Université de Toulouse II Jean Jaurès

UFR de Psychologie

UE PY2X801V – Mémoire de recherche

Céline Marchais

M1 – Psychologie Clinique, Psychopathologie et Psychologie de la Santé

Spécialité Gérontologie

N°étudiant : 21705614

L'absence de sexualité chez la personne âgée isolée

Professeurs Référents :

Monsieur Thierry Darnaud

Madame Emmanuelle Ballarin

Madame Christine Vanessa Cuervo Lombard

Année Universitaire 2019/2020

Sommaire

I. **Introduction…….…….3**

II. **Revue de littérature…….…….3**

III. **Protocole……...10**

IV. **Résultats bruts……12**

V. **Discussion……13**

VI. **Conclusion……15**

VII. **Résumé……..16**

Abstract……17

VIII. **Bibliographie……18**

IX. **Annexes……19**

- Annexe 1 : Charte de non plagiat
- Annexe 2 : Formulaire de consentement
- Annexe 3 : Questionnaire Sexualité
- Annexe 4 : Feuille d'aide – Rappels
- Annexe 5 : Données statistiques - Matrice de corrélations
- Annexe 6 : Tracé graphique / Plot
- Annexe 7 : Indicateurs Statistiques et Alpha de Cronbach
- Annexe 8 : Histogramme
- Annexe 9 : Graphique Secteur score médian
- Annexe 10 : Graphie Secteur Intervalle

I. Introduction

Dans une société où les personnes âgées souffrent d'isolement social, nous sommes en droit de nous demander s'ils souffrent du manque de relations sexuelles de couple, étant donné qu'il s'agit d'un moment de partage avec le partenaire. Le thème de la sexualité chez les personnes âgées est à prendre en compte afin de désacraliser la sexualité des séniors, qui sont victimes de préjugés, de stéréotypes et de jugements négatifs, car la sexualité des âgés est encore de nos jours mal acceptée et incomprise par les plus jeunes et les pairs. Une majeure partie des personnes âgées sont isolées, et il n'a pas été possible de trouver des d'études sur la sexualité les concernant. Cette recherche permettrait de dédiaboliser la vie sexuelle des aînés isolés afin que ce thème ne soit plus perçu comme tabou, et la documentation permettrait aux anciens de se sentir plus libre d'en parler. Ce sont des personnes humaines qui sont en jeu.

La question de recherche est la suivante : Le manque de relations sexuelles de couple chez la personne âgée isolée est-il vécu comme une souffrance ?

Les personnes âgées isolées, à cause des aléas de la vie (veuvage, célibat, séparation, divorce, placement en institution, etc.), se retrouvent souvent seules de manière brutale. La solitude du sujet se regroupe sur plusieurs plans, le plan sexuel inclus. On peut alors se demander si la cessation de la sexualité chez les personnes n'ayant plus de partenaire affectif ou sexuel a un impact négatif sur la vie du sujet ?

L'hypothèse générale est que le manque de relations sexuelles de couple impacte la personne âgée. L'hypothèse opérationnelle est que le sujet isolé est impacté négativement puisqu'il ressent une souffrance intrinsèque due à l'interruption de sa sexualité.

La variable dépendante est le degré de souffrance. Les variables indépendantes sont l'âge (de 65 à 100ans), le sexe (homme ou femme) et le lieu de vie (EHPAD ou domicile).

II. Revue de littérature

Le mot « manque » de sexualité a été choisi au profit du mot « absence », et ce car le sens donné au manque concerne un individu qui a eu une sexualité dans le passé mais qui ne l'a plus depuis, en l'occurrence depuis plusieurs mois/plusieurs années dans cette étude.

Les relations sexuelles sont considérées dans cette étude comme étant des relations sexuelles duelles, avec un(e) partenaire. Cela ne comprend pas les relations sexuelles solitaires comme la masturbation.

La personne âgée est considérée comme faisant partie du troisième ou du quatrième âge, c'est-à-dire des séniors âgés de 65 à 100ans.

La souffrance est définie selon Larousse comme *« le fait de souffrir, état prolongé de douleur physique ou morale »*.

On constate dans les ouvrages, témoignages et études que la sexualité est importante chez les sujets âgés, en couples ou célibataires. Nous y sommes confrontés d'un point de vue théorique de par la documentation, ainsi que par la pratique car nous observons l'intérêt pour la sexualité, encore active sur le terrain en milieu gériatrique, où nous pouvons y faire face, sans forcément le vouloir (lorsque les soignants ouvrent la porte sans toquer, le fait d'en parler en entretien, etc.). La question de recherche est volontairement tournée vers la souffrance car tous les impacts du manque ne peuvent être étudiés ici. De plus, nous pouvons en déduire que, puisque la sexualité est jugée comme bénéfique chez les êtres humains, son arrêt pouvait être vécu comme une souffrance pour ceux qui ont connu une sexualité active dans le passé.

Selon Le Petit Robert (2003), la sexualité peut être définie comme un *« ensemble des comportements relatifs à l'instinct sexuel et à sa satisfaction, qu'ils soient ou non liés à la génitalité »*. Celle-ci est signe de normalité dans notre société actuelle concernant les adultes. Cependant elle est toujours mal perçue chez les individus jugés « trop jeunes » ou « trop vieux ». En effet, les séniors ayant toujours du désir subissent de la stigmatisation sociale relatée la plupart du temps de façon insidieuse par les médias, les vieux ouvrages, etc. Au XIXème siècle, la sexualité des âgés est inacceptable et devait être éradiquée sous peine de sanctions et de mort (Debay, 1853). Il s'en suit encore de nos jours des représentations sociales qui renvoient la sexualité des aînés à de la perversion, de l'anormalité. Les mythes et les idées reçues concernant la sexualité des séniors sont toujours dans nos mœurs. Les normes sociales ont une grande place dans nos vies, les individus tendent à s'y conformer pour se sentir en appartenance à un groupe socialement valorisant. Les sujets âgés tentent de s'adapter à l'image qui leur ait attribuée, qui est celle de ne plus avoir de désir. Le fait d'avoir un intérêt sexuel lorsqu'on est âgé renvoie à être « un vieux dégoutant », « un vieux pervers ». Ces

personnes se retrouvent stigmatisés dans une position injustifiée et souffrent d'une autoévaluation négative qui n'a pas lieu d'être.

Le fait de travailler sur ce sujet permet de faire avancer les choses en matière de droit humain, de familiariser les gens avec la sexualité des âgés pour que ceux-ci ne soient plus discriminés, car être âgé et avoir de la libido ne doit pas être associé à une pathologie. La recherche sur ce thème est nécessaire afin que les institutions mettent en place des dispositifs dans le but de respecter l'intimité des sujets (comme par exemple mettre des accroche-portes « ne pas déranger », mettre en place des protocoles pour faire des groupes de paroles, ou encore installer Skype dans le but que les séniors aient des relations sociales plus importantes voire à ce qu'ils puissent potentiellement rencontrer un(e) partenaire.

Les recherches permettraient aux établissements de s'informer, et ainsi de faire des réunions d'informations sur la sexualité des âgés en institution pour aborder la situation avec les soignants, les résidents et les familles. Assurément, le manque d'intimité joue beaucoup chez les individus en institution. La crainte d'être jugé semble avoir une grande importance pour le sujet et cela impacte son droit à la sexualité. La documentation sur la liberté sexuelle des âgés serait non seulement utile en institution mais aussi pour les familles car d'après Ribes (2014), il est impensable pour les enfants que leurs grands-parents puissent avoir une sexualité encore active. Le fait de voir les âgés comme des êtres asexués peut être analysé, au sens psychanalytique du terme, comme étant un mécanisme de défense qui divise le monde des adultes qui a le droit à une sexualité de celui des âgés qui n'y a pas le droit.

De nombreuses études ont relatées les multiples bienfaits de la sexualité chez l'être humain. En effet, avoir une vie sexuelle active aurait un impact positif sur un plan physique puisque le rapport sexuel fait que le corps secrète différentes hormones bénéfiques (endorphine, ocytocine et prolactine) ainsi vont stimuler certains neurotransmetteurs (comme la dopamine et la sérotonine) qui permettront plusieurs bienfaits comme celui de mieux dormir (Vincent, 2009), de diminuer le stress (Croset-Calisto, 2019), de diminuer les chances d'avoir un cancer de la prostate (Giles, 2010), de contribuer au bonheur et d'être bon pour le cœur (Rothenbacher, 2015), ayant un effet antidouleur (Komisaruk, 2006), et enfin cette pratique serait bonne pour le moral et la mémoire (Wright, Jenks, 2016).

D'un point de vue psychologique, faire l'amour serait également positif car cela contribue à avoir une estime de soi positive et à renforcer l'identité et l'estime de soi (Colson, 2012), à développer le sentiment de conscience de soi et de son corps (Ribes, 2014). La sexualité serait

donc un facteur de vigilance de soi, d'épanouissement social et individuel. Les individus reportent également se sentir plus jeunes et vigoureux. Cependant, lorsque cela concerne les âgés, la sexualité parait pathologique en raison des valeurs religieuses, culturelles et sociétales qui entravent l'épanouissement sexuel et personnel du sujet âgé. De nombreux magazines scientifiques partagent les conséquences du manque d'activité sexuelles qui sont une baisse de la libido, une augmentation du stress (Borreli, 2016), un manque de confiance en soi, un système immunitaire fragilisé et des troubles de l'érection (Koskimaki et al., 2008).

L'Organisation mondiale de la Santé le rappelle : « *l'activité sexuelle participe à la qualité de vie, car elle est bénéfique à la fois pour la santé mentale et physique.* ». Il est important de s'intéresser à l'impact négatif de l'interruption de l'activité sexuelle chez les âgés isolées, considérant que des recherches aient été faites sur la sexualité des individus en couple, aucunes n'ont été faites sur les personnes âgées isolées, alors que cette population n'est pas sans importance. Selon l'INSEE (2016), 48.7% des personnes de plus de 80ans vivent seules dans leurs logements, ces chiffres n'incluant pas les personnes âgées vivant en institution.

Cette approche semble originale puisque la souffrance liée au manque d'activité sexuelle chez les âgés n'a pas été encore traitée. Il serait pertinent de faire plus de recherche sur la sexualité des âgés qui est toujours présente, qu'elle soit pratiquée, imaginaire, seule ou avec un conjoint. La vie sexuelle et affective est une dimension majeure de la construction de l'identité et des relations interpersonnelles du sujet, les aînés compris, car comme le dit Freud (1906), « l'instinct sexuel est un instinct primitif ». Cet aspect de la vie des séniors est faiblement abordé dans la littérature scientifique à cause des réticences des individus à reconnaître leur importance dans le grand âge et la complexité à interroger les aînés sur des questions intimes.

Il n'est pas préférable d'étudier la sexualité des âgés en couple étant donné que cela a déjà été fait, et connaissant les chiffres importants qui rendent compte de l'activité sexuelle des séniors en couple. L'étude de Call (1995) le confirme ; celle-ci comporte 13 000 couples mariés démontre que 57% des sujets de 65 à 69ans et 27% des plus de 75ans avaient eu, au cours du mois passé, une relation sexuelle. Il est alors favorable de cibler les individus n'ayant plus (pour la plupart) de rapports sexuels, parmi la population non négligeable des âgés isolés. Selon l'étude de Beckman (2008), chez les femmes de 70ans étant célibataires, 12% seulement ont répondu avoir eu des relations sexuelles en 2000.

Les séniors passent parfois d'une sexualité plus ou moins active à inexistante (par exemple, 8% seulement des personnes âgées en institutions auraient une activité sexuelle). Que les âgés soient placés ou non, les raisons de l'arrêt de la sexualité du sujet âgé sont multiples (fidélité post-mortem, peur d'être indésirable, peur de l'échec, appréhension de la réaction de l'entourage, opposition de la famille, isolement excluant toutes formes de rencontres, les règles institutionnelles, les tabous, le manque d'intimité, les problèmes fonctionnels, le divorce, la dépression, la dépendance, etc.). Il est alors souhaitable d'étudier l'effet d'une sexualité devenue inactive chez les ainés, afin de déterminer si cela cause une souffrance.

La majeure partie des personnes âgées isolées ont du mal à retrouver un partenaire sexuel pour différentes raisons (divorce, séparation, veuvage, etc.). Le manque de contact humain, de conversations, de tendresse est souvent mal vécu. Le fait de vivre seul implique pour beaucoup une souffrance, présente comme une entrave à la sexualité. La vie sexuelle des personnes âgées peut être freinée voire arrêtée à cause de différents problèmes fonctionnels tel que les problèmes de prostate qui induise des difficultés à avoir une érection, de l'absence de désir et des absences érectiles. Chez les femmes, l'arrivée de la ménopause est une période de deuil d'un point de vue psychanalytique car la femme âgée sait qu'il est impossible de procréer naturellement sans danger pour elle et l'enfant ; cela peut être vécu comme une limite inconsciente importante. De même, à partir de 70ans, le diabète suscite de fortes douleurs dans le corps ainsi qu'une impuissance sexuelle. La fréquence de l'impuissance augmente avec l'âge car 27% des hommes seraient impuissants à 70ans puis 75% à 80ans (Galier, 1980), ce trouble est lui aussi un empêchement à la sexualité.

Différentes recherches ont été menées sur la sexualité des âgés, majoritairement en couples.

Comme Simeone (2004) l'a étudié, la sexualité n'est pas uniquement génitalité, et particulièrement chez la population âgée, elle comprend la tendresse, les préliminaires, l'érotique et l'imaginaire. Une sexualité satisfaisante n'est pas résumée à la finalité de l'orgasme ou au nombre de rapports sexuels. Les difficultés sexuelles que rencontrent les anciens sont également retrouvées chez les plus jeunes, les soucis déjà présents antérieurement risquent de se poursuivre ou d'empirer avec l'âge, car selon Simeone (2004), « L'âge en lui-même ne crée pas ou peu de problèmes, mais en général les problèmes déjà présents vont se poursuivre ou s'amplifier et s'il y a des changements physiques et

psychologique ». De plus, l'auteur déclare « Les effets des psychotropes sur la fonction sexuelle sont multiples : troubles de l'érection et de l'éjaculation chez l'homme, diminution de la libido. Cette incidence est souvent sous-évaluée par le praticien, en dépit des conséquences considérables sur l'observance thérapeutique » (Simeone, 2004). Les médecins ne prennent apparemment pas suffisamment en compte les effets négatifs des psychotropes sur la sexualité des sujets sénescents.

Bulter et Lewis (1973) proposent de multiples avantages à la sexualité des séniors, qui sont ceux d'exprimer sa passion, son affection, d'affirmer que son corps est encore fonctionnel, de maintenir un sentiment d'identité sexuelle, d'estime et de valeur de soi, de se protéger contre l'anxiété, de défier les stéréotypes de l'âge, d'affirmer que la vie en vaut la peine, de se sentir vivant, ainsi que de poursuivre une croissance personnelle.

Sherman (1998) reprend les mythes concernant la sexualité des séniors qui sont que les âgés n'ont pas de désir sexuel, qu'ils ne peuvent plus faire l'amour, qu'ils sont fragiles et que le sexe chez les individus âgés est honteux et pervers.

Selon l'ouvrage de Kone (2014) le fait d'être âgé angoisse car l'âge est lié à la mort et au déclin, mais en y réfléchissant, la mort ne touche pas seulement les sujets sénescents. Il démontre également que ce n'est pas parce qu'avec l'âge le sujet subit une dégradation physique qu'il a une baisse de libido, bien au contraire. Il discute également du manque d'intimité en institution qui prive le sujet de sa liberté sexuelle, ou le diabolise lorsque le sujet s'y octroie le droit, comme l'annonce Kone (2014) « Il arrive alors des moments où la personne décide de s'exprimer […] elle recourt à des palliatifs étranges que certains soignants n'hésitent pas à qualifier de pervers comme certaines scènes de masturbation ». L'auteur parle d'une réelle souffrance institutionnelle vécue, tant par le résident, car l'auteur déclare « Isolés, coupés du monde du travail dont ils ont été les promoteurs, se retrouvent sur une sorte d'îlot » (Kone, 2014), que le soignant « le personnel soignant éprouve une sorte de culpabilité du vivant vis-à-vis de celui qui est mort » (Kone, 2014). L'auteur nous renseigne également sur les différences culturelles, les mythes et les traditions en lien avec le vieillissement et la sexualité qu'il y a en Afrique de l'Ouest, dont il est originaire, par rapport a notre culture occidentale. Ce ne serait pas le grand âge mais plutôt les phénomènes culturels qui expliqueraient l'interruption, temporaire ou définitive, de la sexualité chez les séniors.

Nous allons nous concentrer sur l'ouvrage de Ribes (2014) pour qui la sexualité est un champ de développement, d'expérimentation qui dépasse l'acte sexuel brut puisque le sujet

ressent des émotions, des sensations. L'importance du bien être sexuel et affectif dans la vie des âgés y est explicité et prend en compte les spécificités du vieillissement, les évolutions que comporte cette étape de l'existence. La sexualité selon Ribes (2014) est « un partage, une communication sensorielle, la conséquence de multiples synergies et interactions biologiques survenant au niveau génital et cérébral […], la sexualité va être un temps, un espace où vont se retrouver toutes les dimensions de l'acte sexuel ». Plusieurs études sont relatées dans l'ouvrage concernant les représentations de la sexualité, le bien-être sexuel, les préjugés sur la sexualité des âgés, les évolutions physiques et psychologiques, des conséquences des maladies sur la sexualité, ainsi que sur les troubles sexuels. Deux tendances se juxtaposent chez les âgés, on a d'un côté la longévité des couples qui augmentent, et de l'autre une progression des divorces. Il est également rapporté que l'arrêt de la sexualité peut être en réponse à l'absence de partenaire mais également à des pathologies sexuelles telles que les troubles de la lubrification chez la femme qui craint par conséquent des rapports douloureux et une dysfonction érectile chez l'homme ; qui remettent en question l'identité sexuelle. Le sujet peut redouter de ne « pas y arriver », cela impacte des conséquences sur sa vie sexuelle et affective puisqu'il ne se sentira plus capable ou aura peur d'échouer. Il est également souligné l'importance des maladies associées à l'âge qui affectent la sexualité, d'autant plus que les effets secondaires des traitements sont eux aussi sources de troubles sexuels. En ce qui concerne les maladies qui impactent la sexualité de l'âgé, nous retiendrons les suivantes :

- *les pathologies cardio-vasculaires* telles que l'infarctus où le sujet préfèrera diminuer ou arrêter sa sexualité par peur de récidive ; les AVC car selon la gravité et les troubles, les modifications de l'image corporelle du sujet et de ses sensations peuvent conduire à un détachement de la sexualité ; puis le diabète et l'hypertension.

- *les pathologies génito-urinaires* telles que l'hystérectomie ayant des conséquences physiques et psychologiques négatives (dépression, douleurs, fatigue) où l'image du corps est fortement impactée (perte de féminité, stérilité) ; et l'incontinence puisque le sujet est honteux d'avoir une image corporelle dégradée ; ainsi que les cancers du sein et de la prostate.

- *les pathologies psychologiques* telles que la dépression et l'anxiété.

Tous ces facteurs d'inhibition sexuelle sont à prendre en compte chez la personne âgée.

Avec ces mots, l'auteur transmet que le désir n'est pas résumé à la sexualité mais que celle-ci en est « le fil rouge » car elle engage de l'attention envers l'autre et envers soi. Il est

nécessaire pour l'individu de conserver une sexualité malgré l'âge et les stéréotypes, car avoir des relations sexuelles permet au sujet de maintenir un espace de jeu à l'intérieur de la relation, de continuer à découvrir son corps et celui de l'autre. La sexualité est un bien-être social et personnel qui démontre l'importance d'être libre de ses droits et de s'exprimer.

III. Protocole

La méthodologie utilisée est de faire passer un formulaire de consentement (Annexe 2) ainsi qu'un questionnaire (Annexe 3) dans une pièce fermée, calme, où l'individu prend le temps nécessaire dont il a besoin pour répondre, avec un climat de confiance et un accord de confidentialité est directement installé. La personne dispose également d'une feuille d'aide où sont rappelées les consignes (Annexe 4), qu'elle peut la visionner si nécessaire. L'instrument a collecté les réponses de 21 sujets, la plupart ont été réalisés lors d'une rencontre, mais d'autres ont été collectées par courrier ou par Skype, dû à l'éloignement géographique et au confinement. Le sujet entoure le chiffre qui correspond le mieux à son ressenti par rapport à l'affirmation, et peut également solliciter l'étudiant si besoin.

En guise de réponse à chaque question proposée, une échelle de Likert a été utilisée afin d'évaluer le degré de souffrance des individus concernant l'arrêt de la sexualité. Il s'agit d'une échelle ordinale en 4 points, allant du numéro 1 correspondant à « pas du tout d'accord », le numéro 2 « pas d'accord », le numéro 3 « d'accord » au numéro 4 « tout à fait d'accord ». Plus le score au questionnaire sera élevé et plus le degré de souffrance du sujet serait fort ; en revanche, moins le score sera élevé et moins le sujet semblera souffrir de l'arrêt de la sexualité.

Le questionnaire (Annexe 3) a été créé car il n'a pas été possible de trouver d'outils suffisamment complets et adaptés à la question ainsi qu'au thème de la recherche. Celui-ci comporte une première page qui comprend des questions d'anamnèse afin d'en savoir davantage sur l'individu, dont la question du dernier rapport sexuel en date ainsi que son âge et sa situation amoureuse dans le but de vérifier que le sujet corresponde à la population étudiée. Les dix-neuf autres questions, posées dans un ordre aléatoire, concernent plus particulièrement le ressenti de l'individu. La première question « Je me sens plus irrité(e) depuis que je n'ai plus de relations sexuelles » à été élaborée car nous avons pu voir que

l'arrêt des rapports sexuels augmentait le stress, pouvant être ressenti comme de l'irritation, ce qui est souvent vécu comme une souffrance. La seconde « Je me sens triste quand je pense au fait que je n'ai plus de vie sexuelle », la treizième « Je suis attristé de ne plus avoir de rapports sexuels » et la quatorzième question « Ça me fait de la peine quand je pense au fait que je n'ai plus de relations sexuelles » ont été intégrées au questionnaire car il a été affirmé que faire l'amour était source d'épanouissement, le fait de ne plus avoir de rapport pourrait être alors une source de mal-être. La troisième « J'aimerai avoir plus souvent des relations sexuelles » et la douzième question « J'aimerai avoir plus de relations sexuelles » sont légitimes car les rapports intimes étant bénéfiques, il serait intéressant de savoir si le sujet voudrait retrouver cet aspect positif de manière plus fréquente. La quatrième « Je souffre du manque de relations sexuelles » est la plus importante et la plus explicite car elle questionne la problématique même de la recherche. La cinquième « Je pense que c'est mal de vouloir avoir plus fréquemment des relations sexuelles », la dix-huitième « Je pense que c'est mal vu d'avoir des relations sexuelles quand on est âgé » et dix-neuvième question « Je me sentirai incompris(e) d'en parler à mon entourage » sont posées afin de savoir si les sujets ont des préjugés sur leur propre vie sexuelle, si ils accordent de l'importance aux stéréotypes et idées reçues sur la sexualité des âgés et si ils répondent inconsciemment à l'image adéquate de l'ainé. La sixième « Je me sentirai plus désirable si j'avais des relations sexuelles », la septième « Je me sentirais plus beau/belle si j'avais des relations sexuelles » et la dixième question « Je me sentirai plus attirant(e) si j'avais des relations sexuelles » sont pertinentes car elles sont liées au fait que d'avoir des rapports sexuels augmenteraient l'estime de soi. La huitième question « Le fait d'être touché par un partenaire me manque » est justifiable car les bienfaits physiques du rapport duel ne sont pas négligeables et questionne la souffrance liée au manque. La neuvième « Je me sentirai plus vivant(e) si j'avais des relations sexuelles » est légitime car les individus reportent se sentir plus jeunes et vivants lorsqu'ils ont des rapports sexuels. La onzième question « Je me sentirai mieux dans ma vie si j'avais des relations sexuelles » est justifiée grâce aux bienfaits physiques et psychologiques qu'apportent les relations intimes. La question quinze « Je ressens un vide en moi quand je pense au fait que je n'ai plus de relations sexuelles » est utile afin de d'interroger le degré de manque de confiance en soi et d'épanouissement lié à l'arrêt de la sexualité. La seizième question « Ca me manque d'avoir des relations sexuelles » est posée pour savoir à quel degré le sujet ressent le manque des points positifs liés à la sexualité. La question dix-sept « Je serai content(e) de retrouver une vie sexuelle » est pour évaluer le degré d'envie de l'individu à retrouver l'épanouissement vécu à travers la sexualité.

Après avoir récolté les questionnaires, il est demandé aux répondant s'ils ont apprécié y répondre, et si ils souhaitent faire part d'autres ressentis, de recommandations ou de préciser certains points. Suite à cela, il est primordial de remercier chaque personne. Enfin, un recueil de données est effectué et sera analysé.

IV. Résultats bruts

Afin d'évaluer la cohérence interne de l'instrument de mesure, l'alpha de Cronbach a été calculé à 0.87. La valeur du coefficient de corrélation étant supérieur à 0.80, l'homogénéité du questionnaire est jugée satisfaisante, l'outil est supposé respecter la fidélité (Annexe 7). Il est alors possible de poursuivre en faisant les corrélations. Pour vérifier s'il y a un lien entre les variables, la matrice de corrélation (Annexe 5) a été faite avec le test des corrélations de Spearman qui représente la force et le sens de la corrélation afin de vérifier si les réponses aux questions corrèlent entre elles. La corrélation est forte et positive lorsqu'elle est supérieure à 0.6, et la croissante monotone sera marquée. La corrélation est faible entre 0 et 0.3 ou entre 0 et -0.3, où la tendance sera décroissante et monotone. La corrélation est médiane entre 0.3 et 0.6 et si la valeur est proche de 0 alors la tendance n'est pas monotone. Nous utilisons par la même occasion la p-value afin d'étudier la significativité ; si la valeur est inférieure à 0.05 alors il y a une corrélation significative ; elle est d'autant plus forte qu'elle se rapproche de 0.01.

Les résultats signifiants les plus élevés sont par exemple la valeur 0.757 au coefficient de Pearson pour la confrontation de la question 11 « J'aimerai ne plus avoir de relations sexuelles » avec la question 12 « Je suis attristé de ne plus avoir de relations sexuelles » ; de même, la valeur 0.790 pour les réponses aux questions 11 et 9 « Je me sentirai plus vivant(e) si j'avais des relations sexuelles » ; enfin 0.751 aux questions 12 et 13 « Ça me fait de la peine quand je pense au fait que je n'ai plus de relations sexuelles » ce qui explique que ceux qui ont répondu de manière élevée à cette question ont également répondu de cette même manière à cette autre question, de même que pour ces trois résultats, le p-value est inférieur à .001. Les résultats signifiants les plus faibles sont -0.193 au coefficient de Pearson et 0.401 à la p-value pour la corrélation entre les réponses aux questions 18 « Je pense que c'est mal vu d'avoir des relations sexuelles quand on est âgé » et 6 « Je me sentirai plus désirable si j'avais des relations sexuelles » ; ainsi que -0.357 et 0.123 aux réponses des questions 16 « Ca me

manque d'avoir des relations sexuelles » et 5 « Je pense que c'est mal de vouloir avoir plus fréquemment des relations sexuelles ».

Questions	Rho de Spearman	P-Value	Corrélation	Significativité
11/12	0.757	P < .001	Forte, positive	Forte
11/9	0.790	P < .001	Forte, positive	Forte
12/13	0.751	P < .001	Forte, positive	Forte
18/6	-0.193	P = 0.401	Faible, négative	Nulle
16/5	-0.357	P = 0.123	Faible, négative	Nulle

V. Discussion

Les réponses qui corrèlent le plus entre elles sont celles qui explicitent le fait que les sujets aimeraient avoir plus de relations sexuelles, que le fait de ne plus en avoir est assimilé à de la tristesse, de la peine. De même, l'individu aurait des gains personnels, d'un point de vue psychologique et physique si celui-ci avait davantage de relations intimes. Au regard de la matrice de corrélations et du tracé graphique (Annexe 6), les réponses corrèlent généralement entre elles, cela semble vérifier la problématique ; les sujets ont un degré de souffrance lié au manque de relations sexuelles de couple.

Nous pouvons constater que les réponses corrélant le moins entre elles sont celles assimilant le fait qu'il est mal vu d'avoir des relations sexuelles et d'en vouloir de manière plus fréquente avec l'impression de se sentir plus désirable et la souffrance liée au manque de relations intimes. Ces questions étant basées sur les stéréotypes et n'étant pas directement en lien avec la souffrance de l'individu lié au fait de ne plus avoir de rapport sexuel prouvent que la façon de relier la personne âgée au désir d'avoir des relations sexuelles pourraient impacter les réponses de manière inconsciente. Celles-ci pourraient être enlevées car elles sont plus à titre informatif, afin de voir si les âgés se fient aux stéréotypes qui leurs sont infligés mais elles ne questionnent pas l'hypothèse directement, il est donc logique que les résultats ne soient pas signifiants.

Le score minimal au questionnaire est de 19 ; à cet effet, le sujet à répondu 1 à toutes les affirmations, il ne semble pas souffrir de l'absence de sexualité. Le score moyen est entre

38 et 57 et le score maximal est de 76. L'intervalle de réponse entre 19 et 38 signifie que le sujet ne souffre pas, ou peu ; seulement 3 sujets se trouvent dans cette intervalle. Le nombre de sujets ayant un score total entre 57 et 76 sont au nombre de 4 ; et les individus ayant une souffrance « moyenne » sont au nombre de 14. Cela signifie que la majorité des sujets souffrent du manque de relations sexuelles de manière modérée (Annexe 10).

Des indicateurs statistiques (Annexe 7) tels que la moyenne, la médiane et le mode ont été calculé pour chaque questionnaire rempli afin de résumer l'information fournie par l'ensemble de données statistiques, de couper l'ensemble des valeurs en deux parties égales et de connaitre la valeur de la variable la plus fréquente de la population étudiée. Pour l'ensemble des questionnaires, une utilisation d'échelle de Likert allant de 1 à 4, la moyenne est de 2.55 ; la médiane est en moyenne de 2.57 et le mode moyen est de 2.42. Ces indicateurs étant supérieurs à 2, ils démontrent que les personnes tendent à souffrir de l'arrêt de la sexualité, sans que ce degré de souffrance soit élevé, bien que celui-ci dépends des individus. En vue des indicateurs et des graphiques (Annexes 8, 9), la problématique ne semble pas être infirmée ni vérifiée car les résultats ne sont pas saillant, suffisamment significatifs, le degré de souffrance étant présent mais pas pas suffisamment élevé pour affirmer que les sujets sont en souffrance.

Il est possible de constater que les résultats aux questionnaires dépendent des individus, il y a parfois les extrêmes au niveau des réponses. Certains présentent davantage des scores élevés, on constate que le degré de souffrance lié à l'arrêt de la sexualité est élevé et qu'ils souffrent de manière significative ; on peut se demander les raisons telles que si c'est l'affection à travers le rapport qui est recherchée ou l'être aimé par exemple. On peut par la même remarquer que d'autres ont des scores faibles ; donc la personne semble peu ou ne pas souffrir de l'arrêt de la sexualité ; par la même occasion il est possible de se questionner sur les origines de l'absence de souffrance comme par exemple le biais de valorisation sociale, la résilience, de précédents rapports non bienfaisants, etc.

Lors de la passation des questionnaires, les individus étaient généralement enclins à poser des questions sur le test, le thème de la recherche, et se sentaient libre de parler. Le sujet qui revient souvent est le regret du défunt conjoint qui est la cause principale de l'arrêt de la sexualité. L'âgé rapporte ne pas envisager d'avoir un rapport sexuel avec un autre partenaire, par fidélité post-mortem. Le degré de souffrance n'est pas seulement lié au fait de ne plus

pratiquer l'acte sexuel pur mais également à la disparition de l'amour et de l'affection liée au décès du partenaire.

Afin de pousser la réflexion, une analyse fonctionnelle aurait pu être effectuée afin de comparer les hommes et les femmes afin de savoir si le sexe influence le degré de souffrance par exemple. De même, il aurait été possible d'envisager de comparer les individus par rapport au lieu de vie, si les séniors vivants en EHPAD seraient moins enclins à avoir de nouvelles relations par peur des représailles, d'enfreindre les règles de l'institution ou d'être jugés par la famille ; et si ceux vivant à domicile se sentiraient plus libre de consentir à des relations mais ils ne le font pas car ils ne rencontrent pas suffisamment d'autres personnes âgées propice à une relation intime par exemple. Également, il serait envisageable de se poser la question de l'âge, si les individus faisant parti du 4e âge souffriraient moins de l'arrêt de la sexualité dû à la résilience que ceux du 3e âge qui auraient un degré de souffrance plus élevé par exemple. D'autres interrogations sont légitimes, par exemple, s'interroger si les individus ayant vécu la révolution de mai 1968 à l'adolescence semblent plus ouverts d'esprit et plus libres de répondre naturellement, que ceux qui n'ont pas vécu cette période n'osant pas répondre objectivement aux questions.

VI. Conclusion

Pour conclure, la passation des questionnaires n'a posé aucunes difficultés pour les individus, malgré l'intimité du thème. Le nombre insuffisant de participants est à déplorer, cette problématique étant inhérente à la situation de confinement que vie l'Europe actuellement face à la lutte contre le Covid-19. La matrice de corrélation et le tracé graphique révèlent que pratiquement toutes les questions sont cohérentes, sauf les questions 5, 18 et 19 puisque ces dernières ne sont en rapport avec l'absence de sexualité. L'hypothèse générale ne semble pas être infirmée, cependant l'analyse descriptive des résultats ne permet pas de relever des résultats suffisamment significatifs en faveur de l'hypothèse opérationnelle, prétextant que les individus isolés souffrent du manque de relations sexuelles de couple. En effet, un échantillon plus large d'individus aurait permis un éclaircissement en ce qui concerne la validation ou l'infirmation de l'hypothèse. La poursuite des études concernant le manque de relations intimes ou affectives des séniors est nécessaire afin d'optimiser les

conditions de vie des individus placés en institutions et d'instaurer un dialogue afin d'aller vers un mieux-être permanent concernant tous les aspects de la vie.

VII. Résumé

La question de recherche est celle de savoir si les individus isolés souffrent de l'arrêt de la sexualité, et à quel degré. L'hypothèse est telle que les sujets isolés souffrent du manque de relations sexuelles de couple, car la perte de ce besoin primaire causé par les aléas de la vie implique un mal être étant donné qu'il est nécessaire et essentiel à chacun. Les outils utilisés sont le questionnaire confectionné pour cette étude, des outils statistiques tels que la matrice de corrélation, l'analyse descriptive, les graphiques qui illustrent les résultats et les explications ajoutées par les sujets. Les principaux résultats démontrent que les individus souhaiteraient avoir davantage de relations intimes et sont attristés de ne plus en avoir, cela se rapporte à la satisfaction personnelle de partager un moment avec le partenaire et des bienfaits que cela apporte, tant d'un point de vue psychologique que physique. Nous pourrons également nous questionner par la suite si la souffrance liée au manque peut se réduire au manque de l'être aimé, et sur les autres liens que nous pourrions faire avec le degré de souffrance comme par exemple l'âge, le sexe, le lieu de vie. Les bénéfices de partager une relation avec le partenaire désiré ne sont pas négligeable pour l'individu, et cela à tout âge. Le but de cette recherche est également de partager les opinions et les ressenti des personnes âgées qui sont encore trop négligées et trop mises à l'écart de la société afin de développer potentiellement des protocoles dans le but d'améliorer leurs conditions de vie et de revaloriser leur place dans la société en tant qu'êtres humains, dotés de désirs et de sentiments qu'on ne peut mettre à l'écart et oublier.

Abstract :

The research question is whether and to what extent isolated individuals suffer from the cessation of sexuality. The hypothesis is that the isolated subjects suffer from the lack of sexual relations; the loss of this primary need caused by the vagaries of life catalyzes ill-being since they are necessary and essential for each one. The tools used are statistical tools such as the correlation matrix, descriptive analysis, graphs which illustrate the results and the explanations provided by the subjects. The main results show that individuals would like to have more intimate relationships and are saddened to no longer have any. This relates to the personal satisfaction of sharing a moment with the partner and the benefits it brings, both from a psychological and physical view. We will also be able to question ourselves afterwards if the suffering linked to lack of intimacy can be reduced to the absence of the loved one, and on the other links which we could make with the degree of suffering (for example, age, sex, living space). The benefits of sharing a relationship with the desired partner are not negligible for any individual at any age. The aim of this research is also to share the opinions and feelings of the neglected, isolated elderly in order to develop protocols, promote their living conditions, and enhance their place in society as a human being. These are desires and feelings that cannot be ignored and forgotten.

VIII. Bibliographie :

Ribes, G. (2014). *Sexualité et vieillissement : Comprendre et anticiper les évolutions*. Lyon : Chronique Sociale.

Kone, T. (2014). *Vieillissement du couple: dignité, intimité et sexualité des personnes âgées en institution*. Paris : Editions Edilivre.

Rigal, F. (2019, août 3). Sexualité en EHPAD, des limites difficiles à dépasser. Consulté à l'adresse https://www.agevillage.com/article-7229-1-sexualite-en-ehpad-des-limites-difficiles-a-depasser.html

Vallée, C. (2014). *Vieillissement et Sexualité.* (Mémoire de maîtrise). Consulté sur https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01023873/document.

Quentin, B. (2012). Grand âge et sexualité : d'une modernité à l'autre ou démocratisme contre société des images. *Gérontologie et société*, vol. 35 / 140(1), 63-77. doi:10.3917/gs.140.0063.

Quoex, G. (2015). *La sexualité de la personne âgée en Ehpad, et si on en parlait !* (Mémoire). Consulté sur https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-gaelle-quoex.pdf

Le sexe des personnes âgées en Ehpad : Comment ça se passe ? (2018, juin 13). Sexe en EHPAD : Un tabou ? Consulté à l'adresse https://www.ascelliance-retraite.fr/fr/placement-maison-retraite/sexe-ehpad-senior.html

Fondation Leenaards. (2017). Vie sexuelle et affective des personnes âgées en institution [Vimeo]. Consulté sur https://vimeo.com/244168616

Simeone, I. (2004). Y a-t-il une sexualité spécifique à l'âge avancé ? *Revue Medicale Suisse*. Consulté à l'adresse https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2474/23710

Colson, M. (2012). Sexualité et pathologies du vieillissement chez les hommes et les femmes âgés. *Gérontologie et société*, vol. 35 / 140(1), 109-130. doi:10.3917/gs.140.0109.

IX. Annexes

Annexe 1 : Charte de non plagiat

Déclaration sur l'honneur de non plagiat

Je soussignée, MARCHAIS Céline

Régulièrement inscrite à l'Université de Toulouse II Jean Jaurès

N°étudiant : 21705614

Année Universitaire : 2019/2020

N°UE : PY2X801V, Mémoire de recherche

Certifie que le document joint à la présente déclaration est un travail original, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant la commission disciplinaire et les tribunaux de la République Française.

Fait à Toulouse

Signature :

Le 05/06/2020

Annexe 2 : Formulaire de Consentement

Je, soussigné(e) déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude intitulée : *L'impact du manque de sexualité sur le vécu des personnes âgées isolées.*

Sous la direction de : Monsieur Thierry Darnaud et Madame Emmanuelle Ballarin

Promoteur : Université de Toulouse Jean Jaurès

Investigateur principal : Céline Marchais, étudiante en Master 1 de Psychologie

Je m'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité psychologique et sociale des personnes et à assurer la confidentialité des informations.

But de l'étude : Enrichir la documentation scientifique & Faire avancer la recherche en psychologie sur la sexualité des âgés, qui n'est pas assez prise en compte par les établissements et l'entourage.

Engagement du participant : l'étude consiste à faire passer un questionnaire auquel le participant doit répondre en entourant le chiffre correspondant à ce qui se rapproche le plus de ce qu'il ressent.

Liberté du participant : le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment et sans encourir de conséquences.

Information du participant : le participant peut obtenir des informations supplémentaires sur cette étude auprès de l'investigateur, dans les limites du plan de recherche.

Confidentialité des informations : les informations sont conservées de façon anonyme et confidentielle.

Déontologie et éthique : le promoteur et l'investigateur s'engagent à préserver la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant (titre I, articles 1, 3, 5 et 6 et titre II, articles 3, 9 et 20 du Code de Déontologie des psychologues).

Fait à : Le :

Signatures : Le participant L'investigateur principal

Annexe 3 : Questionnaire sur la sexualité de la personne âgée

QUESTIONNAIRE

Dans le cadre de mes études de psychologie clinique, j'ai choisi de me spécialiser en gérontologie. Actuellement en Master 1, j'ai créé ce questionnaire dans le cadre de mon mémoire afin de faire de la recherche concernant la sexualité chez les personnes âgées.

En répondant à ce questionnaire vous participez à la recherche en psychologie, à l'accès à l'information et à l'enrichissement de la documentation scientifique. Je vous remercie par avance de répondre à ce questionnaire. Je vous invite à répondre de manière la plus honnête possible, c'est-à-dire des réponses qui reflètent votre ressenti et non pas ce que vous pensez être socialement valorisant. Ce questionnaire est anonyme et confidentiel.

Sexe : Homme ☐ Femme ☐

Situation : Célibataire ☐ Veuf/Veuve ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐

Age :

CSP :

Handicap :

Lieu de vie :

Le dernier rapport sexuel que vous avez eu s'est passé il y a :

Plusieurs Années ☐ Plusieurs Mois ☐ Plusieurs Semaines ☐

Ce questionnaire est créé avec une échelle de Likert, vous devez donc entourer le chiffre qui correspond au mieux à votre situation avec :

1 = Pas du tout d'accord **2** = Pas d'accord **3** = Assez d'accord **4** = Tout à fait d'accord

Je me sens plus irrité(e) qu'avant depuis que je n'ai plus de relations sexuelles

1 2 3 4

Je me sens triste quand je pense au fait que je n'ai plus de vie sexuelle

1 2 3 4

J'aimerai avoir plus souvent des relations sexuelles

1 2 3 4

Je souffre du manque de relations sexuelles

1 2 3 4

Je pense que c'est mal de vouloir avoir plus fréquemment des relations sexuelles

1 2 3 4

Je me sentirai plus désirable si j'avais des relations sexuelles

1 2 3 4

Je me sentirai plus beau/belle si j'avais des relations sexuelles

1 2 3 4

Le fait d'être touché(e) par un(e) partenaire me manque

1 2 3 4

Je me sentirai plus vivant(e) si j'avais des relations sexuelles

1 2 3 4

Je me sentirai plus attirant(e) si j'avais des relations sexuelles

1 2 3 4

Je me sentirai mieux dans ma vie si j'avais des relations sexuelles

1 2 3 4

J'aimerai avoir plus de relations sexuelles

1 2 3 4

Je suis attristé(e) de ne plus avoir de relations sexuelles

1 2 3 4

Ça me fait de la peine quand je pense au fait que je n'ai plus de relations sexuelles

1 2 3 4

Je ressens un vide en moi quand je pense au fait que je n'ai plus de relations sexuelles

1 2 3 4

Ça me manque d'avoir des relations sexuelles

1 2 3 4

Je serai content(e) de retrouver une vie sexuelle

1 2 3 4

Je pense que c'est mal vu d'avoir des relations sexuelles quand on est âgé

1 2 3 4

Je me sentirai incompris(e) d'en parler à mon entourage

1 2 3 4

Je vous remercie d'avoir participé à cette enquête ☺

Annexe 4 : Feuille d'aide complémentaire

Rappel de la signification des chiffres correspondant à votre ressenti

1 = Pas du tout d'accord

2 = Pas d'accord

3 = Assez d'accord

4 = Tout à fait d'accord

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, basez-vous sur vos ressentis ✐

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle ou métier

Relations sexuelles : **Avec un partenaire** (ce questionnaire ne fait pas référence aux relations sexuelles solitaires).

➔ La signification des relations sexuelles avec un partenaire est propre à vous-même

S'il y a des mots que vous ne comprenez pas ou si vous avez besoin de précisions, n'hésitez pas à me le signaler ☺

Correlation Matrix

Annexe 5 : Matrice de corrélations

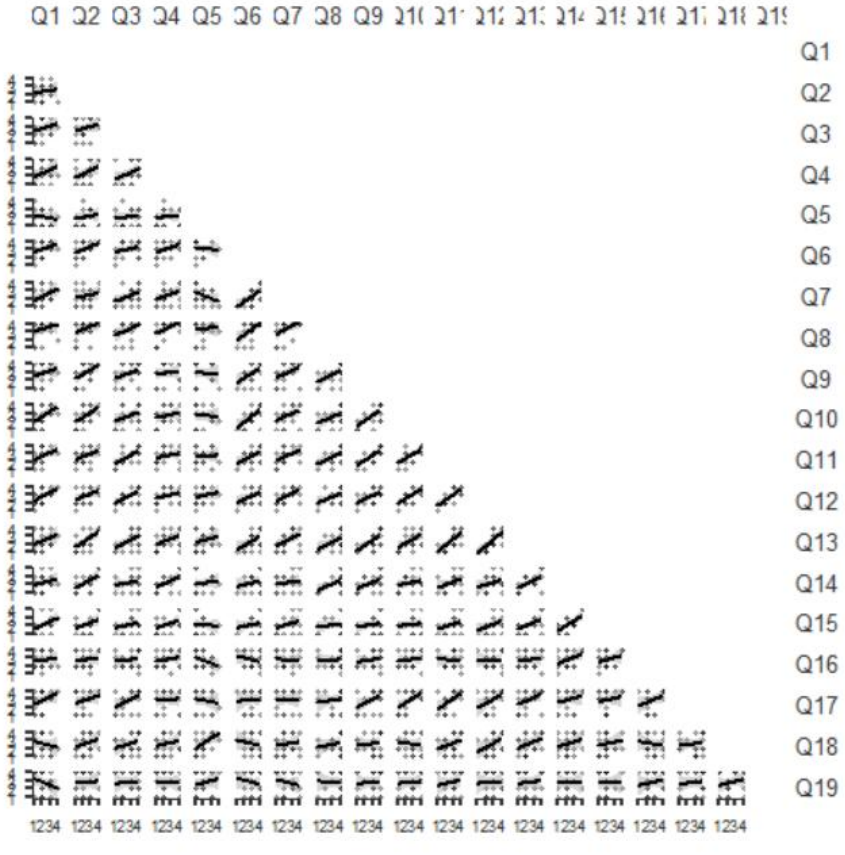
Correlation Matrix

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19
Q1	Spearman's rho	—																		
	p-value	—																		
Q2	Spearman's rho	0.195	—																	
	p-value	0.396	—																	
Q3	Spearman's rho	0.261	0.251	—																
	p-value	0.252	0.272	—																
Q4	Spearman's rho	0.408	0.373	0.469 *	—															
	p-value	0.066	0.096	0.032	—															
Q5	Spearman's rho	-0.152	0.264	0.138	0.152	—														
	p-value	0.524	0.260	0.563	0.524	—														
Q6	Spearman's rho	0.307	0.409	0.191	0.423	-0.280	—													
	p-value	0.176	0.066	0.406	0.056	0.231	—													
Q7	Spearman's rho	0.440 *	0.154	0.417	0.387	-0.327	0.615 **	—												
	p-value	0.046	0.505	0.060	0.083	0.159	0.003	—												
Q8	Spearman's rho	0.265	0.282	0.561 **	0.577 **	-0.031	0.543 *	0.522 *	—											
	p-value	0.246	0.216	0.008	0.006	0.898	0.011	0.015	—											
Q9	Spearman's rho	0.255	0.473 *	0.325	0.148	-0.044	0.510 *	0.486 *	0.568 **	—										
	p-value	0.265	0.030	0.151	0.522	0.855	0.018	0.025	0.007	—										
Q10	Spearman's rho	0.536 *	0.532 *	0.323	0.255	-0.101	0.603 **	0.426	0.459 *	0.625 **	—									
	p-value	0.012	0.013	0.153	0.265	0.673	0.004	0.054	0.036	0.002	—									
Q11	Spearman's rho	0.517 *	0.397	0.621 **	0.331	0.077	0.409	0.491 *	0.636 **	0.790 ***	0.663 **	—								
	p-value	0.016	0.075	0.003	0.142	0.747	0.066	0.024	0.002	< .001	0.001	—								
Q12	Spearman's rho	0.531 *	0.414	0.556 **	0.360	0.256	0.326	0.551 **	0.434 *	0.524 *	0.712 ***	0.757 ***	—							
	p-value	0.013	0.062	0.009	0.109	0.277	0.149	0.010	0.050	0.015	< .001	< .001	—							
Q13	Spearman's rho	0.382	0.565 **	0.480 *	0.422	0.260	0.433	0.491 *	0.495 *	0.692 ***	0.556 **	0.719 ***	0.751 ***	—						
	p-value	0.087	0.008	0.028	0.056	0.268	0.050	0.024	0.022	< .001	0.009	< .001	< .001	—						
Q14	Spearman's rho	0.233	0.477 *	0.167	0.524 *	0.217	0.143	0.105	0.470 *	0.430	0.164	0.389	0.271	0.576 **	—					
	p-value	0.310	0.029	0.469	0.015	0.358	0.535	0.649	0.032	0.052	0.477	0.081	0.234	0.006	—					
Q15	Spearman's rho	0.474 *	0.254	0.260	0.378	-0.009	0.042	0.273	0.071	0.123	0.030	0.319	0.396	0.462 *	0.580 **	—				
	p-value	0.030	0.267	0.255	0.091	0.971	0.857	0.231	0.760	0.594	0.896	0.159	0.075	0.035	0.006	—				
Q16	Spearman's rho	0.051	0.113	0.119	0.224	-0.357	-0.159	-0.044	0.170	0.174	0.177	0.040	0.038	0.087	0.352	0.146	—			
	p-value	0.827	0.627	0.608	0.329	0.123	0.492	0.849	0.462	0.450	0.443	0.863	0.869	0.706	0.118	0.527	—			
Q17	Spearman's rho	0.281	0.194	0.472 *	0.150	-0.122	0.042	0.069	0.234	0.406	0.415	0.537 *	0.426	0.431	0.198	0.108	0.333	—		
	p-value	0.217	0.398	0.031	0.516	0.608	0.855	0.765	0.308	0.068	0.062	0.012	0.054	0.051	0.390	0.641	0.141	—		
Q18	Spearman's rho	-0.179	0.267	0.288	0.224	0.522 *	-0.193	0.155	0.149	0.066	-0.122	0.268	0.411	0.356	0.222	0.206	-0.132	0.163	—	
	p-value	0.437	0.243	0.205	0.329	0.018	0.401	0.501	0.519	0.776	0.599	0.240	0.064	0.113	0.333	0.371	0.569	0.481	—	
Q19	Spearman's rho	-0.331	0.027	0.068	-0.048	0.184	-0.142	-0.185	-0.075	0.101	0.061	0.144	0.050	0.048	-0.068	-0.029	0.177	0.101	0.199	—
	p-value	0.143	0.908	0.771	0.835	0.437	0.539	0.423	0.747	0.665	0.794	0.534	0.829	0.836	0.768	0.900	0.444	0.664	0.387	—

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Plot

Annexe 6 : Tracé graphique



References

[1] The jamovi project (2019). *jamovi*. (Version 1.1) [Computer Software]. Retrieved from https://www.jamovi.org.

[2] R Core Team (2018). *R: A Language and envionment for statistical computing*. [Computer software]. Retrieved from https://cran.r-project.org/.

Tableau de données statistiques Mémoire

Marchais Celine

Fichier | Accueil | Insertion | Dessin | Formules | Données | Révision | Affichage

Calibri (Cor... | 11

Subject	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Total	Moyenne	Médianne	Mode
1 (Femme)	1	3	3	1	2	3	1	1	3	3	2	2	1	1	1	3	3	1	4	39	2,05263158	2	1
2 (Femme)	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	28	1,47368421	1	1
3 (Femme)	1	2	3	2	3	3	3	4	4	2	3	3	4	3	2	3	1	4	4	54	2,84210526	3	3
4 (Femme)	1	2	1	1	2	2	2	3	3	1	2	2	1	2	2	2	1	3	4	37	1,94736842	2	2
5 (Homme)	3	4	3	4	1	4	3	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	2	2	63	3,31578947	4	4
6 (Homme)	3	2	2	2	1	4	4	4	4	4	3	3	2	2	1	3	3	1	1	49	2,57894737	3	3
7 (Homme)	3	3	4	3	2	3	3	4	3	4	3	4	3	2	2	4	3	2	3	58	3,05263158	3	3
8 (Homme)	4	1	3	2	2	3	3	2	3	3	3	4	3	2	3	2	4	2	2	51	2,68421053	3	3
9 (Femme)	2	1	4	3	1	2	1	4	3	2	3	2	2	3	2	4	4	1	4	48	2,52631579	2	2
10 (Femme)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	3	4	30	1,57894737	1	1
11 (Femme)	3	2	2	2	1	4	2	4	4	4	4	3	2	2	2	3	3	1	4	52	2,73684211	3	2
12 (Homme)	2	2	4	2	2	2	2	4	3	3	3	4	2	2	2	4	4	4	2	53	2,78947368	2	2
13 (Femme)	2	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	71	3,73684211	4	4
14 (Homme)	2	3	4	2	3	3	2	4	4	2	4	3	3	3	2	2	4	4	1	55	2,89473684	3	2
15 (Homme)	2	1	4	4	1	4	4	4	1	1	2	2	1	1	2	2	1	2	2	41	2,15789474	2	2
16 (Homme)	2	3	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	1	1	1	4	4	4	61	3,21052632	4	4
17 (Homme)	3	3	3	1	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	50	2,63157895	3	3
18 (Femme)	1	2	2	1	1	4	2	4	3	3	2	2	2	2	1	2	3	1	1	39	2,05263158	2	2
19 (Homme)	2	3	1	4	3	3	1	3	2	2	1	2	2	3	2	3	1	2	1	41	2,15789474	2	2
20 (Homme)	1	2	2	2	4	3	1	3	1	2	2	3	2	2	2	2	2	3	4	43	2,26315789	2	2
21 (Femme)	3	3	3	4	3	3	2	4	2	3	3	3	2	3	2	2	3	4	3	55	2,89473684	3	3
variance	0,75283	0,87075	1,10658	1,26984127	0,8481	0,71202	0,96599	1,1565	1,17007	1,093	0,77551	0,72562	1,07937	0,8209	0,71202	0,8481	1,36054	1,29705	1,51474				
écart-type	0,88909	0,95618	1,07792	1,15470054	0,9437	0,86465	1,00712	1,1019	1,10841	1,0713	0,90238	0,87287	1,06458	0,9284	0,86465	0,9437	1,19523	1,16701	1,26114	48.4762	2,55137845	2,571429	2,42857

items	19
sum of the item variance	19,0793651
variance of total scores	111,297052
cronbach's alpha	0,8746044

Annexe 7 : Indicateurs statistiques & Alpha de Cronbach

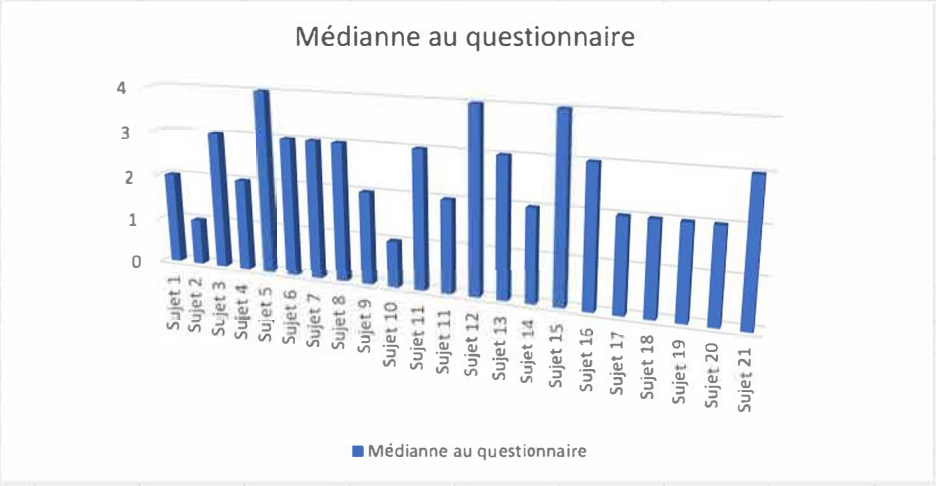
Alpha de C et Indicateurs Stats | Histogramme médianne | Graphique Secteur

Tableau de données statistiques Mémoire

Marchais Celine

Fichier | Accueil | Insertion | Dessin | Formules | Données | Révision | Affichage

Sujet	Médianne au questionnaire
Sujet 1	2
Sujet 2	1
Sujet 3	3
Sujet 4	2
Sujet 5	4
Sujet 6	3
Sujet 7	3
Sujet 8	3
Sujet 9	2
Sujet 10	1
Sujet 11	3
Sujet 11	2
Sujet 12	4
Sujet 13	3
Sujet 14	2
Sujet 15	4
Sujet 16	3
Sujet 17	2
Sujet 18	2
Sujet 19	2
Sujet 20	2
Sujet 21	3



Annexe 8 : Histogramme

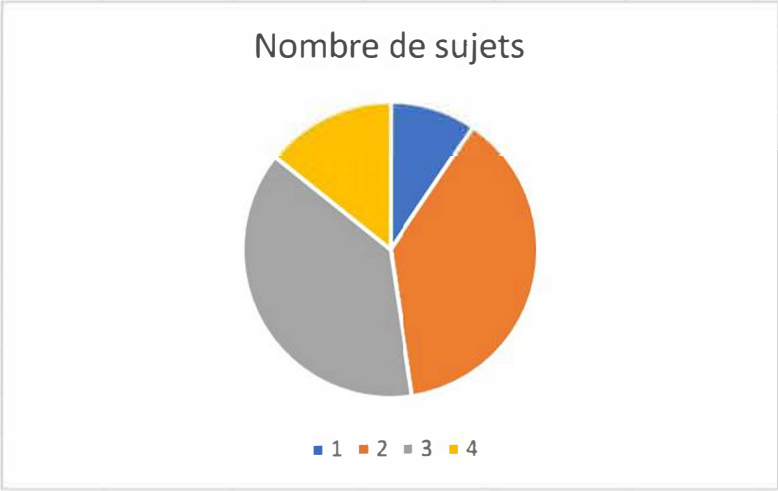
Scores aux questionnaires | Histogramme médianne | Graphique Secteur

Tableau de données statistiques Mémoire - Enregistré

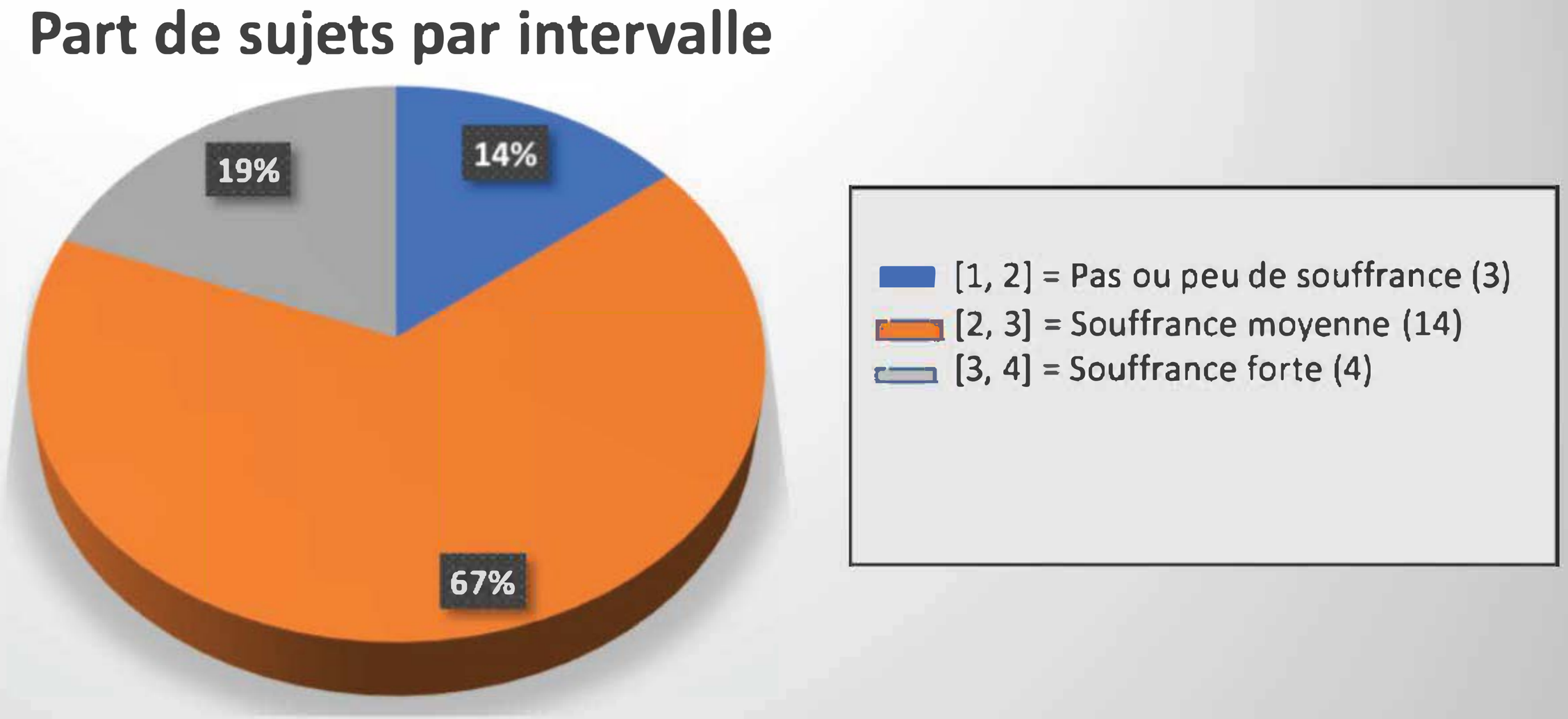
Marchais Celine

Fichier | Accueil | Insertion | Dessin | Formules | Données | Révision | Affichage

Nombre de sujets	Score Médian Moyen
2	1
8	2
8	3
3	4



Annexe 9 : Graphique

Scores aux questionnaires | Histogramme médianne | Graphique Secteur

Annexe 10 : Pourcentage de sujets par intervalle