le score le plus élevé au BDI-II parmi les participantes de la présente étude est de 36 avec une possibilité maximum de 63. Il est donc difficile de généraliser les résultats de la présente étude à l'ensemble de la population féminine dépressive. La généralisation peut uniquement se faire auprès des femmes ayant une symptomatologie dépressive se situant entre «minime» à «modérée».

Par ailleurs, le taux de participation à l'étude est en outre faible, pouvant ainsi limiter la représentativité des résultats. En ce sens, sur un total 228 questionnaires distribués, 114 ont été retournés, ce qui représente 50% de participation. En ce qui concerne la première méthode de recrutement, soit des organismes communautaires ou auprès de stagiaires en psychologie ou de psychologues en pratique privée, 107 questionnaires ont été distribués, 43 ont retourné leur questionnaire complété, ce qui représente environ 40% de participation. En ce qui concerne la deuxième méthode de recrutement, soit auprès d'étudiantes au baccalauréat en psychologie, 121 questionnaires ont été distribués et 71 ont retourné leur questionnaire complété, ce qui représente environ 59% de participation.

Une autre limite à la présente étude est probablement le sujet même de l'étude, soit la sexualité. En effet, les participantes étant volontaires, il doit être assumé selon toutes probabilités, que certaines femmes ayant ou non des symptômes dépressifs n'aient pas voulu participer à l'étude ou encore qu'elles aient répondu avec moins d'honnêteté aux questions soit par manque d'intérêt du sujet de l'étude ou encore à cause du caractère très intime de ce même sujet. Ainsi, et puisque l'échantillon est constitué entièrement de volontaires, il est possible de penser que le sujet même de l'étude, la sexualité, ait fait diminuer le nombre potentiel de participantes.

Études futures

Il est possible d'affirmer que la participation d'un plus grand nombre de femmes à cette étude aurait pu permettre à certains résultats d'atteindre le seuil de signification exigé (i.e., $p < 0,05$) pour établir des distinctions. D'ailleurs, il serait indispensable que les études futures voulant évaluer ces mêmes variables puissent bénéficier d'un plus grand nombre de participantes afin d'augmenter la puissance statistique. En ayant plus de participantes, des analyses statistiques multivariées pourraient aussi être réalisées. Mais encore, un plus grand nombre de participantes pourrait permettre une division des groupes en fonction du niveau de dépression en faisant 4 groupes (i.e., «légère», «minimale», «modérée», «sévère») ou en fonction des valeurs les plus faibles et le plus élevées de la distribution. De cette manière, les distinctions entre les groupes pourraient être plus marquées.

Dans un même ordre d'idées, il serait intéressant que des études futures utilisant le BDI-II afin d'évaluer la symptomatologie dépressive utilisent un modèle corrélationnel médiationnel tel que recommandé par Howell et al. (2008). À ce jour, et outre la perte de variabilité, il n'a pas été possible d'expliquer clairement pourquoi aucun lien n'a été démontré entre le fonctionnement sexuel et la satisfaction conjugale ou amoureuse chez les femmes ayant des symptômes dépressifs lorsque l'on dichotomise l'échantillon à l'étude mais que, au

contraire, de tels liens sont démontrés entre la variabilité des symptômes dépressifs, l'ensemble du fonctionnement sexuel ainsi que la satisfaction conjugale ou amoureuse lorsque l'on ne dichotomise pas ce même échantillon. Les études futures pourraient explorer davantage cet aspect afin de comprendre et expliquer en profondeur ces résultats.

D'ailleurs, il serait pertinent que des études futures investiguent sur l'idée d'inclure la variable relation conjugale lors de l'évaluation et de l'intervention clinique des femmes ayant des symptômes dépressifs. En effet, et tel que démontré dans la documentation scientifique (v.g., Côté & Wright, 2003; Henderson-King & Veroff, 1994; Lawrance & Byers, 1995; Yeh et al., 2006; Young et al., 1998), la dépression influe sur la sphère conjugale, l'inverse étant également vraie, et la sphère conjugale est positivement associée à la sexualité. De plus, la présence de symptômes dépressifs semble avoir beaucoup moins d'effets négatifs sur le fonctionnement sexuel lorsque la satisfaction conjugale ou amoureuse est grande. Il est donc possible de penser qu'un intervenant offrant ses services auprès d'une personne ayant des symptômes dépressifs et étant en couple se doit de constamment évaluer et intervenir sur la sphère conjugale afin de pouvoir offrir le traitement le plus complet possible. Du moins, des études futures pourraient aider à préciser cette idée.

Tel que mentionné plus haut, une autre particularité de la présente étude a été de traduire en français un outil anglophone, soit le BISF-W. Cette traduction pourra donc permettre à des recherches futures d'utiliser le BISF-W à des fins d'évaluations de la sexualité auprès d'une population francophone.

Références

- American Psychiatric Association. (1994). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4^e ed.)*. Traduction française par J.D. Guelfi et al. Paris: Masson.
- Angst, J. (1998). Sexual problems in healthy and depressed persons. *International Clinical Psychopharmacology*, 13, 1-4.
- Arnau, R. C., Meagher, M. W., Norris, M. P. & Bramson, R. (2001). Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. *Health Psychology*, 2, 112-119.
- Azar, M., Noohi, S., & Shafiee Kandjani, A. R. (2007). Relationship between female sexual difficulties and mental health in patients referred to two public and private settings in Tehran, Iran. *Journal of Sexual Medicine*, 4, 1262-1268.
- Baillargeon, J., Dubois, G., & Marineau, R. (1986). Traduction française de l'Échelle d'ajustement dyadique. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 18, 25-34.
- Bancroft, J. B., Janssen, E., Strong, D., Carnes, L., Vukadinovic, Z., & Long, J. S. (2003). The relation between mood and sexuality in heterosexual men. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 217-230.
- Beck, A. T. (1977). *Introduction. The history of depression*. New York: Insight Publications.
- Beck, A. T. & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and Treatments (2nd ed.)*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1998). *Inventaire de dépression de Beck (2^e éd.)*. Paris: Éditions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

- Casper, R. C., Redmond, D. E., Katz, M. M., Schaffer, C. B., Davis, J. M., & Koslow, S. H. (1985). Somatic symptoms in primary affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, *42*, 1098-1104.
- Clayton, A. H., Mcgarvey, E. L., Clavet, G. J., & Piazza, L. (1997). Comparison of sexuality functioning in clinical and nonclinical populations using the changes in sexual functioning questionnaire (CSFQ). *Psychopharmacology Bulletin*, *33*, 747-753.
- Côté, K. & Lalumière, M. L. (1999a). *Questionnaire sur les relations intimes: Version française de Kinsey Scale*. Document inédit, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Ontario, Canada.
- Côté, K. & Lalumière, M. L. (1999b). *Questionnaire sur les relations intimes: Version française de Sexual History Scale*. Document inédit, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Ontario, Canada.
- Côté, K. & Lalumière, M. L. (1999c). *Questionnaire sur les relations intimes: Version française du Sociosexual Orientation Inventory*. Document inédit, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Ontario, Canada.
- Côté, K. & Wright, J. (2003). Caractéristiques et traitement des couples dont l'un des conjoints est dépressifs. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, *44*, 382-393.
- Cyranowsky, J. M., Bromberger, J., Youk, A., Matthews, K., Kravitz, H. M., & Powell, L. H. (2004). Lifetime depression history and sexual function in women at midlife. *Archives of Sexual Behavior*, *33*, 539-548.
- Cyranowsky, J. M., Frank, H., Cherry, C., Houck, P., & Kupfer, D. J. (2004). Prospective assesment of sexual function in women treated for recurrent major depression. *Journal of Psychiatric Research*, *38*, 267-273.
- Davidson, J., Krishnan, R., France, R., & Pelton, S. (1985). Neurovegetative symptoms on chronic pain and depression. *Journal of Affective Disorders*, *9*, 213-218.

- Dunn, K. M., Croft, P. R., & Hackett, G. I. (1999). Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: A cross sectional population survey. *Journal of Epidemiology and Community Health, 53*, 144-148.
- Frohlich, P., & Meston, C. (2002). Sexual functioning and self-reported depressive symptoms among college women. *Journal of Sex Research, 39*, 321-325.
- Gouvernement du Québec. (2004). *Le système scolaire québécois*. Récupéré le 28 mai 2004 de http://www.educquebec-regions.com/fr_etud_regi_shtml
- Henderson-King, D. H., & Veroff, J. (1994). Sexual satisfaction and marital well-being in the first years of marriage. *Journal of Social and Personal Relationships, 11*, 509-534.
- Howell, J. R., Reynolds, C. F., III, Thase, M. E., Frank, E., Jennings, J. R., Houck, P. R., et al. (1987). Assessment of sexual function, interest and activity in depressed men. *Journal of Affective Disorders, 13*, 61-66.
- Howell, D. C., Yzerbyt, V. & Bestgen, Y. (2008). *Méthodes statistiques en sciences humaines*. Bruxelles: De Boeck.
- Kennedy, S. H., Dickens, S. E., Eisfeld, B. S., & Bagby, R. M. (1999). Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *Journal of Affective Disorders, 56*, 201-208.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B. & Martin, C. E. (1948/1998). *Sexual behaviour in the human male*. Philadelphia: W.B. Saunders; Bloomington, IN: Indiana U. Press.
- Kuffel, S. W. & Heiman, J. R. (2006). Effects of depressive symptoms and experimentally adopted schemas on sexual arousal and affect in sexually healthy women. *Archives of Sexual Behavior, 35*, 163-177.
- Lalumière, M. L., Chalmers, L., Quinsey, V. L., & Seto, M. C. (1996). A test of the mate deprivation hypothesis of sexual coercion. *Ethology and Sociobiology, 17*, 299-318.

- Lawrance, K. A., & Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships, 2*, 267-285.
- Low, W. Y., Khoo, E. M., Tan, H. M., Hew, F. L., & Toeh, S. H. (2006). Depression, hormonal status and erectile dysfunction in the aging male: Results from a community study in Malaysia. *Journal of Men's Health and Gender, 3*, 263-270.
- Lykins, A. D., Janssen, E., & Graham, C. A. (2006). The relationship between negative mood and sexuality in heterosexual college women and men. *Journal of Sex Research, 43*, 136-143.
- Mathew, R. J., & Weinman, M. L. (1982). Sexual dysfunctions in depression. *Archives of Sexual Behavior, 11*, 323-328.
- Mazer, N. A., Leiblum, S. R., & Rosen, R. C. (2000). The Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W): A new scoring algorithm and comparison of normative and surgically menopausal populations. *Journal of the North American Menopause Society, 7*, 350-363.
- Meisler, A. W., & Carey, M. P. (1991). Depressed affect and male sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior, 20*, 541-554.
- Patten, S. B., Wang, J., Beck, C., & Maxwell, C. (2005). Measurement issues related to the evaluation and monitoring of major depression prevalence in Canada. *Chronic Diseases in Canada, 26*, 100-106.
- Sabourin, S., Valois, P. & Lussier, Y. (2005). Development and validation of a brief version of the Dyadic Adjustment Scale using a nonparametric item analysis model. *Psychological Assessment, 17*, 15-27.
- Statistique Canada. (1998-1999). *Enquête nationale sur la santé de la population*. Ottawa.

- Simpson, J. A., & Gangestad, S. W. (1991). Individual differences in sociosexuality: Evidence for convergent and discriminant validity. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 870-883.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment : New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family, 38*, 15-28.
- Taylor, J. F., Rosen, R. C., & Leiblum, S. R. (1994). Self-report assessment of female sexual function : Psychometric evaluation of the brief index of sexual functioning for women. *Archives of Sexual Behavior, 23*, 627-643
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne, 30*, 662-680.
- Vasiliadis, H. M., Lesage, A., Adair, C., Wang, P. S., & Kessler, R. C. (2007). Do Canada and the United States differ in prevalence of depression and utilization of services? *Psychiatric Services, 58*, 63-71.
- Yeh, H. C., Lorenz, F. O., Wickrama, K. A. S., Conger, R. D., & Elder, G. H. (2006). Relationships among sexual satisfaction, marital quality, and marital instability at midlife. *Journal of Family Psychology, 20*, 339-343.
- Young, M., Denny, G., Luquis, R., & Young, T. (1998). Correlates of sexual satisfaction in marriage. *Canadian Journal of Human Sexuality, 7*, 115-127.