
Étude des liens entre fonctionnement sexuel, anxiété sexuelle et cognitions

Auteur : Markiewicz, Yaëlle

Promoteur(s) : Kempeneers, Philippe

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée en psychologie clinique

Année académique : 2021-2022

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/15609>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.



« Étude des liens entre fonctionnement sexuel, anxiété sexuelle et cognitions »

Mémoire présenté par Yaëlle Markiewicz en vue de l'obtention du grade
de Master en Sciences psychologiques

Promoteur : Monsieur Kempeneers Philippe

Lectrices : Madame Louwette Séverine et Madame Blairy Sylvie

Année académique 2021 - 2022

Remerciements

Mes premiers remerciements s'adressent à mon promoteur pour sa disponibilité, ses conseils précieux, son expertise et son implication tout au long de ce travail. Intéressée depuis le début de mes études par la sexologie, je souhaitais me familiariser avec ce domaine en réalisant un mémoire s'y rapportant. Ce n'est que d'autant plus enthousiaste à l'idée d'en faire ma carrière que je termine ce projet, qui n'aurait pas été possible sans l'accompagnement de Monsieur Philippe Kempeneers.

Je tiens également à exprimer ma gratitude à Madame Sylvie Blairy pour s'être montrée ouverte à mes propositions de sujets de recherche et pour avoir accepté d'encadrer ce projet pendant un an en tant que promotrice. Son évaluation comme lectrice est également grandement appréciée.

Ensuite, je souhaiterais remercier chaleureusement Madame Séverine Louwette pour l'intérêt qu'elle porte pour mon travail et le temps qu'elle va accorder à sa lecture.

Je ne peux que marquer ma reconnaissance envers tous ceux et toutes celles qui auront partagé cette étude, et aux nombreuses personnes qui auront accepté d'y participer.

À titre personnel, je voulais faire part de mon appréciation aux personnes de mon entourage : Benjamin Wirtz pour son aide au niveau informatique et la patience dont il a fait preuve pour répondre aux questions que je lui posais à ce sujet (alors que la réponse était accessible en une recherche internet) ; Justine Liégeois pour son amitié, son écoute et son soutien infailibles ; Berfin Akbulut, sur qui on peut toujours compter pour retrouver le moral ; Gaëlle Oliveira-Grilo pour tout le réconfort qu'elle apporte ; Léa Pelletier pour ses conseils et sa présence ; Yannick Youna pour ses partages ; et enfin ma famille, Emmanuelle Bourgeois et Olivier, Eva et Simon Markiewicz, pour leur amour, leurs encouragements et le temps qu'ils auront passé à la relecture de ce travail.

Pour terminer, merci à toutes les personnes que je n'ai pas citées et qui ont contribué de près ou de loin à ce travail.

Liste des figures et des tableaux

Liste des figures :

Figure 1: Modèle de la réponse sexuelle masculine (Masters & Johnson, 1966)	8
Figure 2: Modèle de la réponse sexuelle féminine (Masters & Johnson, 1966)	9
Figure 3 : Modèle du cycle de la réponse sexuelle de Basson (2001).....	9
Figure 4 : Modèle biopsychosocial des dysfonctions sexuelles (Berry et al., 2013)	14
Figure 5 : Modèle du trouble de l'érection de Barlow (1986).....	17
Figure 6 : « Modèle conceptuel de médiation des relations entre les pensées négatives répétitives, la détresse sexuelle et le plaisir sexuel » de Pascoal et al. (2020).....	24
Figure 7 : Liens entre facteurs de risques psychologiques de la dysfonction sexuelle	26
Figure 8 : Schéma de corrélations pour le score total du BSFI.....	39
Figure 9 : Schéma de corrélations pour le score total du FSFI	41

Liste des tableaux

Tableau 1 : les dysfonctions sexuelles dans le DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013).....	12
Tableau 2 : données socio-démographiques de l'échantillon.....	33
Tableau 3 : résultats au Brief male Sexual Function Inventory (BSFI) (O'Leary et al., 1995).....	34
Tableau 4 : résultats au French Female Sexual Function Index (FSFI) (Rosen et al., 2000).....	34
Tableau 5 : résultats à la version française du State-Trait Anxiety Inventory (STAI-state ; Schweitzer et Paulhan, 1990)	35
Tableau 6 : résultats à la Emotion reactivity scale (ERS) (Nock et al., 2008).....	35
Tableau 7 : résultats au Sexual Irrationality Questionnaire (SIQ) (McCormick et Jordan, 1986)	36
Tableau 8 : résultats au Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ) (Ehring et al., 2011)	37
Tableau 9 : résultats au questionnaire sur les ruminations sexuelles	37
Tableau 10 : tableau de corrélations en rapport avec nos hypothèses, sujets hommes	40
Tableau 11 : tableau de corrélations en rapport avec nos hypothèses, sujets femmes	42
Tableau 12 : résultats des régressions linéaires multiples, méthode pas à pas.....	44

Table des matières

Remerciements	2
Introduction	7
Partie 1 : Théorie	8
1 : Le fonctionnement sexuel	8
<i>1.1 La réponse sexuelle</i>	8
<i>1.2 Les troubles sexuels</i>	11
1.2.1 Les dysfonctions sexuelles	11
1.2.1.1 Définition.....	11
1.2.1.2 Symptômes	12
1.2.1.3 Prévalence	13
1.2.1.4 Causes et facteurs de risques	13
1.2.1.5 Comorbidités	14
2 : L'anxiété et le fonctionnement sexuel	15
<i>2.1 Anxiété : définition</i>	15
2.1.1 Anxiété trait.....	15
2.1.2 Anxiété état.....	15
<i>2.2 Anxiété sexuelle</i>	16
<i>2.3 Anxiété et fonctionnement sexuel</i>	16
2.3.1 Evolution de la littérature	16
2.3.2 Les théories actuelles.....	17
2.3.3 Conclusions	18
3 : Les cognitions	19
<i>3.1 Les croyances sexuelles</i>	19
3.1.1 Définitions	19
3.1.2 Evolution de la littérature	19
3.1.3 Les théories actuelles : le modèle de Nobre (2009, 2010).....	20
3.1.4 Conclusions	21
<i>3.2 La réactivité émotionnelle</i>	22
<i>3.3 La régulation émotionnelle</i>	22
3.3.1 Définitions	22
3.3.2 Les ruminations mentales.....	22
3.3.2.1 Définitions.....	22
3.3.2.2 Ruminations et fonctionnement sexuel.....	23
4 : Hypothèses	26

Partie 2 : Empirique	29
5 : Méthodologie	29
5.1 Participants	29
5.2 Recrutement	29
5.3 Matériel utilisé	29
5.3.1 Brief male Sexual Function Inventory (BSFI) (O’Leary et al., 1995).....	29
5.3.2 French Female Sexual Function Index (FSFI) (Rosen et al., 2000).....	30
5.3.3 Version française du State-Trait Anxiety Inventory (STAI-state ; Schweitzer et Paulhan, 1990).....	30
5.3.4 Emotion reactivity scale (ERS) (Nock et al., 2008)	31
5.3.5 Sexual Irrationality Questionnaire (SIQ) (McCormick et Jordan, 1986)	31
5.3.6 Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ) (Ehring et al., 2011)	32
5.3.7 Questionnaire sur les ruminations sexuelles.....	32
6 : Résultats	33
6.1 Statistiques descriptives	33
6.1.1 Données socio-démographiques.....	33
6.1.2 Résultats aux différentes échelles.....	34
6.1.2.1 Brief male Sexual Function Inventory (BSFI) (O’Leary et al., 1995).....	34
6.1.2.2 French Female Sexual Function Index (FSFI) (Rosen et al., 2000).....	34
6.1.2.3 Version française du State-Trait Anxiety Inventory (STAI-state; Schweitzer et Paulhan, 1990).....	35
6.1.2.4 Emotion reactivity scale (ERS) (Nock et al., 2008)	35
6.1.2.5 Sexual Irrationality Questionnaire (SIQ) (McCormick et Jordan, 1986)	36
6.1.2.6 Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ) (Ehring et al., 2011).....	37
6.1.2.7 Questionnaire sur les ruminations sexuelles.....	37
6.1.3 Normalité des données	38
6.2 Corrélations	38
6.2.1 Sujets hommes.....	39
6.2.1.1 Interprétations.....	40
6.2.2 Sujets femmes.....	41
6.2.2.1 Interprétations et liens avec les hypothèses.....	42
6.3 Régressions linéaires multiples : méthode pas à pas	43
6.3.1 Sujets hommes : interprétations.....	45
6.3.2 Sujets femmes : interprétations	46
7 : Discussion	48
7.1 Interprétation des résultats en lien avec les hypothèses principales de l’étude	48
7.2 Interprétations supplémentaires des résultats	51

7.3 Limites	52
7.4 Implications et perspectives futures	54
8. Conclusions	55
Références	57
Annexes	70
<i>Annexe 1 : les dysfonctions sexuelles et leurs symptômes dans le DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013)</i>	70
<i>Annexe 2 : Appel à participation</i>	72
<i>Annexe 3 : Formulaire d'information</i>	73
<i>Annexe 4 : Formulaire de consentement</i>	77
<i>Annexe 5 : Questionnaire de ruminations sexuelles</i>	80
<i>Annexe 6 : Tableau de normalité des données – Kolmogorov-Smirnov</i>	81
<i>Annexe 7 : Corrélations – Sujets hommes – Pearson et Kendall</i>	83
<i>Annexe 8 : Corrélations – Sujets femmes – Pearson et Kendall</i>	89
<i>Annexe 9 : Schémas de corrélations pour les sous-scores du BSFI</i>	96
<i>Annexe 10 : Schémas de corrélations pour les sous-scores du FSFI</i>	99
<i>Annexe 11 : Résultats des régressions linéaires multiples, méthode pas à pas – FSFI Total</i>	102
<i>Annexe 12 : Résultats des régressions linéaires multiples, méthode pas à pas – FSFI Excitation</i> . 103	
<i>Annexe 13 : Résultats des régressions linéaires multiples, méthode pas à pas – FSFI Lubrification</i>	104

Introduction

La dysfonction sexuelle est un trouble complexe et souvent multifactoriel (American Psychiatric Association, 2013). Notre travail s'intéresse aux causes psychologiques, et plus particulièrement à l'anxiété sexuelle, aux croyances dysfonctionnelles et aux ruminations.

Nous pouvons retrouver dans la littérature plusieurs études faisant des liens entre fonctionnement sexuel et anxiété, détresse émotionnelle et croyances sexuelles (Nobre et Pinto-Gouveia, 2006 ; Pascoal et al., 2018 ; Kane et al., 2019). La relation entre le fonctionnement sexuel et les ruminations, quant à elle, n'a été explorée que dans une étude (Pascoal et al., 2020). Cependant, les auteurs n'ont pas évalué le contenu de ces pensées négatives.

Le but de ce mémoire est d'investiguer d'avantage les liens entre ces variables, ainsi que de tester pour la première fois les contenus des ruminations en contexte sexuel. La partie théorique de ce travail s'articulera autour de trois points principaux.

Le premier a pour but de définir ce que l'on entend par (dys)fonctionnement sexuel. Il commence par une introduction à la réponse sexuelle humaine, pour ensuite détailler la notion de dysfonction sexuelle. Cette description sera principalement basée sur le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5) (American Psychiatric Association, 2013).

Le second vise à mieux comprendre les liens entre le fonctionnement sexuel et l'anxiété. Pour ce faire, nous commencerons par définir l'anxiété, puis introduirons la notion d'anxiété sexuelle. Nous retracerons ensuite brièvement l'évolution de la littérature étudiant la relation entre l'anxiété et le fonctionnement sexuel, et terminerons en exposant les théories les plus récentes à ce sujet.

La fin de la partie théorique sera consacrée aux cognitions. Plus précisément, nous définirons la notion de croyance sexuelle, puis nous retracerons brièvement l'évolution des théories à ce sujet, pour ensuite décrire le modèle cognitivo-émotionnel de Nobre (2009 et 2010). Nous introduirons ensuite les notions de régulation émotionnelle et de ruminations, afin de réfléchir aux liens qu'elles pourraient avoir avec le fonctionnement sexuel.

Nous exposerons finalement nos hypothèses de recherche, qui seront testées dans la partie empirique de ce travail.

Partie 1 : Théorie

1 : Le fonctionnement sexuel

1.1 La réponse sexuelle

Chez l'humain, la réponse sexuelle représente l'ensemble des réactions physiologiques et psychologiques provoquées par un ou des stimuli sexuels.

Masters et Johnson, pères de la sexologie contemporaine, se sont basés sur les manifestations physiologiques pour segmenter cette réaction en quatre stades (Masters & Johnson, 1966). Premièrement, il y aurait la phase d'excitation, caractérisée par un changement progressif de plusieurs paramètres tels que la respiration, les battements du cœur, une réaction de vasocongestion au niveau des organes génitaux induisant entre autres une érection chez l'homme et la production de cyprine chez la femme. Ensuite viendrait la phase en plateau, au cours de laquelle ces différents paramètres se stabiliseraient. La troisième phase, celle de l'orgasme, serait accompagnée d'une montée brusque de l'excitation. Le cycle de la réponse sexuelle se terminerait avec une phase de résolution, au cours de laquelle tous les paramètres ayant changé au début du cycle retourneraient à leur état initial, d'avant les stimuli érotiques. La durée de ces différentes étapes varierait d'une personne à l'autre. Les auteurs de ce modèle différencient les hommes des femmes, remarquant que ces dernières auraient la capacité de maintenir une certaine excitation lors de la phase de résolution, qui leur permettrait de recevoir des orgasmes multiples si exposées à des stimulations suffisantes. La figure 1 ci-dessous illustre ce modèle pour les hommes, et la figure 2 pour les femmes (Masters & Johnson, 1966).

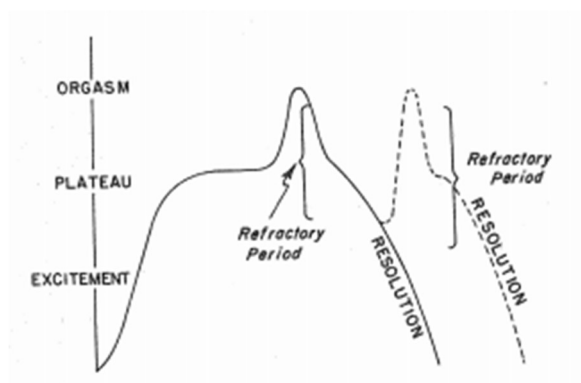


Figure 1: Modèle de la réponse sexuelle masculine (Masters & Johnson, 1966)

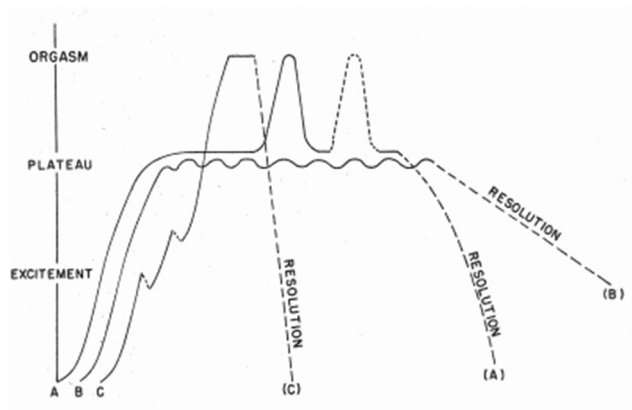


Figure 2: Modèle de la réponse sexuelle féminine (Masters & Johnson, 1966)

Quelques années plus tard, la sexothérapeute Hélène Singer Kaplan rajouta une phase supplémentaire à ce modèle, celle du désir (Kaplan, 1974). Le désir serait, selon H.S. Kaplan, un stade précédent ou concomitant à celui de l'excitation, où l'individu montrerait de l'intérêt pour le sexe, et serait à la recherche de stimulations sexuelles.

Cette modélisation linéaire n'est cependant pas acceptée par tous les auteurs, en particulier lorsqu'il s'agit de représenter la réponse sexuelle des femmes. Parmi ceux contestant cette conceptualisation, la Professeure Rosemary Basson (Basson, 2001) argumenta que les modèles linéaires ne tiennent pas compte de certains facteurs jouant un rôle important dans la satisfaction sexuelle féminine, tel que par exemple la motivation à avoir un rapport sexuel qui serait orientée vers des buts non sexuels. Elle mit donc au point un modèle circulaire de la réponse sexuelle féminine (Basson, 2000), qu'elle proposera ensuite d'étendre aux hommes (Basson, 2001). Ce modèle est illustré ci-dessous avec la figure 3 (Basson, 2001).

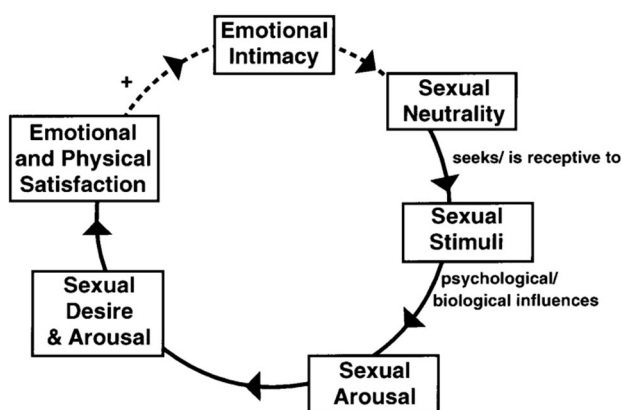


Figure 3 : Modèle du cycle de la réponse sexuelle de Basson (2001)

Il n'y a actuellement pas de consensus dans la littérature quant à la manière de modéliser le cycle de réponse sexuelle de l'être humain (Hayes, 2011 ; Nowosielski, Wróbel & Kowalczyk, 2015 ; Girdali, Kristensen & Sand, 2015 ; Driscoll et al., 2017 ; pour d'avantage d'informations sur ce débat). Il nous semblait toutefois adéquat de présenter différentes conceptualisations, car les théories s'intéressant aux dysfonctions sexuelles en découlent.

Plus récemment, Leavitt et al. (2019) suggérèrent une variabilité interpersonnelle du type de réponse sexuelle chez la femme. Dans le cadre de leur étude, ces auteurs ont récolté, auprès de femmes sexuellement actives ayant entre 18 et 70 ans, des données concernant le désir et l'excitation sexuels. Leur but était de répondre aux questions suivantes : « Les femmes rapportent-elles des modèles différents de désir et d'excitation sexuels ? » « Le désir sexuel précède-t-il toujours l'excitation chez les femmes ? » et « Si les femmes rapportent des cycles de réponse sexuelle différents, quels sont les liens entre ces différences de cycles et (a) les données démographiques, (b) les conséquences de ces cycles lors de l'expérience sexuelle, et (c) les conséquences sur la relation dans son ensemble ? ».

En analysant ces données, Leavitt et al. ont repéré six profils de réponse sexuelle, basés sur l'intensité de la réponse sexuelle et comment celle-ci fluctue : « faible », « faible avec fluctuation », « moyenne stable », « supérieure stable », « haute », « haute avec fluctuation ». À part le groupe « faible », qui constituait une minorité des participantes (8%), tous les profils étaient associés à des niveaux de satisfaction allant de moyen-élevé à élevé. Concernant les données démographiques, seules les variables âge, durée du couple et religiosité étaient associées à des différences de réponse sexuelle. Dans l'ensemble, on retrouvait davantage de participantes plus âgées et de participantes étant dans des relations de longue durée dans le groupe « faible » et « faible avec fluctuation ». Les femmes très religieuses se trouvaient plus dans les groupes « haute » et « faible avec fluctuation ». Les participantes ayant le moins de satisfaction conjugale étaient celle du groupe « faible », et les plus satisfaites appartenaient aux groupes « haute » et « haute avec fluctuation ». On pourrait donc conclure qu'il n'y a pas qu'un seul type de réponse sexuelle pouvant mener au plaisir et à la satisfaction. Enfin, il est difficile de répondre à la question du désir précédent l'excitation, car ces notions ne sont pas toujours facilement différenciables.

Les résultats de cette recherche soulignent l'importance d'évaluer le fonctionnement sexuel féminin non pas en regard d'un seul modèle, mais plutôt en tenant compte des différences individuelles de chaque femme. En procédant ainsi, il y aurait moins de risques de diagnostiquer une patiente comme sexuellement dysfonctionnelle, alors qu'elle présenterait

juste un cycle de réponse sexuelle différent de ce qui est classiquement reconnu comme étant la norme. Mais que veut-on dire par dysfonction sexuelle exactement ?

1.2 Les troubles sexuels

Dans le cadre de ce travail, nous testerons une population générale, et n'aurons donc à priori pas de sujet clinique ou très peu. Cependant, il nous semblait pertinent de définir ce qui est pathologique afin de comprendre vers quoi tendraient les sujets sains ayant des scores plus hauts en dysfonctionnement sexuel.

La classification que nous allons retenir sera celle du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5) (American Psychiatric Association, 2013). Ce manuel répertorie les troubles liés à la sexualité en trois catégories : (1) la dysphorie de genre, qui se réfère à la discordance entre le sentiment d'appartenance à un genre et le genre assigné à la naissance de l'individu ; (2) les troubles paraphiliques, reprenant le trouble voyeurisme, le trouble exhibitionnisme, le trouble frotteurisme, le trouble masochisme sexuel, le trouble sadisme, le trouble pédophilie, le trouble fétichisme et le trouble transvestisme ; et enfin les dysfonctions sexuelles (3). Notre mémoire s'intéressant principalement au fonctionnement sexuel de l'individu, c'est ce dernier point que nous allons détailler.

1.2.1 Les dysfonctions sexuelles

1.2.1.1 Définition

Selon le DSM 5, si un individu rencontre des difficultés dans au moins 75% des occasions d'activités sexuelles, que ces difficultés engendrent une certaine détresse chez cette personne, qu'elles durent depuis au moins six mois et qu'elles ne sont pas explicables par un trouble mental non sexuel, une souffrance sévère liée à une relation ou à d'autres facteurs de stress significatifs, une prise de médicament ou de substance, ou par un trouble médical, alors on peut parler de dysfonction sexuelle (American Psychiatric Association, 2013). Plus précisément, ce manuel définit les dysfonctions sexuelles comme étant « un groupe hétérogène de troubles qui se caractérisent typiquement chez une personne par une perturbation cliniquement significative de la capacité à répondre sexuellement ou à éprouver

du plaisir sexuel ». Ces troubles peuvent être présents dès les premières relations sexuelles, ils seraient alors caractérisés comme étant de type « de tout temps », ou ils peuvent être de type « acquis », et apparaître plus tard dans la vie sexuelle de l'individu. Le manuel fait aussi la distinction entre les troubles de type « généralisé », qui apparaissent peu importe le contexte, et les troubles dits « situationnels », qui apparaissent uniquement avec certains partenaires, situations ou stimuli. Enfin, les dysfonctions peuvent être classées selon trois niveaux de sévérité (léger, moyen ou grave).

1.2.1.2 Symptômes

Le tableau 1 ci-dessous reprend différentes dysfonctions sexuelles que peuvent rencontrer les hommes et les femmes (American Psychiatric Association, 2013).

Tableau 1 : les dysfonctions sexuelles dans le DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013)

Hommes	Femmes
<ul style="list-style-type: none"> • Diminution du désir sexuel • Troubles de l'érection • Ejaculation prématurée (précoce) • Ejaculation retardée 	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle/trouble de l'excitation • Trouble de l'orgasme • Trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration
<ul style="list-style-type: none"> • Dysfonctions induites par une substance/un médicament • Dysfonctions sexuelles spécifiées • Dysfonctions sexuelles non spécifiées 	

Afin de ne pas alourdir le texte, les symptômes propres à chacun de ces troubles sont repris dans un tableau plus détaillé en annexe (annexe 1). Tous les symptômes ne doivent pas être présents, mais le patient doit remplir les critères cités au point 1.2.1.1 pour être diagnostiqué avec un trouble. Une personne peut souffrir de plusieurs dysfonctions sexuelles à la fois.

1.2.1.3 Prévalence

Définir précisément la prévalence de chaque dysfonction sexuelle serait très difficile voire impossible, et ce en raison des facteurs multiples pouvant l'influencer (par exemple le pays d'origine, l'âge, la durée et la sévérité des symptômes, la manière dont le trouble est défini, la culture) ainsi que de la variation des méthodes qui sont utilisées pour évaluer ces troubles (American Psychiatric Association, 2013). Dans une revue de la littérature, McCabe et al. (2016) remarquent que la prévalence de la plupart des dysfonctions sexuelles, à l'exception de l'éjaculation précoce, augmente avec l'âge. À l'inverse des hommes, les femmes seraient plus souvent à risque de cumuler plusieurs dysfonctions sexuelles en même temps. Cependant, les auteurs conseillent de considérer ces résultats avec prudence, car les données présentes dans la littérature ont été recueillies de manière non standardisée, et sont donc difficilement comparables.

1.2.1.4 Causes et facteurs de risques

Les dysfonctions sexuelles peuvent être le résultat d'une combinaison de différents éléments. On retrouverait parmi ces facteurs de risques des causes organiques, psychologiques, relationnelles et socioculturelles (American Psychiatric Association, 2013 ; McCabe et Connaughton, 2013 ; Del Mar Sánchez-Fuentes et al., 2014 ; Khajehei et al., 2015). Plusieurs auteurs recommandent aux cliniciens d'utiliser un modèle biopsychosocial afin de comprendre au mieux les problèmes sexuels de leurs patients (McCabe et al., 2010 ; Basson et al., 2010 ; Brotto et al., 2016 ; Thomas et Thurston, 2016). La figure 4, tirée d'un article de Berry et al. (2013), complète ce modèle avec des exemples de facteurs de risque relatifs aux problèmes sexuels.

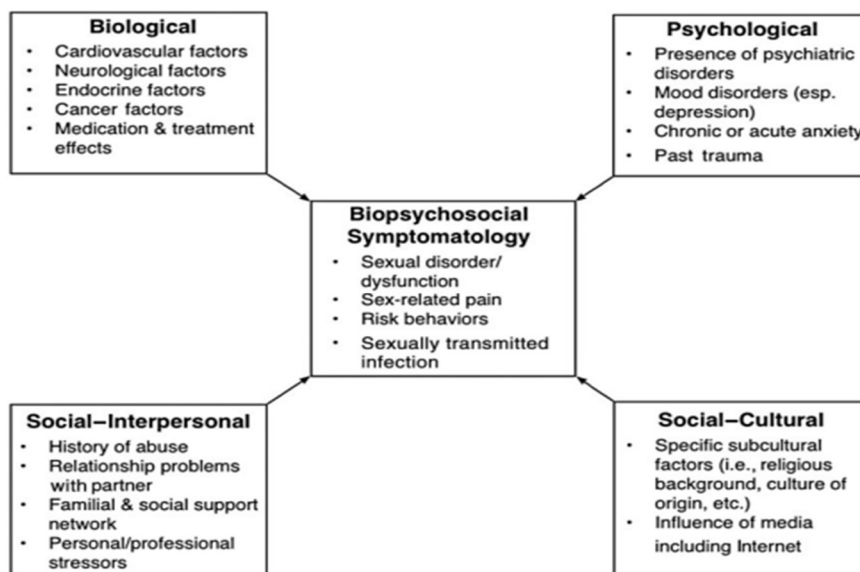


Figure 4 : Modèle biopsychosocial des dysfonctions sexuelles (Berry et al., 2013)

1.2.1.5 Comorbidités

Selon Alvan R. Feinstein (1970), la comorbidité correspondrait à toute maladie supplémentaire à et coexistant simultanément avec une pathologie primaire. Contrairement à la multimorbidité, ce terme concerne des pathologies qui sont liées, soit par des facteurs de risques communs, soit car elles ont une structure commune, soit parce que l'une est facteur de risque de l'autre (et des fois inversement) (Valderas et al., 2009 ; van Loo et Romeijn, 2015 ; Nicholson et al., 2019).

Si la comorbidité entre maladies mentales est très importante (Coussement et Heeren, 2020), les dysfonctions sexuelles sont également associées à des troubles psychiatriques (Forbes, Baillie, Eaton et Krueger, 2017). Parmi ces derniers, on retrouve dans la littérature les troubles dépressifs, troubles anxieux, la consommation de substances, le stress post-traumatique, les troubles psychotiques, et les troubles alimentaires (American Psychiatric Association, 2013 ; Brotto et al., 2016 ; Soldati, 2016 ; Basson et Gilks, 2018). Nous allons investiguer plus en profondeur la relation qu'entretiennent fonctionnement sexuel et anxiété.

2 : L'anxiété et le fonctionnement sexuel

2.1 Anxiété : définition

L'anxiété est définie par le DSM 5 comme étant « l'anticipation d'une menace future » (American Psychiatric Association, 2013). Elle serait caractérisée par de la tension, des affects négatifs, un sentiment d'inquiétude, et serait associée à des comportements d'évitement (Grillon, 2007).

Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg et Jacobs (cités par Steiner, Zaske, Durand, Molloy, & Arteta, 2016) distinguent deux types d'anxiété : l'anxiété trait et l'anxiété état.

2.1.1 Anxiété trait

Le trait d'anxiété serait la tendance générale d'un individu à juger des situations comme étant plus menaçantes et anxiogènes (Guillén-Riquelme et Buéla-Casal, 2014), et à ressentir de plus hauts niveaux d'anxiété état lors de ces situations (Heeren, Bernstein, et McNally, 2018). Elle serait relativement stable avec le temps (Leal, Goes, da Silva et Teixeira-Silva, 2017). Cette notion pourrait être associée au trait de personnalité « neuroticisme » (Gellman et Turner, 2013), qui correspond à une disposition à ressentir des affects négatifs tels que la colère, la tristesse, le stress, l'hostilité, l'inquiétude et l'anxiété (Lahey, 2009).

2.1.2 Anxiété état

Ce type d'anxiété est une réaction temporaire à un événement spécifique, et correspond aux modifications psychologiques et physiologiques chez la personne (Leal et al., 2017). Cet état peut survenir chez tout le monde, et les signes peuvent être, entre autres, une modification du rythme cardiaque, des tensions ou douleurs musculaires, avoir la tête qui tourne, transpirer, avoir le souffle court, se sentir plus fébrile (Gelenburg, 2000). Selon Eysenck et al. (2007) (cité par Dibbets et Evers, 2017), l'anxiété aurait un effet sur les fonctions attentionnelles telles que l'inhibition et le déplacement de l'attention. Cela pourrait être expliqué par le fait que les pensées anxieuses prennent de la place en mémoire de travail. Celle-ci ayant une

capacité limitée, elle aurait moins de ressources pour traiter d'autres demandes, et la performance cognitive en serait impactée.

2.2 Anxiété sexuelle

Canivet, Boislard et Godbout (2021) définissent l'anxiété sexuelle comme « la tendance d'une personne à avoir des pensées d'inquiétude, à ressentir de l'inconfort, de la peur, ou à avoir un comportement d'évitement quand exposée à un contexte ou des signaux sexuels ».

Selon ces auteurs, l'anxiété sexuelle serait associée à des problèmes de dysfonctionnement sexuel.

2.3 Anxiété et fonctionnement sexuel

2.3.1 Evolution de la littérature

La relation entre l'anxiété et le fonctionnement sexuel a été largement étudiée. Nous allons retracer en quelques mots l'évolution des théories à ce sujet, en nous basant sur une revue récente de la littérature (Kane, Dawson, Shaughnessy, Reissing, Ouimet et Ashbaugh, 2019), ainsi que sur un article de Kempeneers et Barbier (2008).

L'anxiété et l'excitation sexuelle furent d'abord considérées comme incompatibles, notamment par Wolpe (1958), qui suggérait que l'état d'anxiété et celui d'excitation sexuelle étaient physiologiquement antagonistes. D'après cette théorie, si un individu se trouvait dans une situation pouvant provoquer chez lui ces deux états simultanément, c'est la réponse la plus forte qui prendrait le dessus et inhiberait l'autre.

Masters et Johnson (1970) eurent une approche plus cognitive, et théorisèrent le phénomène d'anxiété de performance. Selon cette conception, un sujet qui serait trop préoccupé par ses performances se placerait comme « spectateur » de celles-ci. Il ne parviendrait pas à s'adonner au plaisir, et n'arriverait pas à produire une réponse sexuelle, car celle-ci serait inhibée par son inquiétude. Kaplan (1974) (cité par Kempeneers et Barbier, 2008) ajouta qu'il

pouvait y avoir d'autres facteurs causaux que l'anxiété de performance, tels que par exemple la peur de l'intimité.

En 1986, Barlow proposa un modèle cognitivo-comportemental de la dysfonction sexuelle. Ce modèle rejoignait Masters et Johnson quant au rôle inhibiteur que la distraction jouerait sur l'excitation sexuelle ; cependant, d'après Barlow, ce ne serait le cas que pour les sujets dysfonctionnels. En effet, il apparaissait que chez les hommes sains, l'anxiété n'avait pas d'effet néfaste, voire même qu'elle facilitait l'excitation par le biais d'une attention plus intensément dirigée vers les stimuli érotiques. À titre d'illustration, le modèle schématisant les réponses sexuelles de sujets sains versus des sujets souffrant de troubles de l'érection (Barlow, 1986) est repris ci-dessous.

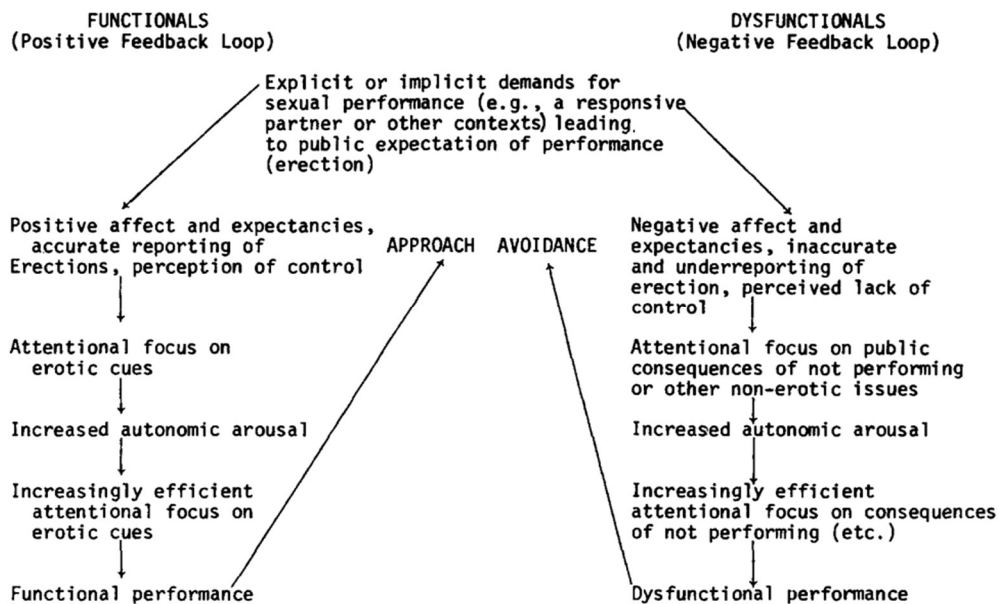


Figure 5 : Modèle du trouble de l'érection de Barlow (1986)

2.3.2 Les théories actuelles

En 2008, Kempeneers et Barbier proposèrent une seconde explication à l'action facilitatrice qu'aurait l'anxiété sur l'excitation de certains sujets : l'effet d'amorce. En plus d'une attention accrue portée vers les stimuli érotiques, le sujet sain pourrait interpréter les manifestations physiques et mentales de l'anxiété (transpiration, accélération du rythme cardiaque, ...)

comme étant des manifestations d'excitation sexuelle. Cette interprétation favoriserait l'excitation sexuelle.

Quant aux sujets cliniques, l'anxiété attirerait leur attention vers des considérations non érotiques. Ces interférences cognitives pourraient être une cause de dysfonctions sexuelles. Kempeneers et Barbier (2008) proposent d'expliquer ce phénomène avec le concept d'érotophobie, qui est la disposition à évaluer négativement des stimuli sexuels et à y réagir avec des affects négatifs. Ce trait de personnalité pourrait être à la fois une cause et une conséquence de dysfonction sexuelle (Fisher, White, Byrne, et Kelley, 1988). Les personnes érotophobes ressentent les situations sexuelles comme étant potentiellement dangereuses et stressantes.

Kempeneers et Barbier (2008) relatent que « chez une personne anxieuse, le traitement cognitif d'un stimulus en rapport à ses difficultés émotionnelles est beaucoup plus coûteux en ressources attentionnelles que ne l'est le traitement du même stimulus chez une personne non anxieuse ». Par conséquent, les personnes érotophobes seraient beaucoup plus sujettes aux interférences cognitives quand elles se trouvent dans un contexte sexuel.

Toujours selon ces auteurs, les interférences cognitives prennent de la place en mémoire de travail, qui, comme expliqué précédemment avec l'article d'Eysenck et al. (2007), a une capacité limitée. Si la mémoire de travail est saturée par des éléments non érotiques, alors la personne n'aura pas assez de ressources pour traiter les stimuli sexuels, et la réponse sexuelle risque d'être impactée.

2.3.3 Conclusions

En résumé, l'anxiété seule peut avoir soit un rôle neutre, soit faciliter l'excitation sexuelle via l'effet d'amorce et une augmentation du focus attentionnel sur les stimuli érotiques. En revanche, l'anxiété couplée à de la distraction aurait un effet inhibiteur sur l'excitation du sujet. Certaines personnes, présentant des caractéristiques particulières comme l'érotophobie, seraient plus sujettes à ces distractions.

L'érotophobie ne serait qu'un facteur de vulnérabilité parmi d'autres. Dans le point suivant, nous nous intéresserons à d'autres variables cognitives pouvant interférer avec le fonctionnement sexuel de l'individu.

3 : Les cognitions

3.1 Les croyances sexuelles

3.1.1 Définitions

Selon Nobre (2009), les croyances sexuelles sont des « idées que les personnes ont à propos de la sexualité, et qui sont basées sur les expériences de vie et les processus d'apprentissage ».

Ces croyances, si dysfonctionnelles, peuvent être néfastes et constituer un facteur de vulnérabilité dans l'apparition de dysfonctions sexuelles, chez les hommes comme chez les femmes, hétérosexuels comme homosexuels (Nobre et Pinto-Gouveia, 2006 ; Peixoto & Nobre, 2014 ; Pascoal, Rosa, Silva et Nobre, 2018 ; Peixoto et Nobre, 2020). Nous allons retracer brièvement l'évolution des théories et des données de la littérature scientifique à ce sujet, pour ensuite exposer nos hypothèses.

3.1.2 Evolution de la littérature

Zilbergeld (1978, 1992 et 1999) (cités par Nobre et Pinto-Gouveia, 2006) fut l'un des premiers à amener la notion de mythes sexuels avec ses travaux sur les hommes souffrant de troubles de l'érection. Ces mythes seraient des croyances erronées sur la sexualité, et concernent entre autres la performance du sujet. Si un homme croyant en ces mythes se retrouve dans une situation sexuelle où il présente des difficultés, il risque de développer des pensées négatives et dévalorisantes vis-à-vis de lui-même. Ces pensées et croyances seraient des facteurs de vulnérabilité mais également de maintien des dysfonctions sexuelles (Zilbergeld, 1999).

Hawton (1985) ajouta à la théorie de Zilbergeld le mythe du double standard, qui postule qu'un comportement sexuel ne sera pas jugé de la même manière s'il vient d'un homme ou d'une femme. Selon cette croyance, les hommes devraient être plutôt demandeurs et dominants, et les femmes plutôt soumises et moins libérées. Ce mythe impacterait surtout les femmes.

Heiman et LoPiccolo (1988) étoffèrent la théorie de Hawton, en disant qu'en plus des croyances liées au conservatisme, le fonctionnement sexuel féminin pouvait aussi être influencé par les croyances en lien avec l'âge, l'apparence physique et la performance.

3.1.3 Les théories actuelles : le modèle de Nobre (2009, 2010)

Nobre a mis au point un modèle cognitivo-émotionnel de la dysfonction sexuelle. Il l'a d'abord testé chez les femmes rapportant un trouble du désir (Nobre, 2009) puis chez les hommes souffrant de troubles de l'érection (Nobre, 2010). Ce modèle a trois composantes :

- Les croyances fondamentales, aussi appelées schémas cognitifs. Nobre s'inspire de Beck (1996) et définit ces schémas comme étant une manière de percevoir et évaluer le monde, mais également de s'auto-percevoir et s'auto-évaluer, que l'on appelle « schémas de soi ». C'est particulièrement à ces derniers que l'auteur s'intéresse.
- Les croyances sexuelles, qui sont mises au conditionnel afin de représenter les conditions nécessaires à l'activation de schémas cognitifs.
- Les réponses cognitives et émotionnelles à l'activation des schémas cognitifs.

Ce modèle est pluridirectionnel. La combinaison des facteurs que nous venons de citer peut impacter le fonctionnement sexuel d'un individu, de même que le fonctionnement sexuel peut lui aussi activer certains schémas cognitifs.

Le principe est le suivant : face à une situation sexuelle jugée comme étant un échec (manque de plaisir, problèmes pour maintenir une érection, problèmes pour lubrifier, présence de douleur, ...), notre réaction va en partie dépendre de nos schémas cognitifs. Prenons l'exemple d'un homme qui aurait comme représentations de lui « je ne réussis jamais ce que j'entreprends », et comme croyance sexuelle « un homme qui est incapable de maintenir une érection est un raté ». Dans un contexte où cet homme rencontrerait un problème d'érection, il est probable qu'il active des schémas d'incompétence, c'est à dire des pensées négatives à propos de soi (par exemple « je suis nul dans tout ce que je fais »), et qu'il se dise qu'il est réellement un bon à rien. Dans cette situation, selon Nobre, les réponses cognitives et émotionnelles à l'activation de ces schémas pourraient être l'apparition de pensées liées à l'échec entraînant une distraction, et l'apparition d'affects négatifs.

La croyance sexuelle reprise dans notre exemple pourrait être regroupée sous l'appellation « croyances de type macho » avec d'autres croyances telles que « un homme doit pouvoir satisfaire sexuellement toutes ses partenaires », « un homme doit avoir une libido élevée et de nombreuses relations sexuelles ». Dans son étude de 2010, Nobre conclut que les sujets ayant ce type de croyances seraient plus susceptibles de rencontrer des difficultés sexuelles car plus à risques d'activer des schémas d'incompétence. Ces schémas, associés à un manque de pensées érotiques et des affects négatifs, auraient selon l'auteur un impact sur la réponse érectile.

Concernant les femmes, Nobre (2009) suggère que les participantes avec plus de croyances conservatrices sur la sexualité (par exemple, « l'orgasme n'est possible que via une pénétration vaginale ») sont plus à risque de rencontrer des troubles du désir sexuel. En situation incompatible avec leurs croyances, ces femmes pourraient avoir des pensées automatiques du style « abus sexuel » (telles que « il ne me respecte pas ») et des émotions de type peur et colère, ceci ouvrant la porte à des pensées de « désengagement » (comme se demander quand l'acte va finir), et entraînant une distraction. Cependant, contrairement aux hypothèses de l'auteur, ces pensées de type « abus » ne prédisaient une baisse de désir et de pensées érotiques seulement lorsqu'elles étaient associées aux pensées de désengagement et à la distraction qu'elles favorisaient, mais pas à elles seulement.

3.1.4 Conclusions

Pour conclure, les croyances sexuelles dysfonctionnelles et les émotions survenant lors d'une situation incompatible avec ces croyances semblent être des facteurs de risque de dysfonction sexuelle. Comme pour l'anxiété, c'est lorsque ces variables entraînent une distraction que l'on retrouve un effet plus significatif sur la réponse sexuelle de l'individu (Pascoal et al., 2018). Le modèle cognitivo-émotionnel de Nobre (2009, 2010) ne tient cependant pas compte de l'intensité des émotions ressenties, ni des stratégies utilisées pour gérer ces émotions indésirées. La régulation émotionnelle semble pourtant avoir un impact sur le fonctionnement sexuel (Pepping et al., 2018 ; Dubé et al., 2019 ; Vasconcelos et al., 2020). Ce concept, ainsi que celui de réactivité émotionnelle, seront rapidement présentés dans le point suivant afin d'introduire les ruminations, qui constituent une des variables que nous souhaitons évaluer dans notre étude.

3.2 La réactivité émotionnelle

« La réactivité émotionnelle fait référence à la mesure dans laquelle un individu éprouve des émotions (a) en réponse à un large éventail de stimuli (sensibilité aux émotions), (b) fortement ou intensément (intensité de l'émotion), et (c) pendant une période prolongée avant de revenir au niveau d'excitation de base (persistance de l'émotion) » (Nock et al., 2008). Ces auteurs avancent qu'une réactivité émotionnelle élevée prédisposerait les individus à des problèmes de régulation émotionnelle. Ils disent aussi que la réactivité émotionnelle et la régulation émotionnelle sont impliquées dans le développement et le maintien de pathologies mentales.

3.3 La régulation émotionnelle

3.3.1 Définitions

Naragon-Gainey et al. (2017) remarquent qu'il n'y a pas de consensus dans la littérature quant à la manière de définir la régulation émotionnelle, et proposent de la décrire de la manière suivante : « La régulation émotionnelle implique une tentative d'influencer les émotions. Ces émotions peuvent être (a) de valence positive et/ou négative, (b) ses propres émotions et/ou celles d'une autre personne, et (c) influencées en termes d'intensité, de durée et/ou de qualité ». Ils ajoutent que ce processus peut être inconscient et automatique, et rejoignent Nock et al. (2008) pour affirmer qu'une mauvaise régulation émotionnelle est associée à des problèmes psychologiques (tels que par exemple l'anxiété). Parmi les techniques de régulation émotionnelle mal adaptatives, on peut retrouver les ruminations.

3.3.2 Les ruminations mentales

3.3.2.1 Définitions

Les ruminations sont une stratégie de régulation émotionnelle (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001). Elles sont décrites par Janoff-Bulman (1992) comme étant involontaires et perturbantes. Pour Martin et Tesser (1996), elles seraient plutôt orientées vers des buts personnels, mais selon Nolen-Hoeksema, Wisco, et Lyubomirsky (2008), elles

correspondraient à des pensées récurrentes chez un individu, axées sur son vécu émotionnel ainsi que sur ses problèmes, leurs causes et leurs conséquences. Les ruminations sont associées à un manque de flexibilité cognitive et des difficultés à désengager son attention de stimuli négatifs (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Ces pensées maintiendraient l'état de détresse de la personne (Nolen-Hoeksema, 1991 ; Pe, Vandekerckhove et Kuppens, 2013). En effet, il semble que ruminer augmenterait la présence de pensées négatives, impacterait la motivation et la prise d'initiatives, diminuerait la capacité à résoudre ses problèmes, et réduirait l'orientation vers le soutien social (Nolen-Hoeksema et al., 2008).

Treynor, Gonzalez et Nolen-Hoeksema (2003) distinguent deux types de ruminations : la réflexion, qui est une introspection volontaire ayant pour but de s'engager dans une résolution de problème, et le ressassement, qui correspond à une « comparaison entre la situation actuelle du sujet et certains objectifs qu'il n'aurait pas atteints ». Si la réflexion réduit la détresse de la personne, le ressassement, lui, l'augmente.

Dans sa théorie des modes de traitement, Watkins (2008) précise lui aussi deux styles de ruminations. Le premier, de type « concret-expérientiel », est porté sur le moment présent et tient compte des sensations et émotions ressenties à ce moment-là, ainsi que du contexte spécifique de la situation. Le second style est celui dit « abstrait-analytique », et est axé sur le passé et le futur. Il porte sur les causes, les conséquences et la signification d'un état ou d'une situation.

Les ruminations mentales sont reconnues comme étant un symptôme important de la dépression (Nolen-Hoeksema, 1991 ; Pe, Vandekerckhove et Kuppens, 2013). Elles pourraient aussi être en relation avec d'autres pathologies psychiatriques, telles que les troubles anxieux (Schäfer, Naumann, Holmes, Tuschen-Caffier, et Samson, 2016), les troubles alimentaires et l'alcoolisme (Nolen-Hoeksema et al., 2008).

3.3.2.2 Ruminations et fonctionnement sexuel

Nous avons vu dans les chapitres précédents que le fonctionnement sexuel pouvait être influencé par une multitude de variables. Parmi elles, on retrouve notamment la distraction cognitive, qui serait en partie liée à des représentations dysfonctionnelles et des affects négatifs (Nobre, 2009, 2010).

Il nous paraissait intéressant de faire le rapprochement avec les ruminations, car de par leurs caractéristiques (pensées intrusives et récurrentes, associées à un manque de flexibilité cognitive, pouvant maintenir la détresse émotionnelle), elles pourraient correspondre à ces facteurs de vulnérabilité.

Cependant, nous n'avons trouvé qu'une seule étude faisant le lien entre rumination et fonctionnement sexuel, celle de Pascoal, Raposo, et Roberto (2020). Leur but était d'évaluer si les pensées négatives répétitives (ruminations et inquiétudes) jouaient un rôle dans la détresse sexuelle et le plaisir sexuel. Les auteurs ont aussi tenu compte des co-inquiétudes et co-ruminations, qui sont le partage social de ses inquiétudes et ruminations. Leur échantillon était composé de personnes cisgenres étant dans une relation monogame et venant d'une population non clinique.

Voici leurs hypothèses :

- « Les inquiétudes et les ruminations sont corrélées positivement de manière significative »
- « La détresse sexuelle et le plaisir sexuel sont corrélés négativement de manière significative »

Les auteurs tentèrent aussi de répondre aux questions suivantes : « Les inquiétudes et les ruminations sont-elles associées à la détresse sexuelle et au plaisir sexuel ? » et « Les co-inquiétudes et co-ruminations sont-elles des variables médiatrices entre les pensées négatives répétitives (inquiétudes et ruminations) et la détresse sexuelle et le plaisir sexuel ? »

Pour illustrer leurs hypothèses, ils élaborèrent le modèle suivant :

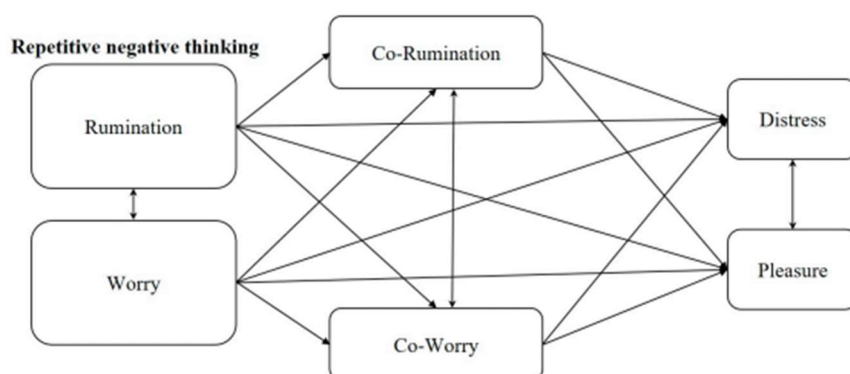


Figure 6 : « Modèle conceptuel de médiation des relations entre les pensées négatives répétitives, la détresse sexuelle et le plaisir sexuel » de Pascoal et al. (2020)

Les résultats de cette étude valident les deux hypothèses proposées, et indiquent que les ruminations et les inquiétudes semblent être corrélées positivement à la détresse sexuelle. Cette relation ne semblait pas être significativement impactée par les co-ruminations et co-inquiétudes. Co-ruminations et co-inquiétudes étaient corrélées positivement entre elles. Pascoal et al. avancent que la détresse sexuelle et le plaisir sexuel sont des concepts indépendants sous-tendus par des mécanismes différents, mais leur étude à elle seule ne permet pas de confirmer cette théorie.

Il est important de noter que le contenu des ruminations et des inquiétudes n'a pas été mesuré.

4 : Hypothèses

Comme nous venons de le voir, le fonctionnement sexuel est complexe et dépend d'une multitude de facteurs. Notre intérêt se porte sur l'interaction de différents facteurs de risques psychologiques, mis en lien dans le schéma ci-dessous :

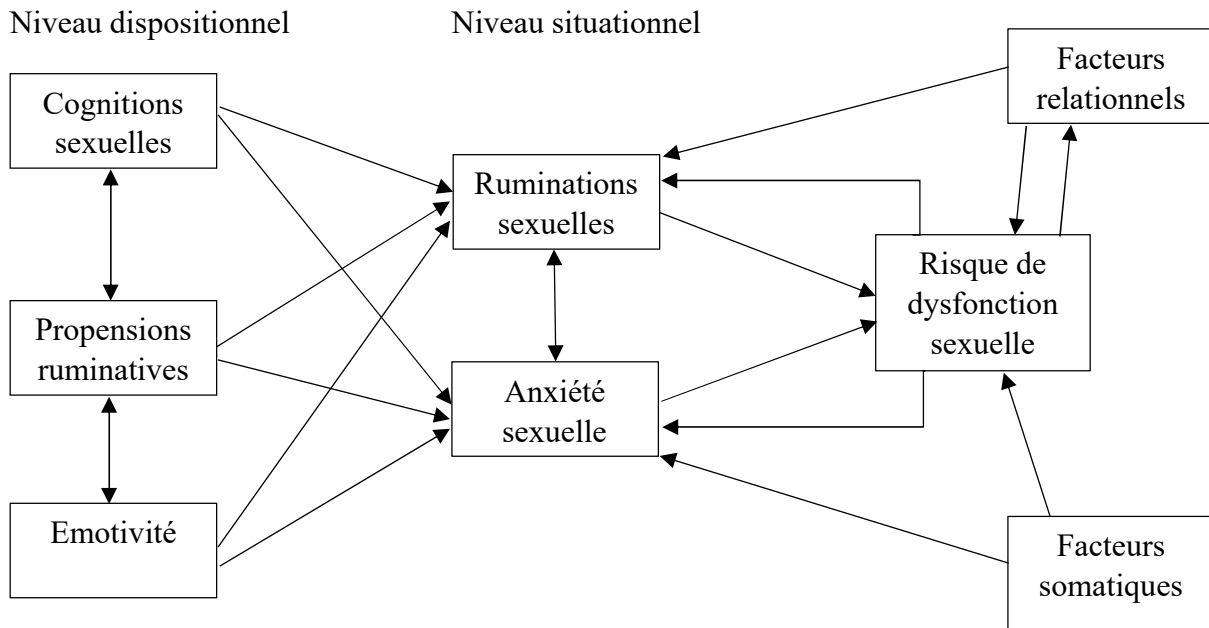


Figure 7 : Liens entre facteurs de risques psychologiques de la dysfonction sexuelle

Voici les hypothèses théoriques de ce travail :

1) Il existe un lien négatif entre la propension à la rumination et fonctionnement sexuel

Seule l'étude de Pascoal et al. (2020) investigate les relations entre les ruminations et le fonctionnement sexuel. Plus précisément, les auteurs se concentraient sur les aspects plaisir et détresse associées aux relations sexuelles. Leurs résultats impliquent qu'il y aurait bien un rapport entre ces facteurs, avec une corrélation positive entre ruminations et détresse sexuelle. Il nous semble qu'il n'y ait cependant pas d'étude abordant les liens

entre les ruminations et le fonctionnement sexuel général. Nous désirions donc tester cette relation.

2) Il existe un lien négatif entre ruminations sexuelles et fonctionnement sexuel, et les ruminations sexuelles ont un caractère prédictif sur les dysfonctions sexuelles plus fort que celui des propensions générales à la rumination et que les cognitions sexuelles prises individuellement

Face à des stimuli sexuels, plusieurs facteurs cognitifs peuvent influencer la réponse et le fonctionnement sexuel d'un individu. Ces facteurs semblent avoir un effet particulièrement significatif lorsqu'ils entraînent une distraction (Pascoal et al., 2018). Ils pourraient être de nature différente, comme par exemple les schémas cognitifs modélisés par Nobre (2009, 2010), ou des croyances irrationnelles liées à la sexualité (Nobre et Pinto-Gouveia, 2006 ; Peixoto et Nobre, 2017 ; Raposo et al., 2021). Ces croyances irrationnelles correspondraient au terme « cognitions sexuelles » de notre hypothèse.

Par ruminations sexuelles, nous entendons ici des ruminations propres à un contexte sexuel. Ce type de pensées n'a pas encore été étudié, du moins pas à notre connaissance. Cependant, au vu des résultats de Pascoal et al. (2020), nous supposons qu'elles pourraient exister. De plus, en tenant compte de la nature des pensées de type ruminations, qui sont intrusives et qui pourraient amener une certaine perturbation (Janoff-Bulman, 1992), nous pourrions imaginer qu'elles impacteraient négativement le fonctionnement sexuel. C'est ce que nous chercherons à tester avec la première partie de cette hypothèse. Nous postulons également que les ruminations sexuelles seraient plus associées au fonctionnement sexuel que la propension à la rumination, qui est plus générale et ne se concentre pas à un contexte sexuel, et que les cognitions sexuelles. Une personne pourrait par exemple avoir certaines croyances sexuelles considérées comme irrationnelles, mais n'en serait pas nécessairement impactée sexuellement, car ces croyances pourraient n'être associées à de la distraction uniquement dans certains contextes. Cela peut être illustré par le modèle de Nobre (2009, 2010). Les ruminations, de par leur nature, sont plus à risque d'entraîner une distraction chez le sujet, et donc d'en impacter le fonctionnement sexuel. C'est ce que propose la deuxième partie de notre hypothèse.

3) Il existe un lien positif entre les ruminations sexuelles et la propension à l'anxiété sexuelle

Des liens entre ruminations et anxiété ont été faits dans la littérature (Schäfer et al., 2016). Nous nous demandions si les ruminations sexuelles pouvaient elles aussi être corrélées à la propension à l'anxiété sexuelle. Pour rappel, l'anxiété peut avoir une fonction inhibitrice sur le fonctionnement sexuel lorsqu'elle entraîne de la distraction (Kempeneers et Barbier, 2008). L'anxiété sexuelle est associée à des problèmes de dysfonctionnement sexuel (Canivet et al., 2021). Peut-être qu'un des éléments distrayeurs, associé à l'anxiété sexuelle dans un contexte sexuel, serait les ruminations sexuelles. C'est le lien que cherche à investiguer cette troisième et dernière hypothèse.

Partie 2 : Empirique

5 : Méthodologie

5.1 Participants

L'étude a été réalisée sur une population de 554 participants. Ces derniers devaient correspondre à deux critères : avoir au minimum 18 ans, et être actif sexuellement. Les sujets provenant de la population générale et non d'une population clinique, il convenait d'avoir un échantillon important afin d'avoir plus de chance d'observer des effets entre les différentes variables étudiées.

5.2 Recrutement

Le recrutement s'est fait via les réseaux sociaux et le bouche à oreille. Dans une annonce décrivant brièvement l'objectif de ce mémoire (annexe 2) se trouvait un lien menant aux formulaires d'information et de consentement (annexe 3 et annexe 4). Après leur lecture, si la personne correspondait à nos critères et marquait son consentement, elle avait accès à notre enquête en ligne.

L'anonymat était garanti et les sujets étaient libres de mettre un terme à leur participation à tout moment.

5.3 Matériel utilisé

5.3.1 Brief male Sexual Function Inventory (BSFI) (O'Leary et al., 1995)

Ce questionnaire permet d'évaluer cinq domaines de la fonction sexuelle masculine : le désir sexuel, l'érection, l'éjaculation, l'évaluation des problèmes (à quel point le manque de désir sexuel, l'habilité à maintenir une érection et l'éjaculation sont des problèmes) et la

satisfaction générale. Le sujet est invité à répondre à onze items, présentés sous forme d'échelles de Likert allant de 0 à 4. Plus les scores sont faibles, plus il y a de symptômes de dysfonction. Le score minimum que l'on peut obtenir à cette échelle est 0, et le maximum est 44. La consistance interne de la version anglaise est jugée comme bonne, avec un alpha de Cronbach allant de 0,78 pour les hommes d'entre 20 et 29 ans, 0,88 pour les hommes d'entre 30 et 39 ans, et variant entre 0,90 et 0,94 pour les sujets des tranches d'âge supérieures.

5.3.2 French Female Sexual Function Index (FSFI) (Rosen et al., 2000)

Pour notre travail, nous utiliserons la version française de la FSFI, validée par Wylomanski et al. (2014). La consistance interne de cette version est considérée comme bonne, avec un alpha de Cronbach supérieur à 0,8.

Cette échelle est composée de dix-neuf items, destinés à mesurer les dimensions « désir », « excitation subjective », « lubrification », « orgasme », « satisfaction » et « douleur / inconfort » du fonctionnement sexuel féminin. Ces items sont sous forme d'échelles de Likert allant de 1 à 5 (l'option 0 est possible si la participante ne correspond pas aux critères pour répondre à la question). Plus les scores sont faibles, plus il y a de symptômes de dysfonction. Le score total minimum est de 4, et 95 est le score le plus haut qu'un sujet peut obtenir à cette échelle.

5.3.3 Version française du State-Trait Anxiety Inventory (STAI-state ; Schweitzer et Paulhan, 1990)

L'anxiété sexuelle est mesurée avec une adaptation de cette échelle, où le « en ce moment » de la consigne a été remplacé par « lorsque vous avez une relation sexuelle ». Cette échelle est composée de vingt items, pour lesquels le sujet a le choix entre les réponses « non », « plutôt non », « plutôt oui » et « oui ». Les scores des sujets peuvent varier entre 20 (anxiété minimum) et 80 (anxiété maximum). L'alpha de Cronbach de cette échelle est de 0,91.

5.3.4 Emotion reactivity scale (ERS) (Nock et al., 2008)

Nous utilisons la version française de l'échelle ERS, validée par Lannoy et al. (2014). L'alpha de Cronbach de cette version est de 0,70, ce qui indique une bonne consistance interne.

Cette échelle vise à mesurer la réactivité émotionnelle (définie au point 3.2 de ce mémoire). Elle est composée de vingt-et-un items évaluant la sensibilité aux émotions ainsi que l'intensité et la persistance de ces dernières. Ces items sont des échelles de Likert allant de 0 (« ne me correspond pas du tout ») à 4 (« me correspond tout à fait »). Plus le score du sujet est élevé, plus la réactivité émotionnelle de celui-ci sera importante. Le score total peut aller de 0 à 84.

5.3.5 Sexual Irrationality Questionnaire (SIQ) (McCormick et Jordan, 1986)

Ce questionnaire a été adapté en français par Kempeneers et al. (2000).

Composé de trente-deux items sous forme d'échelle de Likert, il a pour but de repérer la présence de pensées sexuelles irrationnelles, avec certaines pouvant s'articuler autour de quatre thèmes (Kempeneers et al., 2000) : le besoin de contrôle sur sa sexualité (F1), la communication et l'adaptation active aux différences de sensibilité sexuelle (F2), la problématisation des fantasmes érotiques (F3) et l'intolérance aux frustrations sexuelles (F4). Nous avons aussi la dimension SIQ R, qui reprend les items du questionnaire n'ayant pas été rattachés à un thème spécifique, mais qui mesurent tout de même l'irrationalité de pensées sexuelles (Kempeneers et al., 2000).

Les scores totaux peuvent varier de 32 à 192 points. Plus un sujet obtient un score élevé, plus il présente de croyances sexuelles irrationnelles. L'alpha de Cronbach de la version anglaise est de 0,73.

5.3.6 Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ) (Ehring et al., 2011)

Le questionnaire PTQ a pour but de mesurer la propension à ruminer ; il comporte dix items, dont les réponses, sous forme d'échelle de Likert, vont de « jamais » (0 point) à « presque toujours » (4 points). Un score élevé traduit une importante tendance à ruminer.

Pour notre étude, nous utiliserons la version française de cette échelle, validée par Devynck et al. (2017). L'alpha de Cronbach de cette version est de 0,88, ce qui indique une très bonne consistance interne de l'outil.

5.3.7 Questionnaire sur les ruminations sexuelles

À notre connaissance, il n'y a pas d'outil mesurant le contenu des ruminations en situation sexuelle. Cependant, il nous paraissait pertinent de tenter d'évaluer cette dimension, car elle pourrait potentiellement mieux prédire les dysfonctions sexuelles que les cognitions sexuelles et que la propension à la rumination (voire hypothèse 2). Nous avons donc construit une échelle de rumination en regard d'échelles déjà existantes mesurant l'irrationalité sexuelle (Kempeneers, Louwette, Mormont, et Doudali, 2000), les schémas cognitifs en contexte sexuel (Nobre et Pinto-Gouveia, 2009) et les pensées automatiques, émotions et réponse sexuelle (Nobre et Pinto-Gouveia, 2007). Nous nous sommes aussi inspirés du Questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant les rapports sexuels de Trudel et al. (1998).

Cette échelle est composée de 13 items, sous forme d'échelle de Likert allant de 0 à 5, couvrant cinq types de pensées qui pourraient être rencontrées lors d'un rapport sexuel : incompetence, défectuosité, indésirabilité/rejet, impuissance, croyances sexuelles. Les quatre premiers types de pensées ont été inspirés des dimensions du Questionnaire of Cognitive Schema Activation in Sexual Context de Nobre et Pinto-Gouveia (2009), qui portent le même nom. Plus le score est haut, plus il y a présence de ruminations sexuelles. Le total peut aller de 0 à 65.

L'échelle est reprise en annexe 5.

6 : Résultats

Différentes analyses statistiques ont été réalisées afin de tester nos hypothèses, et ce, à partir de la version 0.16.3.0 du logiciel JASP. Pour l'ensemble des tests réalisés, le seuil de significativité a été fixé à $p = .05$. Pour une lecture plus aisée, les résultats significatifs seront surlignés en bleu.

6.1 Statistiques descriptives

6.1.1 Données socio-démographiques

Peu de données socio-démographiques étaient requises pour ce travail. Nous demandions uniquement le sexe, et l'âge (car les participants devaient avoir au minimum 18 ans pour être retenus). Il n'y avait pas non plus de critère quant à la répartition des sujets dans ces catégories (nous ne demandions pas à ce qu'il y ait autant d'hommes que de femmes, ni à ce que l'âge suive une courbe normale). Comme précisé au point 5.1 de ce mémoire, le but était ici d'avoir le plus de participants possible (au minimum 500), et ce, afin d'avoir de meilleures chances d'observer des effets entre nos différentes variables.

Notre échantillon est composé de 554 sujets, dont 410 femmes (soit 74%) et 144 hommes (26%). La moyenne d'âge de l'échantillon est de 30.78 ans. Plus de détails concernant ces données sont disponibles dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : données socio-démographiques de l'échantillon

	Âge (en années)		
	Moyenne	Ecart-type	Minimum - Maximum
Echantillon total (n=554)	30.78	11.51	18 - 66
Femmes (n=410)	30.4	11.06	18 - 66
Hommes (n=144)	31.87	12.67	18 - 62

6.1.2 Résultats aux différentes échelles

6.1.2.1 Brief male Sexual Function Inventory (BSFI) (O'Leary et al., 1995)

Tableau 3 : résultats au Brief male Sexual Function Inventory (BSFI) (O'Leary et al., 1995)

BSFI	Nombre d'items	Moyenne	Ecart-type
Désir	2	5.93	1.52
Erection	3	9.76	2.18
Ejaculation	2	7.13	1.5
Evaluation	3	10.44	2.13
Satisfaction	1	2.31	1.2
Total	11	35.56	5.83

6.1.2.2 French Female Sexual Function Index (FSFI) (Rosen et al., 2000)

Tableau 4 : résultats au French Female Sexual Function Index (FSFI) (Rosen et al., 2000)

FSFI	Nombre d'items	Moyenne	Ecart-type
Désir	2	6.23	1.89
Excitation	4	14.14	5.2
Lubrification	4	15.16	5.63
Orgasme	3	8.88	3.28
Satisfaction	3	6.37	3.13
Douleur	3	10.32	5.28
Total	19	61.1	17.08

6.1.2.3 Version française du State-Trait Anxiety Inventory (STAI-state; Schweitzer et Paulhan, 1990)

Tableau 5 : résultats à la version française du State-Trait Anxiety Inventory (STAI-state ; Schweitzer et Paulhan, 1990)

	Moyenne	Ecart-type
Échantillon total	38.97	12.71
Femmes	39.74	12.83
Hommes	36.78	12.13

6.1.2.4 Emotion reactivity scale (ERS) (Nock et al., 2008)

Tableau 6 : résultats à la Emotion reactivity scale (ERS) (Nock et al., 2008)

ERS		Moyenne	Ecart-type
Persistence	Échantillon total	7.5	3.71
	Femmes	7.9	3.62
	Hommes	6.35	3.72
Sensibilité	Échantillon total	17.85	9.08
	Femmes	19.25	8.81
	Hommes	13.86	8.65
Intensité	Échantillon total	12.38	6.85
	Femmes	13.46	6.69
	Hommes	9.31	6.39
Total	Échantillon total	37.73	18.33
	Femmes	40.61	17.79
	Hommes	29.52	17.38

6.1.2.5 Sexual Irrationality Questionnaire (SIQ) (McCormick et Jordan, 1986)

Tableau 7 : résultats au Sexual Irrationality Questionnaire (SIQ) (McCormick et Jordan, 1986)

SIQ		Moyenne	Ecart-type
F1	Échantillon total	30.01	7.4
	Femmes	29.49	7.16
	Hommes	31.49	7.87
F2	Échantillon total	13.8	3.87
	Femmes	13.81	3.85
	Hommes	13.78	3.92
F3	Échantillon total	10.42	3.38
	Femmes	10.38	3.42
	Hommes	10.54	3.29
F4	Échantillon total	8.79	2.84
	Femmes	8.9	2.86
	Hommes	8.47	2.76
R	Échantillon total	24.98	5.8
	Femmes	24.15	5.74
	Hommes	27.34	5.32
Total	Échantillon total	88	15.93
	Femmes	86.73	15.97
	Hommes	91.61	15.32

6.1.2.6 Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ) (Ehring et al., 2011)

Tableau 8 : résultats au Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ) (Ehring et al., 2011)

	Moyenne	Ecart-type
Échantillon total	22.56	8.48
Femmes	23.32	8.24
Hommes	20.39	8.8

6.1.2.7 Questionnaire sur les ruminations sexuelles

Tableau 9 : résultats au questionnaire sur les ruminations sexuelles

Ruminations sexuelles		Moyenne	Ecart-type
Incompétence	Échantillon total	3.41	2.88
	Femmes	3.34	2.93
	Hommes	3.6	2.73
Défectueux	Échantillon total	2.61	2.02
	Femmes	2.87	2
	Hommes	1.87	1.9
Rejet	Échantillon total	6.54	5.07
	Femmes	6.88	5
	Hommes	5.56	5.15
Impuissance	Échantillon total	0.59	0.94
	Femmes	0.6	0.96
	Hommes	0.57	0.87
Croyances	Échantillon total	1.11	1.58
	Femmes	1.08	1.5
	Hommes	1.22	1.78

Total	Échantillon total	14.27	10.03
	Femmes	14.77	9.9
	Hommes	12.82	10.29

6.1.3 Normalité des données

Nous avons eu recours au test de Kolmogorov-Smirnov afin de vérifier la normalité de la distribution de nos données. Comme nous devons séparer nos données en fonction du sexe pour des analyses ultérieures (le questionnaire de fonctionnement sexuel étant différent pour les hommes et les femmes), la normalité des données a été testée sur l'échantillon complet mais aussi pour chaque sexe.

Ces résultats sont repris dans un tableau que nous avons préféré mettre en annexe (annexe 6) en raison de sa taille. Nous pouvons constater que, mis à part la variable « score total » de l'échelle SIQ pour l'échantillon total, les hommes et les femmes, le score total de l'ERS pour les femmes, et le PTQ ainsi que la dimension « SIQ R » pour les hommes, nos données ne suivent pas une distribution normale. Elles s'en rapprochent cependant.

6.2 Corrélations

Afin d'étudier les relations que nos variables entretiennent, nous avons d'abord calculé les corrélations entre nos différents indicateurs. Au vu de la distribution des données, qui dévie pour la plupart des variables légèrement d'une distribution normale, le test de Pearson (paramétrique) ainsi que celui de Kendall (non paramétrique) ont été effectués. Nous pouvons constater que les résultats des deux tests sont très similaires pour la grande majorité des items. Ne seront discutés ici uniquement les coefficients calculés sur les variables sur lesquelles se portent nos hypothèses, mais des tableaux reprenant l'intégralité des résultats sont disponibles en annexe 7 pour les hommes, et en annexe 8 pour les femmes.

6.2.1 Sujets hommes

Afin d'illustrer le schéma proposé lors de la présentation des hypothèses de ce travail, une partie des coefficients de corrélation a été retranscrite dessus. Ici sont représentés ceux calculés pour le score total du questionnaire BSFI, qui donne une indication du fonctionnement sexuel général de sujets hommes. Par soucis d'espace, les schémas illustrant les sous-dimensions de cette échelle se trouvent en annexe (annexe 9). Les autres coefficients de corrélation sur lesquels portent nos questions de recherche sont repris dans un tableau en dessous du schéma.

BSFI total :

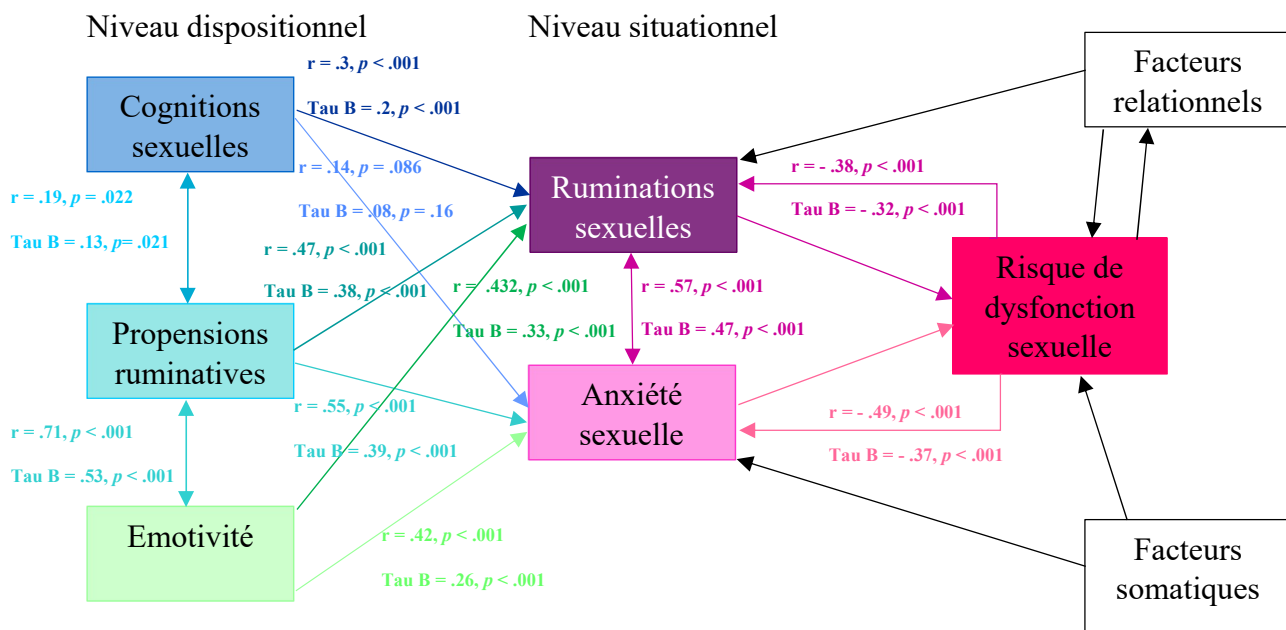


Figure 8 : Schéma de corrélations pour le score total du BSFI

Tableau 10 : tableau de corrélations en rapport avec nos hypothèses, sujets hommes

BSFI	PTQ	SIQ
Désir	$r = -.04, p = .6$ $\text{Tau } b = -.03, p = .64$	$r = .03, p = .72$ $\text{Tau } b = -.01, p = .83$
Érection	$r = -.001, p = .99$ $\text{Tau } b = .02, p = .79$	$r = -.06, p = .45$ $\text{Tau } b = -.04, p = .53$
Éjaculation	$r = -.16, p = .05$ $\text{Tau } b = -.15, p = .02$	$r = -.025, p = .77$ $\text{Tau } b = .06, p = .33$
Évaluation	$r = -.3, p < .001$ $\text{Tau } b = -.24, p < .001$	$r = -.08, p = .36$ $\text{Tau } b = -.035, p = .57$
Satisfaction	$r = -.34, p < .001$ $\text{Tau } b = -.28, p < .001$	$r = -.15, p = .07$ $\text{Tau } b = -.1, p = .12$
Total	$r = -.23, p = .005$ $\text{Tau } b = -.2, p < .001$	$r = -.08, p = .34$ $\text{Tau } b = -.07, p = .25$

6.2.1.1 Interprétations

Plusieurs éléments peuvent être soulignés :

- 1) Le coefficient de corrélation de Pearson ($r = -.2, p = .005$) et celui de Kendall ($\text{Tau } b = -.2, p < .001$) obtenus entre les variables « PTQ » et « BSFI Total » indiquent une corrélation négative significative.

Si l'on regarde plus en détail, des coefficients significatifs ont été obtenus pour les sous-dimensions du BSFI, à part pour le désir et pour l'érection, qui ne semblent donc pas être associés à cette variable.

- 2) Les ruminations sexuelles et le fonctionnement sexuel semblent aussi être corrélés négativement, et ce autant avec le test de Pearson ($r = -.38, p < .001$) que celui de Kendall ($\text{Tau } B = -.322, p < .001$). En regard de notre deuxième hypothèse, nous pouvons remarquer deux choses intéressantes :
 - Les ruminations sexuelles sont plus fortement corrélées au fonctionnement sexuel que le PTQ
 - Il n'y a pas de corrélation significative entre le questionnaire SIQ et le BSFI, ce qui exclut le SIQ des analyses suivantes.

- 3) Les ruminations sexuelles sont positivement corrélées à la propension à l'anxiété sexuelle ($r = .47, p < .001$ et $\text{Tau B} = .38, p < .001$).

6.2.2 Sujets femmes

Comme pour les hommes, nous proposons de présenter le schéma illustrant nos hypothèses, annoté de coefficients de corrélations calculés pour le score total du FSFI. Ceux reprenant les coefficients pour les sous-dimensions de l'échelle se trouve dans l'annexe 10. Un tableau reprenant les autres coefficients de corrélation nécessaires pour répondre à nos hypothèses se trouve en dessous du schéma.

FSFI total :

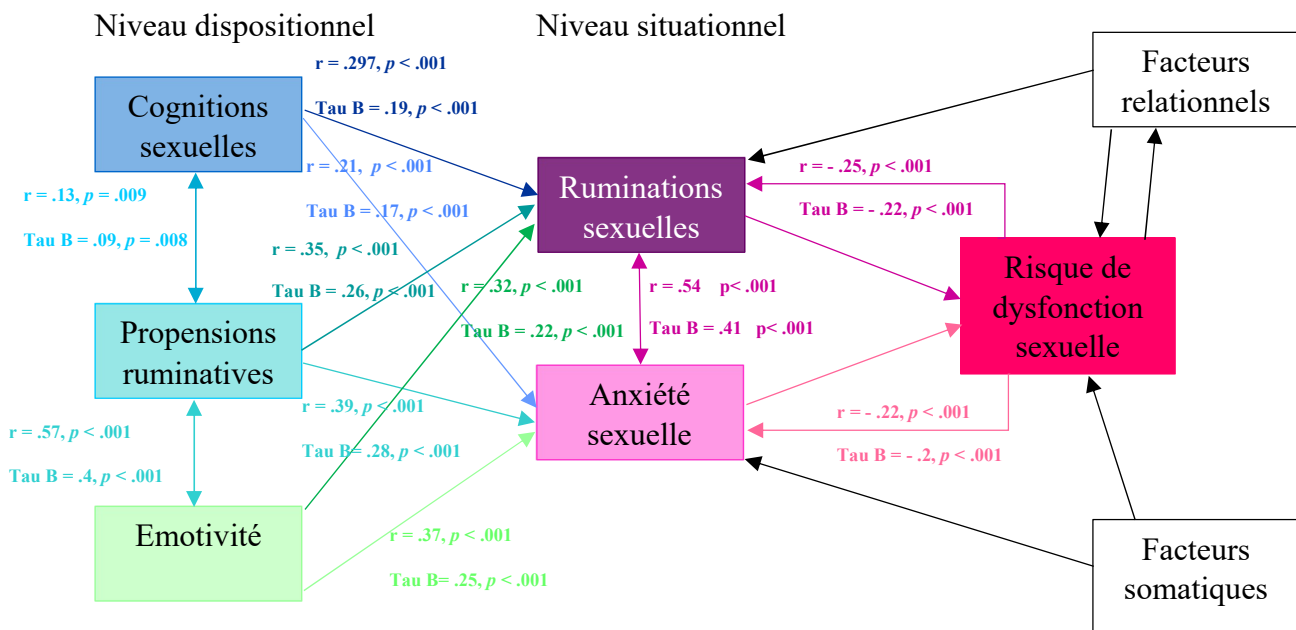


Figure 9 : Schéma de corrélations pour le score total du FSFI

Tableau 11 : tableau de corrélations en rapport avec nos hypothèses, sujets femmes

FSFI	PTQ	SIQ
Désir	$r = -.11, p = .03$ Tau b = $-.06, p = .08$	$r = -.02, p = .67$ Tau b = $-.003, p = .93$
Excitation	$r = -.12, p = .01$ Tau b = $-.1, p = .004$	$r = -.1, p = .04$ Tau b = $-.06, p = .08$
Lubrification	$r = .08, p = .11$ Tau b = $-.08, p = .03$	$r = -.02, p = .72$ Tau b = $.004, p = .91$
Orgasme	$r = -.1, p = .05$ Tau b = $-.07, p = .05$	$r = -.04, p = .43$ Tau b = $-.01, p = .72$
Satisfaction	$r = .17, p < .001$ Tau b = $.14, p < .001$	$r = .17, p < .001$ Tau b = $.14, p < .001$
Douleur	$r = -.11, p = .03$ Tau b = $-.11, p = .003$	$r = -.07, p = .18$ Tau b = $-.05, p = .2$
Total	$r = -.2, p = .054$ Tau b = $-.09, p = .009$	$r = -.04, p = .38$ Tau b = $-.01, p = .69$

6.2.2.1 Interprétations et liens avec les hypothèses

Concernant l'interprétation de ces scores, nous pouvons remarquer que :

- 1) La propension à la rumination et le fonctionnement sexuel sont corrélés de manière non significative avec le coefficient de Pearson ($r = -.1, p = .054$), mais de manière significative avec celui de Kendall (Tau b = $-.09, p = .009$). Les deux variables ne suivant pas une courbe normale, c'est le coefficient de Kendall que nous allons retenir. Si on s'attarde sur les sous-dimensions, et en retenant le coefficient de Kendall, le PTQ est corrélé négativement de manière significative à tous les facteurs, à part au désir, où la corrélation n'est pas significative, et à la satisfaction, où elle est significative mais positive.
- 2) Les ruminations sexuelles et le fonctionnement sexuel semblent être corrélés négativement ($r = -.25, p < .001$ et Tau B = $-.22, p < .001$), Nous pouvons noter les mêmes remarques que pour le BSFI :
 - Les ruminations sexuelles sont plus fortement corrélées au fonctionnement sexuel que le PTQ
 - Il n'y a pas de corrélation significative entre le questionnaire SIQ et le FSFI, ce qui exclut le SIQ des analyses suivantes (excepté pour la dimension « satisfaction »).

- 3) Nous obtenons un $r = .35, p < .001$ et un $\text{Tau } b = .26, p < .001$ pour la corrélation entre les ruminations sexuelles et l'anxiété sexuelle, ce qui indique une corrélation positive significative.

Les résultats obtenus aux corrélations ont permis d'avoir une certaine idée de l'ampleur des liens entre les différents paramètres étudiés, qui auraient une possible influence sur, et/ou seraient possiblement influencés par, le fonctionnement sexuel. Cependant, nous n'avons pas réellement d'indication à propos de la part explicative de chacun de ces paramètres dans les difficultés sexuelles. Afin d'approfondir notre compréhension de ces interactions, et pour tester l'entièreté de notre deuxième hypothèse, nous avons opté pour des régressions linéaires multiples.

6.3 Régressions linéaires multiples : méthode pas à pas

La méthode pas à pas permet de trouver le meilleur prédicteur/ le meilleur groupe de prédicteurs d'une variable dépendante (ici le fonctionnement sexuel). Comme affirmé par Schmidt et Finan (2018), lorsque les analyses de régressions se font sur un échantillon de grande taille, comme c'est le cas pour le nôtre, la normalité des données n'est pas requise.

Ce qui est cependant nécessaire, c'est de ne faire entrer dans les modèles testés uniquement les variables significativement corrélées à la variable dépendante. Ci-dessous, un tableau indiquant les prédicteurs retenus pour chaque modèle, puis les prédicteurs retenus après la régression linéaire multiple pas à pas. Le R^2 ajusté donne une indication de la part de variabilité du fonctionnement sexuel expliqué par le modèle, et la statistique F teste si le modèle global prédit la variable dépendante à un niveau supérieur au hasard (pour $p < .05$). Le test t, lui, indique si les variables expliquent individuellement le modèle (pour $p < .05$ aussi). Lorsque plusieurs variables sont reprises, les valeurs du t seront surlignées avec la même couleur que le nom de la variable à laquelle ils correspondent (pour rendre la lecture plus évidente). Afin de ne pas alourdir la page, les changements des valeurs de R^2 , de F et de t à l'ajout de nouveau prédicteurs dans les modèles ne sont pas repris dans ce tableau. Ils sont affichés dans les annexes 11-13. Ces annexes concerneront uniquement les dimensions

associées à plusieurs prédicteurs significatifs (FSFI total, FSFI excitation et FSFI lubrification).

Tableau 12 : résultats des régressions linéaires multiples, méthode pas à pas

Variables	Prédicteurs entrés dans le modèle	Prédicteur(s) retenu(s)	R ² ajusté	F	t
BSFI total	Anxiété sexuelle, PTQ, Ruminations sexuelles, ERS	Anxiété sexuelle	.23	44.09, $p < .001$	-6.64, $p < .001$
BSFI désir	X	X	X	X	X
BSFI érection	Anxiété sexuelle, Ruminations sexuelles	Anxiété sexuelle	.08	13, $p < .001$	-3.61, $p < .001$
BSFI éjaculation	Anxiété sexuelle, PTQ, Ruminations sexuelles	Anxiété sexuelle	.05	8.94, $p = .003$	-2.989, $p = .003$
BSFI évaluation	Anxiété sexuelle, PTQ, Ruminations sexuelles, ERS	Anxiété sexuelle	.2	37.05, $p < .001$	-6.09, $p < .001$
BSFI satisfaction	Anxiété sexuelle, PTQ, Ruminations sexuelles, ERS	Anxiété sexuelle	.27	54.71, $p < .001$	-7.4, $p < .001$
FSFI total	Anxiété sexuelle, PTQ, Ruminations sexuelles	Anxiété sexuelle	.07	15.64, $p < .001$	-1.99, $p = .047$
		Ruminations sexuelles			-3.32, $p < .001$
FSFI désir	Anxiété sexuelle, PTQ, Ruminations sexuelles	Anxiété sexuelle	.06	27.31, $p < .001$	-5.23, $p < .001$
FSFI excitation	Anxiété sexuelle, PTQ, Ruminations sexuelles	Anxiété sexuelle	.13	30.56, $p < .001$	-4, $p < .001$
		Ruminations sexuelles			-3.5, $p < .001$
FSFI lubrification	Anxiété sexuelle, PTQ, Ruminations sexuelles	Anxiété sexuelle	.04	8.78, $p < .001$	-2.01, $p = .045$
		Ruminations sexuelles			-2.01, $p = .045$
FSFI orgasme	Anxiété sexuelle, PTQ,	Ruminations sexuelles	.03	12.72, $p < .001$	-3.57, $p < .001$

	Ruminations sexuelles				
FSFI satisfaction	Anxiété sexuelle, PTQ, Ruminations sexuelles, ERS, SIQ	Anxiété sexuelle	.12	53.89, $p < .001$	7.34, $p < .001$
FSFI douleur	Anxiété sexuelle, PTQ, Ruminations sexuelles	Ruminations sexuelles	.08	37.15, $p < .001$	-6.1, $p < .001$

6.3.1 Sujets hommes : interprétations

- **BSFI total** : De toutes nos variables étudiées, le fonctionnement sexuel masculin serait principalement associé au prédicteur « anxiété sexuelle », qui a un R^2 ajusté = .23 avec $p < .001$. Cela signifierait que 23% de la variabilité du fonctionnement sexuel des hommes y serait associée. Les statistiques F et t sont toutes les deux significatives un $p < .001$ pour chacune.
- **BSFI désir** : Aucune corrélation significative n'ayant été trouvée entre le BSFI et nos potentiels prédicteurs (anxiété sexuelle, ruminations sexuelles, ERS, SIQ et PTQ), aucune régression linéaire n'a été calculée pour cette dimension.
- **BSFI érection** : L'anxiété sexuelle serait le prédicteur le plus associé à la variabilité de cette dimension (R^2 ajusté = .08, $p < .001$). L'ensemble du modèle serait significativement associé à 8% de la variabilité de la dimension « érection » du BSFI, et les statistiques F pour le modèle et t pour chacune des variables sont significatives avec $p < .001$.
- **BSFI éjaculation** : Seule l'anxiété sexuelle a été retenue comme prédicteur associé de manière significative. Son R^2 ajusté = .06, $p = .003$. Les statistiques F et t sont toutes les deux significatives un $p = .003$ pour chacune.

- BSFI évaluation : Comme pour la dimension « éjaculation », seule l'anxiété sexuelle a été retenue comme prédicteur associé de manière significative à cette variable-ci. Elle prédirait 20% de la variabilité de l'évaluation des problèmes sexuels chez les sujets hommes (R^2 ajusté = .2, $p < .001$). La statistique $F = 37.05$, $p < .001$ et la statistique $t = -6.09$, $p < .001$.
- BSFI satisfaction : Pour cette dernière dimension, c'est une nouvelle fois l'anxiété sexuelle qui a été reconnue comme étant le prédicteur le mieux associé à la variabilité de la satisfaction, avec un R^2 ajusté = .27, $p < .001$. La statistique $F = 54.71$, $p < .001$ et la statistique $t = -7.4$, $p < .001$ confirment la significativité du modèle.

6.3.2 Sujets femmes : interprétations

- FSFI total : Les variables les plus explicatives du modèle sont les ruminations sexuelles et l'anxiété sexuelle. Le prédicteur qui est le plus significativement associé au fonctionnement sexuel serait les ruminations sexuelles (R^2 ajusté = .06, $p < .001$, 6% de la variabilité du FSFI total serait donc associé à cette variable). Dans l'ensemble, 6.7% du fonctionnement sexuel général pourrait être associé au modèle constitué par les trois prédicteurs. Ces interprétations sont confirmées par le test de Fisher ($F = 15.64$, $p < .001$ pour l'ensemble du modèle, qui indique un modèle global significatif). Individuellement, l'association des variables ruminations sexuelles et anxiété sexuelle avec le fonctionnement sexuel global est confirmée par le test de t (avec respectivement $p < .001$ et $p = .047$)
- FSFI désir : L'anxiété sexuelle serait le prédicteur le plus significativement associé à la sous-dimension « désir » du FSFI. Elle prédirait à elle seule 6% de sa variabilité (R^2 ajusté = .06, $p < .001$). Les statistiques F et t sont significatives avec $p < .001$.
- FSFI excitation : Les variables les plus explicatives de la variabilité de cette dimension seraient l'anxiété sexuelle et les ruminations sexuelles. De toutes, ce serait l'anxiété sexuelle qui serait le prédicteur le plus important (R^2 ajusté = 0.1, $p < .001$). Le

modèle serait associé à 13% de la variabilité de l'excitation. Les statistiques F pour le modèle et t pour chacune des variables sont significatives avec $p < .001$, ce qui indique que le modèle global prédit la valeur de la variable « excitation » à un niveau supérieur au hasard, et que c'est également le cas pour chacun des prédicteurs retenus dans ce modèle.

- FSFI lubrification : Les variables les plus explicatives de la variabilité de cette dimension seraient à nouveau l'anxiété sexuelle et les ruminations. Les ruminations sexuelles constitueraient le prédicteur le plus important, avec un R^2 ajusté = .03, $p < .001$. L'ensemble du modèle pourrait quant à lui prédire 3.7% de la variabilité de la dimension « lubrification » du FSFI. Les statistiques F pour le modèle et t pour chacune des variables sont significatives avec respectivement un $p < .001$ et $p = .045$ pour les t de chaque variable.
- FSFI orgasme : Suite à la réalisation de notre régression linéaire multiple, les ruminations sexuelles seraient le seul prédicteur retenu (et par conséquent le meilleur). Le R^2 ajusté = .03, $p < .001$. Les statistiques F et t sont toutes les deux significatives avec des valeurs $F = 12.72$, $p < .001$ et $t = -3.57$, $p < .001$.
- FSFI satisfaction : Seule l'anxiété sexuelle a été retenue comme prédicteur significatif. Elle a un R^2 ajusté = .12, $p < .001$. Les statistiques F et t sont toutes les deux significatives un $p < .001$ pour chacune.
- FSFI douleur : Seul le prédicteur « ruminations sexuelles » a été retenu comme prédicteur significatif, avec un R^2 ajusté = .08, $p < .001$. Il pourrait potentiellement prédire donc à 8% la variabilité de la dimension « douleur » du fonctionnement sexuel féminin. Les statistiques F et t sont toutes les deux significatives un $p < .001$ pour chacune.

7 : Discussion

Le fonctionnement sexuel peut être influencé par une multitude de facteurs d'origines différentes et qui pourraient s'influencer entre eux (American Psychiatric Association, 2013 ; Brotto et al., 2016 ; Thomas et Thurston, 2016). Parmi les causes psychologiques, une des pistes d'explication validées indique que certains facteurs entraîneraient une distraction du sujet qui, ne sachant plus se concentrer sur les stimuli érotiques, rencontrerait des problèmes sexuels (Kempeneers et Barbier, 2008 ; Nobre, 2009 ; Nobre, 2010 ; Pascoal et al., 2018). Les ruminations, de par leur aspect intrusif et perturbant, se rapprochent des caractéristiques de facteur de risque potentiel. La littérature à ce sujet est cependant très maigre : une seule étude faisant le lien entre ruminations et détresse sexuelle a été recensée, celle de Pascoal et al. (2020). Les résultats amenés par les auteurs indiquent un lien significatif entre ruminations et détresse sexuelle.

L'objectif de ce travail était de tester si les ruminations sexuelles pouvaient être considérées comme une variable supplémentaire à prendre en compte dans la compréhension du dysfonctionnement sexuel. Pour cela, 554 participants tout-venants ont rempli notre questionnaire en ligne, composé de plusieurs échelles mesurant les différentes variables étudiées, à savoir le fonctionnement sexuel (BSFI pour les hommes et FSFI pour les femmes), l'anxiété sexuelle (adaptation du STAI-state), la réactivité émotionnelle (ERS), les croyances sexuelles irrationnelles (SIQ), la propension à ruminer (PTQ), et les ruminations sexuelles (questionnaire créé dans le cadre de cette étude). Sur base des données recueillies, des analyses statistiques (corrélations et régressions linéaires multiples avec la méthode pas à pas) ont été menées afin de tester nos trois hypothèses.

7.1 Interprétation des résultats en lien avec les hypothèses principales de l'étude

La première consistait à vérifier si la propension à la rumination pouvait être associée au dysfonctionnement sexuel. Ce lien avait en partie été étudié par Pascoal et al. (2020), qui confirmaient la relation entre ruminations et détresse sexuelle. Nos résultats vont dans le sens de notre hypothèse, avec des corrélations négatives significatives entre le PTQ et les scores totaux du BSFI et du FSFI. Nous remarquons quand même que ces corrélations sont assez faibles, autant pour les hommes que pour les femmes. Au niveau des sous-dimensions, le PTQ

ne semble pas associé au désir chez les femmes, ni au désir et à l'érection chez les hommes. Le reste des corrélations est également faible, même si tout de même significatif. La sous-dimension « satisfaction » du FSFI est la seule dimension étant corrélée positivement au PTQ. Nous pourrions dire que cette analyse va à l'encontre des conclusions de l'étude de Pascoal et al. (2020), selon laquelle les ruminations sont positivement corrélées à la détresse sexuelle. Toujours selon les auteurs, détresse sexuelle et satisfaction sexuelle seraient deux dimensions opposées d'un même continuum. Notre résultat paraît surprenant, et la littérature à ce sujet étant quasiment inexistante, il est difficile de lui trouver une explication théorique. Plus d'études mettant en lien ces variables permettraient peut-être une explication.

Notre deuxième question de recherche a été testée en deux temps. Des analyses de corrélations ont d'abord permis de vérifier la première partie de l'hypothèse, qui prédisait un lien négatif entre les ruminations en contexte sexuel et le fonctionnement sexuel. Des corrélations négatives, petites mais tout de même significatives, ont été trouvées pour les scores totaux du BSFI et du FSFI. Tous les sous-scores du BSFI (à l'exception du désir) sont corrélés négativement et significativement aux ruminations sexuelles, à un degré similaire de celui du score total de l'échelle. C'est aussi le cas pour toutes les sous-dimensions du FSFI, à l'exception encore une fois de la satisfaction, qui est, elle, corrélée positivement aux ruminations sexuelles. Ce résultat est à nouveau surprenant et difficilement explicable par d'autres données issues de la littérature, étant donné que notre questionnaire n'a pas fait l'objet d'étude antérieure. Mais il est congruent avec les analyses réalisées pour le PTQ, où les corrélations avec la dimension satisfaction n'allaient pas non plus dans le sens de nos prédictions.

Les corrélations réalisées ont également donné des indications concernant la deuxième partie de notre hypothèse, qui avançait que les ruminations sexuelles prédiraient mieux les dysfonctions sexuelles que le SIQ et que le PTQ. D'abord, de ces trois variables, ce sont bien les ruminations sexuelles qui sont le plus grandement corrélées au dysfonctionnement sexuel, et ce, autant pour les sujets hommes que les sujets femmes. Ensuite, nous n'avons pas de corrélation indiquant une relation significative entre le SIQ et le fonctionnement sexuel. Cette constatation va à l'encontre des données issues de la littérature, qui indiquent pourtant que les croyances sexuelles irrationnelles peuvent avoir un impact néfaste sur le fonctionnement sexuel d'un individu (Nobre et Pinto-Gouveia, 2006 ; Peixoto et Nobre, 2017). Nous pourrions peut-être expliquer cela par la composition de notre échantillon, créé sur une population tout venante dans laquelle la plupart des sujets ne semblaient pas présenter de

signe de dysfonction (les scores aux échelles BSFI et FSFI sont hauts), et par la multifactorialité du fonctionnement sexuel. En effet, étant donné que notre étude ne portait pas sur des sujets cliniques, la présence de dysfonction était faible. Les scores tendant vers des signes plus dysfonctionnels de certains sujets pourraient être expliqués par d'autres facteurs que des facteurs psychologiques (organiques, culturels, relationnels, ...) (Berry et al., 2013). De plus, les variables psychologiques interférant avec la sexualité peuvent elles aussi être multiples : traits de personnalité, états affectifs, pensées négatives, pour n'en citer que certaines (Oliveira et al., 2014 ; Peixoto et Nobre, 2020). Les probabilités pour observer des interactions entre des variables spécifiques et le fonctionnement sexuel étaient donc réduites. Il est utile noter que les relations entre les différents facteurs étudiés sont bidirectionnelles : les croyances peuvent jouer un rôle notable dans la présence et le maintien de dysfonctions sexuelles, mais elles peuvent aussi être engendrées par des dysfonctions (Peixoto et Nobre, 2020). Encore une fois, notre échantillon n'étant pas clinique, nous avons moins de chances d'obtenir des scores mettant en avant des facteurs associés aux dysfonctions. C'est d'ailleurs pour tenter de limiter la réduction d'observation des effets entre nos variables que nous souhaitons obtenir un échantillon de taille importante.

Afin de tester complètement la deuxième partie de notre hypothèse, des régressions linéaires multiples ont été réalisées avec la méthode pas à pas. Le SIQ avait été exclu de presque toutes les régressions, car les résultats à cette échelle n'étaient pas significativement corrélés à ceux du fonctionnement sexuel. Les résultats du PTQ, quant à eux, étaient retenus pour la grande majorité des régressions, à l'exception de quelques dimensions des échelles FSFI et BSFI. Dans tous les cas, le PTQ n'a jamais été retenu comme un des prédicteurs les mieux associés à ces variables, et n'a été retrouvé dans aucun modèle explicateur. Les ruminations sexuelles, elles, sont corrélées aux scores totaux du BSFI et FSFI, ainsi qu'à toutes leurs sous-dimensions (à l'exception de la sous-dimension désir du BSFI, corrélée à aucune variable). Ces corrélations sont plus fortes que celles trouvées entre le PTQ et le fonctionnement sexuel. De plus, les ruminations sexuelles ont été retenues comme prédicteur significatif pour quelques-unes des dimensions étudiées. Avec ces éléments, nous pouvons confirmer l'hypothèse selon laquelle les ruminations sexuelles ont potentiellement un caractère prédictif sur les dysfonctions sexuelles plus fort que celui des propensions générales à la rumination et que les cognitions sexuelles prises individuellement. Ces résultats pourraient être expliqués par la spécificité des ruminations sexuelles au contexte sexuel, alors que le PTQ est plus général. Nous pourrions illustrer cela avec le concept d'érotophobie. Une personne

érotrophobe aurait tendance à évaluer négativement les stimuli sexuels, et à éprouver des affects négatifs lorsqu'elle y fait face (Hangen et Rogge, 2021). Cette évaluation négative entraînerait des interférences cognitives, ce qui amènerait ensuite à une distraction et possiblement des difficultés au niveau de la réponse sexuelle (Kempeneers et Barbier, 2008). Cependant, ce n'est pas parce que le sujet érotrophobe peut éprouver de plus hauts degrés d'anxiété et de perturbation que la norme dans un contexte sexuel, que ce sera nécessairement le cas dans d'autres contextes. Pour en revenir à nos hypothèses, le fait que des pensées spécifiques à ce contexte soient d'avantage associées à une potentielle perturbation du fonctionnement sexuel laisse imaginer que les sujets ayant obtenu ces résultats pourraient cumuler d'autres facteurs de risques spécifiques au contexte sexuel, et qui seraient associés aux ruminations sexuelles.

La question de recherche suivante tente d'approfondir cette idée.

Notre troisième et dernière hypothèse proposait l'existence d'un lien positif entre les ruminations sexuelles et la propension à l'anxiété sexuelle. Les corrélations calculées entre ces variables sont positives et significatives, pour les hommes comme pour les femmes. Encore une fois, il n'existe pas de littérature pouvant étayer directement ces résultats. Nous savons néanmoins que ruminations et anxiété sont liées et s'influencent l'une l'autre (Watkins et Roberts, 2020), une association positive entre nos deux variables n'est donc pas surprenante.

7.2 Interprétations supplémentaires des résultats

Au-delà de la confirmation de nos hypothèses, les résultats obtenus mettent en valeur des informations intéressantes concernant les modèles explicatifs des dysfonctions sexuelles.

Suite aux régressions linéaires multiples pas à pas, nous remarquons que, du côté des sujets hommes, un seul prédicteur a été conservé pour toutes les sous-dimensions (à l'exception du désir, corrélé à aucune variable) : l'anxiété sexuelle. Ce prédicteur serait particulièrement associé au fonctionnement sexuel en général, et aux sous-dimensions « évaluation » et « satisfaction ».

Pour les femmes, les prédicteurs varient en fonction des dimensions du FSFI : le score total, l'excitation et la lubrification sont associées aux ruminations sexuelles et à l'anxiété sexuelle,

le désir et la satisfaction sont associées à l'anxiété sexuelle, et ce serait aux ruminations sexuelles que la dimension « douleur » serait le mieux associée. Le modèle pèse surtout pour les dimensions « excitation » et « satisfaction ». Le fait que la combinaison de l'anxiété sexuelle aux ruminations sexuelles semble associée à la perturbation de l'excitation féminine étaye la thèse de l'impact inhibiteur de l'anxiété lorsque celle-ci s'accompagne de distraction (Kempeneers et Barbier, 2008).

Les régressions linéaires mettent particulièrement en évidence l'anxiété comme prédicteur potentiel de dysfonction. Le lien bidirectionnel entre ces deux variables a été largement étudié, l'anxiété pouvant à la fois être prédicteur et conséquence de problème sexuel (Dèttore et Santarneckchi, 2013 ; Balon, 2015 ; Tutino et al., 2017 ; Carcedo et al., 2020). Les conclusions vont donc dans le sens de la littérature.

Nous souhaitons rappeler plusieurs éléments importants à considérer pour la bonne compréhension de ces résultats, ainsi que ceux obtenus à nos hypothèses :

- Les effets rapportés sont légers, car nos analyses ne portent que sur une petite partie des facteurs pouvant influencer le fonctionnement sexuel. Comme décrit précédemment, les dysfonctions sexuelles sont multi-déterminées, ce qui signifie que plusieurs autres facteurs non étudiés dans notre travail influencent très certainement les résultats obtenus aux échelles FSFI et BSFI.
- Notre échantillon, composé d'une population générale et non clinique, explique également la taille de ces effets.
- Les liens entre (dys)fonctionnement sexuel et déterminants situationnels (les ruminations sexuelles et l'anxiété sexuelle) étant bidirectionnels, leur force n'indique pas uniquement l'effet des déterminants sur le fonctionnement sexuel, mais également l'impact du fonctionnement sexuel sur ces liens.

7.3 Limites

Plusieurs critiques peuvent être adressées à notre étude.

- Tout d'abord, la population étudiée. Elle est composée de personnes issues de la population générale et non d'une population clinique, ce qui limite les effets observables entre les différentes variables mises en avant. De plus, la procédure de

recrutement a certainement biaisé notre échantillon. En effet, l'étude se faisant en ligne, les participants devaient être dotés d'une connexion internet, ce qui élimine déjà une partie de la population. Le bouche à oreille et le relais sur les réseaux sociaux ont permis d'atteindre un nombre plutôt important de sujets. Mais ce moyen de diffusion implique que les participants fassent tous plus ou moins partie des mêmes cercles sociaux. Cela a donc sûrement également, d'une certaine manière, restreint la portée de l'étude. Ce biais est discuté avec d'autres par Nielsen et al. (2017).

- Une seconde critique concernerait le questionnaire censé mesurer les ruminations sexuelles. Ce dernier a été créé dans le cadre de ce mémoire, et n'a jamais été validé empiriquement. Nous ne pouvons donc pas dire avec certitude qu'il mesure réellement les données souhaitées, et si oui, nous ne pouvons affirmer qu'il le fasse de la manière la plus efficace qui soit.
- Nous n'avons tenu compte que de certaines variables spécifiques, qui nous semblaient potentiellement en relation avec des ruminations sexuelles, pour les raisons décrites dans ce mémoire. Il se peut cependant que des facteurs importants, introduisant mieux les ruminations et expliquant de manière plus fine leur relation au fonctionnement sexuel, n'aient pas été considérés.
- Une dernière limite pourrait être le contexte dans lequel l'étude a été réalisée. Depuis 2020, nous vivons une période très anxiogène, et ce en raison de l'enchaînement de plusieurs événements historiques (crise Covid-19, inondations de juillet 2021, guerre en Ukraine, ...). L'article de Fuchs et al. (2020) abordant la question de la relation entre Covid-19, anxiété et fonctionnement sexuel chez les femmes ajoute du sens à la question que nous nous posons.

Certes, il se peut que tout le monde ne soit pas impacté de la même manière par ces nouvelles. Néanmoins, et surtout au vu de la mise en avant évidente de l'anxiété sexuelle par nos analyses, nous pouvons nous demander dans quelle mesure ces événements externes n'ont pas influencé nos résultats. De plus, nous avons utilisé uniquement l'échelle mesurant l'anxiété sexuelle : n'ayant aucune donnée sur le niveau d'anxiété non relative à la sexualité, il nous est impossible de déterminer la mesure dans laquelle ces scores ne sont pas liés à d'autres dimensions provoquant de

l'anxiété (et déteignant sur la dimension « anxiété sexuelle »). Il est également difficile d'affirmer que, pour la même étude faite à un autre période (comprenant moins d'événements stressants), l'anxiété sexuelle aurait été au premier plan dans nos résultats.

7.4 Implications et perspectives futures

L'étude menée dans le cadre de ce mémoire a mis en avant un nouveau facteur à potentiellement considérer dans l'évaluation et la prise en charge d'une dysfonction sexuelle : les ruminations sexuelles. En effet, elles seraient associées à des risques de perturbation du fonctionnement sexuel, en particulier chez les femmes.

Cependant, l'échelle que nous avons utilisée pour mesurer ces ruminations n'a pas été validée. Il conviendrait donc d'étudier les propriétés de cet outil, afin de vérifier dans un premier temps s'il est adéquat pour détecter la présence de ruminations sexuelles. Dans un second temps, il serait intéressant de poursuivre les analyses sur les différentes dimensions abordées par l'échelle, afin de voir si, tout comme les croyances sexuelles irrationnelles, les ruminations sexuelles peuvent s'organiser en différentes catégories, chacune influençant différemment le fonctionnement sexuel (peut-être en fonction du sexe et des problématiques rencontrées par le sujet). Cela pourrait éventuellement permettre une prise en charge plus ciblée des problèmes amenés par un.e patient.e.

Il serait également pertinent de tester nos hypothèses sur une population clinique (rapportant des dysfonctions sexuelles avérées), afin d'observer si les rapports obtenus entre les différents facteurs sont similaires à ceux de notre étude ou si des effets plus importants sont observés.

Enfin, des études incorporant aux côtés des ruminations d'autres variables prédictives de dysfonction seraient intéressantes. Elles permettraient peut-être de répondre à la troisième critique adressée à notre travail.

8. Conclusions

L'objectif de ce travail était de tester si les ruminations sexuelles pouvaient être considérées comme une variable supplémentaire à prendre en compte dans la compréhension du dysfonctionnement sexuel. Dans ce cadre, 554 participants provenant de la population générale ont rempli les questionnaires suivants : FSFI (uniquement pour les femmes), BSFI (uniquement pour les hommes), ERS, SIQ, PTQ, un questionnaire mesurant l'anxiété sexuelle et un questionnaire portant sur les ruminations sexuelles, qui a été créé dans le cadre de cette étude.

Les analyses réalisées sur base des données recueillies (corrélations et régressions linéaires pas à pas) permirent de valider nos hypothèses, qui avançaient que (1) il existe un lien négatif entre la propension à la rumination et fonctionnement sexuel ; (2) il existe un lien négatif entre ruminations sexuelles et fonctionnement sexuel, et les ruminations sexuelles ont un caractère prédictif sur les dysfonctions sexuelles plus fort que celui des propensions générales à la rumination et que les cognitions sexuelles prises individuellement et (3) il existe un lien positif entre les ruminations sexuelles et la propension à l'anxiété sexuelle.

Ces résultats impliquent que les ruminations sexuelles pourraient être une dimension intéressante à associer au fonctionnement sexuel.

Nous remarquons également que, parmi les facteurs étudiés, les ruminations sexuelles et l'anxiété sexuelle semblent être les deux prédicteurs les mieux associées au fonctionnement sexuel chez les femmes. Chez les hommes, c'est l'anxiété sexuelle qui serait la variable la plus associée au fonctionnement sexuel. Nous rappelons tout de même que les liens étudiés ne sont pas des rapports de cause à effet, mais plutôt des relations bidirectionnelles : en effet, le fonctionnement sexuel et les prédicteurs que nous lui avons associés s'influenceraient mutuellement. Il est donc difficile de définir la part de prédiction d'une de ces variables sur l'autre. De plus, le fonctionnement sexuel est influencé par des facteurs de différentes origines. Notre étude offre peut-être un nouveau regard sur les variables d'ordre psychologiques, mais il faut garder en tête que le modèle biopsychosocial est essentiel dans l'évaluation du fonctionnement sexuel.

Ce travail comporte plusieurs limites : la population ne permettait pas une mise en évidence importante des facteurs étudiés, le questionnaire utilisé pour mesurer les ruminations

sexuelles n'a pas fait l'objet de validation antérieure dans la littérature, les modèles explicatifs proposés ne tenaient peut-être pas compte de certaines variables intéressantes, et l'impact du contexte au moment de l'étude n'a pas été mesuré. Des travaux ultérieurs approfondissant nos résultats et palliant à nos lacunes permettraient peut-être une meilleure compréhension des dimensions étudiées.

Références

- 1) American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- 2) Balon, R. (2015). Burden of Sexual Dysfunction. *Journal of Sex & ; Marital Therapy*, 43(1), 49-55. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2015.1113597>
- 3) Basson R, Wierman ME, Van Lankveld J, Brotto L. Recommendations for women's sexual dysfunction. In: Montorsi F, Basson R, Adaikan G, et al., eds. *Sexual medicine: sexual dysfunctions in men and women*. 3rd International consultation on sexual medicine. Paris, France: Health Publication Ltd; 2010
- 4) Basson, R. (2001). Human Sex-Response Cycles. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(1), 33–43. <https://doi.org/10.1080/00926230152035831>
- 5) Basson, R. (2015). Human sexual response. *Neurology of Sexual and Bladder Disorders*, 11–18. <https://doi.org/10.1016/b978-0-444-63247-0.00002-x>
- 6) Basson, R., & Gilks, T. (2018). Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Women's Health*, 14, 174550651876266. <https://doi.org/10.1177/1745506518762664>
- 7) Beck, A. T. (1996). *Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology*. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (p. 1–25). The Guilford Press.
- 8) Berry MD, Berry PD. Contemporary treatment of sexual dysfunction: reexamining the biopsychosocial model. *J Sex Med* 2013;10:2627-2643
- 9) Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES, Graham C, Nobre P, Wylie K. Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function

- and Dysfunction. *J Sex Med.* 2016 Apr;13(4):538-71. doi:
10.1016/j.jsxm.2016.01.019. Epub 2016 Mar 25. PMID: 27045257.
- 10) Canivet, Cloé & Boislard, Marie-Aude & Godbout, Natacha. (2021). Validation of a Brief French Version of the Sexual Anxiety Scale.
- 11) Carcedo, R. J., Fernández-Rouco, N., Fernández-Fuertes, A. A., & Martínez-Álvarez, J. L. (2020). Association between Sexual Satisfaction and Depression and Anxiety in Adolescents and Young Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 841. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030841>
- 12) Coussement, C., Heeren, A. (2020) Repenser la comorbidité psychiatrique: Une revue conceptuelle au départ de la comorbidité anxio-dépressive. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 25 (2). doi : 10.31234/osf.io/ynrkj
- 13) Crenshaw, T. L. (1985). The Sexual Aversion Syndrome. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 11(4), 285–292. <https://doi.org/10.1080/00926238508405454>
- 14) DeRogatis, L., Clayton, A., Lewis-D'Agostino, D., Wunderlich, G., & Fu, Y. (2008). Validation of the Female Sexual Distress Scale-Revised for Assessing Distress in Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(2), 357–364. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00672.x>
- 15) Dèttore, D., Pucciarelli, M., & Santarnecki, E. (2013). Anxiety and Female Sexual Functioning : An Empirical Study. *Journal of Sex & ; Marital Therapy*, 39(3), 216-240. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2011.606879>
- 16) Devynck, F., Kornacka, M., Baeyens, C., Serra, R., Neves, J. F. D., Gaudrat, B., Delille, C., Taquet, P., Depraete, O., Tison, P., Sgard, F., Rousseau, A., & Romo, L. (2017). Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): French Validation of a Transdiagnostic Measure of Repetitive Negative Thinking. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02159>

- 17) Dibbets, P., & Evers, E. A. T. (2017). The Influence of State Anxiety on Fear Discrimination and Extinction in Females. *Frontiers in Psychology*, 08. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00347>
- 18) Driscoll, M., Basson, R., Brotto, L., Correia, S., Goldmeier, D., Laan, E., Luria, M., Shultz, W., Tiefer, L., & Toates, F. (2017). Empirically Supported Incentive Model of Sexual Response Ignored. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(5), 758–759. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.03.248>
- 19) Dubé, J. P., Corsini-Munt, S., Muise, A., & Rosen, N. O. (2019). Emotion Regulation in Couples Affected by Female Sexual Interest/Arousal Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 48(8), 2491–2506. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01465-4>
- 20) Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., Schönfeld, S., & Ehlers, A. (2011). The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(2), 225–232. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.12.003>
- 21) Eysenck, M. W., Derakshan, N., Santos, R., & Calvo, M. G. (2007). Anxiety and cognitive performance: Attentional control theory. *Emotion*, 7(2), 336–353. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.2.336>
- 22) Feinstein, A. R. (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases*, 23(7), 455–468. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(70\)90054-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(70)90054-8)
- 23) Fisher, W. A., White, L. A., Byrne, D., & Kelley, K. (1988). Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality. *Journal of Sex Research*, 25(1), 123–151. <https://doi.org/10.1080/00224498809551448>
- 24) Fuchs, A., Matonóg, A., Pilarska, J., Sieradzka, P., Szul, M., Czuba, B., & Drosdzol-Cop, A. (2020). The Impact of COVID–19 on Female Sexual Health. *International*

Journal of Environmental Research and Public Health, 17(19), 7152.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17197152>

- 25) Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311–1327. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(00)00113-6)
- 26) Gelenburg, A. J. (2000). Psychiatric and Somatic Markers of Anxiety. *The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 02(02), 49–54. <https://doi.org/10.4088/pcc.v02n0204>
- 27) Gellman, M., & Turner, J. R. (2013). *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer Publishing.
- 28) Giraldi, A., Kristensen, E., & Sand, M. (2015). Endorsement of Models Describing Sexual Response of Men and Women with a Sexual Partner: An Online Survey in a Population Sample of Danish Adults Ages 20–65 Years. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(1), 116–128. <https://doi.org/10.1111/jsm.12720>
- 29) Grillon, C. (2007). Models and mechanisms of anxiety: evidence from startle studies. *Psychopharmacology*, 199(3), 421–437. <https://doi.org/10.1007/s00213-007-1019-1>
- 30) Guillén-Riquelme, A., & Buela-Casal, G. (2014). Metaanálisis de comparación de grupos y metaanálisis de generalización de la fiabilidad del cuestionario State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Revista Española de Salud Pública*, 88(1), 101–112. <https://doi.org/10.4321/s1135-57272014000100007>
- 31) Hangen, F., & Rogge, R. D. (2021). Focusing the Conceptualization of Erotophilia and Erotophobia on Global Attitudes Toward Sex : Development and Validation of the Sex Positivity–Negativity Scale. *Archives of Sexual Behavior*, 51(1), 521–545. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02085-7>
- 32) Hawton, K. (1985). *Sex therapy: A practical guide*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.

- 33) Heeren, A., Bernstein, E. E., & McNally, R. J. (2018). Deconstructing trait anxiety: a network perspective. *Anxiety, Stress, & Coping*, *31*(3), 262–276.
<https://doi.org/10.1080/10615806.2018.1439263>
- 34) Journal of Sex Research (2013): Psychosocial Factors Associated with Male Sexual Difficulties, *Journal of Sex Research*, DOI: 10.1080/00224499.2013.789820
- 35) Kane, L., Dawson, S. J., Shaughnessy, K., Reissing, E. D., Ouimet, A. J., & Ashbaugh, A. R. (2019). A review of experimental research on anxiety and sexual arousal: Implications for the treatment of sexual dysfunction using cognitive behavioral therapy. *Journal of Experimental Psychopathology*.
<https://doi.org/10.1177/2043808719847371>
- 36) Kaplan HS. The new sex therapy. New York: Brunner/Mazel. Traduction française: La nouvelle thérapie sexuelle. Paris: Buchet/Chastel; 1974, 1979.
- 37) Kempeneers, P., & Barbier, V. (2008). L'influence de l'anxiété sur l'excitation sexuelle : vers une théorie cognitive. *Sexologies*, *17*(2), 66–75.
<https://doi.org/10.1016/j.sexol.2007.09.001>
- 38) Kempeneers, P., Louwette, S., Mormont, C., & Doudali, P. (2000). Adaptation et validation française du Sexual Irrationality Questionnaire (SIQ) de McCormick et Jordan. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, *5*(3), 5–18.
<http://hdl.handle.net/2268/60778>
- 39) Khajehei, M., Doherty, M., & Tilley, P. J. M. (2015). An update on sexual function and dysfunction in women. *Archives of Women's Mental Health*, *18*(3), 423–433.
<https://doi.org/10.1007/s00737-015-0535-y>
- 40) Lahey, B. B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, *64*(4), 241–256. <https://doi.org/10.1037/a0015309>

- 41) Lannoy, S., Heeren, A., Rochat, L., Rossignol, M., Van der Linden, M., & Billieux, J. (2014). Is there an all-embracing construct of emotion reactivity? Adaptation and validation of the emotion reactivity scale among a French-speaking community sample. *Comprehensive Psychiatry*, 55(8), 1960–1967.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.07.023>
- 42) Leal, P. C., Goes, T. C., da Silva, L. C. F., & Teixeira-Silva, F. (2017). Trait vs. state anxiety in different threatening situations. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 39(3), 147–157. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0044>
- 43) Leavitt, C. E., Leonhardt, N. D., & Busby, D. M. (2019). Different Ways to Get There: Evidence of a Variable Female Sexual Response Cycle. *The Journal of Sex Research*, 56(7), 899–912. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1616278>
- 44) Mac Cormick, N. B., Jordan, T. J. (1986). Thoughts that destroy intimacy: irrational beliefs about relationships and sexuality. In dryen, W., trower, p. (Eds), *Rational-Emotive Therapy; recent developments in theory and practice* (pp. 47-62). Bristol: Institute for RET.
- 45) María del Mar Sánchez-Fuentes, Pablo Santos-Iglesias, Juan Carlos Sierra, A systematic review of sexual satisfaction, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Volume 14, Issue 1, 2014, Pages 67-75,ISSN 1697-2600,
[https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(14\)70038-9](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70038-9).
- 46) Martin, L., & Tesser, A. (1996). Some Ruminative Thoughts. In R.S. Wyer Jr. (Ed.), *Ruminative thoughts* (pp.1-47). Hillsdal, N-J : Erlbaum.
- 47) Masters, W.H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Little, Brown.
- 48) McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., Laumann, E., Lee, S. W., & Segraves, R. T. (2016). Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth

- International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(2), 144–152. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.034>
- 49) McCabe, M., Althof, S. E., Assalian, P., Chevret-Measson, M., Leiblum, S. R., Simonelli, C., & Wylie, K. (2010). Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(1), 327–336. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01618.x>
- 50) Miriam K. Forbes, Andrew J. Baillie, Nicholas R. Eaton & Robert F. Krueger (2017) A Place for Sexual Dysfunctions in an Empirical Taxonomy of Psychopathology, *The Journal of Sex Research*, 54:4-5, 465-485, DOI: 10.1080/00224499.2016.1269306
- 51) Naragon-Gainey, K., McMahon, T. P., & Chacko, T. P. (2017). The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination. *Psychological Bulletin*, 143(4), 384–427. <https://doi.org/10.1037/bul0000093>
- 52) Nicholson, K., Almirall, J., & Fortin, M. (2019). The measurement of multimorbidity. *Health Psychology*, 38(9), 783–790. <https://doi.org/10.1037/hea0000739>
- 53) Nielsen, M., Haun, D., Kärtner, J., & Legare, C. H. (2017). The persistent sampling bias in developmental psychology : A call to action. *Journal of Experimental Child Psychology*, 162, 31-38. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2017.04.017>
- 54) Nobre, P. J. (2009). Determinants of Sexual Desire Problems in Women: Testing a Cognitive-Emotional Model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 35(5), 360–377. <https://doi.org/10.1080/00926230903065716>
- 55) Nobre, P. J. (2010). Psychological Determinants of Erectile Dysfunction: Testing a Cognitive–Emotional Model. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(4), 1429–1437. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01656.x>

- 56) Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2006). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *Journal of Sex Research, 43*(1), 68–75.
<https://doi.org/10.1080/00224490609552300>
- 57) Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2007). Cognitions, Emotions, and Sexual Response: Analysis of the Relationship among Automatic Thoughts, Emotional Responses, and Sexual Arousal. *Archives of Sexual Behavior, 37*(4), 652–661.
<https://doi.org/10.1007/s10508-007-9258-0>
- 58) Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2009). Questionnaire of Cognitive Schema Activation in Sexual Context: A Measure to Assess Cognitive Schemas Activated in Unsuccessful Sexual Situations. *Journal of Sex Research, 46*(5), 425–437.
<https://doi.org/10.1080/00224490902792616>
- 59) Nobre, P., Gouveia, J. P., & Gomes, F. A. (2003). Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire: An instrument to assess sexual dysfunctional beliefs as vulnerability factors to sexual problems. *Sexual and Relationship Therapy, 18*(2), 171–204.
<https://doi.org/10.1080/1468199031000061281>
- 60) Nock, M. K., Wedig, M. M., Holmberg, E. B., & Hooley, J. M. (2008). The Emotion Reactivity Scale: Development, Evaluation, and Relation to Self-Injurious Thoughts and Behaviors. *Behavior Therapy, 39*(2), 107–116.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.05.005>
- 61) Nock, M. K., Wedig, M. M., Holmberg, E. B., & Hooley, J. M. (2008b). The Emotion Reactivity Scale: Development, Evaluation, and Relation to Self-Injurious Thoughts and Behaviors. *Behavior Therapy, 39*(2), 107–116.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.05.005>

- 62) Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(4), 569–582.
<https://doi.org/10.1037/0021-843x.100.4.569>
- 63) Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science, 3*(5), 400–424.
<https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- 64) Nowosielski, K., Wróbel, B., & Kowalczyk, R. (2015). Women's Endorsement of Models of Sexual Response: Correlates and Predictors. *Archives of Sexual Behavior, 45*(2), 291–302. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0611-4>
- 65) O'Leary, M. P., Fowler, F. J., Lenderking, W. R., Barber, B., Sagnier, P. P., Guess, H. A., & Barry, M. J. (1995). A brief male sexual function inventory for urology. *Urology, 46*(5), 697–706. [https://doi.org/10.1016/s0090-4295\(99\)80304-5](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(99)80304-5)
- 66) Oliveira, C., Laja, P., Carvalho, J., Quinta Gomes, A., Vilarinho, S., Janssen, E., & Nobre, P. J. (2014). Predictors of Men's Sexual Response to Erotic Film Stimuli : The Role of Affect and Self-Reported Thoughts. *The Journal of Sexual Medicine, 11*(11), 2701-2708. <https://doi.org/10.1111/jsm.12650>
- 67) Olson, J. A. (1994). Janoff-Bulman, Ronnie (1992). Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma. New York: Free Press, pp. 256, \$24.95. *American Journal of Clinical Hypnosis, 36*(3), 222–225.
<https://doi.org/10.1080/00029157.1994.10403078>
- 68) Pascoal, P. M., Raposo, C. F., & Roberto, M. S. (2020). A Transdiagnostic Approach to Sexual Distress and Sexual Pleasure: A Preliminary Mediation Study with Repetitive Negative Thinking. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(21), 7864. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217864>

- 69) Pascoal, P. M., Rosa, P. J., Silva, E. P. D., & Nobre, P. J. (2018). Sexual Beliefs and Sexual Functioning: The Mediating Role of Cognitive Distraction. *International Journal of Sexual Health*, 30(1), 60–71.
<https://doi.org/10.1080/19317611.2018.1424064>
- 70) Pe, M. L., Vandekerckhove, J., & Kuppens, P. (2013). A diffusion model account of the relationship between the emotional flanker task and rumination and depression. *Emotion*, 13(4), 739–747. <https://doi.org/10.1037/a0031628>
- 71) Peixoto, M. M., & Nobre, P. (2014). Dysfunctional Sexual Beliefs: A Comparative Study of Heterosexual Men and Women, Gay Men, and Lesbian Women With and Without Sexual Problems. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(11), 2690–2700.
<https://doi.org/10.1111/jsm.12666>
- 72) Peixoto, M. M., & Nobre, P. (2017). “Macho” Beliefs Moderate the Association Between Negative Sexual Episodes and Activation of Incompetence Schemas in Sexual Context, in Gay and Heterosexual Men. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(4), 518-525. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.02.002>
- 73) Peixoto, M.M., Nobre, P.J. Cognitive-Emotional Predictors of Sexual Functioning in Lesbians, Gays, and Heterosexuals. *Arch Sex Behav* 49, 1823–1838 (2020).
<https://doi.org/10.1007/s10508-020-01732-9>
- 74) Pepping, C. A., Cronin, T. J., Lyons, A., & Caldwell, J. G. (2018). The Effects of Mindfulness on Sexual Outcomes: The Role of Emotion Regulation. *Archives of Sexual Behavior*, 47(6), 1601–1612. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1127-x>
- 75) Raposo, S., Rosen, N. O., Corsini-Munt, S., Maxwell, J. A., & Muise, A. (2021). Navigating Women’s Low Desire : Sexual Growth and Destiny Beliefs and Couples’ Well-Being. *The Journal of Sex Research*, 58(9), 1118-1129.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2021.1884179>

- 76) Richard D. Hayes (2011) Circular and Linear Modeling of Female Sexual Desire and Arousal, *The Journal of Sex Research*, 48:2-3, 130-141, DOI: 10.1080/00224499.2010.548611
- 77) Rosemary Basson (2000) The Female Sexual Response: A Different Model, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26:1, 51-65, DOI: 10.1080/009262300278641
- 78) Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leib, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191–208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- 79) Schäfer, J. Z., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2016). Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(2), 261–276. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0>
- 80) Schmidt, A. F., & Finan, C. (2018). Linear regression and the normality assumption. *Journal of Clinical Epidemiology*, 98, 146-151. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.12.006>
- 81) Soldati L. Troubles sexuels chez les patients atteints d'un trouble psychiatrique [Sexual dysfunction among patients with psychiatric disorders]. *Rev Med Suisse*. 2016 Mar 16;12(510):544-7. French. PMID: 27149715.
- 82) Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- 83) Steiner, L. M., Zaske, S., Durand, S., Molloy, M., & Arteta, R. (2016). Spiritual Factors Predict State and Trait Anxiety. *Journal of Religion and Health*, 56(6), 1937–1955. <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0293-9>

- 84) Thomas, H. N., & Thurston, R. C. (2016). A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. *Maturitas*, *87*, 49–60. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.02.009>
- 85) Treynor, W., Gonzalez, R. & Nolen-Hoeksema, S. Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research* **27**, 247–259 (2003). <https://doi.org/10.1023/A:1023910315561>
- 86) Trudel, G., Ravart, M., Turgeon, L. (1998). Questionnaire sur les pensées négatives durant les rapports sexuels. Texte inédit.
- 87) Tutino, J. S., Ouimet, A. J., & Shaughnessy, K. (2017). How Do Psychological Risk Factors Predict Sexual Outcomes ? A Comparison of Four Models of Young Women's Sexual Outcomes. *The Journal of Sexual Medicine*, *14*(10), 1232-1240. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.07.011>
- 88) Valderas, J. M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C., & Roland, M. (2009). Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services. *The Annals of Family Medicine*, *7*(4), 357–363. <https://doi.org/10.1370/afm.983>
- 89) van Loo, H. M., & Romeijn, J. W. (2015). Psychiatric comorbidity: fact or artifact? *Theoretical Medicine and Bioethics*, *36*(1), 41–60. <https://doi.org/10.1007/s11017-015-9321-0>
- 90) Vasconcelos, P., Oliveira, C., & Nobre, P. (2020). Self-Compassion, Emotion Regulation, and Female Sexual Pain: A Comparative Exploratory Analysis. *The Journal of Sexual Medicine*, *17*(2), 289–299. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.11.266>
- 91) Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, *134*(2), 163–206. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163>

- 92) Watkins, E. R., & Roberts, H. (2020). Reflecting on rumination : Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour Research and Therapy*, 127, 103573. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103573>
- 93) Wolpe J. Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford: Stanford University Press; 1958.
- 94) Wylomanski, S., Bouquin, R., Philippe, H. J., Poulin, Y., Hanf, M., Dréno, B., Rouzier, R., & Quéreux, G. (2014). Psychometric properties of the French Female Sexual Function Index (FSFI). *Quality of Life Research*, 23(7), 2079–2087. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0652-5>
- 95) Zilbergeld, B. (1978). Male sexuality. New York: Bantam.
- 96) Zilbergeld, B. (1992). The new male sexuality. New York: Batam Books.
- 97) Zilbergeld, B. (1999). The new male sexuality: (rev. ed). New York: Batam Books.

Annexes

Annexe 1 : les dysfonctions sexuelles et leurs symptômes dans le DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013)

Hommes	Femmes
Diminution du désir sexuel	Trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle/trouble de l'excitation
<ul style="list-style-type: none"> - Déficience ou absence persistante ou répétée de pensées sexuelles/érotiques ou de fantasies imaginatives et du désir d'activité sexuelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence/diminution de l'intérêt pour l'activité sexuelle - Absence/diminution des pensées érotiques ou sexuelles ou des fantasies imaginatives - Peu ou pas d'initiation de l'activité sexuelle et, typiquement, absence de réceptivité aux tentatives du partenaire pour initier l'activité sexuelle - Absence/diminution de l'excitation ou du plaisir sexuel dans presque toutes ou toutes les situations de rencontres sexuelles - Absence/diminution de l'intérêt sexuel ou de l'excitation sexuelle en réponse aux signaux sexuels/érotiques, internes ou externes - Absence/diminution des sensations génitales ou non génitales pendant l'activité sexuelle dans presque toutes ou toutes les rencontres sexuelles
Troubles de l'érection	Trouble de l'orgasme
<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté marquée à parvenir à une érection au cours de l'activité sexuelle - Difficulté marquée à parvenir à maintenir l'érection jusqu'à l'achèvement de l'acte sexuel - Diminution marquée de la rigidité érectile 	<ul style="list-style-type: none"> - Retard marqué pour parvenir à l'obtention de l'orgasme ou diminution marquée de la fréquence ou absence d'orgasmes - Diminution marquée de l'intensité des sensations orgasmiques
Ejaculation prématurée (précoce)	Trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration
<ul style="list-style-type: none"> - Trouble de l'éjaculation persistant ou répété survenant pendant le rapport sexuel avec une partenaire, approximativement dans la minute 	Difficultés persistantes ou répétées dans un ou plusieurs des cas suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Pénétration vaginale pendant la relation sexuelle

<p>suivant la pénétration vaginale, et avant que la personne ne souhaite éjaculer</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur vulvo-vaginale ou pelvienne marquée pendant la relation sexuelle ou lors des tentatives de pénétration - Peur ou anxiété marquée d'une douleur vulvo-vaginale ou pelvienne par anticipation, pendant ou résultant de la pénétration vaginale - Tensions ou crispation marquées de la musculature du plancher pelvien au cours des tentatives de pénétration vaginale
<p>Ejaculation retardée</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Retard marqué à l'éjaculation - Absence ou diminution marquée de la fréquence de l'éjaculation 	
<p>Dysfonctions induites par une substance/ un médicament</p>	
<p>Présence au premier plan du tableau clinique d'une dysfonction sexuelle cliniquement significative.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Les symptômes sont apparus pendant ou juste après une intoxication par une substance (ou un sevrage) ou après la prise d'un médicament - La substance/le médicament impliqué(e) est susceptible de provoquer les symptômes 	
<p>Dysfonctions sexuelles spécifiées</p>	
<p>Les symptômes caractéristiques d'une dysfonction sexuelle à l'origine d'une détresse cliniquement significative chez l'individu sont présents mais ne remplissent complètement les critères d'aucune classe diagnostique des dysfonctions sexuelles. La catégorie autre dysfonction sexuelle spécifiée est utilisée dans les situations au cours desquelles le clinicien choisit de communiquer la raison spécifique pour laquelle la présentation ne remplit pas les critères d'une dysfonction sexuelle spécifique.</p>	
<p>Dysfonctions sexuelles non spécifiées</p>	
<p>Mêmes critères que pour les dysfonctions sexuelles spécifiées mais ici, le clinicien choisit de ne pas spécifier la raison pour laquelle les critères d'une dysfonction sexuelle spécifique ne sont pas remplis et inclut les situations pour lesquelles il existe des informations insuffisantes pour établir un diagnostic plus spécifique.</p>	

Annexe 2 : Appel à participation

SONDAGE : appel à participation

Bonjour,

Dans le cadre d'une étude menée à l'Université de Liège, nous recherchons des personnes sexuellement actives qui accepteraient de répondre anonymement à un questionnaire en ligne portant sur le fonctionnement sexuel.

Toute personne de 18 ans et plus est invitée à participer.

Pour ce faire, il suffit de cliquer ici :

<https://surveys.fplse.uliege.be/surveys/?w=x&s=WZXNGDDIW>.

Remplir le questionnaire prendra environ 20 minutes.

Que vous ayez des relations sexuelles satisfaisantes ou moins satisfaisantes, avec un.e/des partenaire(s) fixe(s) ou non, tout témoignage nous intéresse.

N'hésitez pas non plus à partager cette publication et à relayer notre appel auprès de votre réseau.

Merci pour votre aide.

Yaëlle Markiewicz

Mémorante

Université de Liège, Département de psychologie

Pour toute information complémentaire, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante :
Yaelle.Markiewicz@student.uliege.be. Votre participation est bien entendu volontaire et anonyme.

Annexe 3 : Formulaire d'information



Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Éducation

Comité d'éthique

PRESIDENTE : Fabienne COLLETTE

SECRETAIRE : Annick COMBLAIN

Formulaire d'information au volontaire

TITRE DE LA RECHERCHE

Etude des liens entre fonctionnement sexuel, anxiété sexuelle et ruminations

CHERCHEUR / ETUDIANT RESPONSABLE

Yaëlle Markiewicz ; étudiante en master en psychologie ; 0491/19.66.65 ;
Yaelle.Markiewicz@student.uliege.be

PROMOTEUR

Philippe Kempeneers

Université de Liège

Département de psychologie clinique et comportementale

Bât. B33 Psychologie clinique cognitive et comportementale

Quartier Agora

place des Orateurs 1

4000 Liège 1

Belgique

DESCRIPTION DE L'ETUDE

Cette étude a pour but d'étudier les liens entre les variables suivantes : le fonctionnement sexuel, l'anxiété sexuelle, et les cognitions, c'est-à-dire certaines pensées ou croyances que nous pouvons avoir, ici dans un contexte sexuel. Pour ce faire, il vous est demandé de répondre aux questions suivantes en indiquant quelle option proposée pour chaque item vous correspond le mieux. Un bref questionnaire reprenant vos informations générales vous sera aussi présenté. La passation totale de cette étude prendra environ 20 minutes.

Vos données seront détruites après cinq ans de conservation à dater de la clôture du traitement des résultats.

Avant de participer à l'étude, nous attirons votre attention sur un certain nombre de points.

Votre participation est conditionnée à une série de droits pour lesquels vous êtes couverts en cas de préjudices. Vos droits sont explicités ci-dessous.

- Votre participation est libre. Vous pouvez l'interrompre sans justification.
- Aucune divulgation de vos informations personnelles n'est possible même de façon non intentionnelle. Seules les données codées pourront être transmises à la communauté des chercheurs. Ces données codées ne permettent plus de vous identifier et il sera impossible de les mettre en lien avec votre participation.
- Le temps de conservation de vos données personnelles est réduit à son minimum. Par contre, les données codées peuvent être conservées *ad vitam aeternam*.
- Les résultats issus de cette étude seront toujours communiqués dans une perspective scientifique et/ou d'enseignement.
- En cas de préjudice, sachez qu'une assurance vous couvre.
- Si vous souhaitez formuler une plainte concernant le traitement de vos données ou votre participation à l'étude, contactez le responsable de l'étude et/ou le DPO et/ou le Comité d'éthique (cf. adresses à la fin du document).

Tous ces points sont détaillés aux pages suivantes. Pour toute autre question, veuillez vous adresser au chercheur ou au responsable de l'étude. Si ces informations sont claires et que vous souhaitez participer à l'étude, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement. Conservez bien une copie de chaque document transmis afin de pouvoir nous recontacter si nécessaire.

INFORMATIONS DETAILLEES

Toutes les informations récoltées au cours de cette étude seront utilisées dans la plus stricte confidentialité et seuls les expérimentateurs, responsables de l'étude, auront accès aux données récoltées. Vos informations seront codées. Seul le responsable de l'étude ainsi que la personne en charge de votre suivi auront accès au fichier crypté permettant d'associer le code du participant à son nom et prénom, ses coordonnées de contact et aux données de recherche. Ces personnes seront tenues de ne JAMAIS divulguer ces informations.

Les données codées issues de votre participation peuvent être transmises dans le cadre d'une autre recherche en lien avec cette étude-ci. Elles pourront être compilées dans des bases de données accessibles uniquement à la communauté scientifique. Seules les informations codées seront partagées. En l'état actuel des choses, aucune identification ne sera possible. Si un rapport ou un article est publié à l'issue de cette étude, rien ne permettra votre identification. Vos données à caractère personnel conservées dans la base de données sécurisée sont soumises aux droits suivants : droits d'accès, de rectification et d'effacement de cette base de données, ainsi que du droit de limiter ou de s'opposer au traitement des données. Pour exercer ces droits, vous devez vous adresser au chercheur responsable de l'étude ou, à défaut, au délégué à la protection des données de l'Université de Liège, dont les coordonnées se trouvent au bas du formulaire d'information. Le temps de conservation de vos données à caractère personnel sera le plus court possible, avec une durée de maximum cinq ans. Les données issues de votre participation à cette recherche (données codées) seront quant à elles conservées tant qu'elles seront utiles à la recherche dans le domaine.

Si vous changez d'avis et décidez de ne plus participer à cette étude, nous ne recueillerons plus de données supplémentaires vous concernant et vos données d'identification seront détruites. Seules les données rendues anonymes pourront être conservées et traitées.

Les modalités pratiques de gestion, traitement, conservation et destruction de vos données respectent le Règlement Général sur la Protection des Données (UE 2016/679), les droits du patient (loi du 22 août 2002) ainsi que la loi du 7 mai 2004 relative aux études sur la personne humaine. Toutes les procédures sont réalisées en accord avec les dernières recommandations européennes en matière de collecte et de partage de données. Le responsable du traitement de vos données à caractère personnel est l'Université de Liège (Place du XX-Août, 7 à 4000 Liège), représentée par son Recteur. Ces traitements de données à caractère personnel seront réalisés dans le cadre de la mission d'intérêt public en matière de recherche reconnue à l'Université de Liège par le Décret définissant le paysage de l'enseignement supérieur et l'organisation académique des études du 7 novembre 2013, art.2. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

Une assurance a été souscrite au cas où vous subiriez un dommage lié à votre participation à cette recherche. Le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant (ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte à la participation à cette étude. Dans cette optique, le promoteur a souscrit un contrat d'assurance auprès d'Ethias, conformément à l'article 29 de la loi belge relative aux expérimentations sur la personne humaine (7 mai 2004).

Vous signerez un consentement éclairé avant de prendre part à l'expérience. Vous conserverez une copie de ce consentement ainsi que les feuilles d'informations relatives à l'étude.

Cette étude a reçu un avis favorable de la part du comité d'éthique de la faculté de psychologie, logopédie et des sciences de l'éducation de l'Université de Liège. En aucun cas, vous ne devez considérer cet avis favorable comme une incitation à participer à cette étude.

Personnes à contacter

Vous avez le droit de poser toutes les questions que vous souhaitez sur cette recherche et d'en recevoir les réponses.

Si vous avez des questions ou en cas de complication liée à l'étude, vous pouvez contacter les personnes suivantes :

Markiewicz Yaëlle

0491/19.66.65

Yaëlle.Markiewicz@student.uliege.be

ou l'investigateur principal du projet :

Kempeneers Philippe

P.Kempeneers@uliege.be

Pour toute question, demande d'exercice des droits ou plainte relative à la gestion de vos données à caractère personnel, vous pouvez vous adresser au délégué à la protection des données par e-mail (dpo@uliege) ou par courrier signé et daté adressé comme suit :

Monsieur le Délégué à la protection des données
Bât. B9 Cellule "GDPR",
Quartier Village 3,
Boulevard de Colonster 2,
4000 Liège, Belgique.

Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).



LIÈG
universi

Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Éducation

Comité d'éthique

PRESIDENTE : Fabienne COLLETTE

INFORMATION ET CONSENTEMENT ECLAIRE POUR DES RECHERCHES MENEES VIA INTERNET

L'objectif de la recherche pour laquelle nous sollicitons votre participation est d'étudier les liens entre le fonctionnement sexuel, l'anxiété sexuelle et les cognitions. Cette recherche est menée par Yaëlle Markiewicz.

Votre participation à cette recherche est volontaire. Vous pouvez choisir de ne pas participer et si vous décidez de participer vous pouvez cesser de répondre aux questions à tout moment et fermer la fenêtre de votre navigateur sans aucun préjudice. Vous pouvez également choisir de ne pas répondre à certaines questions spécifiques.

Cette recherche implique de remplir un questionnaire pendant une durée d'environ 20 minutes. Vos réponses seront confidentielles et nous ne collecterons pas d'information permettant de vous identifier, telle que votre nom, votre adresse e-mail ou votre adresse IP, qui pourrait permettre la localisation de votre ordinateur. Vos réponses seront transmises anonymement à une base de données. Votre participation implique que vous acceptez que les renseignements recueillis soient utilisés anonymement à des fins de recherche. Les résultats de cette étude serviront à des fins scientifiques uniquement.

Vous disposez d'une série de droits relatifs à vos données personnelles (accès, rectification, suppression, opposition) que vous pouvez exercer en prenant contact avec le Délégué à la protection des données de l'institution dont les coordonnées se trouvent ci-dessous. Vous pouvez également lui adresser toute doléance concernant le traitement de vos données à caractère personnel. Les données à caractère personnel ne seront conservées que le temps utile à la réalisation de l'étude visée, c'est-à-dire environ 5 ans.

Les données codées issues de votre participation à cette recherche peuvent être transmises si utilisées dans le cadre d'une autre recherche en relation avec cette étude-ci, et elles seront éventuellement

compilées dans des bases de données accessibles à la communauté scientifique. Les données que nous partageons ne seront pas identifiable et n'auront seulement qu'un numéro de code, de telle sorte que personne ne saura quelles données sont les vôtres. Les données issues de votre participation à cette recherche seront stockées pour une durée de 5 ans.

Une fois l'étude réalisée, les données acquises seront codées et stockées pour traitement statistique. Dès ce moment, ces données codées ne pourront plus être retirées de la base de traitement. Si vous changez d'avis et retirez votre consentement à participer à cette étude, nous ne recueillons plus de données supplémentaires sur vous. Les données d'identification vous concernant seront détruites. Seules les données rendues anonymes pourront être conservées et traitées de façon statistique.

Les modalités pratiques de gestion, traitement, conservation et destruction de vos données respectent le Règlement Général sur la Protection des Données (UE 2016/679), les droits du patient (loi du 22 août 2002) ainsi que la loi du 7 mai 2004 relative aux études sur la personne humaine. Toutes les procédures sont réalisées en accord avec les dernières recommandations européennes en matière de collecte et de partage de données. Ces traitements de données à caractère personnel seront réalisés dans le cadre de la mission d'intérêt public en matière de recherche reconnue à l'Université de Liège par le Décret définissant le paysage de l'enseignement supérieur et l'organisation académique des études du 7 novembre 2013, art. 2.

Une assurance a été souscrite au cas où vous subiriez un dommage lié à votre participation à cette recherche. Le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant (ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte à la participation à cette étude. Dans cette optique, le promoteur a souscrit un contrat d'assurance auprès d'Ethias, conformément à l'article 29 de la loi belge relative aux expérimentations sur la personne humaine (7 mai 2004)

Si vous souhaitez davantage d'information ou avez des questions concernant cette recherche, veuillez contacter Yaëlle Markiewicz. Cette recherche a reçu l'approbation du Comité d'Ethique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Education de l'Université de Liège.

Pour toute question, demande d'exercice des droits ou plainte relative à la gestion de vos données à caractère personnel, vous pouvez vous adresser au Délégué à la protection des données par e-mail (dpo@uliege) ou par courrier signé et daté adressé comme suit :

Monsieur le Délégué à la Protection des Données

Bât. B9 Cellule "GDPR",

Quartier Village 3,

Boulevard de Colonster 2,

4000 Liège, Belgique.

Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

Pour participer à l'étude, veuillez cliquer sur le bouton « Je participe » ci-dessous. Cliquer sur ce bouton implique que :

- Vous avez lu et compris les informations reprises ci-dessus

- Vous consentez à la gestion et au traitement des données acquises telles que décrites ci-dessus
- Vous avez 18 ans ou plus
- Vous donnez votre consentement libre et éclairé pour participer à cette recherche

Annexe 5 : Questionnaire de ruminations sexuelles

Instructions :

Lisez chacun des énoncés ci-dessous et indiquez la fréquence de ces pensées durant vos rapports sexuels en utilisant les réponses suivantes :

0. Jamais
1. Rarement
2. Occasionnellement
3. Fréquemment
4. La plupart du temps
5. Toujours

Questionnaire :

« Quand je suis en relation sexuelle, je me laisse complètement absorber par les pensées suivantes : »

- 1) Le sexe est une activité sale
- 2) Je n'atteindrai pas l'orgasme
- 3) Je ne satisferai pas mon/ma partenaire
- 4) Certaines parties de mon corps ne sont pas attirantes
- 5) Je suis condamné.e à être abandonné.e
- 6) Je n'arrive pas à être excité.e
- 7) Je ne suis pas assez « sexy »
- 8) Si je me laisse aller mon/ma partenaire risque de me rejeter
- 9) Je ne suis pas compétent.e
- 10) Je ne suis pas respecté.e
- 11) Ma valeur personnelle dépend de mon fonctionnement sexuel
- 12) Je ne peux pas être aimé.e
- 13) Je suis un échec

Annexe 6 : Tableau de normalité des données – Kolmogorov-Smirnov

Variables		D	Lilliefois p-value (doit être >0.05 pour respecter la normalité)	Normalité
FSFI total		D(410) = 0.17	< .001	Non
FSFI désir		D(410) = 0.15	< .001	Non
FSFI excitation		D(410) = 0.18	< .001	Non
FSFI lubrification		D(410) = 0.2	< .001	Non
FSFI orgasme		D(410) = 0.17	< .001	Non
FSFI satisfaction		D(410) = 0.9	< .001	Non
FSFI douleur		D(410) = 0.19	< .001	Non
BSFI total		D(144) = 0.16	< .001	Non
BSFI désir		D(144) = 0.21	< .001	Non
BSFI érection		D(144) = 0.2	< .001	Non
BSFI éjaculation		D(144) = 0.29	< .001	Non
BSFI évaluation		D(144) = 0.26	< .001	Non
BSFI satisfaction		D(144) = 0.21	< .001	Non
Anxiété sexuelle	Echantillon total	D(554) = 0.08	< .001	Non
	Femmes	D(410) = 0.1	< .001	Non
	Hommes	D(144) = 0.12	< .001	Non
ERS total	Echantillon total	D(554) = 0.04	= .01	Non
	Femmes	D(410) = 0.04	= .08	Oui
	Hommes	D(144) = 0.1	= .002	Non
ERS persistance	Echantillon total	D(554) = 0.07	< .001	Non
	Femmes	D(410) = 0.07	< .001	Non
	Hommes	D(144) = 0.09	= .01	Non
ERS sensibilité	Echantillon total	D(554) = 0.05	= .004	Non
	Femmes	D(410) = 0.05	= .01	Non
	Hommes	D(144) = 0.1	= .002	Non
ERS intensité	Echantillon total	D(554) = 0.08	< .001	Non
	Femmes	D(410) = 0.07	< .001	Non
	Hommes	D(144) = 0.12	< .001	Non
SIQ total	Echantillon total	D(554) = 0.03	> .1	Oui
	Femmes	D(410) = 0.04	> .1	Oui
	Hommes	D(144) = 0.05	> .1	Oui
SIQ F1	Echantillon total	D(554) = 0.07	< .001	Non
	Femmes	D(410) = 0.06	= .002	Non
	Hommes	D(144) = 0.09	= .004	Non
SIQ F2	Echantillon total	D(554) = 0.07	< .001	Non
	Femmes	D(410) = 0.07	< .001	Non
	Hommes	D(144) = 0.08	= .033	Non
SIQ F3	Echantillon total	D(554) = 0.08	< .001	Non
	Femmes	D(410) = 0.07	< .001	Non
	Hommes	D(144) = 0.11	< .001	Non
SIQ F4	Echantillon total	D(554) = 0.11	< .001	Non

	Femmes	D(410) = 0.1	< .001	Non
	Hommes	D(144) = 0.13	< .001	Non
SIQ R	Echantillon total	D(554) = 0.06	< .001	Non
	Femmes	D(410) = 0.07	< .001	Non
	Hommes	D(144) = 0.07	> .1	Oui
PTQ total				
	Echantillon total	D(554) = 0.04	= .023	Non
	Femmes	D(410) = 0.05	= .045	Non
	Hommes	D(144) = 0.06	> .1	Oui
Ruminations sexuelles total				
	Echantillon total	D(554) = 0.12	< .001	Non
	Femmes	D(410) = 0.11	< .001	Non
	Hommes	D(144) = 0.17	< .001	Non
Ruminations sexuelles incompétence				
	Echantillon total	D(554) = 0.16	< .001	Non
	Femmes	D(410) = 0.17	< .001	Non
	Hommes	D(144) = 0.16	< .001	Non
Ruminations sexuelles défectueux				
	Echantillon total	D(554) = 0.17	< .001	Non
	Femmes	D(410) = 0.15	< .001	Non
	Hommes	D(144) = 0.21	< .001	Non
Ruminations sexuelles rejet				
	Echantillon total	D(554) = 0.11	< .001	Non
	Femmes	D(410) = 0.1	< .001	Non
	Hommes	D(144) = 0.15	< .001	Non
Ruminations sexuelles impuissance				
	Echantillon total	D(554) = 0.36	< .001	Non
	Femmes	D(410) = 0.36	< .001	Non
	Hommes	D(144) = 0.37	< .001	Non
Ruminations sexuelles croyances				
	Echantillon total	D(554) = 0.26	< .001	Non
	Femmes	D(410) = 0.29	< .001	Non
	Hommes	D(144) = 0.26	< .001	Non

Annexe 7 : Corrélations – Sujets hommes – Pearson et Kendall

Variable		BSFI Total	BSFI Désir	BSFI Erection	BSFI Ejaculation	BSFI Evaluation	BSFI Satisfaction	Anxiété sexuelle
1. BSFI Total	Pearson's r	—						
	p-value	—						
	Kendall's Tau B	—						
2. BSFI Désir	Pearson's r	0.597 ***	—					
	p-value	< .001	—					
	Kendall's Tau B	0.385 ***	—					
3. BSFI Erection	Pearson's r	0.796 ***	0.451 ***	—				
	p-value	< .001	< .001	—				
	Kendall's Tau B	0.623 ***	0.255 ***	—				
4. BSFI Ejaculation	Pearson's r	0.627 ***	0.189 *	0.382 ***	—			
	p-value	< .001	0.023	< .001	—			
	Kendall's Tau B	0.376 ***	0.064	0.220 **	—			
5. BSFI Evaluation	Pearson's r	0.779 ***	0.255 **	0.443 ***	0.410 ***	—		
	p-value	< .001	0.002	< .001	< .001	—		
	Kendall's Tau B	0.548 ***	0.065	0.287 ***	0.248 ***	—		
6. BSFI Satisfaction	Pearson's r	0.495 ***	0.131	0.218 **	0.138	0.377 ***	—	
	p-value	< .001	0.119	0.009	0.099	< .001	—	
	Kendall's Tau B	0.420 ***	0.087	0.143 *	0.084	0.249 ***	—	
7. Anxiété sexuelle	Pearson's r	0.487 ***	0.159	0.290 ***	0.243 **	0.455 ***	0.527 ***	—
	p-value	< .001	0.057	< .001	0.003	< .001	< .001	—
	Kendall's Tau B	0.366 ***	0.072	0.200 **	0.176 **	0.302 ***	0.431 ***	—
8. ERS Total	Pearson's r	0.177 *	0.089	0.019	0.138	0.260 **	0.304 ***	0.483 ***
	p-value	0.034	0.291	0.825	0.098	0.002	< .001	< .001
	Kendall's Tau B	0.113	0.056	0.006	0.088	0.185 **	0.250 ***	0.318 ***
9. ERS persistance	Pearson's r	0.156	0.075	0.081	0.095	0.206 *	0.225 **	0.423 ***
	p-value	0.062	0.372	0.337	0.259	0.013	0.007	< .001
	Kendall's Tau B	0.105	0.072	0.044	0.097	0.172 **	0.172 **	0.259 ***
10. ERS sensibilité	Pearson's r	0.178 *	0.084	0.005	0.164 *	0.239 **	0.333 ***	0.482 ***
	p-value	0.033	0.314	0.951	0.049	0.004	< .001	< .001
	Kendall's Tau B	0.119 *	0.050	1,08E-01	0.094	0.181 **	0.271 ***	0.325 ***

11. ERS intensité		p-value	0.043	0.417	0.999	0.150	0.004	< .001	< .001			
	r	Pearson's	-	0.083	0.003	-	-	**	-	**	0.415	***
				0.149			0.099	0.263		0.245		
		p-value	0.075	0.322	0.968	0.237	0.001		0.003		< .001	
12. SIQ Total	r	Kendall's	-	0.046	0.010	-	-	**	-	***	0.283	***
		Tau B	0.102			0.080	0.191		0.215			
		p-value	0.084	0.461	0.870	0.225	0.003		< .001		< .001	
		Pearson's	-	0.030	-	-	-		-		0.143	
13. SIQ F1	r		0.081		0.063	0.025	0.076		0.151			
				0.335	0.717	0.454	0.769	0.363		0.071		0.086
		Kendall's	-	-	-	0.063	-		-		0.080	
		Tau B	0.067	0.013	0.039		0.035		0.097			
14. SIQ F2	r		0.251	0.834	0.526	0.330	0.572		0.120		0.163	
				0.044	0.063	0.022	0.007	-		0.107		0.129
		p-value	0.597	0.452	0.794	0.931	0.108		0.203		0.123	
		Kendall's	-	0.032	0.017	0.022	-		-		0.111	
15. SIQ F3	r		0.056		0.017	0.022	0.108		0.107			
				0.348	0.614	0.786	0.732	0.090		0.091		0.056
		Pearson's	-	-	-	*	-		-		0.101	
		Tau B	0.149	0.013	0.208	0.076	0.060		0.124			
16. SIQ F4	r		0.076	0.875	0.012	0.363	0.472		0.140		0.227	
				-	*	-	**	-		-		0.079
		p-value	0.130	0.020	0.176	0.049	0.018		0.109			
		Pearson's	0.030	0.758	0.005	0.459	0.776		0.089		0.177	
17. SIQ R	r		0.258	**	0.121	0.189	*	0.066	0.316	***	0.117	-
					0.148	0.023	0.434	< .001		0.162		0.137
		Kendall's	0.167	**	0.080	0.119	0.114		0.226	***	0.107	-
		Tau B	0.006	0.208	0.058	0.087	< .001		0.097		0.138	
18. PTQ	r		0.019	0.013	0.018	0.026	0.030		0.056		0.096	
				0.819	0.879	0.833	0.756	0.719		0.506		0.251
		Kendall's	0.043	0.020	0.033	0.011	0.037		-		0.039	
		Tau B	0.477	0.759	0.598	0.872	0.568		0.867		0.509	
19. Ruminations sex. Total	r		-	*	-	*	-	-	-	**	0.174	*
				0.208	0.078	0.186	0.053	0.156		0.230	**	
		p-value	0.013	0.355	0.026	0.530	0.062		0.006		0.037	
		Kendall's	-	***	-	*	0.053		-	*	0.182	**
20. R.S. Incompétence	r		0.206	0.073	0.144	0.127	0.127		0.182	**	0.121	*
				< .001	0.248	0.020	0.420	0.047		0.004		0.038
		Pearson's	-	-	-	-	-		-		-	-
		Tau B	0.234	**	0.044	8,70E-01	0.163	0.300	***	0.344	***	0.548
21. R.S. Défectueux	r			0.600	0.992	0.051	< .001		< .001		< .001	
				0.005	0.600	0.992	0.051	< .001		< .001		< .001
		Kendall's	-	***	-	0.016	-	*	-	***	0.276	***
		Tau B	0.202	0.029	0.016	0.154	0.154		0.238		0.388	***
20. R.S. Incompétence	r			0.642	0.792	0.018	< .001		< .001		< .001	
				< .001	0.642	0.792	0.018	< .001		< .001		< .001
		Pearson's	-	***	-	*	-	**	-	***	0.355	***
		Tau B	0.381	0.150	0.187	0.243	0.373	***	0.355	***	0.573	***
20. R.S. Incompétence	r			0.072	0.025	0.003	< .001		< .001		< .001	
				< .001	0.072	0.025	0.003	< .001		< .001		< .001
		Kendall's	-	***	-	*	-	**	-	***	0.349	***
		Tau B	0.322	0.055	0.154	0.205	0.284	***	0.349	***	0.473	***
20. R.S. Incompétence	r			0.377	0.012	0.002	< .001		< .001		< .001	
				< .001	0.377	0.012	0.002	< .001		< .001		< .001
		Pearson's	-	***	-	*	-	*	-	***	0.335	***
		Tau B	0.359	0.204	0.182	0.185	0.332	***	0.335	***	0.534	***
21. R.S. Défectueux	r			0.014	0.029	0.027	< .001		< .001		< .001	
				< .001	0.014	0.029	0.027	< .001		< .001		< .001
		Kendall's	-	***	-	*	-	*	-	***	0.429	***
		Tau B	0.271	0.077	0.131	0.138	0.234	***	0.324	***	0.418	***
21. R.S. Défectueux	r			0.234	0.040	0.041	< .001		< .001		< .001	
				< .001	0.234	0.040	0.041	< .001		< .001		< .001
21. R.S. Défectueux	r		-	*	-	***	-	**	-	***	0.418	***
				0.413	0.168	0.312	0.236	0.366	***	0.283	***	0.418

	p-value	< .001	0.044	< .001	0.004	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001				
	Kendall's Tau B	-	***	-	-	**	-	***	-	***	-	**	0.329	***
	p-value	< .001	0.240	0.001	< .001	< .001	< .001	0.003	< .001	0.003	< .001	< .001	< .001	
22. R.S. Rejet	Pearson's r	-	***	-	-	**	-	***	-	***	-	***	0.541	***
	p-value	< .001	0.368	0.231	0.003	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	
	Kendall's Tau B	-	***	-	-	**	-	***	-	***	-	***	0.390	***
	p-value	< .001	0.563	0.101	0.004	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	
23. R.S. Impuissance	Pearson's r	-	*	-	-	-	-	*	-	***	-	***	0.414	***
	p-value	0.198	0.044	0.081	0.060	0.210	0.313	0.313	0.313	0.313	0.313	0.313	0.313	
	p-value	0.017	0.602	0.335	0.474	0.011	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	
	Kendall's Tau B	-	***	-	-	*	-	***	-	***	-	***	0.362	***
	p-value	< .001	0.553	0.158	0.227	0.010	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	
24. R.S. Croyances	Pearson's r	-	*	-	-	-	-	*	-	-	-	-	0.278	***
	p-value	0.212	0.137	0.140	0.134	0.203	0.077	0.077	0.077	0.077	0.077	0.077	0.077	
	p-value	0.011	0.101	0.094	0.109	0.015	0.359	0.359	0.359	0.359	0.359	0.359	0.359	
	Kendall's Tau B	-	***	-	*	-	*	***	-	***	-	***	0.318	***
	p-value	0.222	0.026	0.171	0.153	0.237	0.117	0.117	0.117	0.117	0.117	0.117	0.117	
	p-value	< .001	0.709	0.011	0.034	< .001	0.092	0.092	0.092	0.092	0.092	0.092	0.092	

Variable	ERS Total	ERS persistance	ERS sensibilité	ERS intensité	SIQ Total	SIQ F1	SIQ F2
8. ERS Total							
	p-value						
	Pearson's r	—					
	p-value	—					
	Kendall's Tau B	—					
9. ERS persistance							
	p-value	—					
	Pearson's r	0.793	***	—			
	p-value	< .001	—				
	Kendall's Tau B	0.618	***	—			
10. ERS sensibilité							
	p-value	—					
	Pearson's r	0.966	***	0.668	***	—	
	p-value	< .001	< .001	—			
	Kendall's Tau B	0.858	***	0.496	***	—	
11. ERS intensité							
	p-value	< .001	< .001	—			
	Pearson's r	0.951	***	0.669	***	0.883	***
	p-value	< .001	< .001	< .001	—		
	Kendall's Tau B	0.821	***	0.499	***	0.727	***
12. SIQ Total							
	p-value	< .001	< .001	< .001	—		
	Pearson's r	0.159	0.060	0.176	*	0.161	—
	p-value	0.056	0.477	0.035	0.054	—	—
	Kendall's Tau B	0.114	*	0.047	0.133	*	0.135
13. SIQ F1							
	p-value	0.046	0.425	0.021	0.020	—	—
	Pearson's r	0.206	*	0.131	0.205	*	0.207
	p-value	0.013	0.117	0.014	0.013	< .001	—
	Kendall's Tau B	0.150	**	0.072	0.173	**	0.172
	p-value	0.651	***	—	—	—	—

14. SIQ F2	r	p-value	0.010	0.229	0.003	0.003	< .001	—								
		Pearson's	-	-	0.004	-	0.605	***	0.294	***	—					
			0.043	0.117		0.054										
15. SIQ F3	r	p-value	0.611	0.161	0.960	0.523	< .001	< .001								
		Kendall's	-	-	-	-	0.430	***	0.235	***	—					
		Tau B	0.037	0.077	0.005	0.037										
16. SIQ F4	r	p-value	0.523	0.200	0.928	0.530	< .001	< .001								
		Pearson's	0.050	-	0.054	0.079	0.343	***	0.093		0.002					
			0.050	0.026												
17. SIQ R	r	p-value	0.550	0.756	0.524	0.345	< .001	0.269		0.983						
		Kendall's	0.019	-	0.014	0.058	0.231	***	0.090		-					
		Tau B	0.019	0.043							0.019					
18. PTQ	r	p-value	0.747	0.479	0.817	0.335	< .001	0.132		0.754						
		Pearson's	0.119	0.038	0.138	0.115	0.474	***	0.202	*	0.255	**				
			0.119	0.038												
19. Ruminations sex. Total	r	p-value	0.155	0.648	0.100	0.169	< .001	0.015		0.002						
		Kendall's	0.059	0.014	0.080	0.064	0.330	***	0.191	**	0.190	**				
		Tau B	0.059	0.014												
20. R.S. Incompétence	r	p-value	0.323	0.813	0.183	0.292	< .001	0.002		0.002						
		Pearson's	0.093	0.061	0.095	0.088	0.780	***	0.468	***	0.438	***				
			0.093	0.061												
21. R.S. Défectueux	r	p-value	0.267	0.470	0.255	0.292	< .001	< .001		< .001						
		Kendall's	0.054	0.033	0.060	0.068	0.589	***	0.343	***	0.302	***				
		Tau B	0.054	0.033												
22. R.S. Rejet	r	p-value	0.352	0.579	0.303	0.250	< .001	< .001		< .001						
		Pearson's	0.713	***	0.596	***	0.691	***	0.658	***	0.190	*	0.264	**	0.037	
			0.713	***	0.596	***	0.691	***	0.658	***	0.190	*	0.264	**	0.037	
23. R.S. Impuissance	r	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001		0.007			
		Kendall's	0.528	***	0.436	***	0.519	***	0.498	***	0.133	*	0.179	**	0.001	
		Tau B	0.528	***	0.436	***	0.519	***	0.498	***	0.133	*	0.179	**	0.001	
24. R.S. Croyances	r	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	0.021	0.002	0.002		0.981				
		Pearson's	0.432	***	0.358	***	0.420	***	0.400	***	0.295	***	0.352	***	0.224	**
			0.432	***	0.358	***	0.420	***	0.400	***	0.295	***	0.352	***	0.224	**
20. R.S. Incompétence	r	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001		0.007			
		Kendall's	0.327	***	0.280	***	0.328	***	0.291	***	0.196	***	0.235	***	0.162	**
		Tau B	0.327	***	0.280	***	0.328	***	0.291	***	0.196	***	0.235	***	0.162	**
21. R.S. Défectueux	r	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001		0.006			
		Pearson's	0.354	***	0.343	***	0.335	***	0.310	***	0.252	**	0.352	***	0.150	
			0.354	***	0.343	***	0.335	***	0.310	***	0.252	**	0.352	***	0.150	
22. R.S. Rejet	r	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	0.002	< .001	< .001		0.072			
		Kendall's	0.253	***	0.265	***	0.253	***	0.206	***	0.162	**	0.216	***	0.121	*
		Tau B	0.253	***	0.265	***	0.253	***	0.206	***	0.162	**	0.216	***	0.121	*
23. R.S. Impuissance	r	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	0.007	< .001	< .001	< .001		0.049			
		Pearson's	0.190	*	0.212	*	0.165	*	0.169	*	0.125		0.244	**	0.124	
			0.190	*	0.212	*	0.165	*	0.169	*	0.125		0.244	**	0.124	
24. R.S. Croyances	r	p-value	0.023	0.011	0.048	0.043	0.135	0.003	0.003	0.003	0.002		0.139			
		Kendall's	0.132	*	0.167	**	0.127	*	0.107		0.038	0.151	*	0.031		
		Tau B	0.132	*	0.167	**	0.127	*	0.107		0.038	0.151	*	0.031		
20. R.S. Incompétence	r	p-value	0.033	0.008	0.042	0.087	0.544	0.016	0.016	0.016	0.016		0.629			
		Pearson's	0.487	***	0.362	***	0.485	***	0.457	***	0.263	**	0.265	**	0.240	**
			0.487	***	0.362	***	0.485	***	0.457	***	0.263	**	0.265	**	0.240	**
21. R.S. Défectueux	r	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	0.001	0.001	0.001		0.004			
		Kendall's	0.322	***	0.243	***	0.329	***	0.293	***	0.173	**	0.181	**	0.186	**
		Tau B	0.322	***	0.243	***	0.329	***	0.293	***	0.173	**	0.181	**	0.186	**
22. R.S. Rejet	r	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	0.003	0.003	0.003	0.002		0.002			
		Pearson's	0.251	**	0.153		0.244	**	0.264	**	0.211	*	0.207	*	0.170	*
			0.251	**	0.153		0.244	**	0.264	**	0.211	*	0.207	*	0.170	*
23. R.S. Impuissance	r	p-value	0.002	0.068	0.003	0.001	0.011	0.013	0.013	0.013	0.013		0.042			
		Kendall's	0.197	**	0.116		0.204	**	0.203	**	0.113		0.117	0.129		
		Tau B	0.197	**	0.116		0.204	**	0.203	**	0.113		0.117	0.129		
24. R.S. Croyances	r	p-value	0.003	0.085	0.002	0.002	0.086	0.081	0.081	0.081	0.081		0.056			
		Pearson's	0.222	**	0.194	*	0.214	**	0.202	*	0.322	***	0.368	***	0.151	
			0.222	**	0.194	*	0.214	**	0.202	*	0.322	***	0.368	***	0.151	
20. R.S. Incompétence	r	p-value	0.007	0.020	0.010	0.015	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001		0.071			
			0.007	0.020	0.010	0.015	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001		0.071			
			0.007	0.020	0.010	0.015	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001		0.071			

Kendall's Tau B	0.220	***	0.168	**	0.243	***	0.188	**	0.276	***	0.264	***	0.162	*
p-value	< .001		0.010		< .001		0.003		< .001		< .001		0.013	

Variable		SIQ F3	SIQ F4	SIQ R	PTQ	Ruminations sex. Total	
16. SIQ F4	Pearson's r	0.155	—				
	p-value	0.063	—				
	Kendall's Tau B	0.120	—				
	p-value	0.051	—				
17. SIQ R	Pearson's r	0.150	0.264	**	—		
	p-value	0.074	0.001		—		
	Kendall's Tau B	0.095	0.168	**	—		
	p-value	0.111	0.005		—		
18. PTQ	Pearson's r	-0.031	0.010		0.198	*	
	p-value	0.710	0.907		0.017	—	
	Kendall's Tau B	-0.042	-0.025		0.149	*	
	p-value	0.474	0.676		0.010	—	
19. Ruminations sex. Total	Pearson's r	-0.225	**	0.046	0.280	***	
	p-value	0.007		0.585	< .001	< .001	
	Kendall's Tau B	-0.162	**	-0.016	0.178	**	0.380
	p-value	0.006		0.792	0.002	< .001	—
20. R.S. Incompétence	Pearson's r	-0.281	***	0.012	0.262	**	0.420
	p-value	< .001		0.890	0.002	< .001	< .001
	Kendall's Tau B	-0.183	**	-0.050	0.170	**	0.322
	p-value	0.003		0.424	0.005	< .001	< .001
21. R.S. Défectueux	Pearson's r	-0.272	***	-0.074	0.115		0.324
	p-value	< .001		0.380	0.171	< .001	< .001
	Kendall's Tau B	-0.266	***	-0.123	0.044		0.266
	p-value	< .001		0.056	0.480	< .001	< .001
22. R.S. Rejet	Pearson's r	-0.123		0.075	0.226	**	0.457
	p-value	0.143		0.375	0.007	< .001	< .001
	Kendall's Tau B	-0.108		0.008	0.144	*	0.332
	p-value	0.075		0.894	0.015	< .001	< .001
23. R.S. Impuissance	Pearson's r	-0.174	*	0.011	0.278	***	0.315
	p-value	0.037		0.894	< .001	< .001	< .001
	Kendall's Tau B	-0.195	**	-0.004	0.189	**	0.238
	p-value	0.004		0.952	0.005	< .001	< .001
24. R.S. Croyances	Pearson's r	-0.140		0.105	0.304	***	0.277
	p-value	0.094		0.210	< .001	< .001	< .001
	Kendall's Tau B	-0.085		0.143	*	0.229	***
	p-value	0.192		0.030	< .001	< .001	< .001

Variable		R.S. Incompétence	R.S. Défectueux	R.S. Rejet	R.S. Impuissance	R.S. Croyances	
21. R.S. Défectueux	Pearson's r	0.579 ***	—				
	p-value	< .001	—				
	Kendall's Tau B	0.418 ***	—				
	p-value	< .001	—				
22. R.S. Rejet	Pearson's r	0.717 ***	0.456 ***	—			
	p-value	< .001	< .001	—			
	Kendall's Tau B	0.506 ***	0.315 ***	—			
	p-value	< .001	< .001	—			
23. R.S. Impuissance	Pearson's r	0.572 ***	0.337 ***	0.545 ***	—		
	p-value	< .001	< .001	< .001	—		
	Kendall's Tau B	0.416 ***	0.286 ***	0.436 ***	—		
	p-value	< .001	< .001	< .001	—		
24. R.S. Croyances	Pearson's r	0.653 ***	0.455 ***	0.533 ***	0.452 ***	—	
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	—	
	Kendall's Tau B	0.426 ***	0.264 ***	0.408 ***	0.403 ***	—	
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	—	

Annexe 8 : Corrélations – Sujets femmes – Pearson et Kendall

Variable		FSFI Total	FSFI Désir	FSFI Excitation	FSFI Lubrification	FSFI Orgasme	FSFI Satisfaction
1. FSFI Total	Pearson's r	—					
	p-value	—					
	Kendall's Tau B	—					
	p-value	—					
2. FSFI Désir	Pearson's r	0.547 ***	—				
	p-value	< .001	—				
	Kendall's Tau B	0.424 ***	—				
	p-value	< .001	—				
3. FSFI Excitation	Pearson's r	0.863 ***	0.590 ***	—			
	p-value	< .001	< .001	—			
	Kendall's Tau B	0.565 ***	0.441 ***	—			
	p-value	< .001	< .001	—			
4. FSFI Lubrification	Pearson's r	0.875 ***	0.419 ***	0.756 ***	—		
	p-value	< .001	< .001	< .001	—		
	Kendall's Tau B	0.593 ***	0.261 ***	0.447 ***	—		
	p-value	< .001	< .001	< .001	—		
5. FSFI Orgasme	Pearson's r	0.787 ***	0.302 ***	0.641 ***	0.635 ***	—	
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	—	
	Kendall's Tau B	0.445 ***	0.173 ***	0.303 ***	0.293 ***	—	
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	—	
6. FSFI Satisfaction	Pearson's r	-0.023	-0.189 ***	-0.290 ***	-0.170 ***	-0.012	—
	p-value	0.646	< .001	< .001	< .001	0.803	—
	Kendall's Tau B	-0.096 **	-0.201 ***	-0.351 ***	-0.196 ***	-0.095 *	—
	p-value	0.006	< .001	< .001	< .001	0.011	—
7. FSFI Douleur	Pearson's r	0.781 ***	0.309 ***	0.561 ***	0.577 ***	0.517 ***	-0.125 *
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	0.011
	Kendall's Tau B	0.606 ***	0.195 ***	0.358 ***	0.391 ***	0.285 ***	-0.139 ***
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
8. Anxiété sexuelle	Pearson's r	-0.215 ***	-0.250 ***	-0.323 ***	-0.178 ***	-0.134 **	0.342 ***
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	0.007	< .001
	Kendall's Tau B	-0.202 ***	-0.201 ***	-0.299 ***	-0.157 ***	-0.106 **	0.292 ***
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	0.003	< .001
9. ERS Total	Pearson's r	0.004	0.019	-0.011	0.016	-0.002	0.155 **
	p-value	0.937	0.696	0.818	0.739	0.971	0.002
	Kendall's Tau B	-0.031	0.004	-0.037	-0.029	-0.017	0.123 ***
	p-value	0.362	0.917	0.283	0.401	0.639	< .001
10. ERS Persistance	Pearson's r	-0.021	-0.030	-0.041	-0.002	-0.025	0.114 *
	p-value	0.669	0.550	0.405	0.964	0.618	0.021
	Kendall's Tau B	-0.028	-0.019	-0.038	-0.030	-0.022	0.088 *

11. ERS Sensibilité	p-value	0.417	0.597	0.291	0.399	0.542	0.015						
	Pearson's r	-0.010	0.009	-0.025	0.002	-0.008	0.155	**					
	p-value	0.832	0.848	0.617	0.976	0.878	0.002						
12. ERS Intensité	Kendall's Tau B	-0.040	3,97E-02	-0.050	-0.040	-0.018	0.127	***					
	p-value	0.242	0.999	0.155	0.258	0.613	<.001						
	Pearson's r	0.036	0.055	0.025	0.043	0.019	0.146	**					
13. SIQ Total	p-value	0.470	0.267	0.619	0.384	0.706	0.003						
	Kendall's Tau B	-0.005	0.030	-0.007	2,33E-01	-0.004	0.103	**					
	p-value	0.874	0.414	0.831	0.995	0.918	0.004						
14. SIQ F1	Pearson's r	-0.043	-0.021	-0.103	*	-0.018	0.133	**					
	p-value	0.384	0.671	0.036	0.720	0.433	0.007						
	Kendall's Tau B	-0.013	-0.003	-0.061	0.004	-0.013	0.097	**					
15. SIQ F2	p-value	0.693	0.925	0.077	0.909	0.720	0.006						
	Pearson's r	-0.036	0.039	-0.110	*	-0.038	0.142	**					
	p-value	0.468	0.433	0.026	0.444	0.677	0.004						
16. SIQ F3	Kendall's Tau B	0.013	0.048	-0.056	9,07E-01	0.009	0.108	**					
	p-value	0.713	0.182	0.110	0.980	0.803	0.002						
	Pearson's r	-0.013	-0.167	***	-0.073	0.011	3,54E-01	0.121	*				
17. SIQ F4	p-value	0.799	<.001	0.139	0.830	0.994	0.014						
	Kendall's Tau B	-0.019	-0.129	***	-0.066	0.019	0.089	*					
	p-value	0.592	<.001	0.062	0.594	0.754	0.013						
18. SIQ R	Pearson's r	-0.042	-0.015	-0.016	0.014	-0.031	-0.057						
	p-value	0.399	0.768	0.752	0.773	0.535	0.245						
	Kendall's Tau B	-0.041	-0.015	-0.010	0.029	-0.012	-0.043						
19. PTQ	p-value	0.237	0.676	0.783	0.423	0.739	0.238						
	Pearson's r	0.144	**	0.258	***	0.123	*	0.158	**	0.064	-0.051		
	p-value	0.003	<.001	0.013	0.001	0.195	0.299						
20. Ruminations sex.	Kendall's Tau B	0.120	***	0.189	***	0.110	**	0.144	***	0.068	-0.063		
	p-value	<.001	<.001	0.002	<.001	0.062	0.085						
	Pearson's r	-0.114	*	-0.115	*	-0.153	**	-0.096	-0.096	0.172	***		
21. R.S. Incompétence	p-value	0.021	0.019	0.002	0.051	0.053	<.001						
	Kendall's Tau B	-0.069	*	-0.074	*	-0.110	**	-0.067	-0.077	*	0.143	***	
	p-value	0.044	0.042	0.002	0.060	0.033	<.001						
20. Ruminations sex.	Pearson's r	-0.095	-0.109	*	-0.122	*	-0.078	-0.095	0.173	***			
	p-value	0.054	0.027	0.013	0.114	0.054	<.001						
	Kendall's Tau B	-0.089	**	-0.062	-0.102	**	-0.078	*	-0.071	*	0.143	***	
21. R.S. Incompétence	p-value	0.009	0.083	0.004	0.028	0.048	<.001						
	Pearson's r	-0.250	***	-0.171	***	-0.310	***	-0.178	***	-0.174	***	0.246	***
	p-value	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
21. R.S. Incompétence	Kendall's Tau B	-0.221	***	-0.141	***	-0.266	***	-0.138	***	-0.146	***	0.191	***
	p-value	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
	Pearson's r	-0.203	***	-0.111	*	-0.254	***	-0.136	**	-0.152	**	0.216	***
21. R.S. Incompétence	p-value	<.001	0.025	<.001	0.006	0.002	<.001				<.001		

22. R.S. Défectueux	Kendall's Tau B	-0.195	***	-0.102	**	-0.230	***	-0.130	***	-0.128	***	0.161	***
	p-value	< .001		0.006		< .001		< .001		< .001		< .001	
	Pearson's r	-0.316	***	-0.343	***	-0.391	***	-0.269	***	-0.248	***	0.278	***
	p-value	< .001		< .001		< .001		< .001		< .001		< .001	
23. R.S. Rejet	Kendall's Tau B	-0.305	***	-0.246	***	-0.370	***	-0.244	***	-0.241	***	0.235	***
	p-value	< .001		< .001		< .001		< .001		< .001		< .001	
	Pearson's r	-0.173	***	-0.078		-0.216	***	-0.106	*	-0.115	*	0.164	***
	p-value	< .001		0.116		< .001		0.032		0.020		< .001	
24. R.S. Impuissance	Kendall's Tau B	-0.128	***	-0.067		-0.170	***	-0.061		-0.084	*	0.130	***
	p-value	< .001		0.067		< .001		0.087		0.020		< .001	
	Pearson's r	-0.146	**	-0.096		-0.178	***	-0.076		-0.134	**	0.208	***
	p-value	0.003		0.052		< .001		0.125		0.007		< .001	
25. R.S. Croyances	Kendall's Tau B	-0.124	**	-0.113	**	-0.155	***	-0.039		-0.126	**	0.196	***
	p-value	0.001		0.006		< .001		0.333		0.002		< .001	
	Pearson's r	-0.161	**	-0.133	**	-0.195	***	-0.150	**	-0.050		0.154	**
	p-value	0.001		0.007		< .001		0.002		0.311		0.002	
	Kendall's Tau B	-0.166	***	-0.135	***	-0.196	***	-0.129	**	-0.024		0.128	**
	p-value	< .001		< .001		< .001		0.001		0.544		0.001	

Variable		FSFI Douleur	Anxiété sexuelle	ERS Total	ERS Persistance	ERS Sensibilité	ERS Intensité
8. Anxiété sexuelle	Pearson's r	-0.217	***	—			
	p-value	< .001		—			
	Kendall's Tau B	-0.183	***	—			
	p-value	< .001		—			
9. ERS Total	Pearson's r	-0.091		0.373	***	—	
	p-value	0.065		< .001		—	
	Kendall's Tau B	-0.067		0.253	***	—	
	p-value	0.059		< .001		—	
10. ERS Persistance	Pearson's r	-0.067		0.314	***	0.812	***
	p-value	0.175		< .001		< .001	
	Kendall's Tau B	-0.055		0.214	***	0.626	***
	p-value	0.134		< .001		< .001	
11. ERS Sensibilité	Pearson's r	-0.102	*	0.375	***	0.967	***
	p-value	0.039		< .001		< .001	
	Kendall's Tau B	-0.074	*	0.259	***	0.859	***
	p-value	0.039		< .001		< .001	
12. ERS Intensité	Pearson's r	-0.072		0.328	***	0.945	***
	p-value	0.144		< .001		< .001	
	Kendall's Tau B	-0.053		0.222	***	0.823	***
	p-value	0.144		< .001		< .001	
13. SIQ Total	Pearson's r	-0.066		0.181	***	0.157	**
	p-value	0.182		< .001		0.001	

	Kendall's Tau B	-0.046		0.136	***	0.119	***	0.090	**	0.120	***	0.113	***
	p-value	0.196		< .001		< .001		0.009		< .001		< .001	
14. SIQ F1	Pearson's r	-0.053		0.175	***	0.198	***	0.132	**	0.211	***	0.177	***
	p-value	0.286		< .001		< .001		0.007		< .001		< .001	
	Kendall's Tau B	-0.033		0.127	***	0.137	***	0.090	**	0.144	***	0.131	***
	p-value	0.362		< .001		< .001		0.010		< .001		< .001	
15. SIQ F2	Pearson's r	0.008		0.128	**	0.046		0.070		0.045		0.026	
	p-value	0.873		0.010		0.350		0.157		0.363		0.603	
	Kendall's Tau B	0.015		0.104	**	0.050		0.065		0.046		0.038	
	p-value	0.691		0.003		0.144		0.064		0.189		0.281	
16. SIQ F3	Pearson's r	-0.076		-0.010		0.020		0.038		0.018		0.010	
	p-value	0.122		0.834		0.684		0.441		0.722		0.843	
	Kendall's Tau B	-0.064		0.002		0.028		0.034		0.027		0.022	
	p-value	0.080		0.949		0.425		0.344		0.446		0.530	
17. SIQ F4	Pearson's r	0.076		-0.004		0.092		0.113	*	0.077		0.082	
	p-value	0.126		0.939		0.062		0.022		0.119		0.095	
	Kendall's Tau B	0.054		-0.022		0.047		0.063		0.039		0.046	
	p-value	0.143		0.537		0.175		0.081		0.266		0.190	
18. SIQ R	Pearson's r	-0.115	*	0.209	***	0.101	*	0.054		0.115	*	0.087	
	p-value	0.020		< .001		0.041		0.276		0.020		0.078	
	Kendall's Tau B	-0.075	*	0.168	***	0.072	*	0.040		0.078	*	0.069	*
	p-value	0.038		< .001		0.034		0.255		0.024		0.046	
19. PTQ	Pearson's r	-0.108	*	0.394	***	0.574	***	0.554	***	0.531	***	0.526	***
	p-value	0.028		< .001		< .001		< .001		< .001		< .001	
	Kendall's Tau B	-0.106	**	0.278	***	0.404	***	0.392	***	0.371	***	0.376	***
	p-value	0.003		< .001		< .001		< .001		< .001		< .001	
20. Ruminations sex.	Pearson's r	-0.289	***	0.541	***	0.319	***	0.263	***	0.325	***	0.278	***
	p-value	< .001		< .001		< .001		< .001		< .001		< .001	
	Kendall's Tau B	-0.223	***	0.406	***	0.215	***	0.183	***	0.217	***	0.190	***
	p-value	< .001		< .001		< .001		< .001		< .001		< .001	
21. R.S. Incompétence	Pearson's r	-0.255	***	0.482	***	0.264	***	0.207	***	0.268	***	0.236	***
	p-value	< .001		< .001		< .001		< .001		< .001		< .001	
	Kendall's Tau B	-0.217	***	0.370	***	0.187	***	0.155	***	0.187	***	0.175	***
	p-value	< .001		< .001		< .001		< .001		< .001		< .001	
22. R.S. Défectueux	Pearson's r	-0.239	***	0.376	***	0.118	*	0.135	**	0.127	*	0.075	
	p-value	< .001		< .001		0.017		0.006		0.010		0.132	
	Kendall's Tau B	-0.207	***	0.282	***	0.072	*	0.091	*	0.076	*	0.040	
	p-value	< .001		< .001		0.044		0.013		0.034		0.271	
23. R.S. Rejet	Pearson's r	-0.230	***	0.479	***	0.329	***	0.249	***	0.335	***	0.298	***
	p-value	< .001		< .001		< .001		< .001		< .001		< .001	
	Kendall's Tau B	-0.159	***	0.348	***	0.229	***	0.173	***	0.234	***	0.215	***
	p-value	< .001		< .001		< .001		< .001		< .001		< .001	

24. R.S. Impuissance	Pearson's r	-0.221	***	0.292	***	0.229	***	0.187	***	0.225	***	0.212	***
	p-value	< .001		< .001		< .001		< .001		< .001		< .001	
	Kendall's Tau B	-0.173	***	0.239	***	0.158	***	0.127	**	0.156	***	0.148	***
	p-value	< .001		< .001		< .001		0.001		< .001		< .001	
25. R.S. Croyances	Pearson's r	-0.180	***	0.337	***	0.192	***	0.201	***	0.193	***	0.146	**
	p-value	< .001		< .001		< .001		< .001		< .001		0.003	
	Kendall's Tau B	-0.159	***	0.282	***	0.150	***	0.164	***	0.153	***	0.108	**
	p-value	< .001		< .001		< .001		< .001		< .001		0.004	

Variable		SIQ Total	SIQ F1	SIQ F2	SIQ F3	SIQ F4	SIQ R
14. SIQ F1	Pearson's r	0.819	***	—			
	p-value	< .001		—			
	Kendall's Tau B	0.650	***	—			
	p-value	< .001		—			
15. SIQ F2	Pearson's r	0.650	***	0.353	***	—	
	p-value	< .001		< .001		—	
	Kendall's Tau B	0.472	***	0.253	***	—	
	p-value	< .001		< .001		—	
16. SIQ F3	Pearson's r	0.434	***	0.147	**	0.206	***
	p-value	< .001		0.003		< .001	
	Kendall's Tau B	0.316	***	0.131	***	0.140	***
	p-value	< .001		< .001		< .001	
17. SIQ F4	Pearson's r	0.517	***	0.384	***	0.198	***
	p-value	< .001		< .001		< .001	
	Kendall's Tau B	0.388	***	0.306	***	0.150	***
	p-value	< .001		< .001		< .001	
18. SIQ R	Pearson's r	0.807	***	0.515	***	0.475	***
	p-value	< .001		< .001		< .001	
	Kendall's Tau B	0.622	***	0.376	***	0.340	***
	p-value	< .001		< .001		< .001	
19. PTQ	Pearson's r	0.130	**	0.173	***	0.060	
	p-value	0.009		< .001		0.224	
	Kendall's Tau B	0.090	**	0.111	**	0.044	
	p-value	0.008		0.001		0.202	
20. Ruminations sex.	Pearson's r	0.297	***	0.273	***	0.144	**
	p-value	< .001		< .001		0.004	
	Kendall's Tau B	0.189	***	0.171	***	0.107	**
	p-value	< .001		< .001		0.002	
21. R.S. Incompétence	Pearson's r	0.229	***	0.192	***	0.105	*
	p-value	< .001		< .001		0.033	
	Kendall's Tau B	0.153	***	0.114	**	0.084	*
	p-value	< .001		0.001		0.020	

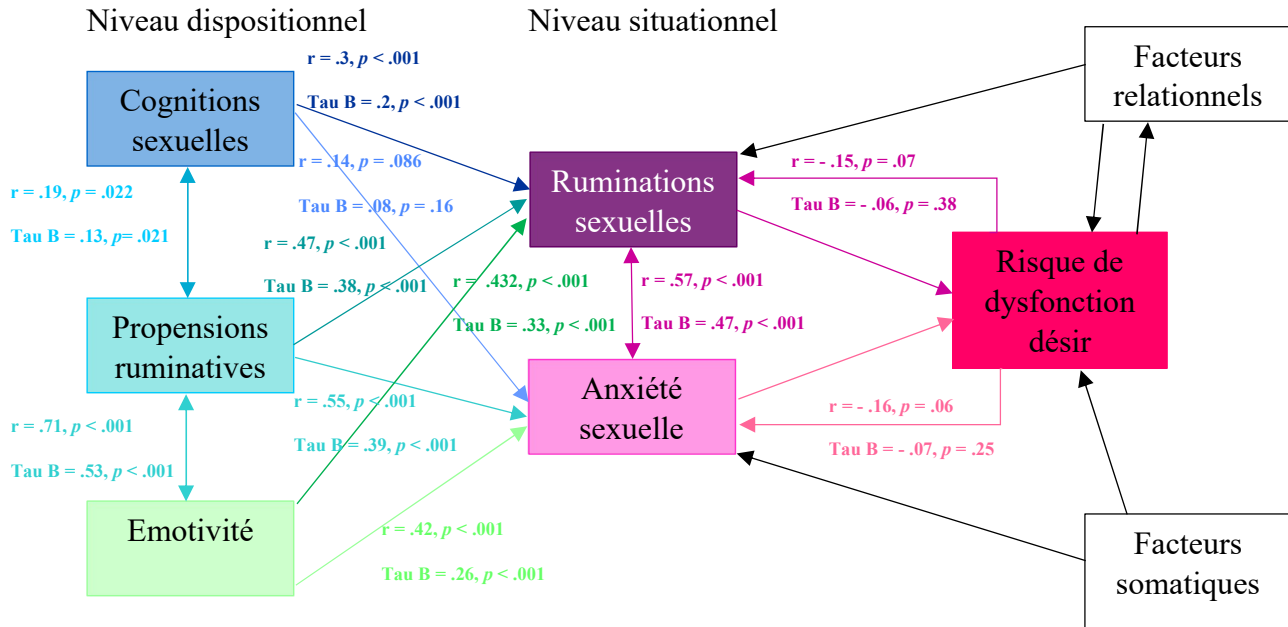
22. R.S. Défectueux	Pearson's r	0.137	**	0.112	*	0.137	**	0.020	-0.158	**	0.216	***
	p-value	0.005		0.023		0.006		0.684	0.001		< .001	
	Kendall's Tau B	0.086	*	0.057		0.101	**	0.012	-0.109	**	0.153	***
	p-value	0.016		0.112		0.006		0.736	0.003		< .001	
23. R.S. Rejet	Pearson's r	0.268	***	0.268	***	0.100	*	0.132	**	-0.029	0.280	***
	p-value	< .001		< .001		0.043		0.008	0.563		< .001	
	Kendall's Tau B	0.172	***	0.179	***	0.075	*	0.112	**	-0.035	0.183	***
	p-value	< .001		< .001		0.034		0.002	0.322		< .001	
24. R.S. Impuissance	Pearson's r	0.234	***	0.199	***	0.099	*	0.030	0.072		0.282	***
	p-value	< .001		< .001		0.046		0.548	0.148		< .001	
	Kendall's Tau B	0.165	***	0.137	***	0.093	*	0.030	0.066		0.203	***
	p-value	< .001		< .001		0.019		0.451	0.102		< .001	
25. R.S. Croyances	Pearson's r	0.285	***	0.252	***	0.163	***	0.062	0.020		0.322	***
	p-value	< .001		< .001		< .001		0.212	0.686		< .001	
	Kendall's Tau B	0.243	***	0.196	***	0.168	***	0.092	*	0.029	0.260	***
	p-value	< .001		< .001		< .001		0.017	0.456		< .001	

Variable		PTQ	Ruminations sex.	R.S. Incompétence	R.S. Défectueux	R.S. Rejet	R.S. Impuissance	R.S. Croyances						
20. Ruminations sex.	Pearson's r	0.354	***	—										
	p-value	< .001		—										
	Kendall's Tau B	0.262	***	—										
	p-value	< .001		—										
21. R.S. Incompétence	Pearson's r	0.307	***	0.879	***	—								
	p-value	< .001		< .001		—								
	Kendall's Tau B	0.236	***	0.723	***	—								
	p-value	< .001		< .001		—								
22. R.S. Défectueux	Pearson's r	0.211	***	0.628	***	0.456	***	—						
	p-value	< .001		< .001		< .001		—						
	Kendall's Tau B	0.161	***	0.489	***	0.375	***	—						
	p-value	< .001		< .001		< .001		—						
23. R.S. Rejet	Pearson's r	0.326	***	0.914	***	0.757	***	0.382	***	—				
	p-value	< .001		< .001		< .001		< .001		—				
	Kendall's Tau B	0.240	***	0.756	***	0.571	***	0.275	***	—				
	p-value	< .001		< .001		< .001		< .001		—				
24. R.S. Impuissance	Pearson's r	0.189	***	0.546	***	0.412	***	0.305	***	0.400	***	—		
	p-value	< .001		< .001		< .001		< .001		< .001		—		
	Kendall's Tau B	0.153	***	0.397	***	0.313	***	0.249	***	0.294	***	—		
	p-value	< .001		< .001		< .001		< .001		< .001		—		
25. R.S. Croyances	Pearson's r	0.244	***	0.643	***	0.448	***	0.449	***	0.451	***	0.414	***	—
	p-value	< .001		< .001		< .001		< .001		< .001		< .001		—

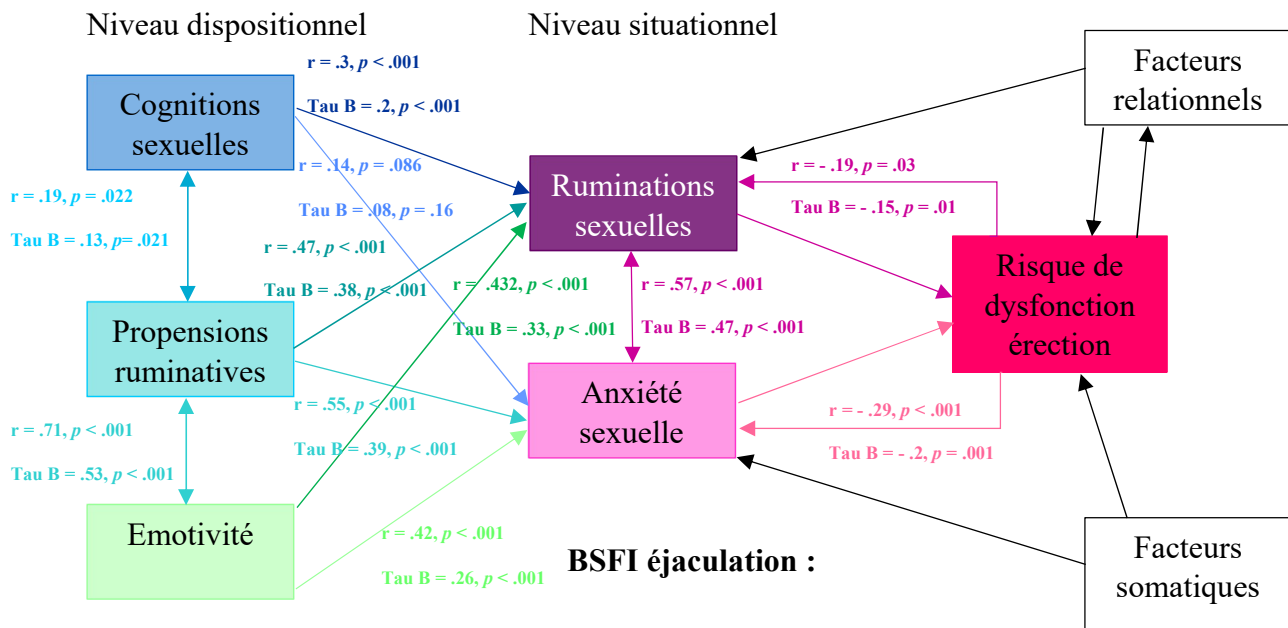
Kendall's Tau B	0.190	***	0.476	***	0.346	***	0.340	***	0.318	***	0.350	***	—
p-value	< .001		< .001		< .001		< .001		< .001		< .001		—

Annexe 9 : Schémas de corrélations pour les sous-scores du BSFI

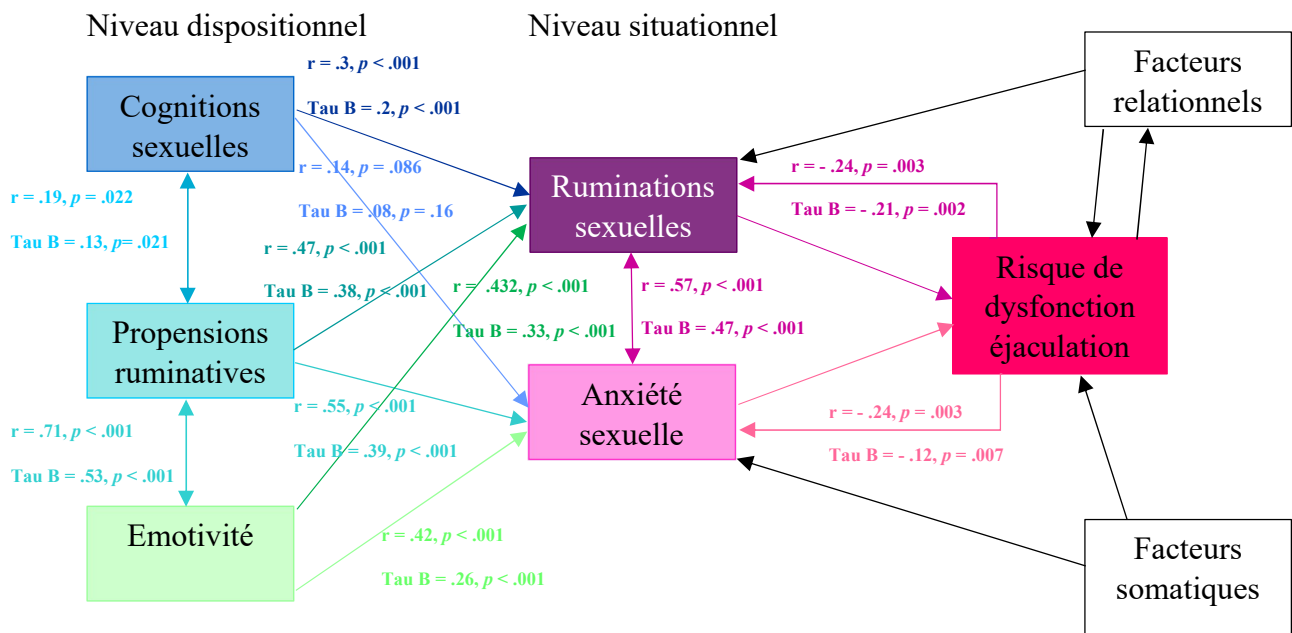
BSFI désir :



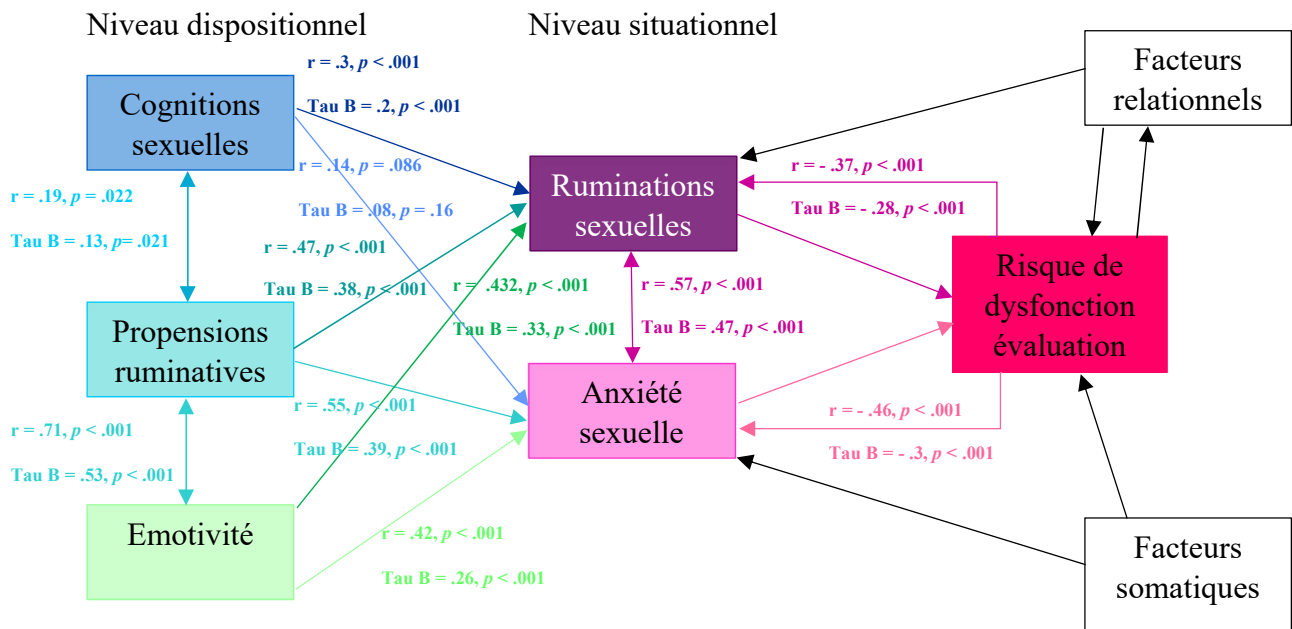
BSFI érection :



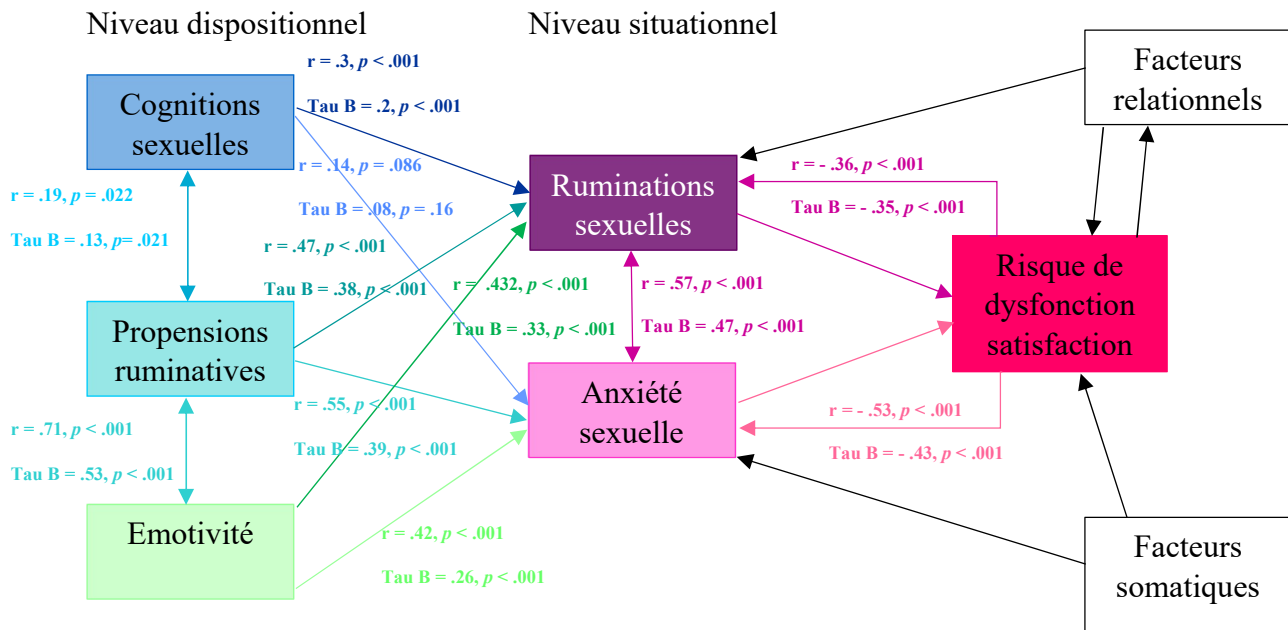
BSFI éjaculation :



BSFI évaluation :

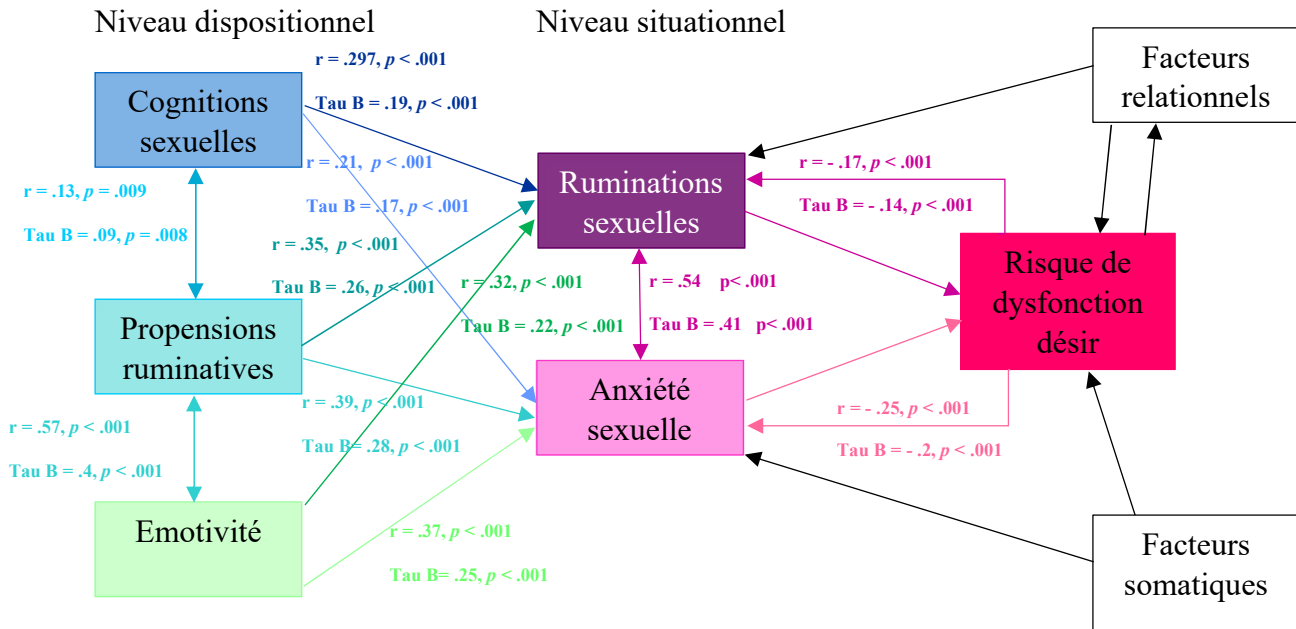


BSFI satisfaction :

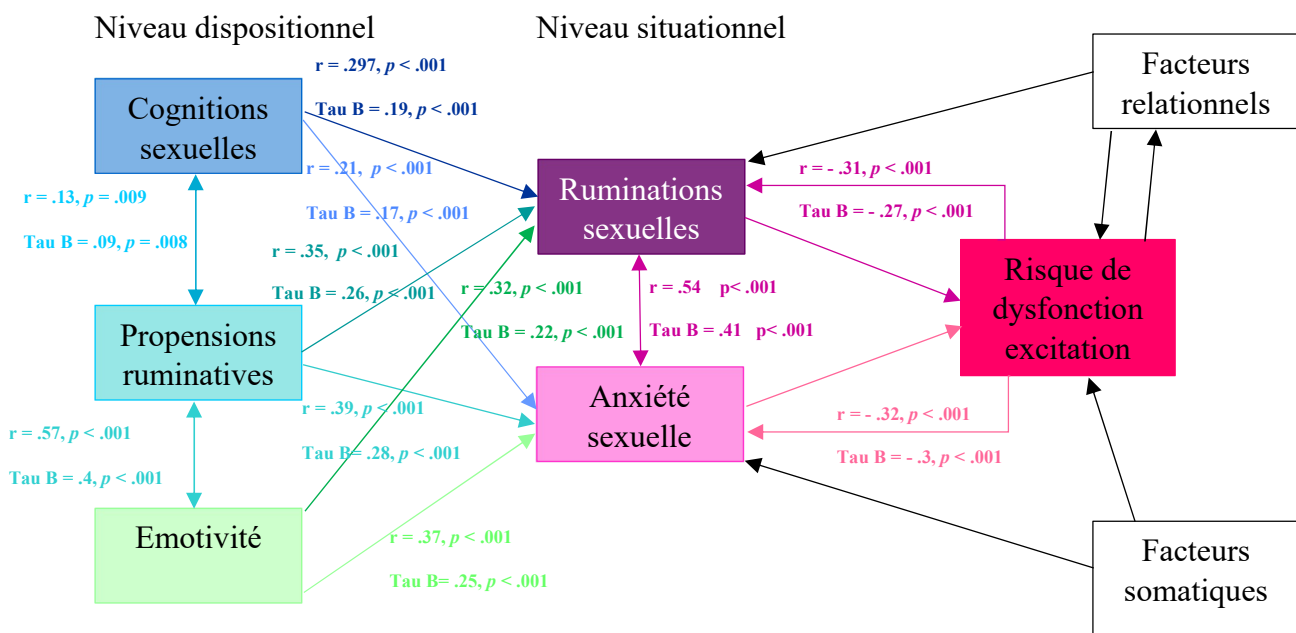


Annexe 10 : Schémas de corrélations pour les sous-scores du FSFI

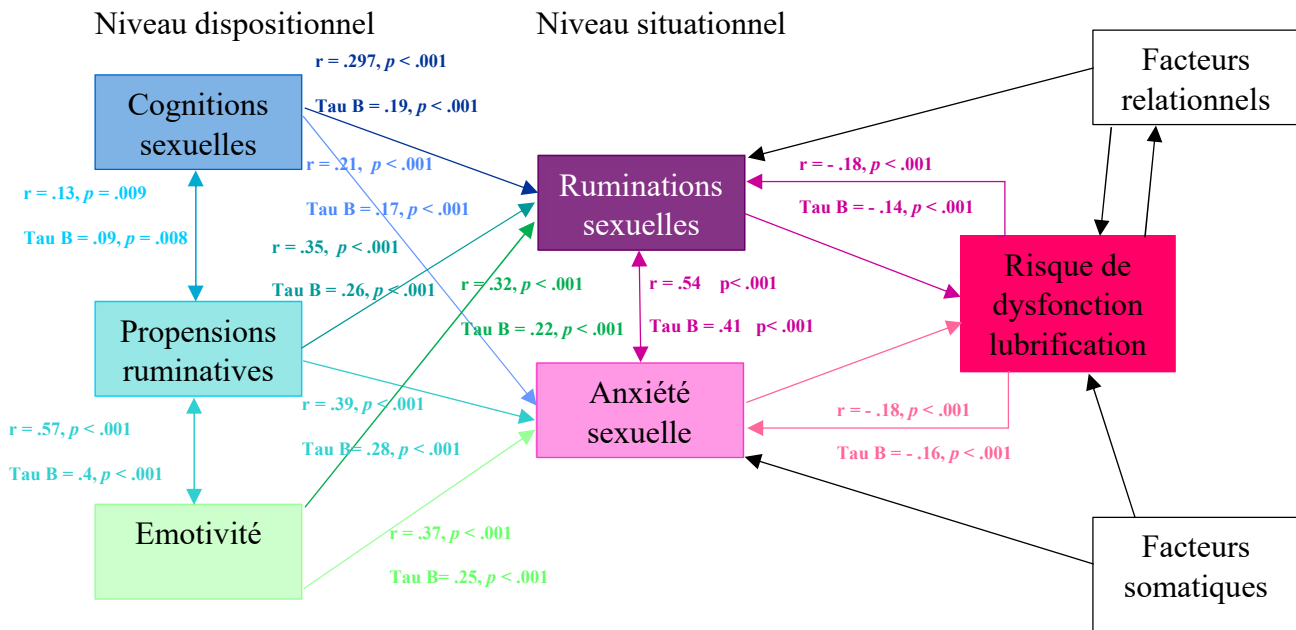
FSFI désir :



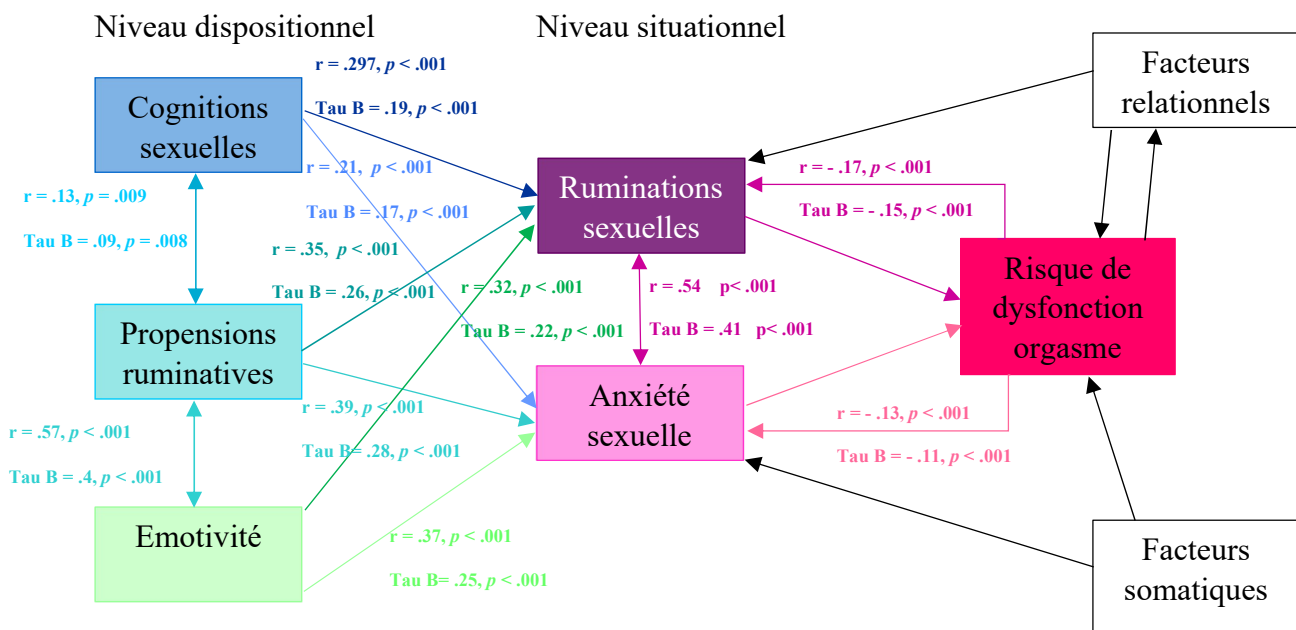
FSFI excitation :



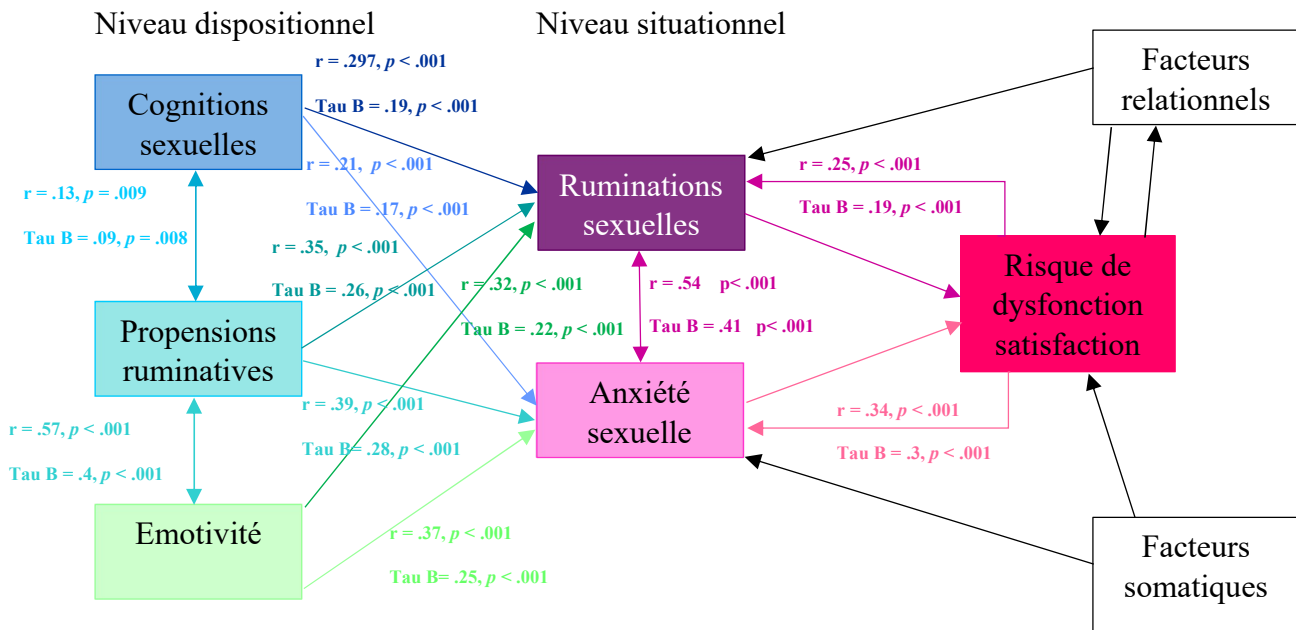
FSFI lubrification :



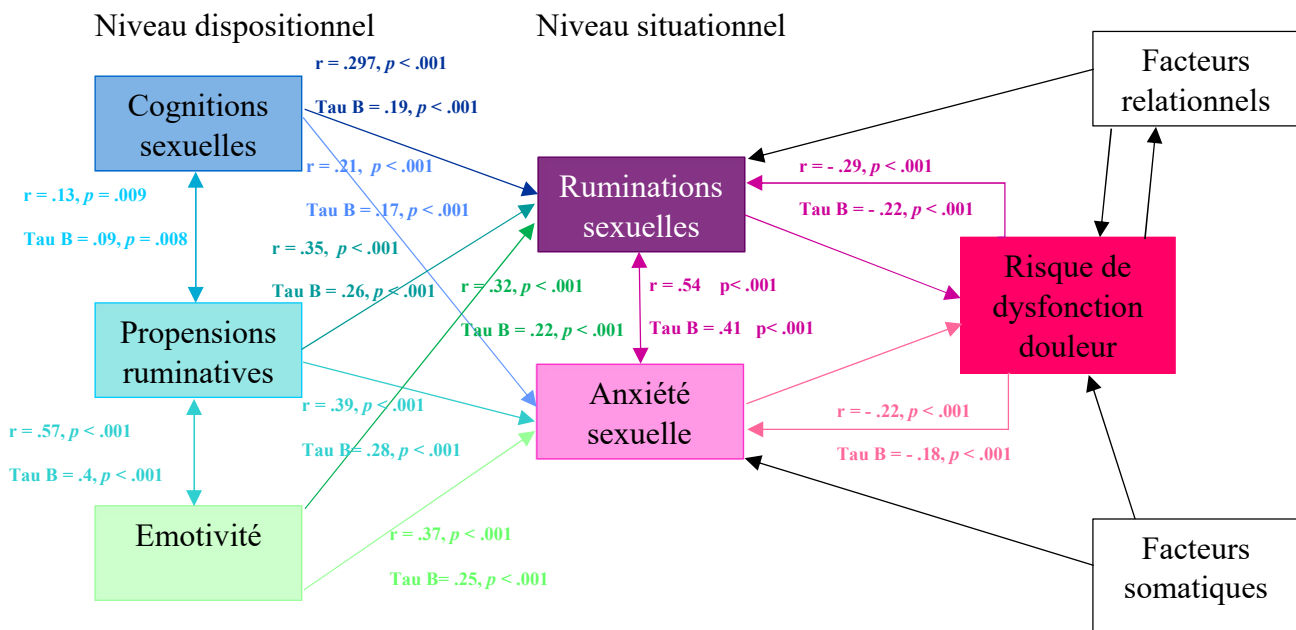
FSFI orgasme :



FSFI satisfaction :



FSFI douleur :



Annexe 11 : Résultats des régressions linéaires multiples, méthode pas à pas – FSFI Total

Model Summary - scorefsfi

Model	R	R ²	Adjusted R ²	RMSE	R ² Change	F Change	df1	df2	p
1	0.000	0.000	0.000	17.077	0.000		0	409	
2	0.250	0.062	0.060	16.556	0.062	27.128	1	408	< .001
3	0.267	0.071	0.067	16.496	0.009	3.961	1	407	0.047

ANOVA

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
2	Regression	7435.892	1	7435.892	27.128	< .001
	Residual	111835.398	408	274.106		
	Total	119271.290	409			
3	Regression	8513.829	2	4256.914	15.643	< .001
	Residual	110757.462	407	272.131		
	Total	119271.290	409			

Note. The intercept model is omitted, as no meaningful information can be shown.

Coefficients

Model		Unstandardized	Standard Error	Standardized	t	p	Collinearity Statistics	
							Tolerance	VIF
1	(Intercept)	61.095	0.843		72.442	< .001		
2	(Intercept)	67.455	1.470		45.901	< .001		
	scorerusx	-0.431	0.083	-0.250	-5.208	< .001	1.000	1.000
3	(Intercept)	71.875	2.660		27.019	< .001		
	scorerusx	-0.325	0.098	-0.189	-3.321	< .001	0.708	1.413
	scoreanxsex	-0.150	0.076	-0.113	-1.990	0.047	0.708	1.413

Note. The following covariate was considered but not included: scorePTQ.

Note : scorerusx = Score total ruminations sexuelles, scoreanxsex = Score total anxiété sexuelle

*Annexe 12 : Résultats des régressions linéaires multiples, méthode pas à pas – FSFI
Excitation*

Model	R	R ²	Adjusted R ²	RMSE	R ² Change	F Change	df1	df2	p
1	0.000	0.000	0.000	5.198	0.000		0	409	
2	0.323	0.105	0.102	4.925	0.105	47.644	1	408	< .001
3	0.361	0.131	0.126	4.859	0.026	12.169	1	407	< .001

ANOVA

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
2	Regression	1155.619	1	1155.619	47.644	< .001
	Residual	9896.176	408	24.255		
	Total	11051.795	409			
3	Regression	1442.918	2	721.459	30.559	< .001
	Residual	9608.877	407	23.609		
	Total	11051.795	409			

Note. The intercept model is omitted, as no meaningful information can be shown.

Coefficients

Model		Unstandardized	Standard Error	Standardized	t	p	Collinearity Statistics	
							Tolerance	VIF
1	(Intercept)	14.141	0.257		55.085	< .001		
2	(Intercept)	19.347	0.792		24.415	< .001		
	scoreanxsex	-0.131	0.019	-0.323	-6.902	< .001	1.000	1.000
3	(Intercept)	19.165	0.784		24.459	< .001		
	scoreanxsex	-0.089	0.022	-0.220	-3.999	< .001	0.708	1.413
	scorerusx	-0.101	0.029	-0.192	-3.488	< .001	0.708	1.413

Note. The following covariates were considered but not included: scorePTQ, scoresiq.

Note : scorerusx = Score total ruminations sexuelles, scoreanxsex = Score total anxiété sexuelle

*Annexe 13 : Résultats des régressions linéaires multiples, méthode pas à pas – FSFI
Lubrification*

Model Summary - sffsf3

Model	R	R ²	Adjusted R ²	RMSE	R ² Change	F Change	df1	df2	p
1	0.000	0.000	0.000	5.633	0.000		0	409	
2	0.178	0.032	0.029	5.550	0.032	13.421	1	408	< .001
3	0.203	0.041	0.037	5.529	0.009	4.030	1	407	0.045

ANOVA

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
2	Regression	413.343	1	413.343	13.421	< .001
	Residual	12565.352	408	30.797		
	Total	12978.695	409			
3	Regression	536.549	2	268.274	8.776	< .001
	Residual	12442.146	407	30.570		
	Total	12978.695	409			

Note. The intercept model is omitted, as no meaningful information can be shown.

Coefficients

Model		Unstandardized	Standard Error	Standardized	t	p	Collinearity Statistics	
							Tolerance	VIF
1	(Intercept)	15.159	0.278		54.487	< .001		
2	(Intercept)	16.658	0.493		33.817	< .001		
	scorerusx	-0.102	0.028	-0.178	-3.664	< .001	1.000	1.000
3	(Intercept)	18.152	0.892		20.359	< .001		
	scorerusx	-0.066	0.033	-0.116	-2.008	0.045	0.708	1.413
	scoreanxsex	-0.051	0.025	-0.116	-2.008	0.045	0.708	1.413

Note. The following covariate was considered but not included: scorePTQ.

Note : scorerusx = Score total ruminations sexuelles, scoreanxsex = Score total anxiété sexuelle