

2022-2023

THÈSE
pour le
DIPLOÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Qualification en médecine générale

L'abord de la sexualité des personnes âgées par le médecin généraliste

HABASQUE GRUDÉ Quentin

Né le 8 octobre 1992 à Le Mans

Sous la direction de Pr. William BELLANGER

Membres du jury
Pr Catherine DE CASABIANCA | Présidente
Pr William BELLANGER | Directeur
Dr Romain CLISSON | Membre
Mme Anne Laurence PENCHAUD | Membre

Soutenue publiquement le :
19 janvier 2023

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussigné, Quentin Habasque Grudé,
déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant le 9 janvier 2023

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrais pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie :

Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine

COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Mathieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie

LACCOURREYE	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
Laurent		
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LARCHER Gérald	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
Françoise		
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
Pascale		
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN	MEDECINE GENERALE	Médecine
Aline		
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHARD Isabelle	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine

ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine

BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVIAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine

NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
FISBACH Martine	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST		
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie

MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	OFFICINE	Pharmacie
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIODERAPIE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

Au Professeur François Garnier, présent pour les premières réflexions et le montage de cette thèse. Vous m'avez donné les clés pour créer cette étude.

Au Professeur William Bellanger qui a accepté de reprendre ce travail et de m'accompagner pour lui donner son sens final.

Au Professeur Catherine De Casabianca. Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Merci pour vos enseignements lors du Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Générale.

Madame Anne-Laurence Penchaud, merci d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Vos enseignements furent riches et enthousiasmants.

Romain, c'est un plaisir de t'avoir dans mon jury de thèse. Merci pour ces échanges et ceux à venir.

Aux médecins interviewés qui ont accepté de livrer leurs histoires afin d'explorer ce sujet intime. Ce travail n'aurait pas été possible sans vous.

À mes parents et leur amour inconditionnel m'ayant permis de réaliser ce parcours.

Enfin, à Flavie et Louisa, mes rayons de soleil quotidiens me nourrissant d'une énergie à toute épreuve.

Liste des abréviations

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE

RESUME

INTRODUCTION

- 1. Retour en arrière**
- 2. Situation actuelle**

MÉTHODE

- 1. Choix de la méthode**
- 2. Le guide d'entretien**
- 3. La sélection des participants**
- 4. Méthode de recueil des données**

RESULTATS

- 1. La sexualité est globalement peu abordée**
- 2. Comment la sexualité est-elle abordée ?**
- 3. Quels sont les facteurs influençant la discussion qui ont été retrouvés**

DISCUSSION

- 1. La sexualité des personnes âgées dans la société**
- 2. Conséquences de ces représentations sur l'abord**
- 3. Y'a-t-il un moment opportun pour discuter de sexualité ?**

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

ANNEXES

- 1. Guide d'entretien**
- 2. Exemple de retranscription du 3^{ème} entretien**
- 3. Analyse thématique**

RESUME

Introduction : La sexualité a été officiellement considérée comme un des éléments d'accomplissement du bien-être à la fin du XXème. Celle des personnes âgées sort progressivement de l'ombre dans un contexte d'évolution sociétale et de souhait d'en discuter avec leur médecin généraliste. Quelle place occupe cet intime sujet dans les consultations de médecine générale ?

Méthode : Etude qualitative par entretien semi-dirigé auprès de onze médecins généralistes de Sarthe et de Mayenne.

Résultats : Les discussions, peu fréquentes, rebondissent généralement sur des symptômes physiques, lors de nouvelles unions mais jamais avec un couple. La sexualité se révèle comme un baromètre conjugal, pouvant freiner le médecin de famille dans l'abord car inquiet d'agiter des difficultés préexistantes. Les médecins remarquent qu'il y a une évolution des attentes avec la nouvelle génération de personne âgée.

Conclusion : L'hétérogénéité du statut conjugal et la complexité des facteurs individuels empêchent la création d'un modèle d'approche de la sexualité chez les personnes âgées qui soit reproductible. Mais la légitimité de sa prise en compte invite le médecin à en proposer l'abord, qui est porteur du message de l'absence de norme dans la réalisation de la sexualité. La relation créée avec le patient, bien que parfois perçue comme un frein, permet d'identifier le moment judicieux pour aborder la sexualité.

INTRODUCTION

La sexualité correspond aux mécanismes physiologiques qui concourent au rapprochement des sexes et à la reproduction de l'espèce. Mais avec le développement du système limbique chez les espèces plus évoluées, l'aspect survivaliste est dépassé par la recherche du plaisir. La sexualité est dépendante du cadre culturel (représentations, symboles, croyances) propre à chaque individu, créant ainsi une multitude de manière de la réaliser.

Dans notre société, bien qu'une évolution soit en cours, ce sujet a longtemps était tu par la morale ou elle imposait au moins une retenue. « C'est toujours avec une certaine maladresse que l'on risque de s'exprimer sur la sexualité, a fortiori quand on s'attaque à une partie retranchée de celle-ci : la sexualité des personnes âgées. » (1).

Les premières impressions lorsque l'on évoque ce sujet peuvent être un sentiment de négation, provenant d'une forme de scotome parce qu'il s'agit d'un sujet tabou.

1. Retour en arrière

Frédérique Courtois, professeure de sexologie, revient sur l'évolution de la vision de la sexualité depuis le 19ème siècle (4) : « Le concept de santé était vu de façon négative (silence des organes) et statique avant le 20^{ème} siècle puis il s'est progressivement modifié en processus devant être maintenu, conquis et développé par différentes méthodes telles que l'éducation à la santé afin d'atteindre un bien-être individuel et collectif ».

Avant le 20^{ème} siècle, le mariage monogame était la seule situation sociale licite pour envisager la procréation et l'acte sexuel n'avait pour finalité que la reproduction. Rappelons que c'est au Moyen-Âge que le christianisme entérine le dogme de la sexualité à visée expressément reproductive, niant donc toute idée de sexualité chez la personne âgée.

Une des premières ouvertures sur le sujet date de 1905. Auguste Forel, psychiatre suisse, publie alors *La Question sexuelle exposée aux adultes cultivés* où il y aborde le sexe de manière frontale. Dr FOREL fait face au silence entretenu par l'église et la morale en vue d'une ouverture du sujet plus qu'à des données précises telle la physiologie par exemple.

Début 1920, des mouvements d'émancipation des femmes ont vu le jour pour revendiquer le droit à une contraception et à l'avortement libre. L'Angleterre, les pays scandinaves et certains états des Etats-Unis ont légalisé la contraception et l'avortement dès 1928.

La revendication qui accompagnait ce mouvement était plus d'ordre d'une libre régulation des naissances plutôt qu'un développement du plaisir sexuel. Le lien entre plaisir sexuel et contraception n'est pas encore conceptualisé.

La diffusion de la pilule oestroprogestative dans les années 60 a renforcé la légitimité sociale de la dissociation entre l'activité sexuelle érotique et la procréation. A la même période, Masters et Johnson élaborent la théorie de la réponse sexuelle humaine en attribuant à l'activité sexuelle sa propre finalité, indépendamment de la procréation. La contraception associée à la conceptualisation de l'orgasme dans une période marquée par l'appel à la liberté individuelle va constituer cette « révolution sexuelle ».

Ils évoquent également la sexualité des plus âgés (2) : « les hommes qui vieillissent doivent faire face à l'une des plus grandes erreurs de notre société : l'homme de la rue comme le médecin estime arbitrairement qu'en vieillissant, l'homme devient sexuellement infirme. Pourtant l'homme doit s'attendre à poursuivre sa vie sexuelle jusqu'à 80 ans et plus s'ils, lui et sa partenaire, le désirent et s'ils sont en bonne santé ».

La question du plaisir sexuel et du traitement des dysfonctions et des troubles sexuels fait alors son apparition dans le cadre de la santé publique.

Le terme de santé sexuelle apparaît en 1974 lors d'une conférence de sexologues réunis à Genève sous l'égide de l'OMS. C'est un moment charnière puisqu'il légitime la dissociation entre sexualité reproductive et non reproductive et d'affirmation de l'importance de la sexualité. Il prolonge celui de santé présent dans le préambule de l'OMS considéré comme « *un état de complet bien-être physique mental et social ne consistant donc pas uniquement en l'absence de maladie ou d'infirmité* ». A l'époque, le rapport diffuse peu en dehors des cercles initiés.

L'OMS officialise cette avancée en 1975 en conceptualisant : « La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux du bien-être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir et développer la personnalité, la communication et l'amour. L'objectif de la santé sexuelle réside dans l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans les aides à la procréation ou dans la lutte contre les MST ». La santé sexuelle se détache donc de la reproduction ou de la vénérologie et se propose comme objectif « l'amélioration de la vie et des relations personnelles » (6).

2. Situation actuelle

Comment définir une personne âgée ?

« Personne dont l'âge est avancé et qui présente les attributs de la vieillesse que la société se représente. » (7).

Elle a donc une définition contemporaine puisque évoluant avec sa société et son temps. Serge Guérin, sociologue français, évoque le « rajeunissement » de l'âge du fait de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'amélioration de la santé.

« Arbitraires par définition, ces barrières d'âge présentent aussi l'inconvénient de demeurer figées, quand changent les situations et les comportements. [...] On continue de délivrer l'APA à partir de 60 ans quand 90 % de ses bénéficiaires ont en réalité plus de 75 ans. Et on continue à calculer les taux d'équipement en établissements et services sur un territoire donné sur la base des personnes âgées de plus de 75 ans quand l'âge moyen d'entrée en EHPAD est désormais de 85 ans » (8).

Pour R. Vercauteren, sociologue et essayiste français, c'est à l'apparition du statut de retraité en 1910 que la confusion entre retraité et vieillesse a débuté. Le retraité étant « inactif », il devient à charge et sera considéré comme vieux.

La gériatrie correspond à la branche médicale des personnes âgée de plus de 75 ans. Le "grand âge" se situe après 80 ans. L'OMS définit comme âgée une personne de plus de 65 ans. La réponse est donc multiple et bien sûr individualisable.

Ce dernier seuil de l'OMS pourrait être amené à évoluer en cas d'homogénéisation de l'espérance de vie à l'échelle mondiale. Elle sera prise comme référence pour cette étude.

D'un point de vue démographique, le baby-boom -période de fort taux de natalité entre 1945 et 1973- a amené un bouleversement dans la pyramide des âges.

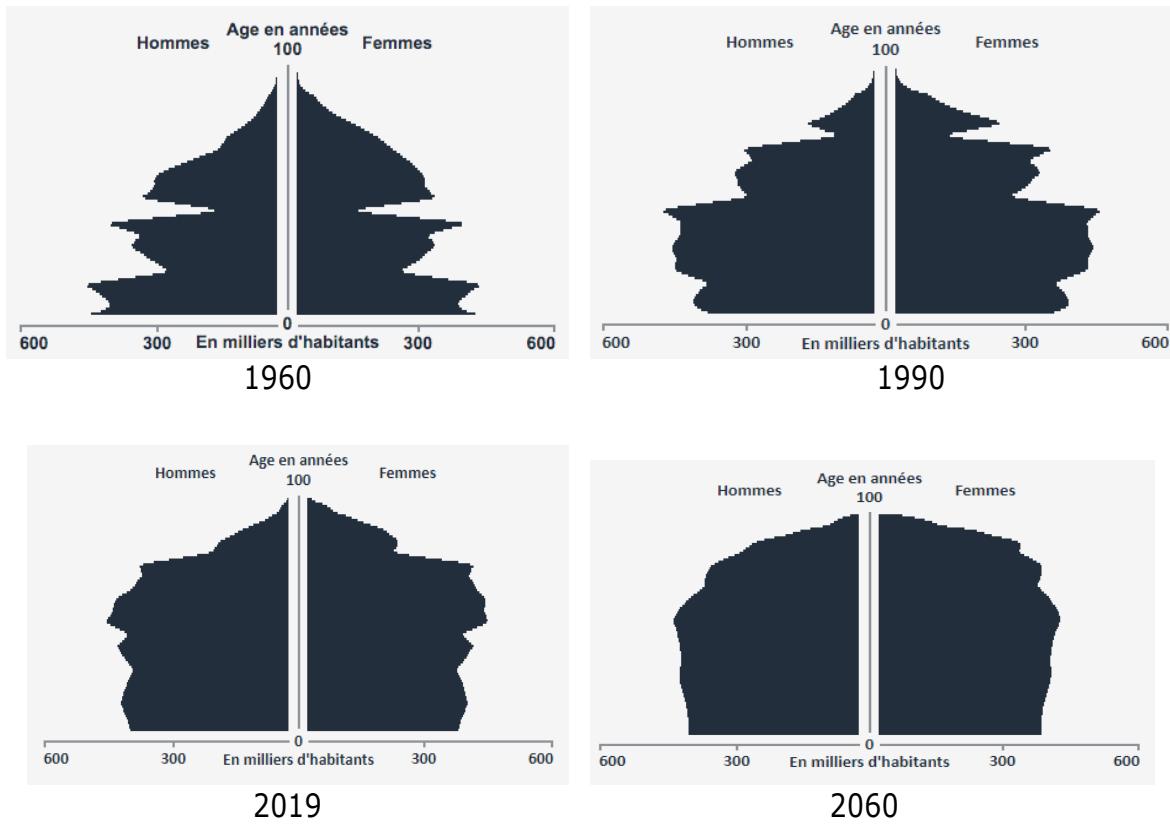


Figure 1 - Graphiques de la pyramide des âges en France en 1960, 1990, 2019 et les projections pour 2040 et 2060 (10)

On observe une homogénéisation de la population dans les différentes tranches d'âge devant une espérance de vie augmentée depuis les naissances du baby-boom. Les personnes âgées, qui représentaient 10,2 % en 1960, 11,2 % en 1990, constituent 20,3 % de la population en 2019. En 2040, 26,1 % de la population aura plus de 65 ans et 32,1 % en 2060 (8)(9)(11).

L'espérance de vie à 60 ans en France en 2008 était de 22 ans pour les hommes et de 27 ans pour les femmes (9).

Les enfants nés en 2000 ont une espérance de vie > 90 ans, soit une période de vie "âgée" > 25 ans. Il importe donc de rendre cette période, même si elle est considérée comme la dernière, digne d'être vécue.

En France, les plus jeunes du « grand âge » sont nés en 1940 et les vieux forcément bien avant. Ils ont vécu dans un monde totalement différent du monde actuel en ayant vu disparaître la société rurale traditionnelle remplacée par la société urbaine et industrielle. Ils ont vieilli avec un sens de la vie ressemblant à ceux de leurs parents et même de leurs grands-parents. « Il est fréquent que des gens de 85 ans parlent de "devoir conjugal" à propos de l'acte sexuel et même, quand certaines femmes se sentent en confiance, de "corvée conjugale". » (13).

Les façons d'aborder la sexualité et ses pratiques pour une population sont liées à l'influence culturelle et morale d'un moment et d'un lieu donné, comme abordé lors d'une conférence de l'OMS en 1993 : « l'existence de tabous [...] et la culpabilité et le secret qui en découlent et qui sont imposés par une société et sa culture sur les sujets sexuels, constituent des obstacles importants à l'éducation sexuelle. L'attitude qui considère que le sexe est un péché sauf si c'est le moyen de procréation constitue une barrière supplémentaire à l'éducation sexuelle » (12).

Mais comme vu précédemment avec l'officialisation par l'OMS en 1975 du concept de santé sexuelle, la santé s'est ouverte à des domaines habituellement régulés par la morale. Et « le concept de santé dérive alors vers celui de bien-être » (6).

« La santé devient une valeur morale et sociale suffisamment forte et significative pour que l'on puisse s'en revendiquer contre l'influence des religions et des traditions considérées comme néfastes » (12).

Malgré une ouverture sociétale progressive, la sexualité des personnes âgées est longtemps restée un tabou. « Souvent, les personnes âgées intègrent elle-même ce déni de leur sexualité, s'identifiant à l'image qu'on leur renvoie d'elles-mêmes et se soumettant à la pression sociale. C'est là que réside la violence. » (1).

Par exemple, dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, on laisse la porte des chambres ouverte ou bien on entre sans frapper. On ne permet pas d'avoir une intimité.

Or il est difficile de vivre une sexualité socialement niée ou refusée. La pression sociale aboutit alors à une autocensure puisque la dignité semble interdire.

De cette vision sociétale (et son évolution) naît quelques questionnements quant à la place dans les consultations de médecine générale de la sexualité des personnes âgées.

En France, le baromètre santé 2016 relevait que 63 % des femmes en couple entre 70 et 75 ans avaient eu au moins un rapport sexuel durant les 12 derniers mois (73 % pour les hommes). Le nombre diminue à 14,9 % pour les femmes non en couple (vs 56 % pour les hommes). (16).

Dans une étude réalisée aux Etats-Unis en 2007 avec presque 1000 personnes de plus de 75 ans (17), 38 % des hommes et 17 % des femmes avaient eu une relation sexuelle dans l'année, et plus d'un sondé sur 2 parmi eux avaient une relation tous les 15 jours. Dans une autre (18), les hommes de 65 à 74 ans entretenaient en moyenne 2,7 relations sexuelles par mois (1,8 pour les femmes) et dans la population de plus de 80 ans, 32 % des hommes déclaraient avoir une relation mensuelle (19 % pour les femmes).

25 % des sondés et 50 % des sondées émettaient un manque d'intérêt pour le sexe. (17).

Concernant les limitations physiques : 60 % des hommes et 25 % des femmes l'évoquaient de façon globale. 43 % des hommes se plaignaient de difficultés pour maintenir une érection. Le même pourcentage de femmes avait des problèmes de lubrification. 33 % des hommes (et 38 % des femmes) présentaient une incapacité à atteindre l'orgasme.

L'activité sexuelle persiste, n'est pas si marginale. Tout comme le souhait de pouvoir aborder le sujet avec leur médecin généraliste. 68 % des patients ont déclaré n'avoir jamais discuté de sexualité avec leur médecin (21) alors qu'ils étaient 98 % à l'envisager si le médecin généraliste prenait les devants en lançant le sujet. Dans une autre étude : 32 % des femmes et 86 % des hommes âgés en moyenne de 81±6 ans auraient souhaité que le sujet soit lancé par leur médecin (19). 49 % des hommes et 39 % des femmes sont à la recherche d'une aide pour leurs problèmes d'ordre sexuel mais seulement 6 % l'avait abordé (23).

7 % des femmes et 32 % des hommes rapportaient que leur médecin avait posé une question sur ce sujet l'année précédente (19), ou 10 % dans une autre série (28).

70 % des patients perçoivent le médecin généraliste comme la personne appropriée pour discuter de sexualité (24).

Lorsqu'abordé, les patients étaient satisfaits dans l'ensemble. 94 % trouvèrent la discussion utile (21) mais 92 % soulignaient tout de même l'importance d'avoir déjà rencontré le médecin. 40% trouvèrent le médecin désintéressé et 60% que le sujet avait été rapporté de façon non exhaustive.

Amorcer le sujet en tant que médecin généraliste permet aux personnes de s'ouvrir, homme ou femme. « Mon médecin traitant est ouvert même aux discussions concernant ma sexualité » (31). Les difficultés que je peux rencontrer peuvent trouver une réponse ? Tout du moins être discutées.

Pourquoi ce sujet est rarement abordé ?

Du côté patient : embarras personnel (30 % (21), faible connaissance à ce sujet, peur de faire perdre du temps au médecin et pour certains, que ce n'est pas un problème pour le docteur (30 % (24)).

Côté médecins : craintes de modifier un schéma de consultation établi, de « blesser » la relation avec leur patient qui le sont souvent depuis quelques années (20) ou d'embarrasser le patient (25). Ils évoquent également le manque de temps, la surcharge de travail ou d'outils communicatif (21). La sexualité est également perçue comme moins importante que d'autres problèmes médicaux souvent au premier plan des priorités de cette population plus comorbide. Ils reconnaissent son importance mais noyé parmi le reste : dépistage, traitement chronique, problèmes aigus (20).

70 % des docteurs exprimaient ressentir d'insuffisantes connaissances sur la sexualité des personnes âgées (30).

Pourtant les médecins se déclarent pour 77 % à l'aise pour aborder le sujet (27). Mais 56 % estiment que c'est au patient d'aborder le sujet.

Des médecins généralistes avançaient que l'image sociétale de "la personne âgée asexuelle" déterminait la décision qu'ils n'allaien pas aborder le sujet de la sexualité avec cette catégorie d'âge. (25).

Mais nous venons de montrer que la discussion, attendue très souvent, aurait été entretenue si le médecin l'avait engagé. Quand doit-elle alors avoir lieu ?

L'importance de mettre à jour le sujet ferait prendre conscience au patient qu'il n'y a pas de sujet tabou et que tout questionnement est discutable. Le médecin pourrait sonder s'il y a des questions particulières et conseiller au besoin.

Face à la modification démographique, soit une projection que les personnes âgées de plus de 65 ans représenteront plus d'un quart de la population dans les années à venir et l'évolution de leurs attentes, sonder les médecins généralistes sur la place qu'occupe la sexualité dans leurs consultations semblait intéressant.

Cette étude va permettre d'explorer les expériences et vécus des discussions de la sexualité avec leurs patients âgés pour en extraire les conditions et les moyens de son abord.

Faut-il aborder le sujet spontanément ?

Quel est le moment opportun pour discuter de sexualité avec nos patients âgés ?

MÉTHODE

1. Choix de la méthode

Avec une méthode qualitative, nous avons interrogé les médecins généralistes afin d'explorer leurs expériences, ressentis et vécus de la discussion de la sexualité avec leurs patients âgés.

Cette méthode permet via les réponses discours de comprendre les causes, les conditions et les moyens de son abord.

Le format de l'entretien semi-dirigé offre la liberté d'expression aux médecins, tout en gardant la ligne directrice élaborée avec le guide d'entretien, permettant ainsi une reproductibilité et des points de comparaison.

2. Le guide d'entretien

Les entretiens débutent sans question précise mais avec une proposition de narration d'une situation rencontrée autour de la sexualité avec un patient âgé, offrant une liberté d'expression qui met à l'aise pour ce sujet intime.

Puis nous souhaitions connaître le point de vue des médecins sur la spontanéité de ces questionnements, l'influence du genre (côté patient mais aussi côté médecin) ou les situations permettant leur abord. Ces thèmes pouvant être abordés dans n'importe quel ordre selon le déroulement de l'entretien.

Pour clôturer l'échange, nous souhaitions sonder s'il voyait finalement un intérêt à aborder ce sujet et les freins qu'ils pouvaient concevoir.

Ce guide est disponible en annexe 1.

3. La sélection des participants

J'ai interrogé onze médecins généralistes installés en cabinet de médecine générale en Mayenne et en Sarthe. J'ai tenté de trouver différents médecins généralistes selon leur âge, leur sexe et leur zone d'exercice afin d'aboutir à la plus grande diversité de profils pour une plus grande variabilité d'opinions.

J'ai pris contact avec les médecins que nous souhaitions interroger par téléphone directement ou via leur secrétariat qui transmettait ma demande.

Une fois la rencontre acceptée, nous fixions un jour et une heure de rencontre. Le lieu a toujours été leur cabinet de médecine générale. Ces rencontres ont eu lieu entre octobre 2020 et septembre 2022.

Table I - Caractéristiques des médecins interrogés

Médecin	âge	sexé	Année d'installation	Lieu d'exercice	Mode d'exercice
M1	47	F	2007	Rural	Groupe
M2	40	M	2014	Rural	Groupe
M3	66	F	1988	Rural	Seule
M4	34	M	2019	Urbain	Groupe
M5	58	M	1998	Urbain	Groupe
M6	60	M	1997	Rural	Seul
M7	63	F	1995	Urbain	Groupe
M8	64	M	1989	Urbain	Groupe
M9	40	F	2012	Urbain	Groupe
M10	60	F	2015	Rural	Seule
M11	55	F	2002	Urbain	Groupe

4. Méthode de recueil des données

Les conditions du recueil

J'ai réalisé tous les entretiens et il n'y a jamais eu de tiers présent. Les entretiens se faisaient en face à face, le médecin à sa place habituelle derrière son bureau et je me trouvais à la place « du patient ».

Avant chaque entretien, je rappelais au médecin interviewé la confidentialité et l'anonymat de notre étude.

Ces entretiens ont été enregistré avec l'application dictaphone d'un Iphone 6S placé entre le médecin et le chercheur. Ces entretiens ont duré en moyenne 42 minutes, de 18 à 64 minutes.

La retranscription des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot, intégralement et littéralement pour constituer le verbatim, base de données pour la suite de l'étude. La retranscription était effectuée au plus vite après l'entretien afin de pouvoir y adjoindre les éléments d'intonations et de communication non verbaux.

Les onomatopées du discours des médecins : les « hmm », « quoi », « euh » indiquant le rythme de la pensée et sa spontanéité ont été conservé.

Un exemple de retranscription d'un entretien figure en annexe 2.

La saturation des données

Le nombre d'entretien n'est pas fixé mais dépend du point de saturation. Il correspond au moment où les entretiens successifs n'apprennent plus rien de nouveau quant à la problématique de la recherche. Sa définition a bien sûr un caractère subjectif.

Il faut donc pour atteindre la saturation des données, avoir l'impression d'avoir déjà entendu une diversité d'expériences, d'opinions et de point de vue, et que les thématiques ne seraient plus enrichies par des entretiens supplémentaires.

Analyse

Une fois retranscrit, j'ai réalisé une analyse thématique de ces verbatims afin d'en extraire les unités de sens qui correspondent à des répétitions d'idées au fil des entretiens. On observe alors une récurrence de ces unités de sens à l'intérieur de chaque entretien mais également entre les entretiens. Je les ai ensuite classées par thème pour faire ressortir des axes de réponses.

Cette analyse a permis de créer la trame des résultats.

Elle est disponible en annexe 3.

RESULTATS

Au travers de ces 11 "réponses discours" (33), il ressort que la sexualité est un sujet peu discuté avec les patients âgés. Nous allons voir quels sont tout de même les moments et moyens utilisés pour l'aborder. Et il existe une diversité de réponses rapportée par les médecins interrogés.

1. La sexualité est globalement peu abordée

1.1. Autocensure

« *parle pas* » (M1, M9), « *aborde pas* » (M6, M7, M8, M9), « *rarement* » (M9), « *pas spontanément* » (M1, M4), « *évoque pas* » (M4), « *j'apporte pas le sujet comme ça* » (M8), « *ça ne vient pas souvent sur le tapis* » (M2) représentent ce qui est ressorti majoritairement : la sexualité n'est pas un sujet fréquemment abordé avec les personnes âgées.

Certains ne sont pas « *à l'aise* » (M9), craignent d'être « *intrusif* » (M8), « *invasive* » (M7) à l'idée de parler de ce sujet « *intime* » (M7), « *intimiste* » (M8), « *tabou* » (M1, M6).

Ils ne savent « *pas trop ce qu'ils attendent [...] quel conseil leur apporter* » (M9), considérant la sexualité comme « *médicalement morte* » (M7).

« *Je ne l'aborde pas parce que je me dis qu'ils n'ont sûrement pas de rapport. [...] en fait un de mes freins c'est de penser qu'il n'y a pas de rapport.* » (M2).

« *Il ne m'en parle pas trop. "oui on a vu ça avec l'urologue, il m'a renouvelé".* » (M9).

Plusieurs médecins ont précisé que l'urologue représente l'appui fréquent voire exclusif du dialogue des troubles érectiles, éludant la discussion de leur consultation. « *la discussion est stoppée puisque c'est l'urologue qui prend en charge ces soucis-là [...] "je vais en discuter avec lui"* » (M2).

1.2. Quels sont les freins à cette discussion qui ont été relevés ?

1.2.1. Frein relationnel

Un médecin craint « *qu'ils veulent pas m'en parler parce qu'ils me connaissent trop. Parce que je connais leur femme, leurs gamins. Et ça peut être un frein à une consultation plus intimiste* » (M8). Ce sentiment pourrait entraîner un frein anticipatoire : « *Est-ce qu'ils accepteraient la question ? Est-ce qu'ils se disent : "Elle rentre trop dans mon intimité et ça ne la regarde pas"* » (M1), « *est-ce que les patients vont trouver ça bizarre ?* » (M2).

1.2.2. Le temps comme facteur limitant

Un médecin n'a « *pas envie que la consultation dure des plombes* » (M6). « *Ce n'est pas ma priorité dans les soins que j'apporte aux gens. Il y a beaucoup de chose à voir et ce sujet n'est pas dans mes priorités.* » (M4).

Il y a la demande de « *fin de consultation, lorsqu'ils sont rhabillés* » (M9), « *après que la carte vitale soit passée. "Ah en fait c'est difficile en ce moment, est-ce que vous pourriez me prescrire un truc ?"* » (M4) comme marqueur d'activité sexuelle, sans réelle discussion. « *"oui j'en reprendrai bien". ça veut dire qu'ils ont encore des rapports et que ça les satisfait ainsi.* » (M7).

Aborder ce sujet peut se révéler complexe. En effet, « *sur un quart d'heure de consultation c'est un peu court* » (M1) et l'on ne pourra « *pas résoudre leur problème de couple de plusieurs dizaines d'années en l'espace d'une consultation* » (M5).

1.2.3. Position du médecin dans les difficultés du couple

On constate que l'abord avec un couple est rare : « *il me paraît plus facile d'aborder le sujet quand la personne est seule au cabinet que lorsqu'ils sont en couple. Alors c'est bizarre*

parce que je ne m'en étais par vraiment rendu compte mais là en réfléchissant je me dis : ouais je pense que j'ai moins de problèmes pour parler de sexualité avec une personne quand elle est seule que lorsqu'elle est en couple. Étonnant ! » (M11), « pas en couple, jamais. D'habitude ils parlent seuls. S'il y a quelqu'un qui a besoin de ça, il va venir seul. » (M10), « Je me verrai pas du tout aborder ça en couple. » (M9) « Je ne pense pas que les patients aient envie d'aborder les difficultés lorsque l'autre personne est à côté » (M4). Il peut y « avoir un décalage qui apparaît parce qu'une maladie a transformé complètement le compagnon » (M9). Parfois, « ça peut m'arriver que l'un ou l'autre rapporte des difficultés et qu'ils souhaitent une consultation à trois » (M3).

Plusieurs médecins exprimant « que l'image que je me fais de leur couple n'est peut-être pas celle qui est. Je pense qu'il faut être vigilant à ne pas mettre les deux pieds dans le plat. » (M9), la « peur de les mettre mal à l'aise. C'est pas facile d'en parler lorsqu'on est pas sûr que le couple n'aile bien. Parce que là on prend un revers rapide et direct. » (M5). « Il y a une telle difficulté à évaluer une vie sexuelle épanouie. On ne l'évalue pas au travers des infos sur la vie sexuelle mais on l'évalue plutôt sur la facilité qu'ils ont à vivre ensemble » (M3).

Alors, aborder la sexualité revient à questionner le couple, son fonctionnement voire sa raison d'exister : « On ne peut pas aider un couple de manière radicale lorsque ça fait des dizaines d'années qu'ils ne s'entendent pas et qu'ils restent ensemble parce que voilà... On reste ensemble parce que c'est pas si mal d'être à deux pour finir sa vie. Et que ça c'est ce que je ressens. Il y a des couples qui fonctionnent comme ça. Alors comment on pourrait les aider alors que ça fait des dizaines d'années que ça fonctionne pas bien » (M5).

Un autre médecin corrobore l'importance de respecter leur choix conjugal : « Les gens, lorsque ça fait 40 ou 50 ans qui sont ensemble, quasiment tous ils veulent aller au bout. Main dans la main, ils sont déjà contents d'être à deux » (M9).

Même si « *des fois ça peut être aussi le temps que le couple se sépare car il y a toujours une solution pour peu que les gens veuillent rester ensemble.* » (M3).

Ce sujet est donc difficile car « *lié à tout ce qu'ils ont vécu avant dans leur vie sexuelle. Elle est épanouie si elle l'a été avant. Donc s'ils n'ont pas une vie sexuelle épanouie à 30, 40 ou 50 ans il n'y a pas de raison qu'elle le soit à 75. En général elle est arrêtée d'ailleurs. Nous notre place c'est juste d'être témoin de ça, limite de prendre en charge les patients plus tôt pour que la sexualité soit bien vécue plus tard. [...] Si à un moment donné un couple a eu une bonne vie sexuelle il n'y a pas de raisons qu'il ne la retrouve pas* ». (M3).

Ainsi la crainte est résumée : « *Comment peut-on faire dans une consultation de médecine générale même si on a l'impression qu'on devrait leur poser la question pour les aider, régler un problème de plusieurs dizaines d'années ?* » (M5). En effet, « *l'amour ne se résume pas à traiter les troubles érectiles et la sécheresse de madame* » (M5).

2. Comment la sexualité est-elle abordée ?

2.1. Par le biais du symptôme

« *Chez la femme c'est souvent dans le cadre de la ménopause ou qu'elles se plaignent de sécheresse vaginale ou via le biais des infections urinaires.* » (M7). Cette citation résume les circonstances les plus fréquentes pour aborder le sujet de la sexualité avec les femmes. D'autres médecins précisaienr : « *En parlant des infections urinaires, je lui ai demandé si elle avait des rapports sexuels.* » (M2), « *pour le peu que ça récidive la question la sexualité va arriver* » (M3), « *je vais donner les règles d'hygiène d'aller uriner après un rapport mais souvent ça ne rebondit pas* » (M4).

Il y a les « *frottis qui permettaient au moment de l'examen gynécologique de savoir comment se passait la sexualité dans le couple.* » (M3). Un autre médecin évoquant que cet accès se limite à un dernier frottis à 65 ans. « *c'est souvent quand elles sont plus jeunes que je l'aborde : souvent au cours des frottis. Donc c'est beaucoup plus jeune, ça rentre pas trop dans ton cadre mais lorsque le spéculum a des difficultés à rentrer à cause d'une sécheresse vaginale là j'aborde la question des rapports.* » (M1).

L'abord via le biais de la sécheresse vaginale a également été étayé par les médecins 3, 4, 5 et 8, l'associant lors des discussions autour de la ménopause : « *quand je parle sexualité, je parle sécheresse vaginale lorsqu'il y a ménopause* » (M8).

Un médecin précise que « *mes patientes ont un certain âge. Ce qui est plus important encore que le frottis, c'est est-ce qu'elles ont des fuites urinaires* » (M9). De cette incontinence pourra débuter un questionnement autour de la sexualité.

Chez l'homme, le sujet sera abordé en cas de troubles mictionnels rentrant dans le cadre plus large des pathologies prostatiques : « *Dès qu'il y a un problème de prostate souvent si je demande s'il y a des dysuries ma question elle est facile : "est-ce qu'il y a des troubles de l'érection derrière ?"* » (M8). Même si parfois : « *La prostate je m'en occupe moins car l'uro s'en occupe aussi donc c'est très bien (rires)* » (M3).

« *Il faut trouver le bon moment dans la consultation pour l'aborder. Mais généralement... J'ai jamais eu de patient ou de patiente qui est fermé la porte en disant je parlerai pas de ça. Il y a toujours une réponse. Qui peut être : il n'y a pas de soucis. Après on reste sur : est-ce qu'il y a des problèmes ou pas de problèmes ? On va pas aller détailler la façon de comment c'est fait. Donc on reste euh... Juste sur la connaissance ou pas d'un souci. Et s'il y a un souci ba là on essaie de le résoudre. Au début, c'est la recherche d'une possibilité*

de problème » (M11). Ce médecin résume que l'utilisation de ces portes d'entrée permet de dépister s'il existe ou non un problème. La question est abordée de façon très pragmatique : « *Est-ce qu'il y a des soucis lors des rapports sexuels ?* » (M11).

Il est entendu que « *dès que l'on pose la question on a des réponses.* » (M4).

Sur un versant plus pragmatique, un médecin se demande comment « *noter dans le dossier médical car je serai plus embêté de reposer une question pour lequel j'avais déjà posé la question : là j'aurai peur de le mettre mal à l'aise.* » (M2) Un autre précisant que ce n'est « *pas quelque chose que je marque dans les dossiers. C'est plus de l'ordre de l'informatif, de l'intime, c'est pas quelque chose que je vais noter.* » (M3).

2.2. Le sujet est spontanément apporté par le patient

« *Je suis des couples qui ne viennent pas forcément ensemble et ça arrive que l'épouse disent "bah du coup ça marche plus comme avant pour mon mari est-ce que vous pourrez lui poser la question ?".* » (M2) On rejoint le constat décrit plus tôt. La sexualité n'est pas abordée directement en couple mais par l'un des partenaires avant une potentielle discussion à 3. Le médecin poursuit : « *Et c'est rigolo de voir que j'ai pu aborder la sexualité du couple et des soucis que ressentait monsieur avec lui tout seul avec le couple et avec l'épouse toute seule.* Et elle m'a dit : "vous savez docteur il en souffre plus que ce qu'il veut bien vous dire, du fait de ne pas réussir à être aussi performant que ce que lui a en tête ». (M2).

Parfois l'information sera amenée sans préavis : « *On sait par le détour d'une conversation qu'il y a toujours des rapports. On sait aussi par la discussion que "ba non docteur, ça fait bien longtemps que c'est fini ça"* » (M9).

« *Quand quelqu'un a un masque pour l'apnée du sommeil. Il est fatigué mais est-ce qu'il ronfle ? "oh vous savez on fait chambre à part ; vous savez à notre âge il n'y a plus rien qui se*

*passe". Voilà des gens qui donnent des informations mais ils posent pas la question particulièrement d'en discuter un petit peu plus. » (M1). La découverte de la séparation des chambres restant bien souvent un mystère : « *On sait pas depuis quand ni comment ça s'est installé ?* » (M9).*

Même si parfois, ils précisent sobrement : « "mais on arrive à se retrouver quand même". *Donc voilà. Sans plus, on en dit pas plus* » (M1). Ce médecin se questionne sur l'intérêt d'accrocher la perche tendue pour explorer s'il y a un souci ou comme « "*prenez ça comptant docteur, on a une vie sexuelle qui est épanouie*" ».

2.3. Lors d'une nouvelle union

Des histoires d'hommes et de femmes ont été rapportées alors qu'ils débutaient une nouvelle relation après un veuvage. Ces nouvelles unions entraînaient des questionnements quant à leur potentielles limites : « *Des femmes qui avaient perdu leur mari quelques temps avant et qui se posaient la question parce qu'elles allaient avoir des rapports. Soit ça n'avait pas été très agréable soit "est-ce que c'est possible ?".* » (M9).

« *Elle avait beaucoup d'interrogations puisqu'elle n'avait pas eu de sexualité depuis longtemps, son mari ayant été malade. [...] Elle était inquiète elle avait déjà eu un premier rapport sexuel "est-ce que je ne vais pas souffrir". [...] Les demandes tournaient autour d'elle et de son corps et si elle allait pouvoir répondre à ses demandes à lui. Une des premières choses que je lui ai répondu c'est qu'il fallait qu'elle ait les rapports si elle en avait vraiment envie, [...] pour se faire plaisir et pas pour souffrir on a beau vouloir donner du plaisir à son compagnon.* » (M2).

Parfois les attentes du médecin sont contrecarrées : « *Et ça me frappe toujours parce que dans ma tête je me dis "ça fait 6 mois qu'elle est décédée madame machin" Tu vois ça fait toujours... J'ai toujours un jugement de valeur :"il est allé vite cette fois-ci pour se*

retrouver quelqu'un". Mais bon... [...] Le monsieur qui a perdu sa femme qui est décédée d'un cancer. C'était une belle femme ils étaient très proches. Je m'attendais au veuf incroyable. Mais non il m'annonce quelques mois après qu'il a sa copine. Là ce monsieur m'a demandé quelque chose pour être d'attaque pour sa copine. » (M7).

2.4. Questionnée comme un dépistage ?

Certains vont aller le questionner rapidement dans le suivi des patients diabétiques, au moins une fois.

D'autres se questionnent sur l'intérêt, la possibilité d'appréhender la sexualité comme une question de dépistage « *On parle bien du tabac, de l'alcool, des addictions et tout c'est rentrer dans l'intimité. Est-ce qu'il ne faudra pas ensuite demander... Je sais pas* » (M1). « *Est-ce que vous buvez de l'alcool ? oui c'est important de le faire mais est-ce que vous avez une vie sexuelle normale c'est encore compliqué. Chez le jeune on le fait mais je trouve que chez la personne âgée c'est plus difficile. Mais peut-être que l'on devrait. Je ne sais pas.* » (M3).

Le médecin 4 interpelle même sur l'intérêt d'en discuter : « *Après en termes de santé publique à grande échelle, est-ce ça apporterait un vrai plus en terme de santé globale je ne sais pas je ne suis pas sûr ? Est-ce que ça fait partie des choses à rechercher systématiquement je ne sais pas* » (M4).

Un autre tempère en recentrant ce sujet dans l'approche globale du patient : « *je pense que la réponse est assez simple, qu'il faut l'aborder comme n'importe quel questionnement sur la santé justifie d'être abordé* » (M2). En effet, « *c'est comme chez les plus jeunes pour les violences sexuelles : si on ne pose pas la question on a jamais rien. Il y a sûrement des moments clés. Lorsqu'il y a des changements, des maladies qui jouent sur l'image ou sur la sexualité.* » (M9).

3. Quels sont les facteurs influençant la discussion qui ont été retrouvés

3.1. Les conséquences du genre sur l'abord

Globalement, les femmes semblent avoir plus de facilité pour discuter de sexualité : « *Les femmes en relation elles en parlent très facilement. Par contre je leur demande elles ne l'abordent pas sinon* » (M3). « *Je pense que les femmes sont certainement, même si elles n'osent pas le faire, si on leur posait la question, en étant seule, peut-être qu'elles accepteraient d'en parler plus facilement en disant : "si ça pouvait être différent ça serait bien".* » (M5).

Les femmes médecins interrogées ressentent plus de facilité à l'aborder avec les femmes : « *Alors je suis une femme donc je parle plus facilement de sexualité avec mes patientes femmes, un peu moins avec mes patients homme* » (M3). Et parfois elles ne sont « *pas très à l'aise avec cette question des troubles érectiles.* » (M9).

A l'inverse les hommes médecins expriment ne « *pas trop aborder la sexualité chez les femmes* » (M8). Mais également que « *les hommes ont un peu plus de réticence que les femmes.* » (M2).

« *Les hommes ont de la pudeur ils osent pas en parler parce que.. ba comme ça fonctionne moins bien je pense qu'ils n'osent pas en parler, même si je suis un homme. Je pense que c'est douloureux pour les hommes. Ils se sentent peut-être diminués.* » (M5).

Une femme médecin évoque ne pas ressentir de difficultés à discuter de sexualité avec ses patients, quel que soit leur sexe. Mais « *Par contre je sais qu'il m'est arrivé à quelques reprises des patients d'un certain âge de [mon associé homme] qui sont venus m'en parler, des hommes, en disant : "je peux pas lui parler de ça, parce que c'est un homme"* Avec ce sentiment qu'ils vont être jugés. J'ai l'impression que dans certains troubles de l'érection et

autres de l'homme un peu plus âgé, il peut avoir du mal à en parler à un médecin homme. » (M11).

3.2. Évolution générationnelle

Plusieurs médecins ont évoqué l'évolution sociétale qui a amené une nette distinction générationnelle, dans leurs représentations mais aussi dans leurs attentes.

« Je pense qu'il y a aussi une génération qui l'aborde moins bien que d'autres. Les générations des gens qui ont plus de 65 ans, c'est une génération qui est née avec cette parenthèse, cette intimité. On en parlait pas. Y'avait pas de bouquin. Ils ont appris la sexualité sur le tas, façon de parler. Ils l'ont abordé de cette façon-là, c'était discret. C'est encore cette génération-là. Je pense que la génération qui pousse avec le viagra, elle est plus libre. Il y a de la publicité dans les journaux : les plantes machin. ça déballe » (M8).

« Dans ce cadre des plus de 75 ans, c'est une génération où ils ne parlaient pas de sexualité entre eux, encore moins avec leurs enfants et que leurs enfants ont découvert la sexualité par eux même comme les filles leurs règles. Donc je pense qu'il y a un effet de génération. Peut-être que dans les années à venir avec l'augmentation du vieillissement de la population et l'évolution de la société il y aura des choses à aborder pour satisfaire la vie sexuelle des gens après 75 ans » (M1).

« La génération d'en dessous sera beaucoup plus demandeuse qu'il y ait de la réciprocité, des choses qui se passent, qu'il y ait de l'attention l'un envers l'autre. Je le vois bien, déjà dans la manière de consommer le médical ou de tolérer les douleurs liées à l'âge. On a des questionnements chez la génération des 65 ans que l'on n'a pas eu pour la génération du dessus. Ils acceptent moins le vieillissement. Donc ils sont plus demandeurs... Chaque problème a sa solution. Si à un moment donné au problème tu dis : "c'est les années qui font

ça. Vous allez faire autrement mais vous allez continuer à faire". On n'a pas la même acceptation qu'avant » (M9).

Et puis il y a cette « impression que ça change aussi ! A la maison de retraite, j'ai un couple qui s'est formé ! Et il y a un grand lit qui a été mis dans la chambre. Sur un couple qui n'était pas un couple avant de rentrer en maison de retraite. Alors qu'il y a quelques années, j'avais un couple officiel qui sont rentrés en maison de retraite et où j'arrivais pas à les mettre dans la même chambre » (M11).

3.3. Milieu de vie

Quelques médecins ont évoqué « avoir des réponses différentes en fonction des gens si on est plus dans un milieu rural ou urbain qui auront peut-être une ouverture d'esprit plus importante. Ce n'est pas politiquement correct de dire ça mais je pense qu'il y a moins d'ouverture d'esprit chez certain en milieu rural et donc ils ne se posent pas de question, enfin moins en rural qu'en urbain. Les gens ne viennent pas pour la même chose non plus. Là ils attendent plus. » (M1).

En effet, ces patients semblent moins dans des questionnements préventifs : « Dans les patients ruraux très âgés moi mon impression c'est que ça se discute pas. Ils sont pas à l'écoute de leur corps : "ça va ça va, ça va pas ça va pas" Psychologue tout ça machin pff. Il y a aussi une connotation comme ça. Ça c'est mon sentiment. » (M9).

« La ruralité c'était "la femme marche un peu à l'ombre de l'homme". Alors l'homme pour avouer que ça marche plus il a une fierté un peu excessive. » (M6).

DISCUSSION

1. La sexualité des personnes âgées dans la société

1.1. Regards portés sur la sexualité des aînés

Certains médecins parlent peu voire jamais de sexualité avec leurs patients âgés, annihilant la potentielle importance de sa discussion. Est-ce parce que la personne âgée vit avec ce que Michel Foucault appelait dans l'histoire de la sexualité "un sexe voué à la prohibition, à l'inexistence et au mutisme" ?

A la fin du XIX^{ème} siècle, Dr Krafft-Ebing, psychiatre, avait réalisé une nosographie des différentes « pratiques sexuelles non reproductives et des modes de satisfactions érotiques » (4) (considérées alors comme des perversions), opposé au « véritable amour sexuel » pouvant conduire à la procréation. La sexualité des personnes âgées est alors considérée comme une pathologie : la "paradoxe" (étymologiquement "opposé au sens commun" en grec). Cette sexualité n'avait donc aucune raison d'exister et était considérée comme déviante.

Aujourd'hui, c'est la société du spectacle, de l'image, qui va véhiculer une sexualité de la performance stéréotypée, induite par le porno, la publicité, le cinéma, les séries. On sexualise les gens jeunes, beaux et en bonne santé. Un jeune de 18-35 ans sur deux considère que les relations amoureuses et charnelles entre personnes âgées sont un tabou qui choque dans notre société (45).

Sébastien Landry, psycho-sexologue, explique que l'image du corps va se construire à travers des représentations sociales qui le valorisent ou le déconsidèrent (37). Elle va intervenir dans ses relations avec autrui en se donnant notamment par l'intermédiaire du langage. Ces représentations se mêlent au vécu du corps, contaminant la conscience de soi que peut avoir la personne concernée.

Face à cette injonction de jeunesse, certaines personnes vont développer une gérontophobie. Cette peur excessive de vieillir va faire rechercher des méthodes et des thérapies anti-âge à fin de modifier, retarder l'évolution physiologique. Elles peuvent refuser les droits destinés aux séniors (avantages transports, attentes), ne s'en considérant pas, pouvant même éviter les amitiés avec des personnes du même groupe d'âge et croient que seules les autres vieillissent.

C'est la non-représentation sociétale d'une dimension désirante, érotique et sexuelle qui confine les personnes âgées dans une autocensure où la première difficulté est d'enfreindre une norme (37). L'acte sexuel ne doit donc pas être évalué via le prisme de notre société de performance. D'ailleurs, 29% des hommes et 10% des femmes se sont déclarés anxieux à l'idée de ne plus être performant (17). L'acte sexuel doit être envisagé avec comme unique but un partage de plaisir.

Le risque est de créer une barrière constituée par sa propre confrontation à soi, à la vision sexuée de soi et à l'évolution de son corps, changé par les années. Gérard Ribes, psychiatre, directeur de l'enseignement de sexologie à l'université de Lyon explique que rentrer dans une dimension de l'intime pourra alors être vécu comme une prise de risque (36). Il faut alors prendre le risque de se confronter à l'autre, à son regard, même si c'est un conjoint présent depuis des décennies. La clé réside dans la confiance en soi face à aux modifications de ce corps et la communication avec le/la partenaire pour faire face à ces changements. Car parler de sexualité revient à envisager une continuité dans l'estime de soi et cette estime ne se conçoit que si l'on est resté inséré et si l'on est convaincu d'être utile et intéressant pour soi, les autres et la société. L'altération de l'image corporelle et la sensation de ne plus être désirable sont un important facteur de limitation de la sexualité.

C'est donc au sein d'un ensemble harmonieux que s'inscrit une sexualité épanouie à l'âge du vieillissement (41). Et elle est comprise dans l'ensemble du système social, économique et culturel.

1.2. Évolutions sociétales en 70 ans

1.2.1. Discussion plus fréquente

La sexualité des personnes âgées sort progressivement depuis une quinzaine d'année de son silence. Son existence et son importance sont de plus en plus ébruitées, notamment via les médias. Dernièrement il y a eu une émission en prime time : "les temps changent" diffusée le 04 octobre 2022 sur France 2 et qui a abordé l'évolution de la vision du couple depuis les années 1950.

Une autre sortie retentissante, relayée par les médias, a suivi un rapport de septembre 2022 de l'association des Petits Frères des Pauvres sur la vie intime des personnes âgées. Créée en 1946, cette organisation œuvre contre l'isolement et la précarité des aînés. Il ressort de cette étude réalisée par un questionnaire envoyé auprès de 1500 personnes de plus de 60 ans que 84% des personnes âgées de 60 ans et plus sont plutôt à l'aise avec le sujet de la sexualité et de la vie intime (43).

Janine Mossuz-Lavau, sociologue française, a réalisé des entretiens pour discuter de sexualité avec un éventail le plus représentatif de la diversité des situations conjugales des français et françaises. Tout d'abord en 2002, elle réitère en 2017 et nous éclaire de ce constat (38) : "L'enquête s'est déroulée plus aisément qu'il y a dix-sept ans et dans des conditions agréables. J'ai constaté plus d'ouvertures à tous les niveaux. Pour recruter des personnes à interroger, tout d'abord. [...] Autour de l'an 2000, j'avais eu du mal à trouver des bisexuels prêts à me relater tout et le reste, nécessitant de passer par une association. Il a suffi cette fois de demander autour de moi pour avoir un échantillonnage représentatif d'ouvriers,

d'employés, d'utilisateurs de sites de rencontre, de bisexuels ou de personnes vivant sous le même toit sans étreintes amoureuses."

Ce sentiment d'évolution a été évoqué par les médecins interrogés. Ils ont mis en avant le mouvement en cours, globalement et notamment dans les institutions type EHPAD avec une plus grande acceptation de l'intimité, mais également une divergence dans les attentes des patients de 65 ans comparées à la génération des plus de 85 ans, les patients de 65 ans acceptant moins le vieillissement.

1.2.2. Bouleversement des repères

La génération des plus de 80 ans a vécu les années bouleversées de la crise, de la montée du fascisme et de la guerre. La sexualité n'était pas abordée dans le cadre familial. Les préjugés passéistes se maintenaient sur la masturbation ou la sexualité avant le mariage. La génération ayant grandi dans les années 60, plus « libérée », avec les moyens de contraception et le droit à l'avortement, fait la distinction entre plaisir et procréation et aura donc certainement des demandes différentes lors de leur vieillissement.

53% des personnes de plus de 60 ans considèrent que leur sexualité reste taboue dans la société française et que le sujet mériterait un meilleur traitement dans la société (43). Mais il existe une différence entre les catégories d'âge. Ce tabou est considéré par 61% des 60-64 ans et par 34% des plus de 85 ans. Peut-être que cette différence peut être expliquée par les nombreuses avancées sociétales qui ont été connues depuis 60 ans : assouplissement des règles de divorce, contraception, interruption volontaire de grossesse, de la répression de l'homosexualité puis leur possibilité de mariage, PACS. Cette vision à long terme peut leur permettre de penser que la sexualité, et donc celle des plus âgées, est beaucoup moins un tabou qu'elle ne le fût au cours des précédentes décennies.

A travers le développement du concept de santé sexuelle lors de la seconde moitié du XX^{ème} siècle et donc de l'évolution normative de sa prise en compte hors d'un cadre procréatif, il est licite d'envisager que la génération actuelle de plus de 75 ans (donc née < 1940) n'est pas eu accès à une éducation sexuelle qui mette en lumière son importance dans le développement personnel global.

Alain Giami développe dans l'histoire de l'éducation sexuelle (44) comment celle-ci a été bouleversé et a connu 3 phases bien distinctes. Dans un premier temps, l'éducation sexuelle condamnait certaines manifestations sexuelles des adolescents car elles dérogeaient au cadre chrétien et constituaient un risque de maladies vénériennes. Puis l'éducation est devenue progressivement plus permissive après les années 75.

Cette évolution touche également les repères démographiques comme l'âge de remariage pour les couples divorcés : 37 ans en moyenne en 1975, 46 en 2009 mais également les personnes veuves : 50 ans en 1975 et 56 en 2009. On retrouve également un recul de l'âge du premier mariage : 23 ans en 1975 versus 31 ans en 2009. Autre statistique dénotant un changement sociétal : depuis 2006, le nombre d'enfant né hors mariage a dépassé celui né dans un mariage (38).

1.2.3. Vers une moindre attribution d'un rôle sociale selon le genre ?

Les médecins interviewés ont donné leur ressenti sur les conséquences du genre de leur patient sur l'abord de la sexualité. Ils dénotent une plus grande aisance pour les femmes à en discuter. D'autres qualifiant les hommes de plus pudiques. Ils constatent globalement une différence dans l'appréhension des questions intimes de la part de leur patients, influencée par leur propre genre.

Malgré ce constat, selon une étude de 2008, 26% des femmes et 49% des hommes pensent qu'on peut avoir des relations sexuelles avec quelqu'un sans l'aimer et 73% des femmes et 58% des hommes estiment que les hommes ont plus de besoins sexuels que les femmes (45). L'homme aurait envie d'avoir plus de partenaires, comparé aux femmes, plus ancrées à la monogamie ? Ce chiffre, qui a déjà 14 ans, semble progressivement être désuet.

C'est Janine Mossuz-Lavau, lors de sa seconde enquête de 2017, qui constate que cette idée commence à être remise en question. Non parce que toute une population s'alignerait sur les pratiques supposées des hommes ou sur celles des femmes mais parce que des hommes se mettent à adopter certains de ces comportements étiquetés "féminins" et inversement.

"Parmi les personnes que j'ai rencontrées figurent à doses quasiment homéopathiques des hommes correspondant à ce portrait d'amateurs de sexe sans amour et des femmes pour qui l'amour seul conduit au sexe. 2 femmes rencontrées sur 36 respecteraient le schéma de la soumission inconditionnelle à l'amour/sentiment pour le passage à l'amour/étreinte. Cette idée longtemps adoubée par notre culture est en perte de vitesse" (38).

Nous sommes rentrés progressivement dans une société individualiste. Il ne faut pas le lire ici comme le chacun pour soi mais comme la possibilité de se détacher des jougs antérieurs et notamment de l'attribution d'un rôle social à chaque sexe en déterminant soi-même sa façon de réaliser sa sexualité avec son sexe social.

Mais il y a un point de tension à ce niveau car la société néolibérale individualiste a sexualisé le spectacle via l'omniprésence d'images (diffusées largement via les réseaux sociaux, médias, internet) (51). Mais l'image, comme discutée précédemment, encense le corps jeune, ferme et plastique.

Un des enjeux est donc de déconsidérer ces "normes" de beauté qui invisibilisent ce qui ne fait pas assez de like ou de partage. Paradoxalement, les femmes peuvent se sentir libérée

par la vieillesse car la pression sociétale est moins forte sur l'apparence d'un corps féminin de 80 ans. (43)

De la mère au foyer à la femme indépendante mais jugée selon de multiples critères (standards de beauté, sportive, réussite professionnelle, succès familiaux), l'évolution de la place des femmes a été importante en 80 ans mais l'équité est encore loin d'être acquise (salaires, répartition des tâches domestiques, pression selon les critères précités). L'indifférenciation sociale du genre n'est donc pas encore acquise.

La modification des normes sociétales avec un axiome plus individualiste entraîne une plus grande aisance pour aborder la sexualité, notamment pour les hommes qui doivent prendre de la distance avec le joug hétérosexiste viriliste.

1.3. Structure actuelle des ménages

Pour se situer, 59% des personnes âgées de 60 ans et plus vivent en couple ; chez les 85 ans et plus, le chiffre tombe à 28% selon le dernier rapport des Petits Frères des Pauvres (43). D'autres statistiques reflètent la vie en couple : 94% déclarent être amoureux de leur conjoint, 65% très amoureux. 71% estiment que le corps vieillissant peut rester désirable et 41% des plus de 80 ans se trouvent séduisants. 27% des interrogés ont un sentiment de routine dans leur quotidien. Ces déclarations relèguent un peu l'idée du couple vieillissant tombant dans l'ennui, l'amitié ou la collocation.

Il ressort également de cette étude que la communication est essentielle : la complicité, les rires et la possibilité de se confier ressortent comme le trio de tête des actions essentielles pour la vie de couple.

Par ailleurs, 19% des plus de 60 ans déclarent rester avec leur conjoint par contrainte (11% car ça ne se fait pas de quitter l'autre, 8% car le conjoint est dépendant).

A l'opposé, 38% vivent seules (44% des femmes et 30% des hommes). Pour les près de 7 millions de personnes âgées qui ne vivent pas en couple, le souhait de rester seul(e) prédomine à 85%. 48% de ces sondés affirme ce choix, 24% estime n'être plus d'âge à la rencontre et 20% souhaite préserver une fidélité à leur ancien compagnon.

2. Conséquences de ces représentations sur l'abord

2.1. Position du médecin généraliste face à la sexualité des personnes âgées

Le vieillissement interroge l'expérience de notre propre corps. Pierre Ancet, professeur en philosophie explique que ce reflet peut révéler en partie les difficultés d'abord de ce sujet : cela soulève des peurs quant à notre vieillissement et donc au caractère fini de notre vie (42). Ce troublant rappel à notre propre mort peut nous déstabiliser au risque de manquer de distance suffisante pour aborder la sexualité.

Plusieurs études se sont penchées sur les freins à cette discussion qui viennent corroborer nos résultats. Il y a la crainte de "blessier" la relation avec leur patient connus depuis plusieurs années (20), d'embarrasser le patient (25).

Le manque de temps associé à une surcharge de travail va entraîner une relégation de ces sujets à un second plan car considérés comme moins importants (21). Dans cette population plus comorbide, la sexualité se retrouve comme "noyée" parmi les dépistages, les traitements chroniques et les problèmes aigus (20).

Comme abordé plus tôt, l'image "asexuée" de la personne âgée peut aussi déterminer l'élusion du sujet (25).

Pourtant, 49 % des hommes et 39 % des femmes sont à la recherche d'une aide pour leurs problèmes d'ordre sexuel mais seulement 6 % l'avait abordé (23) car 32 % des femmes

et 86 % des hommes âgés en moyenne de 81 ans auraient souhaité que le sujet soit lancé par leur médecin (19).

Lorsque le sujet est abordé, nous avons vu que les médecins utilisaient fréquemment les problèmes prostatiques, les infections urinaires, la sécheresse vaginale. Nous avons été formés pour explorer des symptômes en regroupement nosographique. Mais un phénomène physiologique, ouvert à la médicalisation lorsque dysfonctionnel, risque-t-il d'être enfermé dans une approche pathologique ? La liberté d'en discuter pourrait-elle s'en trouver affaiblie ? Cette approche par le pathologique permet-il au médecin de créer une distance avec ce sujet intime ?

Face à un corps qui s'impose par ses douleurs, ses défaillances, la crainte de sa fiabilité, de sa capacité à incarner le désir, comment oser l'aborder ?

Les maladies chroniques altèrent la qualité des relations sexuelles en perturbant le rôle de chacun, le partenaire assumant souvent le rôle de "soignant" ou "d'aidant" et moins de "conjoint". Elles peuvent toutes impacter par le biais de lésions qu'elles peuvent provoquer soit indirectement par le biais de la fatigue, de la douleur chronique, de la modification de l'image du corps. Selon une étude américaine (17), 25% des hommes et femmes de plus de 65 ans ont déclaré des limitations physiques à la réalisation de leur sexualité. Vivre avec une maladie chronique nécessite d'accepter les nouveaux rythmes de son corps.

Il y a les patients présentant une stomie, une dermatose ou tout simplement de la perte des dents ou des cheveux qui vont souffrir principalement de difficultés de leur propre acceptation, élément nécessaire pour envisager une relation intime. L'hystérectomie ou la prostatectomie peuvent également entraîner une chute de l'intérêt par représentation d'une « castration ». Cela va bien sûr dépendre de sa propre représentation et de la conséquence ou non sur « l'amour propre ». Michèle Lachowsky, gynécologue française, résume ainsi :

« L'homme voit dans sa partenaire le reflet de son propre vieillissement et accepte l'âge de sa femme s'il s'accepte vieillissant. » (46).

Pourtant, le médecin généraliste doit être porteur de messages importants : il n'existe pas de norme. Il n'y a pas de bon moment, de bonne fréquence, de bonne façon de réaliser sa sexualité tant qu'elle est considérée comme un échange consenti de plaisir entre partenaire, et notamment qu'il n'y a pas que la pénétration pour échanger du plaisir.

L'imaginaire érotique ne s'évapore pas et les fantasmes demeurent (37). Les seules raisons à l'arrêt des rapports sexuels sont un problème physique, psychique ou une absence de partenaire dû à un veuvage ou une séparation.

2.2. Aborder l'intime ?

Ouvrir le sujet de la sexualité offre la possibilité aux personnes âgées d'avoir un écho à leurs questionnements, peut-être leurs difficultés, ou tout du moins que le sujet peut être discutées.

1 personne de 75 ans sur deux a déclaré avoir une sexualité active et 91% en sont satisfaits (43).

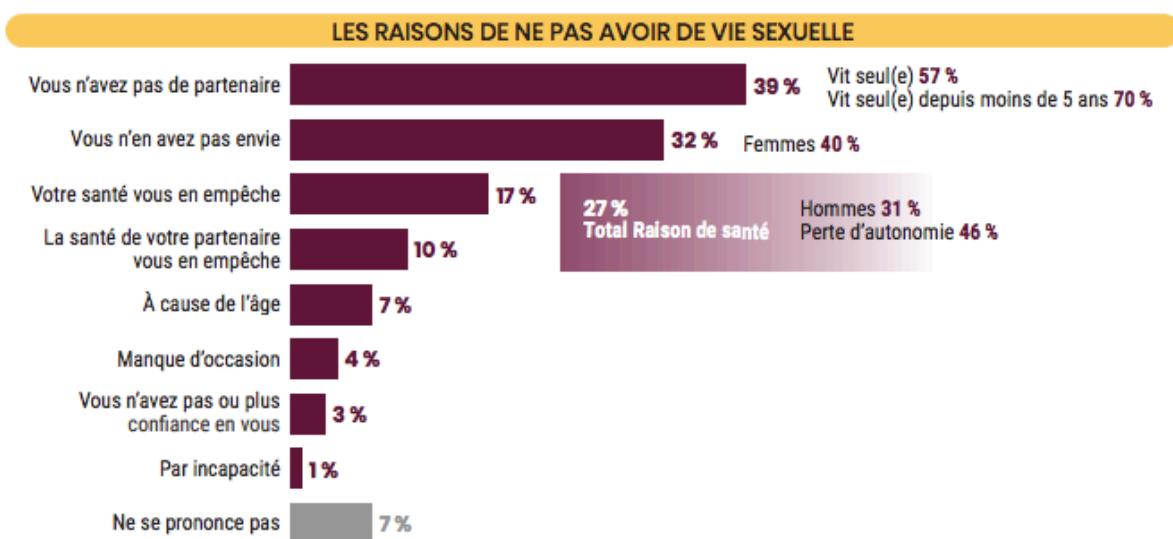


Figure 2 - Les raisons de l'asexualité (43)

Selon une étude américaine, 5% des hommes et 24% des femmes de plus de 65 ans déclaraient ne pas avoir de plaisir lors des relations sexuelles (17).

Lors des entretiens, les médecins généralistes ont peu parlé de discussion autour de la réalisation de la sexualité. Le sujet peut être sondé pour savoir s'il y a ou non une difficulté et au besoin parler de troubles de l'érection, de sécheresse vaginale mais il n'a pas été rapporté de recherche plus détaillée pour déterminer la nature de la difficulté rencontrée.

Car les plaintes mécaniques recoupent régulièrement d'autres difficultés : perte de confiance en soi, manque d'intérêt croissant du fait d'habitudes, de lassitude, difficultés dans le couple. Ces sujets seront à amener selon la relation et donc la confiance ressentie avec le patient.

Physiologiquement, avec l'âge, la libido est généralement diminuée, l'excitation est plus longue à venir et leur qualité moins bonne. Le plateau peut être altéré avec une plus grande difficulté à atteindre l'orgasme (37). Il faut apprendre à accepter son corps, à le "ré-apprivoiser" après tous les ajustements qu'il a subi, à aborder les rapports intimes avec complicité et transparence. La tendresse prend plus de place dans la sexualité afin d'avoir du plaisir et d'atteindre l'orgasme.

S'il y a une plainte concernant les relations intimes sans facteur mécanique clairement identifié, il faudra explorer comment se passe la relation conjugale : y'a-t-il encore de l'amour ? De la confiance ? Le climat à la maison est apaisé ? Le désir est-il maintenu ? Existe-t-il de la tendresse ? Des câlins ? Des caresses ? Y'a-t-il de la séduction ?

Mais encore faut-il que la sécurité relationnelle existe et que l'estime de soi soit présente. C'est Gérard Ribes qui montre comment la sécurité relationnelle fait disparaître la crainte du jugement de l'autre sur son corps transformé. (36) La dynamique relationnelle va

se révéler très différente selon la macrobie conjugale. Chez les couples naissants, le temps fusionnel est indispensable à la création d'un début d'intimité, participant à l'élaboration du lien avec une part importante pour la sexualité. Chez le couple vieillissant, un espace doit nécessairement être créé pour maintenir un désir. Il est impératif de nourrir le paradoxe présence/séparation afin d'assurer l'équilibre entre l'intimité dans le couple et sa propre intimité. Pour le couple âgé qui vit une limitation progressive des sorties et de l'espace de vie, le manque d'intimité « à soi » peut faire naître un sentiment d'enfermement, d'envahissement, d'intrusion voire un rejet de l'autre.

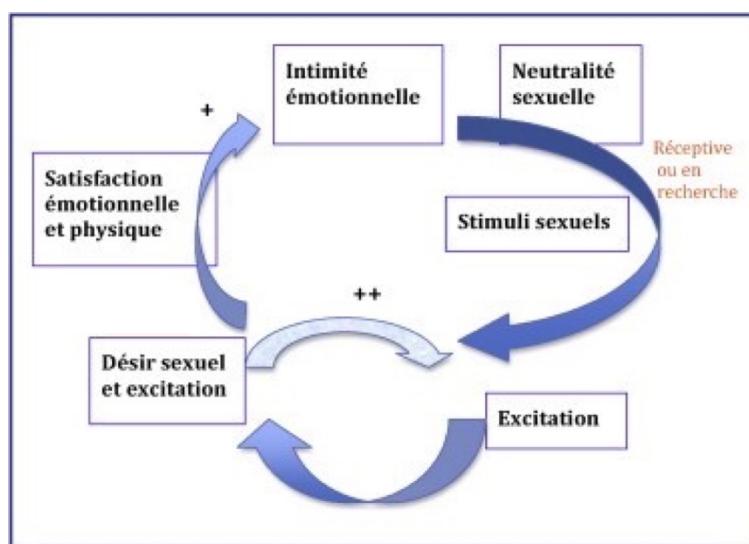


Figure 3 - Interconnexion satisfaction relationnelle - désir sexuel (48)

Les femmes ménopausées peuvent voir leur libido diminuer. Il y a certainement une part hormonale pouvant expliquer cette modification mais beaucoup de facteurs viennent transformer aussi leur vie. Il y a le vide suite au départ des enfants, la naissance des premiers petits-enfants, la fin de l'activité professionnelle. Le risque est de vivre dans le passé plutôt que de reconstruire une vie différente mais intéressante.

Il a été retrouvé plusieurs facteurs protecteurs d'une sexualité satisfaisante au moment de la ménopause (33) (34) : le fonctionnement sexuel antérieur satisfaisant ; une bonne santé mentale et physique ; une relation positive dans le couple ; une classe sociale élevée (études

supérieures) ; des attentes positives par rapport à la ménopause ; le mariage ; l'âge et l'état de santé du partenaire ; une personnalité peu stressée.

2.2.1. Quelle aide thérapeutique pour des troubles érectiles ?

L'homme pourra venir discuter de difficultés à maintenir ses érections pour permettre la réalisation d'un acte sexuel considéré par le patient comme satisfaisant. Parfois, comme montré lors des entretiens, les patients révèlent ces dysérections lors d'échanges avec le médecin mais ne souhaitent pas particulièrement que cela ne change, se satisfaisant de leur situation ainsi. Notre rôle est simplement d'être à l'écoute et d'accepter leur choix et de les conseiller si besoin. Il est important de rappeler que les troubles érectiles comportent très souvent une part psychologique, rejoignant les questionnements suivants.

Pour les patients demandeurs d'aides concernant leurs troubles érectiles, il faudra évaluer la part psychogène à ces troubles car souvent présente. C'est questionner comme précédemment discuté la dynamique de couple, s'il y a un trouble anxiо-dépressif, comment est perçue la sexualité. Sur un plan somatique, c'est rechercher des troubles urinaires associés, des antécédents chirurgicaux ou oncologiques, d'autres potentielles atteintes vasculaires (le risque de décès par évènement cardiovasculaire est deux fois plus important chez les patients diabétiques ou hypertendus souffrant de troubles érectiles (49)), un tabagisme, une iatrogénie médicamenteuse.

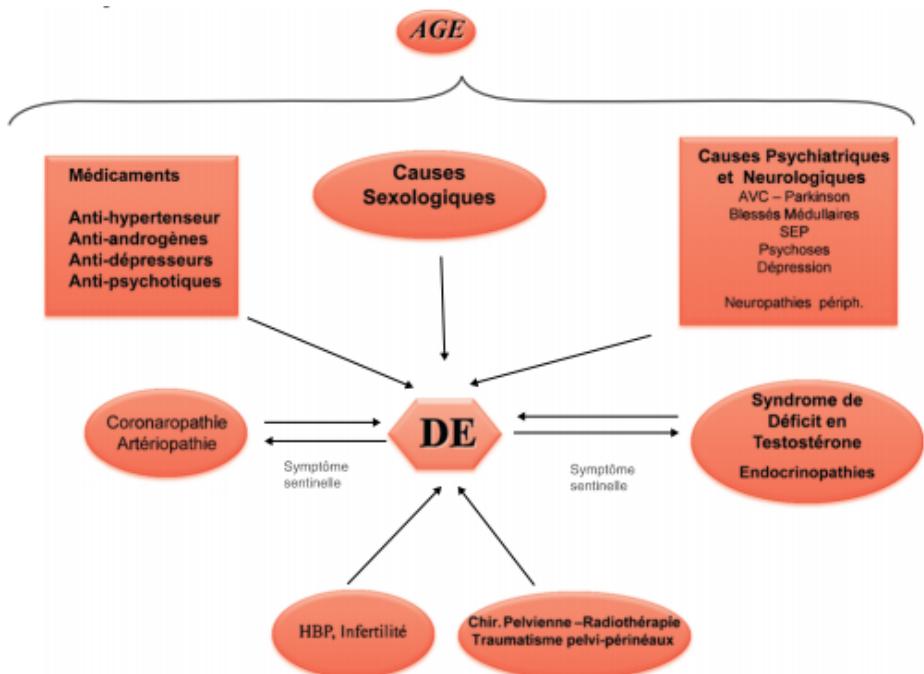


Figure 4 - Étiologie des troubles érectiles (49)

Si les patients sont stables sur le plan cardiaque et n'ont pas de traitement par dérivés nitrés, les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 sont un traitement oral de première intention. Les muscles lisses des corps caverneux se relaxent permettant un meilleur afflux sanguin en réponse à une excitation sexuelle.

Il faut éviter l'association avec l'alpha bloquant car à risque d'hypotension et la rifampicine car elle agit également sur le cytochrome p450. Leurs effets indésirables les plus fréquents sont des céphalées, des vertiges, des troubles de la vision, des rougeurs.

Les molécules disponibles en France ont des pharmacocinétiques différentes, pouvant permettre des prises différentes. Le sildénafil doit être pris environ une heure avant le rapport sexuel et son efficacité dure de 4 à 5h. La posologie habituelle est de 50 mg.

La posologie habituelle du tadalafil est de 10 mg au moins 30 minutes avant un rapport sexuel. En cas de prise plus de 2 fois par semaine, il peut être conseillé de prendre un comprimé de 2,5 mg ou de 5 mg de façon quotidienne ou tous les 2 jours. Sa demi vie d'élimination étant de 16 heures, sa durée d'action serait de 36 heures.

Le vardenafil se prend généralement en 10 mg, 25 à 60 minutes avant le rapport sexuel. Sa demi-vie d'élimination est de 4 à 5 heures.

En cas de contre-indication ou d'inefficacité, il peut être envisager les injections intra-caverneuses de prostaglandines qui provoquent une relaxation des muscles lisses des corps caverneux. L'effet vasodilatateur local permettra une érection dans les 5 minutes et ces prostaglandines injectées ne se retrouvent pas dans la circulation générale.

Une prescription sur un formulaire pour les médicaments d'exception permet le remboursement de ce traitement pour certaines pathologies : neuropathie diabétique, paraplégie, sclérose en plaque, traumatisme du bassin ou chirurgie urologique.

Dans les contre-indications à ce traitement, on retrouve la drépanocytose et les leucémies pour le risque de priapisme et les déformations péniques comme avec la maladie de Lapeyronie. La prise d'un traitement anticoagulant n'est pas une contre-indication. Le patient devra comprimer le point d'injection durant deux minutes.

Il peut également être envisagé les injections intra-urétrales de prostaglandine. Le principe d'action est identique à l'injection intra caverneuse mais avec l'avantage d'éviter la réalisation de l'injection. Toutefois, le mode d'administration intra urétrale est moins efficace que l'injection intra caverneuse et ce mode d'administration n'est pas remboursé.

Enfin, il y a les crèmes de prostaglandines à appliquer sur le sexe en amont du rapport qui sont ouvertes au remboursement.

Il existe une autre méthode, purement mécanique : le vacuum. Il s'agit d'un appareil permettant une érection passive grâce à une pompe à vide qui provoque un afflux sanguin dans le sexe. Puis un élastique est placé à la base de la verge afin de maintenir celle-ci. Les effets indésirables rapportés sont l'apparition de pétéchies et ecchymoses, une sensation

de pénis froid, un blocage de l'éjaculation.

Les traitements chirurgicaux comprennent dans de rares cas une approche vasculaire principalement pour des patients jeunes ayant eu une chirurgie abdominopelvienne ou un traumatisme du bassin ayant lésé une artère pénienne.

Les prothèses ou implants péniens s'installent dans les corps caverneux afin de les rendre suffisamment rigides pour permettre une pénétration.

Il y a les prothèses semi rigides et les prothèses gonflables avec une réserve de sérum physiologique et une pompe scrotale. Ces méthodes de prothèse sont définitives.

2.2.2. Prise en charge des troubles génito-urinaires chez la femme

Chez la femme, on retrouve fréquemment un syndrome génito-urinaire de la ménopause entraînant des modifications vulvaires, vaginales, urétrales et vésicales du fait de la diminution des œstrogènes. Ce SGUM conduisant par la suite à une sécheresse, des brûlures urinaires, des douleurs à la miction (50).

Envisager la lubrification exogène par lubrifiant à base d'eau est importante mais on peut envisager aussi un échange autour de l'importance de la stimulation des zones érogènes pour limiter cette gêne.

Parfois la sécheresse vaginale n'est pas la seule composante symptomatique, les patientes pouvant se plaindre de douleurs mictionnelles sans infection, d'urgenturie, de pollakiurie liées aux modifications cutanéomuqueuse locales. Des traitements hormonaux locaux peuvent alors être discutés pour en améliorer la symptomatologie, en prenant en compte leur balance bénéfice/risques selon les antécédents de la patiente.

Liste non exhaustive de lubrifiants et hydratants vaginaux		Hormonothérapie locale	
Dénomination commerciale	Type	Dénomination commerciale	DCI
AINARA® gel hydratant vaginal	Hydratant vaginal 1 application 2 fois par semaine	BLISSEL (non remboursé)	Estriol (crème vaginale 1 g = 50 microg d'estriol) 1 application/j 3 semaines puis tous les 2-3 j
CICATRIDINE® ovule vaginal	Hydratant vaginal (acide hyaluronique) 1 ovule par jour	COLPOTROPHINE® (Remb SS 30 %, 4,36 € [20 cap] et 4,41 € [tube])	Promestriène (300 mg/tube) 1 application/j 3 semaines puis tous les 2-3 j
HYALOFEMME® gel vaginal	Hydratant vaginal (acide hyaluronique) 3 mL de gel tous les 3 jours	FLORGYNAL® (Remb SS 30 %, 3,13 €, 14 gélules)	Bacille de Döderlein, estriol (0,2 mg), progestérone Gélules vaginales (2/j 20j puis 1/j)
INTIMHAE®	Hydratant vaginal 1 unidose par jour pendant 7 jours	GYDRELLE® (Remb SS 30 %, 3,11 €)	Estriol Crème vaginale (1 application/j de 1 g de crème) et vulvaire puis tous les 2/j 3 semaines
JAILYS HYDRATANT® fluide intime	Hydratant vulvaire 1 application par jour	PHYSIOGINE® Remb SS 30 %	Estriol Crème vaginale à 0,1 % (tube 15 mg) 1 application de 0,5g/j 3 semaines puis 2/j/sem Ovule à 0,5 mg Ovules (1 ovule/j 3 sem puis 2/sem) Comprimés à 1 mg Comprimés : ½ à 1,5/j
MONASENS®	Hydratant et lubrifiant (acide hyaluronique)	TROPHICRÈME® (Remb SS 30 % ; 4,54 €)	Estriol 30 mg (crème vaginale à 0,1 %) 1 application vaginale et 1 application vulvaire par j 1 sem puis 1 application tous les 2 jours 3 semaines
MONOLUB®	Hydratant et lubrifiant 1 fois par jour	TROPHICIL® (remb SS 30 % ; 3,50 € [boîte de 14])	Bacille de Döderlein, estriol (0,2 mg), progestérone Gélules vaginales (1 gélule matin et soir pendant 20 jours puis 1 gélule/j)
MUCOGYNE® gel intime non hormonal acide hyaluronique	Hydratant et lubrifiant (acide hyaluronique) 2 à 3 fois par semaine	ESTRING® (non remboursé)	Estradiol 2 mg Anneau vaginal/90 jours
REPLENS®	Hydratant 2 à 3 fois par semaine		
SERELYS® gel vaginal lubrifiant	Hydratant et lubrifiant 1 unidose tous les 3 jours		
TAIDO® gel végétal lubrifiant	Hydratant vulvaire 1 application vulvaire quotidienne		
BARTOLINE® gel intime lubrifiant	Lubrifiant		
SAFORELLE LUBRIFIANT® gel lubrifiant usage intime	Lubrifiant		
SAUGELLA® gel lubrifiant dermoliquide SENSILUBE DUREX® fluide lubrifiant	Lubrifiant Lubrifiant		

Figure 5 - Liste non exhaustive de lubrifiants vaginaux et hormonothérapie locale (50)

Un prolapsus peut également entraîner des dyspareunies. Mais une chirurgie "de confort" peut-elle justifier ses risques opératoires ? Ces dyspareunies pouvant être à l'origine d'une anxiété anticipatrice à la réalisation de la sexualité.

L'incontinence urinaire risque de faire focaliser la femme sur la contraction sphinctérienne. Il faudra en discuter afin de déculpabiliser la femme et prendre en charge cette incontinence. Ce point est à rechercher car rarement spontanément rapporté. Pourtant, 45% des femmes de plus de 75 ans en seraient atteintes (40).

2.3. La place de médecin de famille peut-elle compliquer la discussion de la sexualité ?

Au travers des entretiens réalisés, certains médecins ont évoqué le choix d'occulter sciemment le sujet par crainte de positionner les patients interrogés en difficulté car sachant ou ressentant les difficultés conjugales alors traversées. La sexualité est alors un baromètre d'une relation d'échange. Elle devient une porte d'entrée pour sonder l'état psychique de la personne et donc de sa vie conjugale.

Et les médecins font tous le constat intéressant que la sexualité n'est pas abordée par le couple (ou de façon exceptionnelle) mais individuellement. La sexualité ne saurait être discutée par les principaux protagonistes ensemble car touchant leur propre intimité, chacun ayant ses propres limites à sa pudeur.

"Jamais dans un couple vous n'entendrez des personnes déclarer : "nous ? cela fait longtemps que l'on ne baise plus". Ici c'est plutôt le règne de l'omerta, brisée seulement dans des tête-à-tête amicaux, sur le mode de la confidence" (38).

Les couples ne parlent pas de sexualité donc si le médecin n'écoute pas leurs difficultés, qui le fera ? Le médecin de famille étant un des témoins de cette vie conjugale. Doit-il donc les mettre devant leur réalité ? Si l'individu est en souffrance, est-ce un devoir de transmettre son avis sur son origine ? Il garde le droit de taire ses constatations s'il les estime inappropriées ou si ce n'est pas le bon moment.

Le médecin de famille tisse des relations particulières, plus ou moins proches, avec ses patients, qu'il rencontre individuellement ou parfois uniquement via le couple. Il va rencontrer d'autres membres de la famille, se retrouvant ainsi face à une toile relationnelle complexe dépassant le cadre de l'individu. Paul Watzlawick, psychologue, un des fondateurs de l'école de Palo Alto dans les années 50, pousse le concept en déclarant que "nous soignons des relations, pas des gens".

Dans ses craintes d'aborder in fine les difficultés que traversent un couple peut se jouer également celles de venir troubler les personnes gravitant autour de celui-ci.

Qui sera réellement en difficulté ? Un des conjoints décidant de rompre le couple pour envisager un épanouissement ? Le deuxième conjoint ? Les enfants ? Les petits enfants ?

Le médecin ? Il pourrait craindre qu'on lui reproche une "tempête familiale" par la mise à jour, finalement, du problème de fond préexistant.

43% des personnes âgées vivant en couple redoutent la réaction de leurs enfants si elles étaient amenées à fréquenter une nouvelle personne dans leur vie intime (43).

Pourrait-on être accusé d'avoir précipité une séparation par le questionnement de leurs problèmes conjugaux évoluant depuis plusieurs années ? Un mal-être perçu (plaintes douloureuses récurrentes, thymie basse) devra pourtant amener des questionnements autour de sa place et son ressenti dans le couple, légitimant sa possible remise en cause.

Dans un premier temps le médecin peut exposer les difficultés ressenties en proposant d'aborder avec le conjoint ces difficultés. Il peut proposer de refaire circuler la parole dans le couple. Il n'a pas pour objectif de créer un terrain d'entente mais va rechercher le dysfonctionnel et le mettre à jour. Le médecin a bien sûr le droit de ne pas aller perturber l'équilibre trouvé par les conjoints. Il faudra cependant rester attentif à ne pas méconnaître de potentielles violences. Là, il y aura nécessité déontologique de transmettre l'information de mise en danger.

L'individu cheminera sur la potentielle toxicité de son couple dans lequel il est engagé et comprendre si sa souffrance en résulte.

3. Y'a-t-il un moment opportun pour discuter de sexualité ?

A travers les entretiens, nous avons pu voir qu'il y a eu un panel large de réponse avec certains médecins concédant l'absence totale de place pour ce sujet, parfois en questionnant l'intérêt. D'autres médecins vont en discuter ponctuellement et il y a eu deux médecins installés depuis plus de 15 ans pour qui l'abord venait naturellement s'ils l'estimaient nécessaire et utile pour le patient.

Comme discuté précédemment, l'évolution sociétale globale depuis les années 60 entraîne de nouvelles attentes dans les soins, de nouveaux questionnements, et notamment face au vieillissement.

"La nécessaire détabouïsation de la sexualité des personnes âgées n'oblige pas nécessairement à sa célébration sans vergogne. Pour certains, la tendresse est suffisante, pour d'autres pas. Pour certains, il est joyeux d'en parler, pour d'autres pas. Et chacun réclame son propre temps pour en parler car là on touche à l'intime, c'est-à-dire à ce que chacun a de plus singulier. Tous les chemins pour sortir du tabou de leur sexualité ne se ressemblent pas. " (43)

Cette citation d'Eric Fiat, professeur de philosophie à l'université Paris Est, met en avant l'exercice complexe que peut représenter la discussion de la sexualité. Nous sommes sur une ligne de crête entre l'importance de prendre en compte cet aspect de la vie des personnes âgées et la distance nécessaire demandée par les patients selon leur pudeur. Pudeur qu'il faudra donc évaluer. Ici il n'y a pas de score particulier mais un ressenti sur ce que peut attendre chacun. L'expérience d'exercice mise en avant par ces médecins comme gage de facilité de cette discussion peut se comprendre par une certaine habitude à sonder les attentes des patients mais également à savoir engager la discussion au moment opportun.

Certains questionnaient l'intérêt d'une approche systématique telles les consommations de toxiques et autres antécédents. Serait-ce à envisager en fin d'examen clinique ? "Avez-vous des douleurs au ventre ? Rencontrez-vous des difficultés dans vos relations sexuelles ?" Cette démarche procédurale systématique semble éloignée de l'approche dite centrée patient. En effet, de par la singularité de chaque relation médecin-patient du fait d'histoires de vie individuelles, apposer un schéma de consultation préétabli de manière répétitive risque de délégitimer les échanges. Peut-être que certaines questions ne seront jamais posées. Et certainement qu'elles n'auraient pas eu leurs raisons de l'être.

L'école de pensée du soin dite centrée-patient est née dans la deuxième partie du XXème siècle (52) en opposition à un modèle paternaliste, modifiant le rapport entre les soignés et les soignants, en visant une plus grande horizontalité dans les rapports. De nombreux écrits ont été réalisés pour tâcher d'en définir les contours. Cette approche, maintenant un des axiomes de formation médicale, tente de donner les clés à chaque personne pour se réaliser dans sa santé. Mais la posture du soignant, généralement sachant car expert en connaissances techniques, doit s'adapter à chaque individu en prenant en compte les croyances, les attentes, les facteurs émotionnels, le contexte social, culturel et professionnel qui vont interagir et ayant conduit la personne à cette rencontre : c'est le modèle bio-psychosocial. C'est en 2002 que la WONCA introduit dans la définition de la médecine générale la nécessité d'appréhender les dimensions individuelles, familiales et communautaires d'une personne pour envisager une approche adaptée à des situations individuelles (53).

Le sujet de la sexualité pourra donc être mis à jour en prenant en compte les différents aspects physiques, psychologiques, sociaux et d'histoires de vie de la personne. Ces différents aspects modifiant la forme et le moment de l'approche. Un modèle standard de discussion ne peut donc pas être ressorti car s'éloignant de l'approche holistique propre à chaque patient.

Les plaintes d'ordre urinaire, gynécologique, mais également dans le suivi des pathologies vasculaire, diabétique et prostatique, les nouvelles unions, les syndromes dépressifs ; ces situations sont à même d'initier un échange autour de la sexualité. Ce sujet pouvant permettre de réaliser un pont vers le vécu de la situation conjugale.

Autant le médecin généraliste est libre d'aborder les sujets qu'il souhaite dans le contexte et au moment où il le considérera opportun, autant le patient a le droit de refuser, signe d'une relation d'équitable liberté d'expression. La libération de la parole autour de la sexualité ne doit pas faire s'éloigner du nécessaire respect de la pudeur de chacun.

Les médecins ont bien précisé qu'ils n'avaient été que rarement déboutés dans leur questionnement. Même s'il n'y a pas d'étalement, le médecin aura signifié l'abordabilité de ce sujet et qu'il n'y a ni norme ni bonne manière de réaliser sa sexualité.

CONCLUSION

La sexualité a été officiellement considérée comme un des éléments d'accomplissement du bien-être à la fin du XXème. Celle des personnes âgées sort progressivement de l'ombre dans un contexte de modification profonde de la société et des rapports entre individus. On assiste à une évolution des regards et des attentes de la nouvelle génération de séniors issus du baby-boom, plus demandeurs de réponses pour limiter les symptômes liés au vieillissement. Ni la sexualité, ni le plaisir, ni le désir ne s'interrompent avec l'âge, le médecin généraliste assume donc un rôle important face à ces changements concernant l'espace qu'il va laisser pour discuter de sexualité.

La méthode qualitative par entretien avec des médecins généralistes a permis de sonder la place accordée à ce sujet intime lors des consultations. Les discussions, peu fréquentes, rebondissent généralement sur des symptômes physiques, lors de nouvelles unions mais jamais avec un couple. Pourtant, la sexualité se révèle comme un baromètre conjugal, pouvant freiner le médecin de famille dans l'abord car inquiet d'agiter des difficultés préexistantes.

L'hétérogénéité du statut conjugal et la complexité des facteurs individuels empêchent la création d'un modèle d'approche de la sexualité chez les personnes âgées qui soit reproductible. Mais la légitimité de sa prise en compte invite le médecin à en proposer l'abord. La relation créée avec le patient, bien que parfois perçue comme un frein, peut également permettre d'identifier le moment judicieux pour aborder la sexualité.

Il n'y a pas de norme dans les pratiques sexuelles, simplement la nécessité d'une entente sur celles-ci entre partenaires. Le médecin généraliste doit alors être attentif à ce que chacun soit respecté dans la réalisation de sa sexualité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Manoukian, Alexandre. La sexualité des personnes âgées. Lamarre, 2011. 239 pages.
Soigner et accompagner. ISBN 2757304801
2. Johnson Virginia, Masters William. Human Sexual Response, Little, Brown and Co, 1966.
386 pages. ISBN 0-3165-4987-8.
3. Jarousse, Noëlla. Sexualité et vieillissement. Eres, 1995. 95 pages. Pratique du champ social. ISBN 286586331
4. Courtois, Frédérique. Médecine sexuelle : fondements et pratiques. Paris : Lavoisier-Médecine sciences, 2016. 586 pages. ISBN 978-2-257-20652-7
5. Forel, Auguste. La question sexuelle exposée aux adultes cultivés. Réédition Hachette.
version originale 1905. 698 pages.
6. Gianni, Alain. Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. Le journal des psychologues. 2007 (n°250), pages 56 à 60
7. Wikipédia. Personne âgée. 2008. 2020 (consulté le 12 février 2020). Disponible sur :
https://fr.wikipedia.org/wiki/Personne_âgée
8. Jérôme GUEDJ, Luc BROUSSY, Ana KUHN LAFONT. Les personnes âgées en 2030. Matières grises Le Think Tank. Septembre 2018. Disponible à :
https://www.ehpa.fr/pdf/think_tank_rapport.pdf
9. Institut national d'études démographiques. Population par groupe d'âges. 2014 (consulté le 10 avril 2020). Disponible à : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/structure-population/population-ages/>
10. Institut national d'études démographiques. La population en graphiques. 2014 (consulté le 10 avril 2020). Disponible à : https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/population_graphiques/

11. Institut national de la statistique et des études économiques. Projections de population à l'horizon 2060. 2010. 2019. Consulté le 10 avril 2020. Disponible à : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>
12. Haeberle, Gindorf. World Association for sexual health. Education and treatment in human sexuality : the training of health professionnals. Report of a WHO meeting. Sexology today : a brief introduction. 1993, 40-62
13. Mémin, Charlotte. Sexualité, affectivité, sensorialité et grand âge. Gérontologie et société. 2001/3 (vol. 24/n°98), Pages 189 à 196
14. Laublin, Sophie. L'infantilisation de la personne âgée en établissement gériatrique. Le journal des psychologues. 2008/3 (n°256), pages 34-36
15. Memin C. Sexualité - affectivité - sensorialité et grand âge. Gérontologie et société. sept 2001;(98):189-96
16. Bajos N, Rahib D, Lydié N. Genre et sexualité. D'une décennie à l'autre. Baromètre santé 2016. Saint Maurice : Santé publique France, 2018. 6 p
17. Lindau et al. A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States. NEJM. 2007.
18. Inbar Levkovich, Ateret Gewirtz-Meydanb,c, Khaled Karkabid and Liat Ayalon. When sex meets age : Family physicians' perspectives about sexual dysfunction among older men and women: A qualitative study from Israel ; EUROPEAN JOURNAL OF GENERAL PRACTICE 2019, VOL. 25, NO. 2, 85-90
19. Smith LJ, Mulhall JP, Deveci S, Monaghan N, Reid MC. Sex after seventy: a pilot study of sexual function in older persons. J Sex Med. sept 2007;4(5):1247-53.
20. Inbar Levkovich, Ateret Gewirtz-Meydan, Khaled Karkabi3 and Liat Ayalon ; Views of family physicians on heterosexual sexual function in older adults ; BMC Family Practice (2018) 19:86

21. Fileborn B, Lyons A, Heywood W, et al. Talking to healthcare providers about sex in later life: findings from a qualitative study with older Australian men and women. *Australas J Ageing*. 2017
22. Bauer M, Haesler E, Fetherstonhaugh D. Let's talk about sex: Older people's views on the recognition of sexuality and sexual health in the health-care setting. *Health Expectations* 2015; 19: 1237– 1250.
23. Dunn KM, Croft PR Hackett GI. Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. *Fam Pract* 1998; 15: 519–524.
24. Read, S., King, M., & Watson, J. (1997). Sexual dysfunction in primary medical care: Prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *Journal of Public Health Medicine*, 19(4), 387–391
25. Gott M, Hinchliff S, Galena E. General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Social Science and Medicine* 2004; 58: 2093–2103.
26. Hinchliff S, Gott M. Seeking medical help for sexual concerns in mid- and later life: A review of the literature. *Journal of Sex. Research* 2011; 48: 106–117.
27. Faragou Voisin C. Sexualité en médecine générale: enquête auprès de 191 médecins généralistes en Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2008
28. Adams SA. Marital quality and older men's and women's comfort discussing sexual issues with a doctor. *Journal of Sex and Marital. Therapy* 2014; 40: 123– 138.
29. Dyer K, das Nair R. Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom. *Journal of Sexual Medicine* 2013; 10: 2658–2670.
30. Dogan S1, Demir B, Eker E, Karim S. Knowledge and attitudes of doctors toward the sexuality of older people in Turkey. *Int Psychogeriatr*. 2008 Oct;20(5):1019-27

31. Moreira ED Jr1, Kim SC, Glasser D, Gingell C. Sexual activity, prevalence of sexual problems, and associated help-seeking patterns in men and women aged 40-80 years in Korea: data from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors (GSSAB). *J Sex Med.* 2006 Mar;3(2):201-11.
32. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;84(19):142-5.
33. Dennerstein L, Lehert P. Modeling mid-aged women's sexual functioning : a prospective, population-based study. *J Sex Marital ther* 2004 ; 30:173-83.
34. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States : prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281 : 537-44.
35. G.Ribes, F. Cour. La sexualité du couple âgé : état des lieux, prise en charge. *Progrès en urologie* 2013. 23, 752-760.
36. G.Ribes. La sexualité du couple âgé. *Santé mentale* n°193. Décembre 2014
37. Sébastien Landry. La sexualité ne prend pas sa retraite. *Questions de patients.* 2019. 153 pages. 978-2-84835-552-8
38. Janine MOSSUZ LAVAU. *La vie sexuelle en France.* La Martinière. 2018. 278 pages. 978-2-7324-8531-7
39. Michel Foucault. *L'histoire de la sexualité : les aveux de la chair.* Galimard. 2018. 448 pages. 9782072700347
40. Association française d'urologie. Incontinence urinaire de la femme. Disponible à : https://www.urofrance.org/fileadmin/documents/data/FI/2012/incontinence-urinaire-femme/incontinence-urinaire-femme_0.pdf
41. Ancet P, Mazen NJ. Ethique, intime et sexualité des séniors. Vieillir dans la dignité, un combat pour demain. 2009. *Les études hospitalières.* CNRS Centre Georges Chevrier. Pages 189-210

42. Pierre Ancet. Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée. France.

pp.231, 2010, 978-2-10-054327-4

43. Rapport Vie affective, intime et sexuelle des personnes âgées - Petits Frères des Pauvres - Septembre 2022. Disponible à :

https://www.petitsfreresdespauvres.fr/media/2522/download/2022_09_29_Rapport%20VIE%20INTIME_min.pdf?v=2

44. Gianni A. Une histoire de l'éducation sexuelle en France : une médicalisation progressive de la sexualité (1945-1980). Sexologies. 2007

45. Sondage OpinionWay pour Medicharme réalisé les 5 et 6 janvier 2022 sur un échantillon de 1027 personnes représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus

46. N Bajos, M. Bozon. Enquête sur la sexualité en France, 2008. La découverte. 612 pages.

47. Lachowsky M. Qui a peur de la ménopause ? Femmes, médecins et ménopauses. Âge santé Société. Berger-Levrault. 1999 : 70-85.

48. F.Cour, M. Bonierbale. Troubles du désir sexuel féminin. Progrès en urologie. 2013.

562-574. Disponible à :

<https://www.urofrance.org/sites/default/files/fileadmin/documents/data/PU/2013/3247/62607/FR/818807/main.pdf>.

49. J.E Terrier. Troubles de l'érection. Item 122. UroFrance. 2013

50. C. Hocké, M. Diaz. Syndrome génito-urinaire de la ménopause. RPC les femmes ménopausées du CNGOF et du GEMVi. Gynécologie obstétrique fertilité & sénologie. 2021. 394-413

51. P.Dardot, C. Laval. La nouvelle raison du monde ; Essai sur la société néolibérale. 2010. La Découverte.

52. A.Drougard. Usage de la notion d'approche centrée patient dans la communauté de médecine générale. [Thèse d'exercice]. [France] : université de Nantes. 2017.

53. WONCA. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille.

2002. Disponible à : https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medicine_generale_-_wonca_2002.pdf

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Graphiques de la pyramide des âges en France en 1960, 1990, 2019 et les projections pour 2040 et 2060 (10)	6
Figure 2 - Les raisons de l'asexualité (43)	36
Figure 3 - Interconnexion satisfaction relationnelle - désir sexuel (48)	38
Figure 4 - Étiologie des troubles érectiles (49)	40
Figure 5 - Liste non exhaustive de lubrifiants et hydratants vaginaux (50).....	43

LISTE DES TABLEAUX

Table I - Caractéristiques des médecins interrogés.....	13
---	----

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE	
RESUME.....	1
INTRODUCTION	2
1. Retour en arrière.....	2
2. Situation actuelle	4
Comment définir une personne âgée ?	4
Pourquoi ce sujet est rarement abordé ?	9
MÉTHODE	12
1. Choix de la méthode.....	12
2. Le guide d'entretien	12
3. La sélection des participants.....	13
4. Méthode de recueil des données.....	14
RESULTATS	16
1. La sexualité est globalement peu abordée	16
1.1. Autocensure	16
1.2. Quels sont les freins à cette discussion qui ont été relevés ?.....	17
1.2.1. Frein relationnel	17
1.2.2. Le temps comme facteur limitant.....	17
1.2.3. Position du médecin dans les difficultés du couple	17
2. Comment la sexualité est-elle abordée ?	19
2.1. Par le biais du symptôme	19
2.2. Le sujet est spontanément apporté par le patient	21
2.3. Lors d'une nouvelle union	22
2.4. Questionnée comme un dépistage ?	23
3. Quels sont les facteurs influençant la discussion qui ont été retrouvés	24
3.1. Les conséquences du genre sur l'abord.....	24
3.2. Évolution générationnelle	25
3.3. Milieu de vie	26
DISCUSSION	27
1. La sexualité des personnes âgées dans la société	27
1.1. Regards portés sur la sexualité des aînés	27
1.2. Évolutions sociétales en 70 ans	29
1.2.1. Discussion plus fréquente.....	29
1.2.2. Bouleversement des repères	30
1.2.3. Vers une moindre attribution d'un rôle sociale selon le genre ?	31
1.3. Structure actuelle des ménages	33
2. Conséquences de ces représentations sur l'abord	34
2.1. Position du médecin généraliste face à la sexualité des personnes âgées	34
2.2. Aborder l'intime ?	36
2.2.1. Quelle aide thérapeutique pour des troubles érectiles ?	39
2.2.2. Prise en charge des troubles génito-urinaires chez la femme	42

2.3.	La place de médecin de famille peut-elle compliquer la discussion de la sexualité ?	43
3.	Y'a-t-il un moment opportun pour discuter de sexualité ?	45
CONCLUSION		49
BIBLIOGRAPHIE		50
LISTE DES FIGURES		56
LISTE DES TABLEAUX		57
ANNEXES		I
1.	Guide d'entretien	I
2.	Exemple de retranscription du 3^{ème} entretien	II
3.	Analyse thématique	XV

ANNEXES

1. Guide d'entretien

Introduction : Se présenter tel un enquêteur qui souhaite explorer l'abord de la sexualité des patients âgés dans les consultations de médecines générales. Rappeler l'anonymat.

Question brise-glace type "Depuis combien de temps êtes-vous installé ici ?"

Débuter l'enregistrement.

Racontez-moi une consultation où vous avez discuté de sexualité avec un de vos patients âgés de plus de 65 ans.

Vous arrive-t-il d'aborder spontanément le sujet de la sexualité avec vos patients âgés ?

Le genre, que ce soit le vôtre ou celui de votre patient, influe-t-il ces discussions ?

Y'a-t-il des situations qui vous font penser aborder la sexualité chez une personne âgée ?

Faut-il aborder ce sujet ?

Quels sont les freins potentiels à cette discussion ?

2. Exemple de retranscription du 3^{ème} entretien

Enquêteur (E) : Racontez-moi une situation où vous avez parlé de sexualité avec un patient âgé ?

Médecin 3 (M3) : Finalement je me rends compte que j'en parle assez souvent mais une consultation qui me vient comme ça... Parce qu'on en a parlé plusieurs fois c'était un couple qui venait en couple. L'homme devait approcher de 80 ans la femme de 75-76 ans. Et leur demande était que les rapports étaient douloureux pour la dame essentiellement en rapport à une sécheresse vaginale. En l'abordant, ils avaient en moyenne un à deux rapports par mois. Et l'un et l'autre étaient soucieux de maintenir cette relation-là donc c'était simplement traiter la sécheresse vaginale de la dame. On revient assez souvent à ça.

Moi c'est quelque chose que j'aborde sur un examen. Les femmes en parlent... Alors je suis une femme donc je parle plus facilement de sexualité avec mes patientes femmes, un peu moins avec mes patients homme. Cette fois-là en couple et ils ont abordé eux-mêmes la question donc c'était assez simple.

E : Vous dites "souvent". La question est souvent abordée ?

M3 : Alors les femmes quand on les a toutes seules elles peuvent aborder la sexualité soit sur le biais de la sécheresse soit je n'ai pas de sexualité ça m'ennuie ou alors j'ai un mari très demandeur bon là je parle à partir de 70 ans "j'ai un mari très demandeur ça ne m'intéresse plus". Le mode d'abord est souvent de ces deux façons.

Après moi je fais encore enfin là j'ai plus le temps mais je faisais les frottis qui permettaient au moment de l'examen gynécologique d'aborder de savoir comment se passait la sexualité

dans le couple. Les femmes en relation elles en parlent très facilement. Par contre je leur demande elles ne l'abordent pas sinon.

E : Et vous l'abordez spontanément ?

M3 : Je l'aborde quand il vient... non non on peut pas dire ça comme ça soit au moment d'un examen gynécologique au moins jusqu'à 70 ans on fait des frottis donc on peut aborder ça tous les 2,3 ans quand il y a des problèmes aussi d'incontinence urinaire là ça peut-être rapporté. A quel moment d'autres ? S'il y a des infections urinaires pour le peu que ça récidive la question la sexualité va arriver. Mais c'est pas régulier. C'est pas quelque chose que je marque dans les dossiers. C'est plus de l'ordre de l'informatif, de l'intime, c'est pas quelque chose que je vais noter.

E : L'information est presque secrète.

M3 : Oui c'est ça. Alors moi je travaille plutôt toute seule même si je travaille avec le pôle de santé de Mayenne donc les patients peuvent consulter d'autres médecins. Il y a des choses on a des dossiers qui finissent par être un peu plus standard avec un peu moins de vécu personnel c'est un peu le problème des dossiers partagés. J'avais un collègue qui mettait toutes ses impressions mêmes négatives. C'était très drôle, par exemple "aujourd'hui il pue des pieds" donc effectivement dans un dossier partagé c'est un petit peu compliqué (rires). Mais c'est intéressant comme information (rires).

Donc pour moi la sexualité ne rentre pas dans le ... sauf s'il y a une demande de prise en charge. Si par exemple il y a une sécheresse vaginale et qu'il y a une prescription là ça va être marqué dans les dossiers. Par contre je ne dis pas "vient parce qu'elle a du mal avec les

rapports sexuels et à l'examen il y a une sécheresse vaginale." Je recadre sur la sécheresse et il y a le double de l'ordonnance.

C'est quelque chose que l'on va pouvoir retrouver mais si les difficultés sont purement psychologiques je marque pas...

E : Vous parlez d'un couple. Les couples abordent ce sujet ?

M3 : Non non non. Je crois que ça m'est arrivé deux fois une fois lorsque j'étais remplaçante au début de ma carrière une autre fois avec ce petit couple très attachant. Les couples plus jeunes viennent ensemble mais les 75-80 c'est très exceptionnel. Mais ça peut m'arriver que l'un ou l'autre rapporte des difficultés et qu'ils souhaitent une consultation à trois.

E : la demande est faite par l'un ou l'autre ?

M3 : la demande est faite séparément et après on essaie d'en discuter à trois. C'est pas arrivé non plus souvent mais c'est surtout quand un est plus demandeur que l'autre et que l'autre va arguer que ... En général, l'homme est plus demandeur, la femme l'est moins mais ça peut l'être aussi parce que c'est inconfortable pour elle.

Du coup on peut discuter un peu de l'acte en soi et comment on peut l'améliorer pour que ce soit moins désagréable pour elle. Après je laisse toujours la porte ouverte mais c'est rare que ça finisse en discussion à trois mais ça peut.

E : L'objectif est peut-être juste de montrer que tout sujet est recevable ?

M3 : alors là oui j'ai toujours fonctionné comme ça. Je n'ai pas énormément de tabou je ne pense pas. Oui oui c'est une partie qui ne me dérange pas d'aborder. Après c'est pas quelques chose que j'aborde systématiquement. Je prends la tension à peu près systématiquement, et encore... J'aborde pas de façon systématique cette partie-là.

E : Vous le notiez tout à l'heure : Le genre, que ce soit le vôtre ou celui de vos patients, a une influence sur ces discussions ?

M3 : Je pense oui je pense aussi que c'est plus facile.. Je pense que ça doit être mieux fait maintenant mais dans les études que j'ai fait il n'y avait quasiment pas de sexologie par exemple. Donc ça veut dire que les bases que l'on a en sexologie sont très très pauvres. Moi j'ai lu des choses mais je n'ai jamais fait de formation. Alors je raisonne plus de ce que je connais du corps de femmes et de la façon de faire donc pour les hommes c'est un peu plus compliqué il faut que je lise davantage. Donc c'est plus théorique chez les hommes et plus pratique chez les femmes normales. Et puis je pense que les femmes discutent plus facilement de leur sexualité avec une autre femme qu'avec un médecin homme. Je pense.

Après j'ai un collègue médecin généraliste avec un DU gynéco à Laval qui fait beaucoup de sexologie et finalement ça fonctionne très bien. Donc c'est aussi des a priori que l'on peut avoir.

Les hommes ils viennent parler facilement s'ils ont des problèmes d'impuissance pour effectuer des actes sexuels ça ils viennent quand même. On l'aborde d'autant plus si ça rentre dans un dépistage systématique s'il y a des problèmes de prostate, de diabète. La question est à poser, elle est dans le panel des questions que l'on pose. Alors je ne dirais pas à chaque consultation mais au moins une fois par an.

La prostate je m'en occupe moins car l'uro s'en occupe aussi donc c'est très bien (rires)

E : Vous parliez de vos connaissances acquises. Vous vous sentez loin des capacités de l'urologue pour discuter de sexualité ?

M3 : Alors, l'urologue... Disons, je suis loin de ce qui se fait en technologie.

Je n'y connais rien c'est vrai ça je ne sais pas tout ce qui est.. Là j'ai un monsieur qui a une prothèse je suis très très nulle je ne sais pas comment ça fonctionne je ne suis pas de bon conseil. C'est pas quelque chose que je peux présenter à mes patients je peux aller jusqu'aux injections mais après je passe la main car sur la technologie je n'y connais rien.

Après les urologues ne sont pas forcément sexologues. C'est à nous de bien adresser. Je prenais l'uro dans le cadre d'un suivi d'un problème prostatique. Il pourra également prendre en charge un problème sexuel mécanique mais si le problème est également psychologique il faudrait plus aller voir un sexologue. Sachant que nous n'avons pas de sexologue en Mayenne. Donc l'accès est déjà compliqué. Il faut aller sur Angers ou sur le Mans c'est un peu plus difficile et puis à cet âge-là c'est un peu plus compliqué. Une consultation de sexologie à cet âge-là c'est un peu compliqué dans la tête.

Mais nous on a plus un problème d'offre en fait.

E : Quand vous dites un blocage c'est pour le patient de se dire je vais faire la démarche ?

M3 : Éventuellement mais bon après il y a des patients à 70 ans qui sont très ouverts. Je pense à un patient qui par exemple à 70 ans je pense qu'il devait avoir une sexualité épanouie avant.. Je lui demande un PSA à 55 ans sur la notion de 2 mictions par nuit un peu récente. Et je lui dis :"pour faire le PSA ce serait mieux qu'il y ait 15 jours sans rapport". Là c'était panique à bord "je ne vais pas pouvoir". On fait ce fameux dosage qui s'avère pathologique, il est donc

opéré d'un cancer et il fait tous les inconvénients de l'intervention derrière avec impuissance incontinence... Donc ce Monsieur a été repris en charge par la suite par le biais d'une prothèse et compagnie donc là il était ouvert à tous parce qu'il avait une vie sexuelle très normal avant, qui voulait retrouver ça. Du coup qui était très ouvert sur ça et sa femme aussi.

Mais c'est toujours des cas très particulier avec des histoires particulières. Tout ne se passe pas comme ça heureusement comme ça à chaque fois. Et puis il y en a d'autres où c'était pas terrible avant donc si il y a une intervention sur la prostate et qu'il y a impuissance ça n'a pas l'air de gêner dans le couple parce que cette partie-là de la vie en couple n'était pas déjà très épanouie avant. Du coup ça ne change rien. On voit ça aussi.

E : Lorsque vous voyez une personne âgée expérimentant un mal-être, abordez-vous le sujet de la sexualité ?

M3 : Non ça ne va pas être systématique je l'aborde si le mal-être est en rapport avec le conjoint. C'est drôle ce que vous dites parce que je m'aperçois que si jamais le patient est seul parce que son épouse est décédée et qu'il y a un mal-être je ne l'aborde pas forcément. Après ils en parlent aussi tout seul mais non je ne vais pas chercher c'est vrai. On devrait peut-être ?

E : La prise en charge de la santé sexuelle a été intégrée au bien-être global dans les années 75. Est-ce un point que l'on doit envisager dans la prise en charge complète du patient ?

M3 : On peut l'envisager sauf qu'il n'y a pas de normes de bonne vie sexuelle donc c'est compliqué. Il ne s'agit pas.. c'est très drôle : des jeunes ça m'est arrivé d'avoir des questions

du style "il faut qu'on est combien de rapport par mois ?" C'est le genre de question qui n'a pas réponse en fait. C'est vrai à 20 ans mais c'est vrai à 70 et mon petit couple qui avait même un rapport par mois il considérait qu'il avait une vie sexuelle épanouie. Il y a une telle difficulté à évaluer une vie sexuelle épanouie. On ne l'évalue pas au travers des infos sur la vie sexuelle mais on l'évalue plutôt sur la facilité qu'ils ont à vivre ensemble.

Et moi j'ai des gens qui vivent ensemble facilement sans vie sexuelle parce que leur relation amoureuse s'est transformée en super relation d'amitié qui fait que c'est aussi possible de vivre pour ça. C'est difficile "c'est quoi une bonne vie sexuelle ?". C'est d'abord une vie sexuelle librement consentie et puis qui permet de se sentir bien au travers de tout le reste mais chez les anciens je n'ai pas le sentiment ou alors je passe à côté je n'ai pas le sentiment que des femmes soit forcées par exemple de maintenir une vie sexuelle ça j'en parle quand même. Là lorsqu'il y a un mal-être je demande quand même.

Je demande plus facilement chez les femmes que chez les hommes. En même temps c'est plus souvent les femmes qui sont plus forcées que les hommes.

E : ça vous l'avez remarqué cette nette différence ?

M3 : Oui quand même.

Je ne parle pas des anciens mais si on parle des couples plus jeunes si jamais il y a une plainte dans le couple ça va plutôt être celle de l'homme qui dit on n'a pas assez rapport. Après une femme peut trouver plein de bonnes raisons mais c'est plus souvent dans ce sens-là que dans l'autre. Chez les personnes âgées il faudrait affiner et poser la question plus précisément j'ai très très peu de retour d'être obligé.

E : Est-il nécessaire d'aborder la sexualité avec nos patients âgés ? Et si oui, quand ?

M3 : Moi je vous dis je l'aborde quand je fais un examen gynéco parce que c'est le bon moment pour demander si ça se passe bien. Après c'est pas invasif. Si on me dit oui je ne vais pas plus loin. Et si c'est non la question va plutôt aller : "qu'est-ce qui dans vos rapports ne se passent pas bien, est désagréable ?".

On revient sur un mode : est-ce que le fait d'être ménopausée a modifié des choses ? On recadre un petit peu pour voir de quand ça date le fait que cette sexualité soit moins bien vécue. Après on a des solutions type une sécheresse soit j'envoie au psychologue si c'est le signe d'une détresse plus importante. Je me rappelle un sexologue qui disait : "si à un moment donné un couple a eu une bonne vie sexuelle il n'y a pas de raisons qu'il ne la retrouve pas". Même s'il peut y avoir les difficultés après d'ordre psychologique ou d'ordre physique donc c'est quelque chose qui me dit ah c'est souvent il y a toujours une solution pour peu que les gens veulent rester ensemble. Des fois ça peut être aussi le temps que le couple se sépare. Après je n'aborde pas jusque-là. C'est quelques chose que l'on peut penser.

Du coup ça vient se localiser sur la sexualité c'est plus facile de le mettre là alors qu'en fait il n'est pas forcément que là. Après ce sont les histoires qui sont toutes différentes donc c'est difficile de prendre la sexualité en tant que telle elle fait partie de tellement de choses à côté telle le bien-être lié à tous les autres bien-être donc je pose la question dans certains moments mais ça peut être très difficilement une question systématique au même titre que le tabac car est-ce que vous fumez ? est-ce que vous buvez de l'alcool ? oui c'est important de le faire mais est-ce que vous avez une vie sexuelle normale c'est encore compliqué. Chez le jeune on le fait mais je trouve que chez la personne âgée c'est plus difficile. Mais peut-être que l'on devrait. Je ne sais pas. Vous allez me dire ça après (rires).

E : La question est ouverte effectivement, il n'y a pas de réponse définie.

M3 : Vous avez raison dans le sens où on dit que c'est un facteur de santé finalement oui bien sûr qu'on devrait poser la question de façon systématique. C'est drôle parce que je pense que finalement c'est plutôt... euh.. 75 depuis 75, moi j'ai fini mes études en 88 je me suis installé et je trouvais déjà que j'en parlais bien plus que les médecins que je remplaçais.

C'était déjà plus facile d'en parler aux jeunes. Parce que plus ouvert aussi aux personnes alors qu'aux personnes plus âgées lorsqu'on a 30 ans lorsqu'on ça peut-être que c'est plus facile pour moi maintenant d'ailleurs parce que je les connais depuis 30 ans et que du coup que c'est plus facile pour moi de poser les questions maintenant. Mais longtemps j'ai trouvé que c'était pas une question facile à poser. Mais je pense que ça se modifie. Je me souviens je faisais un cours sur l'adolescent lorsque j'étais maître de stage et ça faisait partie des questions à poser à l'adolescent pour essayer de mesurer son bien-être. Donc c'était intéressant. Je ne faisais pas un cours sur la gériatrie donc je ne sais pas (rires).

Alors moi je ne travaille pas en maison de retraite donc je n'ai pas ce savoir là mais c'est un sujet qui revient chez mes collègues qui sont en maison de retraite : "comment on gère etc"

E: Il y a une certaine forme de de négation de l'intimité dans ces institutions. Les personnes n'ont pas de place pour la sexualité seule ou à plusieurs. C'est violent.

M3 : Les portes ouvertes... C'est drôle ce que vous dites. Mes parents étaient en maison de retraite. Je trouvais choquant qu'ils aient deux lits différents et pas un seul alors que mes parents ont toujours dormi ensemble... On aurait pu imaginer un grand lit.

Je crois que la sexualité des anciens personnes n'a envie d'en entendre parler en fait.. Globalement..

E : ça reste un tabou.

M3 : De très belles choses ont été écrites à là-dessus. Moi au travers ce que disent les gens. C'est une fonction qui reste importante. Quand les gens n'ont pas arrêté avant. Par exemple ce couple de 80 ans on sentait pour eux que ce lien était encore très fort. Quel dommage de ne pas permettre que ça ne puisse être plus souvent ça. Après il y a l'histoire de vie des gens. Beaucoup de personnes se sont mis des tabous avant l'âge de la maison de retraite. C'est pour ça que c'est compliqué la vie sexuelle. La vie sexuelle des anciens est liée à tout ce qu'ils ont vécu avant dans leur vie sexuelle. Elle est épanouie si elle l'a été avant. Donc s'ils n'ont pas une vie sexuelle épanouie à 30, 40 ou 50 ans il n'y a pas de raison qu'elle le soit à 75. En général elle est arrêtée d'ailleurs. Nous notre place c'est juste d'être témoin de ça, limite de prendre en charge les patients plus tôt pour que la sexualité soit bien vécue plus tard.

C'est marrant parce que c'est pareil pour les soignants, la sexualité des anciens en maison de retraite, c'est souvent les messieurs et c'est vécu comme un harcèlement alors que si on était plus à l'aise en tant que soignant avec la vie sexuelle des gens tout simplement peut-être on accepterait mieux ce qui se passe à 75 ans. Après je ne travaille pas en maison de retraite. Je travaille au foyer des bleuets, un foyer d'IMC (infirmes moteur cérébral) où on a fait pas mal de chose. C'est des résidents plus jeunes, handicapés. On a mis à disposition des chambres pour que ce soit aidant. On ne va pas mettre les gens dans des cases : les handicapées comme ci, les anciens comme ça fin je veux dire. Dès lors qu'il y a une institution, pourquoi ne serait-ce pas possible ? Enfin j'en sais rien.. (rires)

E : les questions sont ouvertes. Et doivent l'être.

M3 : Je ne crois pas que l'on aboutira à une norme. C'est très marrant cette question des jeunes sur la norme. C'est une question que je ne pose jamais même chez les jeunes combien de rapports ils ont par mois. C'est pas une question intéressante. Je demande surtout si ça se passe bien. Et peut-être chez l'ancien on pourrait le lancer comme ça ? L'important c'est qu'ils soient épanouis. Je pense quand même pour ce que j'en connais qu'il n'y a pas beaucoup de couple après 75 ans qui ont des relations régulières.

E : Une étude rapporte chez les plus de 75 ans rapporte que 20% aurait plus d'une relation sexuelle par mois.

M3 : C'est pas mal ! C'est intéressant. Après le panel pris c'était des gens hors maison de retraite, en couple.

E : tout à fait.

M3 : Après c'est pareil toutes mes petites mamies qui perdent leur mari à 78 ans. Alors généralement elles ne se remettent pas en couple et n'ont pas d'aventure mais avant c'est possible entre 65 et 75. Il y a assez souvent des remises en couple. Et très souvent il y a une relance de la vie sexuelle. Après ce n'est pas très souvent non plus.

E : Quand faut-il alors l'aborder ?

M3 : On n'a pas d'examen systématique chez les anciens donc on ne peut pas l'aborder à la différence du jeune que l'on peut voir. Après s'il y a une pathologie on peut l'aborder comme chez les diabétiques par exemple - d'ailleurs j'en ai de plus en plus c'est une catastrophe - donc c'est une question que je pose dans le diabète et que je pose dès le début. Donc après il y a une surveillance par rapport à ça surveiller si les choses s'aggravent.

Mais par exemple tout ce qui est sur les pathologies neurologiques, l'hypertension artérielle. Il y a plein de pathologie on peut poser la question en fait.

Dès lors que l'on voit régulièrement on pourrait demander comment ça va de ce côté-là moi je ne le fais pas hors contexte mais ça paraît cohérent de le faire bien sûr.

Chez les femmes je pense que je le fais beaucoup plus régulièrement au travers du suivi gynéco suivi que l'on va perdre de plus en plus parce qu'on est un peu débordé partout et que les sages-femmes prennent beaucoup de suivi gynéco et que je décale sur la sage-femme.

Alors il sera intéressant d'avoir leur avis sur les suivis gynéco des personnes de plus de 65 ans.

E : Ma femme est sage-femme à l'hôpital et réalise une journée de consultations de gynécologie par semaine. Elle a surtout des patientes de moins de 65 ans. De mémoire elle a eu une personne plus âgée où il y avait encore des rapports. Mais la structure hospitalière étant collée à la maternité, le public est nettement plus jeune.

M3 : les personnes plus anciennes le prennent pour un endroit pour des plus jeunes, elles ne se sentent pas légitimes. Lorsqu'elles demandent un frottis et que je n'ai pas le temps, je les adresse plutôt vers les sages-femmes de ville, que ce ne soit pas affiché "maternité" (rires). C'est vrai que le mélange service gynéco/maternité n'est pas très clair dans la tête des femmes. Ce serait mieux si les deux endroits étaient nettement séparés.

Par le biais des sages-femmes de ville, ça peut être une solution.

A la différence de nous, elles n'ont pas monsieur. Moi étant à la campagne, lorsque j'ai madame j'ai monsieur en patient. Donc je connais les couples. Ça peut être un relais intéressant de dire lorsque raconte l'autre, "lui m'a raconté ça". Ça peut permettre de refaire l'histoire pour que les conseils soient plus valides. Les sages-femmes ne voient que les femmes donc elles n'ont qu'un discours.

Moi je ne peux pas le faire, les frottis je n'ai plus le temps. Je garde encore les visites de bébé parce que sinon j'arrête la médecine (rire). Mais la gynéco ça devient compliqué.

3. Analyse thématique

parle pas, aborde pas, évoque pas, regarde pas, rarement et pas spontanément, pas à l'aise, freiner des 4 fers, pas facile, j'apporte pas le sujet comme ça, pas intrusif	M1, M2, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M10	autocensure	ELUSION LIMITES
est-ce qu'ils se disent, est-ce qu'ils accepteraient la question, est-ce que les patients vont trouver ça bizarre, je ne me vois leur demander, ça les mettrait mal à l'aise, un tabou entre eux,	M1, M2, M5, M7, M8, M9		
je sais pas trop ce qu'ils attendent	M9		
barrière de l'âge, plus jeune j'en parle, pas à l'aise avec cet âge là identification à l'âge (M2)	M1, M9		
tabou, personne n'a envie d'en parler, intime, intimiste	M1, M3, M8, M10		
plus compliqué c'est le problème du relationnel. pas au casse pipe pas m'immiscer si le couple fonctionne mal	M5		
Faire attention où on met les pieds peur de prendre des revers tu vas te taper la tête contre un mur tu n'oses pas y aller quoi vigilant à ne pas mettre les deux pieds dans le plat	M5, M9		
jamais abordé le sujet médicalement la sexualité est morte	M6, M7	Négation	

Mes petits papis mamis	M7	Infantilisation	
trop compliqué d'aller jusqu'au bout et de les aider je ne vais pas sur un terrain où je ne peux pas proposer de solutions	M5, M9	crainte d'être limité	
ils me connaissent trop	M8		
chambre à part	M1, M9	Sujet clos	
veuve	M1		
pas de rapports	M2		
3 quarts d'heure, un quart d'heure, pas de place, consultation dure des plombes, ça s'éternise	M1, M4, M6, M8	temps	
pas une priorité	M4		
pas systématique, pas forcément	M3, M4, M9		
aborder ? je ne sais pas, je ne suis pas sûr	M4	Intérêt ?	
ça existe ou ça existe pas	M7	binarité	
Génération née avec cette intimité Evolution générationnelle, plus libres ils acceptent moins le vieillissement, on aura plus de questionnement	M1, M8, M9	Génération	Facteurs influencant la discussion
dans quelques années, années à venir, évolution	M1, M11		
rural, pas à l'écoute de leur corps	M1, M6, M9	Milieu de vie	
Moins avec mes patients homme. les hommes ont un peu plus de réticence, osent pas	M3, M2, M5	Genre	
les femmes elles en parlent facilement, elles n'hésitent pas, plus souvent, plus à l'aise (Med Fem)	M3, M5, M6, M8		

J'aborde pas avec les femmes (M H) VS pas à l'aise avec les hommes (M F)	M8, M9		
c'est douloureux pour les hommes (d'être diminué)	M5, M9		
pas de tabou, pas mal à l'aise	M3, M5	Contraste	
on a des réponses	M4		
sécheresse, j'aborde sur un examen, ménopause	M1, M2, M3, M8	Point d'appel, porte d'entrée	ABORD
prostate, infection urinaire, incontinence urinaire, troubles de l'érection	M1, M2, M3, M4, M8, M9		
point d'appel	M1		
Nouveau compagnon, retrouve un copain, à nouveau possible ?	M2, M7, M9		
protection avec des préservatifs, bilan de dépistage	M2	Prévention	
antécédent, diabète, s'il y a une pathologie	M3, M5	dépistage	
urologue	M1, M2, M3, M9		
enfermé dans quelque chose de très technique, pratico pratique	M9		
sexologue, psychologue	M3, M4, M9		
pas l'acte en soi	M1, M3, M8		
oui j'en reprendrai bien". ça veut dire qu'ils ont encore des rapports et que ça les satisfait ainsi. Fin de consult	M8, M1, M4, M7, M9	prescription comme marqueur	XVII

		d'activité sexuelle, sans réelle discussion	
que si le couple est en adéquation.	M5, M9		
plus facile lorsqu'ils sont tout seul	M9		
L'interrogatoire tout est permis. Dans les limites du raisonnable bien sûr. si on ne pose pas la question on a jamais rien	M5, M8, M9		
Connais depuis 30 ans, connais un peu trop questionnaire, alcool, tabac, antécédent	M3, M8	expérience	
arrêt du bétabloquant pour la quequette, affecter dans son image	M6, M8	Importance	
couples (en consultation), la maladie traversée avait diminué ça	M3, M4, M5, M7, M9	ambivalence	
pas forcément pour madame	M5		
l'un ou l'autre rapportent des difficultés, époux interposés	M2, M3, M9		
rare que ça finisse en discussion à trois	M3		
Noter dans le dossier ?	M2, M3	Pragmatisme	
considération, réciprocité, des choses qui se passent, qu'il y ait de l'attention l'un envers l'autre	M1, M9	Relationnel	

plaisir	M2		
épanouie (si elle l'a été avant), vivre ensemble	M3, M9		
pas aller les perturber dans l'équilibre qu'ils ont trouvé si ça leur convient	M5		
problèmes de couples de plusieurs dizaines d'années non résolvables des partenaires, plus des amants	M5, M8	Médiation	
histoires différentes, particulières	M2, M3	singularité	
esprit résigné, ils laissent tomber	M5	Résignation	

Quentin Habasque Grudé

L'abord de la sexualité des personnes âgées par le médecin généraliste

Introduction : La sexualité a été officiellement considérée comme un des éléments d'accomplissement du bien-être à la fin du XXème. Celle des personnes âgées sort progressivement de l'ombre dans un contexte d'évolution sociétale et de souhait d'en discuter avec leur médecin généraliste. Quelle place occupe cet intime sujet dans les consultations de médecine générale ?

Méthode : Etude qualitative par entretien semi-dirigé auprès de onze médecins généralistes de Sarthe et de Mayenne.

Résultats : Les discussions, peu fréquentes, rebondissent généralement sur des symptômes physiques, lors de nouvelles unions mais jamais avec un couple. La sexualité se révèle comme un baromètre conjugal, pouvant freiner le médecin de famille dans l'abord car inquiet d'agiter des difficultés préexistantes. Les médecins remarquent qu'il y a une évolution des attentes avec la nouvelle génération de personne âgée.

Conclusion : L'hétérogénéité du statut conjugal et la complexité des facteurs individuels empêchent la création d'un modèle d'approche de la sexualité chez les personnes âgées qui soit reproductible. Mais la légitimité de sa prise en compte invite le médecin à en proposer l'abord, qui est porteur du message de l'absence de norme dans la réalisation de la sexualité. La relation créée avec le patient, bien que parfois perçue comme un frein, permet d'identifier le moment judicieux pour aborder la sexualité.

Mots-clés : médecin généraliste, sexualité, personne âgée, étude qualitative, relation médecin-patient

Approach of elderly people sexuality by the general practitioner

Introduction : Sexuality was officially considered as one of the elements of achievement of well-being at the end of the 20th century. That of the elderly is gradually emerging from the shadows in a context of societal evolution and the desire to discuss it with their general practitioner. What place does this intimate subject occupy in general medicine consultations ?

Method : Qualitative study by semi-structured interview with eleven general practitioners from Sarthe and Mayenne.

Results : Discussions, which are infrequent, generally rebound on physical symptoms, during new unions but never with a couple. Sexuality is revealed as a conjugal barometer, which can slow down the family doctor in the approach because he is worried about agitating pre-existing difficulties. Doctors are noticing that there is a shift in expectations with the new generation of older people.

Conclusion : The heterogeneity of marital status and the complexity of individual factors prevent the creation of a reproducible model of approach to sexuality in the elderly. But the legitimacy of taking it into account invites the doctor to propose an approach to it, which carries the message of the absence of norm in the realization of sexuality. The relationship created with the patient, although sometimes perceived as an obstacle, makes it possible to identify the judicious moment to approach sexuality.

Keywords : general practitioner, sexuality, elderly, qualitative study, doctor-patient relationship