UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

Des réticences aux attentes des patients âgés de plus de 74 ans sur leur sexualité. Place du médecin généraliste.

Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 17 personnes âgées de plus de 74 ans

THESE

Pour le diplôme d'état de docteur en médecine
Spécialité médecine générale

Présentée et soutenue le 14 Juin 2019
Par
Delphine SAROUX
Née le 30 avril 1988

MEMBRES DU JURY
Président :
Monsieur le Professeur Jérôme DELOTTE
Assesseurs :
Monsieur le Professeur François BERTRAND
Monsieur le Professeur Gilles GARDON
Madame le Docteur Zeineb BEN CHEIKHA
Directeur de thèse :
Madame le Docteur Emilie FERRER

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie	**Pr. ALUNNI Véronique**
Recherche	**Pr DELLAMONICA jean**
Etudiants	**M. JOUAN Robin**
Chargé de mission projet Campus	**Pr. PAQUIS Philippe**
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactérilogie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	GASPERINI Fabrice	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DESNUELLE Claude
M. DOLISI Claude
Mme EULLER-ZIEGLER Liana
M . FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GASTAUD Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. HARTER Michel
M. JOURDAN Jacques
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. ORTONNE Jean-Paul
M. PRINGUEY Dominique
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

A Monsieur le Professeur Jérôme Delotte,
Merci de me faire l'honneur de présider cette thèse. Et merci encore d'avoir accepté d'endosser ce rôle au pied levé… Votre expérience en tant que gynécologue médical permettra d'apporter un regard critique et avisé de ce travail.
Veuillez trouver l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Gilles Gardon,
Je vous remercie d'avoir accepté de juger cette thèse. Votre expérience en tant que médecin généraliste libéral permettra d'apporter un regard critique et avisé de ce travail.
Veuillez trouver l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur François Bertrand,
Merci de me faire l'honneur d'accepter de juger ce travail et de siéger parmi le jury. Veuillez recevoir ma reconnaissance et mes sincères remerciements. Et merci pour votre formation en service de Médecine Générale d'Urgence à l'hôpital Saint Roch en mon début d'internat.

A Madame le Docteur Zeineb Ben Cheikha,
Merci d'avoir accepté cette invitation. C'est un plaisir de travailler à tes cotés. Tu m'as fait évoluer dans ma pratique de la médecine générale, essentiellement à travers ton dévouement envers tes patients. Merci d'avoir accepté de m'aider et de t'investir avec moi dans ce travail. Merci pour ton écoute, tes conseils et ta disponibilité.

A ma directrice de thèse
Je tiens à t'exprimer toute ma reconnaissance pour la confiance que tu m'as accordée en acceptant d'encadrer cette thèse. Je suis honorée d'être ta première thésarde.
Tu as su me conseiller, m'encourager et me soutenir, et m'apporter un regard critique grâce à ton expérience en gériatrie.
J'ai eu la chance de te rencontrer et de travailler à tes côtés, mais aussi de devenir ton amie et de partager beaucoup plus que du simple domaine professionnel.
Je souhaite que ce travail puisse te témoigner toute mon estime.

Aux maitres de stages, et à mes collègues

A mes collègues de la clinique Plein Ciel à Mougins, merci d'avoir été derrière moi régulièrement pour me pousser à avancer dans ce travail.

A Carlo, médecin généraliste avec qui j'ai eu l'honneur de travailler lors de mon stage chez le praticien, un homme de cœur, qui nous a quitté beaucoup trop tôt.

A tous mes maîtres de stage, très impliqués dans la formation des jeunes médecins. C'est grâce à vous tous que je deviens chaque jour un peu plus le médecin que je voudrais être.

A ma famille et à mes amis

A mon frère Nicolas, qui a été d'un grand soutien. Je suis fière de ton parcours, et de ce que tu es. Je t'aime.

A mes parents, qui ont toujours été là pour moi. Merci d'avoir fait de moi ce que je suis, et merci de me supporter malgré mon caractère … Je vous aime.

A mes tantes, médecins généralistes, qui m'ont toujours soutenue et mes oncles, pas moins impliqués.

A mon cousin Loïc, juste merci d'être là, merci pour tous ces moments partagés ensemble.

A ma grand-mère que j'aime et à mon grand-père, un homme bon, parti il y a quelques semaines.

A Christopher, qui partage ma vie, et qui m'a soutenu tout au long de ce travail.

A Hélène, merci pour ton aide sur ce travail. En tant que sexologue, ton regard sur mon travail m'a été précieux.

A Ines, qui m'a aidé et soutenue, malgré un emploi du temps plus que chargé (entre voyage et travail).

A tous mes amis, parisiens et niçois, pour votre soutien et votre amitié.

ABREVIATIONS :

OMS : organisation mondiale de la santé

MG : médecin généraliste

MMSE : mini-mental state examination (Cf ANNEXE 2)

EX-PLISSIT : Extended/Retour et Réflexion - Permission- - Informations Limitées- Suggestions Spécifiques- Thérapie Intensive (Cf ANNEXE 6)

BETTER : Bringup the topic – Explain- Tell- Timing- Educate- Record (cf ANNEXE 6)

MOOC : massive open online course = cours en ligne ouvert et massif

BCS : Brève communication relative à la sexualité

TABLE DES MATIERES :

INTRODUCTION 14

1- Ce que l'on sait 14
2- Ce que l'on ne sait pas 14
3- Ce que l'on cherche à savoir 15

MATERIEL et METHODES 15

I- Choix de la méthode 15
A- Enquête qualitative 15
B- Par des entretiens individuels semi-dirigés 15

II- La sélection des participants 16
A- Caractérisation de l'échantillon 16
B- Recrutement 16
C- Taille de l'échantillon 17

III- L'entretien 17
A- Guide d'entretien 17
1- Elaboration 17
2- Test 17
3- Validation 17
B- Méthode de recueil des données 17
C- Les techniques d'entretien 18
D- La retranscription des entretiens 18
E- Éthique et confidentialité des données 18
F- La saturation des données 19

RESULTATS 20

I- Description de l'échantillon 20

II- Description des résultats 21
A- Comparaison avec leur sexualité antérieure 21
B- Leur rapport avec la sexualité actuellement 21
C- Interlocuteurs privilégiés pour aborder la sexualité 26
D- Le médecin généraliste comme interlocuteur 27
E- Recours antérieurs au médecin généraliste (MG) en termes de sexualité 28
F- Freins à parler de sexualité au MG 29
G- Eléments facilitants pour parler de sexualité à son MG 31
H- L'abord de la sexualité par le MG 32
I- Les attentes envers le MG 34

J- Réactions à la proposition d'une consultation dédiée 34
K- Autres propositions 35
L- Vécu de l'entretien 35

DISCUSSION 37

I- Validité interne de l'étude 37
A- Qualité méthodologique 37
B- Les Biais 38
1- Biais de recrutement 38
2- Biais d'investigation 38
3- Biais d'interprétation 38
4- Biais d'information 38

II- Validité externe de l'étude/confrontation aux données de la littérature 39
A- Rapport à la sexualité après 75 ans 39
1- Facteurs favorisant l'absence ou la baisse de sexualité 39
2- Une sexualité toujours présente 39
B- Les interlocuteurs privilégiés 40
1- Le médecin généraliste 40
i) Le premier interlocuteur professionnel 40
ii) Les attentes des patients envers leur MG 40
2- Les autres interlocuteurs envisagés : amis/famille/conjoint 40
C- L'abord de la sexualité par le médecin généraliste 41
1- Les freins 41
2- Les éléments facilitants 41
3- Qui doit aborder le sujet et comment ? 42
D- Perspectives d'avenir 43
1- Stratégie nationale en santé sexuelle 43
2- Consultation dédiée 43
3- Brève communication relative à la sexualité 43

CONCLUSION 44

BIBLIOGRAPHIE 45

ANNEXES 48

RESUME 55

INTRODUCTION

1- Ce que l'on sait

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), c'est au médecin généraliste (MG) qu'est attribuée la compétence de garantir un bon état de santé de ses patients, défini comme un état de complet bien-être physique, mental et social.

Encore selon l'OMS, la santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. (1)

Une part non négligeable de la population des plus de 80 ans est toujours sexuellement active. Bretschneider et Mc Coy ont montré, dans une étude explorant le comportement sexuel de 100 hommes et 102 femmes âgés de 80 à 102 ans, que 62% des hommes et 30% des femmes avaient des relations sexuelles. (2)

Selon une autre étude menée par des chercheurs américains auprès de 3 000 personnes de 57 à 85 ans, il a été montré que parmi les répondants vivant en couple et se disant en « excellente » ou en « bonne » santé, 26 % des 75 ans à 85 ans ont affirmé s'adonner aux plaisirs sexuels et 54 % des personnes se disant actives soutiennent avoir deux à trois relations sexuelles par mois. (3)

La population âgée de plus de75 ans en France est de 6 149 436 sur une population totale de 67 millions, soit une proportion de 9.2% de la population. Les plus de 65 ans représentent plus de 25% de la population française (infos démographiques Insee 2018) (4).

La sexualité de la personne âgée est donc bien une question de santé publique, mais les médecins eux-mêmes n'abordent que rarement le sujet avec leur patient. (5)

Il existe de nombreux freins des médecins à initier la discussion autour de la sexualité. Pour résoudre cette problématique, de nombreuses études médicales et sociologiques internationales ont étudié les représentations des médecins ainsi que leurs freins ou leurs réticences à l'abord de la santé sexuelle avec leurs patients.

Les principaux freins chez les médecins, mis en évidence dans ces études, sont : le manque de temps, le manque de formation dans ce domaine, la gêne à évoquer un sujet encore tabou ainsi que la différence d'âge et de genre avec le patient, mais aussi la peur de ne pas se sentir légitime ou de ne pas avoir de solutions à proposer. (7)

2- Ce que l'on ne sait pas

Bien que les patients considèrent leur médecin généraliste comme leur principal référent concernant leurs problèmes de santé mais aussi sexuels, on ne sait pas comment les patients souhaiteraient que le médecin aborde la question ni s'ils souhaitent que celui-ci l'aborde.

La vie sexuelle des personnes âgées est encore très mal acceptée et considérée comme ridicule ou déplacée. Il y a une idée d'asexualité chez les séniors. (8) (9) Les médecins se disent gênés par les représentations que peuvent avoir les patients de la sexualité. Ils ont souvent peur d'être intrusifs ou de les offenser surtout s'ils sont âgés et que le médecin présuppose l'absence de relations sexuelles.

Certains médecins adoptent donc des postures d'évitement et n'abordent quasiment jamais la sexualité (10). D'autres éprouvent le besoin de médicaliser la sexualité pour légitimer la discussion. Rares sont ceux qui adoptent une approche holistique autour de la sexualité (10).

3- Ce que l'on cherche à savoir

- Quels sont les facteurs empêchant la communication sur la sexualité avec leur médecin généraliste et quels sont les facteurs facilitants ?

- De quelles manières les patients âgés souhaitent-ils que leur médecin généraliste aborde la santé sexuelle en consultation ?

- Pouvoir créer un guide d'entretien afin d'améliorer la communication sur la sexualité avec les patients séniors et envisager d'autres solutions pour parler de sexualité en dehors d'une consultation standard.

MATERIEL ET METHODE

I. Choix de la méthode

A. Enquête qualitative

La recherche qualitative est un type d'étude particulièrement adapté pour l'étude des domaines peu connus. L'histoire de la recherche qualitative remonte au début du XXème siècle. D'abord utilisée par les anthropologues et les sociologues pour étudier les phénomènes humains dans leur environnement naturel, elle a ensuite été utilisée dans le marketing puis depuis les années 1990 par les chercheurs en santé. (11)

Elle permet aux chercheurs de collecter des données auxquelles ils ne pourraient pas avoir accès en n'utilisant que les seules méthodes quantitatives. (12)

Elle est, depuis quelques années, utilisée dans le domaine de la médecine générale car les outils quantitatifs de l'épidémiologie et des essais randomisés ne permettent pas de répondre à la totalité des questions soulevées par l'exercice quotidien.

Cette méthode permet d'explorer les émotions, les sentiments des patients, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle permet ici de recueillir le vécu, l'expérience et le ressenti des participants.

B. Par entretiens individuels semi - dirigés

Les deux modes de recueil de données sont ceux des entretiens individuels ou ceux des entretiens par « focus groupe ».

Nous avons opté pour des entretiens individuels : les entretiens par « focus groupe » présentent certains avantages mais dans ce contexte de compréhension des perceptions de chacun, nous nous

sommes orientés vers la réalisation d'entretiens individuels afin d'éviter les phénomènes de leader effect intragroupe et les mimétismes inter participants. (13)

L'entretien semi - dirigé est une méthode de recherche qualitative. Il sert à l'étude des représentations, ainsi qu'à l'étude des comportements, aussi bien des fournisseurs que des consommateurs de soins. (14)(15)
L'entretien est partiellement structuré et utilise une grille préétablie de questions ouvertes appelée «guide d'entretien ». Le guide d'entretien sert alors de fil conducteur tout au long de l'interview, auxquels peuvent venir s'ajouter d'autres éléments au fil de la conversation : il s'agit d'un guide semi-structuré qui reprend la liste des thèmes à aborder. Les questions sont posées de façon claire et intelligible, simples et faciles à poser oralement, pour lesquelles on ne peut pas répondre simplement par oui ou par non. Il existe des sous questions dites de « relance » qui permettent d'amener les points importants si le patient ne les a pas développés spontanément. (14)(16)

Une seule information donnée pendant l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée plusieurs fois dans une enquête quantitative utilisant un questionnaire. Elle offre la possibilité de faire émerger des problématiques inattendues, auxquelles l'enquêteur n'aurait pas forcément pensé en élaborant un questionnaire dans le cadre d'une étude quantitative.

II. La sélection des participants

A. Caractérisation de l'échantillon

Pour obtenir un échantillon riche, les critères d'inclusion ont été larges. La population à étudier devait être concernée par le sujet abordé. Ainsi une limite d'âge inférieure a été fixée. Les personnes interrogées devaient :

- Être âgées de 75 ans ou plus
- Quel que soit leur sexe
- Quel que soit le type de pathologie qu'elles présentent
- Qu'elles aient ou non un médecin traitant
- Sans trouble cognitif majeur (MMSE> ou =24)
- Sans handicap physique majeur (personnes valides dans les activités de la vie quotidienne)

Critères de non inclusion :

- Personnes de moins de 75 ans
- Personnes ayant un MMSE < 24/30 (hors acalculie)
- Personnes présentant une barrière de la langue, ou une surdité
- Handicap majeur, mobilité réduite

L'échantillonnage en recherche qualitative n'a pas pour but la représentativité statistique. L'échantillon, tout en étant le plus diversifié possible, n'est pas tenu d'être représentatif de la population générale. (16)

B. Recrutement

Les modes de recrutement ont été variés afin d'assurer une certaine diversité et permettre une taille d'échantillon acceptable :

- Contact de certains médecins généralistes de la région de Nice : appel téléphonique avec présentation du sujet et des clauses de consentement, déplacement au cabinet de leur médecin.
- Contact en hospitalisation en médecine polyvalente en clinique à Mougins

C. Taille de l'échantillon

Le nombre de patients inclus n'a pas été préétabli. En général en recherche qualitative, les échantillons sont le plus souvent composés de moins de trente individus. La sélection des participants doit permettre la diversification des données. (17)

La taille de l'échantillon est déterminée par la réalisation elle-même de l'étude.

Les entretiens se sont poursuivis, avec, en parallèle, une analyse progressive des données recueillies. C'est la poursuite de l'analyse, jusqu'au moment où elle n'apporte plus de nouvel élément, qui entraîne l'arrêt du recueil des données : c'est la saturation des données. (11)(16)

III. L'entretien

A. Guide d'entretien

1. Elaboration

La construction du guide d'entretien s'est articulée autour de 7 parties :

- La place de la sexualité dans leur vie passée (brièvement) et actuelle
- Les motifs de problèmes sexuels ou de désintérêt sexuel
- Les interlocuteurs envisagés pour parler de leur sexualité
- Les freins ou les éléments facilitants permettant d'aborder la sexualité avec leur médecin généraliste
- L'abord souhaité par les patients de leur médecin généraliste sur le sujet
- Leurs attentes envers le médecin généraliste et les suggestions pour l'amélioration de la pratique et des connaissances
- Vécu de l'entretien

2. Test

Nous avons testé « in vivo » le guide en interrogeant un patient «test ». Outre le fait que ce pré-entretien nous a permis d'expérimenter nos questions, il nous a recentré sur les enjeux d'une analyse qualitative. En effet il s'avère que le chercheur s'est montré quelque peu directif, avec des questions formulées de façon fermées, et gêné par les silences dans le discours du patient, qu'il essayait de combler. Ce comportement provoquant un biais dans l'étude, cet entretien «test» a été retranscrit mais non codé.

3. Validation

L'entretien a été soumis à l'expertise d'un médecin généraliste et d'un médecin sexologue. Ces deux professionnels nous ont conseillés quant au cadre de l'entretien et de l'attitude à adopter.

B. Méthode de recueil des données

Les entretiens se sont déroulés de février 2019 à avril 2019.

Tous les entretiens ont été réalisés par le même chercheur. Il n'y avait jamais de tiers présent. Les entretiens se faisaient en face à face, le chercheur assis à proximité immédiate, sans bureau ou autre élément entre le patient et le chercheur.
Ils ont été réalisés soit directement dans la chambre du patient en hospitalisation où s'effectuait le recrutement, soit dans le bureau médical de l'établissement ou au cabinet médical.

L'ensemble des entretiens ont été enregistrés à l'aide de deux appareils d'enregistrement numérique : un ordinateur portable muni d'un logiciel d'enregistrement et un téléphone portable muni d'une fonction de dictaphone.

Un carnet de bord pouvait être utilisé. Il servait à la prise de notes pour préciser les comportements du patient interrogé, afin de ne pas les oublier lors de la retranscription, et de les faire apparaître ultérieurement dans des didascalies.

C. Les techniques d'entretien

Après les difficultés retrouvées lors du pré-entretien, nous avons voulu nous approprier des méthodes de communication pour mener à bien nos interviews. Ces méthodes comprennent plusieurs outils :
• poser des questions ouvertes,
• poursuivre avec une écoute réflective : il s'agit de proposer à l'interlocuteur une affirmation qui ne constitue pas une impasse relationnelle mais une hypothèse sur ce qui a voulu être dit. On utilise alors le reflet pour encourager la poursuite de l'élaboration personnelle,
• valoriser de façon adaptée les efforts et les ressources de l'interlocuteur,
• résumer les propos pour renforcer les éléments de ce qui vient d'être discuté. Ainsi le chercheur facilite l'expression de l'interviewé, afin d'accéder à un degré maximum d'authenticité et de profondeur.

D. La retranscription des entretiens

Les enregistrements ont été retranscrits dans leur intégralité sur le logiciel Microsoft Word. Cette retranscription s'est faite dans les jours qui suivaient l'entretien.
C'est le même chercheur qui a procédé à la retranscription et au recueil du discours des patients. Nous avons conservé les onomatopées du discours des patients : les « bah », « euh », « voilà » indiquant le rythme de la pensée, la spontanéité du sujet interrogé. Nous avons également mentionné les silences, les rires ou encore les gestes qui nous paraissaient importants par des didascalies entre parenthèses.

E. Éthique et confidentialité des données

Avant chaque entretien oral, les objectifs de l'étude et le déroulement de l'entretien ont été expliqués.
Après s'être assuré de la bonne compréhension des informations fournies, le responsable scientifique a sollicité chaque participant afin d'obtenir son consentement pour participer à l'étude. Après acceptation, le participant signait le formulaire de consentement en deux exemplaires, l'un pour lui et l'autre pour le responsable scientifique. (ANNEXE n°3)

F. La saturation des données

Le point de saturation de l'échantillon apparaît lorsque les entretiens successifs n'apprennent plus rien de nouveau quant à la problématique de la recherche. Il a un caractère subjectif, qui rend la définition de ce point de saturation particulièrement délicate. Lorsque le chercheur commence à avoir une certaine répétition des propos d'un enquêté à l'autre, le premier réflexe est alors de se poser la question de la diversification de l'échantillon via le mode de prise de contact, plus que de s'interroger immédiatement sur l'achèvement du recueil de données. Cette diversification donne un souffle nouveau aux hypothèses et à la construction de l'objet de recherche : conférant ainsi au chercheur un sentiment de nouveauté... Jusqu'à ce qu'il tarisse à nouveau. Une fois que tous les moyens possibles pour diversifier le corpus ont été utilisés et que les enquêtés ne vous apprennent plus rien de nouveau, alors il est temps de mettre fin au travail de terrain. (11)

RESULTATS

I- Description de l'échantillon :

L'échantillon se composait de 17 personnes âgées de 75 à 93 ans, dont la moyenne d'âge était de 81 ans.

Parmi les participants, il y avait 11 femmes et 6 hommes. 9 d'entre eux se sont déclarés en couple et les 8 autres célibataires.

Tous les participants étaient valides et vivaient à leur domicile.

Les modalités de recrutement sont explicitées dans la partie Matériel et Méthodes.

8 des participants ont été recrutés via leur séjour en hospitalisation en clinique (Plein Ciel, Médecine Polyvalente, Mougins), et 9 via leur médecin généraliste, après appel téléphonique avec présentation du sujet et déplacement par la suite au cabinet de leur médecin.

Les entretiens ont duré entre 3 et 35 minutes. L'entretien 0 correspond à l'entretien test.
Les entretiens E3 et E4 ont été arrêtés à la demande du patient pour asthénie majeure en hospitalisation et l'entretien E6 a été arrêté par inintérêt total pour l'entretien.

Tous les entretiens ont eu lieu sur le lieu de recrutement (cabinet de médecine générale ou clinique) sauf l'entretien E8 qui a été réalisé au cabinet professionnel de la patiente (recrutement via son médecin généraliste).

La description de l'échantillon est représentée dans le tableau ci-dessous.
(Tableau 1)

N° Entretien	Age	MMSE	Sexe	Lieu entretien	Statut Marital
E0	**77**	**28**	**F**	**Clinique Mougins**	**Veuve/seule**
E1	**75**	**28**	**H**	**Clinique Mougins**	**Divorcé/seul**
E2	**93**	**27**	**H**	**Clinique Mougins**	**Veuf/seul**
E3	**76**	**27**	**F**	**Clinique Mougins**	**Mariée**
E4	**77**	**26**	**F**	**Clinique Mougins**	**Mariée**
E5	**87**	**27**	**F**	**Clinique Mougins**	**Divorcée/seule**
E6	**83**	**26**	**F**	**Clinique Mougins**	**Seule**
E7	**77**	**29**	**F**	**Clinique Mougins**	**Divorcée/ en couple**
E8	**85**	**29**	**F**	**Cabinet professionnel/Nice**	**Veuve/seule**
E9	**83**	**28**	**F**	**MG**	**Mariée**
E10	**90**	**29**	**H**	**MG**	**Marié**
E11	**84**	**25**	**F**	**MG**	**Mariée**
E12	**75**	**25**	**H**	**MG**	**Divorcé/seul**
E13	**77**	**26**	**H**	**MG**	**Marié**
E14	**76**	**28**	**F**	**MG**	**Mariée**
E15	**78**	**27**	**F**	**MG**	**Veuve/ seule**
E16	**80**	**29**	**H**	**MG**	**Marié/en couple**

MMSE = mini-mental state examination
F= femme, H = homme
MG = Cabinet médecin généraliste/ NICE
Statut marital : seul (e) ne veut pas dire vivre seul à domicile mais célibataire

II- Description des résultats :

A- Comparaison avec leur vie sexualité antérieure :

Pas de question à propos de la sexualité antérieure, mais beaucoup de personnes ont comparé leur sexualité actuelle à celle qu'ils ont eu étant plus jeune.

1- Jeunes, elle occupait une place importante dans leur vie

E1 : « Elle occupait… une place raisonnable » *(la sexualité)*
E2 : « Je suis de l'époque où à la résistance les armes étaient à répétition automatique (…) mais avant oui, j'éprouvais un certain plaisir mais bon ce n'était pas dès que je te vois je te saute dessus ! »
E9 : « Alors c'est vrai que moi ça a été important dans ma vie j'ai… (…) je n'ai pas fonctionné qu'avec mon mari d'ailleurs bon… donc je n'ai pas de regret dans la mesure où j'ai l'impression que je suis épanouie physiquement. Voila. Ça c'est important sexuellement. »

2- Avec l'âge, elle n'a plus la même place, elle passe au second plan

E7 : « J'ai encore une sexualité on va dire, …après moins folle que dans mes jeunes années mais euh…. (…) C'est plus sage. Voilà. Posée. Aussi agréable. »
E13 : « C'est difficile à dire, son rôle *(en parlant de la sexualité)* s'est quand même considérablement réduit par rapport à il y a quelques dizaines d'années quoi »
E14 : « C'est sûr que c'est moins intense que ça ne fut. « rires » y'a pas photo ! »

B- Leur rapport avec la sexualité actuellement

1- Pour beaucoup des personnes interrogées, la sexualité est absente :

(Tableau 2)

N° entretien	Présence sexualité	Envie de sexualité
E0	non	non
E1	non	**oui**
E2	non	non
E3	**oui** (rare)	non
E4	non	non
E5	non	**oui**/non (ambivalence)
E6	non	non
E7	**oui**	**oui**
E8	non	non
E9	non	non

E10	**oui**	**oui**
E11	non	non ?
E12	**oui**	**oui**
E13	non	**oui**
E14	**oui**	**oui**
E15	non	**oui**
E16	**oui**	**oui**

A nuancer avec les « oui mais »….
« Non mais »…

Plus de la moitié des personnes interrogées ont envie de rapports sexuels. Mais seulement un tiers a réellement des rapports intimes.

On retrouve différents facteurs prédisposants à l'absence de sexualité :

a- Absence de compagnon/compagne

i) Célibat

E0 : « Je n'ai personne et je n'ai pas de rapport depuis très longtemps. »
E1 : « Maintenant aujourd'hui étant célibataire, (…) c'est difficile. »
E6 : « Je vous ai dit moi je suis une célibataire endurcie. De la naissance jusqu'à la mort. » *(Sexualité absente depuis toujours, pas d'évolution avec l'âge)*

ii) Solitude :

E1 : « Bah parce que on se retrouve tout seul »
E5 : « Il y a longtemps que je vis seule, donc y'a des choses qui sont parties »
E11 : « Beaucoup de femmes qui sont seules et qui sont tristes vivent mal leur solitude. »

iii) Difficulté à reconstruire :

E1 : « Franchement entre nous, à un certain âge on a du mal à reconstruire »
E2 : « Depuis que j'ai perdu mon épouse … »

b- Problèmes de santé

i) La maladie

E0 : « J'ai eu une fracture de la colonne vertébrale, (…) j'ai le syndrome de la queue de cheval. Donc j'ai des problèmes (…) de sensibilité bien sûr et donc euh ... »
E3 : « Elle n'occupe pas, en plus je suis malade, je suis fatiguée » (*à la question : qu'elle place occupe la sexualité dans votre vie*)
E4 : « On ne parle que de la maladie. Alors ça fait que du coup… c'est resté platonique hein »

ii) Capacité sexuelle :

E12 : « C'est par manque de capacité physique. (…) hein c'est difficile, très difficile même avec le Cialis. »
E13 : « peut-être plus la capacité. (…) il y a quand même eu mécaniquement parlant une réduction de la… comment on appelle ça ? Oui une réduction du système de …. D'érection quoi. »
E14 : « parce que y'a des changements dans le corps euh, aussi bien du côté masculin que du côté féminin (…) autour de 70 -72 ans, plutôt 72 ça commence la sècheresse voilà. Le mari coté prostate qui s'annonce donc il y a toujours une baisse d'érection, moins intense voilà. »

iii) Problèmes sexuels anciens :

E9 : « Quand je l'ai connu je n'étais pas vierge. Et j'ai des amis qui m'ont dit qu'il fallait que je le dise à mon mari. Ce qui a été une connerie, je n'aurai pas dû lui dire. (…) Donc ça a joué sur notre sexualité aussi. »
E9 : « Mon mari c'était quelqu'un qui était … quelqu'un de très rapide (…) il était un peu insatisfait dans la mesure où… donc je pense que c'est peut-être pour ça aussi qu'on a laissé courir. »

c- Pas de sexualité dans le couple

i) Conjoint non intéressé :

E9 : « Maintenant ça ne lui viendrait même plus à l'idée hein de me toucher »
E11 : « on a par contre été séparés pendant 35 ans, (…). Ça a été des retrouvailles d'amitié, d'entraide mutuelle »

ii) Autres formes de relations :

E7 : « mais à mon âge ce n'est pas le plus important dans une relation. »
E11 : « On s'est retrouvé comme je vous dis purement sur un plan amical. (…) euh c'était en connaissance de causes qu'on s'est retrouvé … je savais très bien ce qu'il en était. »

d- Notion d'âge

E2 : « il faut être conscient de son âge. Bon ben j'ai fait mes preuves. »
E7 : « peut-être qu'on y pense moins quand on est vieux. »
E9 :« Je dirais j'ai passé l'âge. Moi ça m'intéresse plus du tout. »

e- Autres centres d'intérêt :

E7 : « Parce qu'on a envie d'autres choses. (…) Un jeune a envie de plus de folie et quand on vieillit on est plus fatigué, on a envie de choses plus simples. »
E14 : « Disons que certainement à 75 ans ou plus euh on va vers d'autres occupations le soir. Moi je regarde beaucoup la télé et mon mari s'endort donc… (…) là à 9h il est au lit alors ça ne facilite pas ! je ne vais pas le réveiller toc toc toc c'est moi ! »
E15 : « je n'étais plus disponible comme avant. Fallait que je m'occupe de mon fils, que je m'occupe de ma petite fille (...) Alors moi-même pour me consacrer à lui ce n'était pas possible »

2- Mais la sexualité est encore présente pour certains des patients interrogés :

a- 6 ont encore une sexualité active

E7 : « voilà j'ai encore une sexualité (…) …. Après une place euh… moyenne. »
E10 : « Oui nan mais à moins d'être frigide je suis comme les copains j'ai toujours été quand même normalement attiré par la sexualité. »

b- Et souvent les rapports sont différents :

i) Moins fréquents : Notion de décroissance

E14 : « Ben ils se transforment, c'est une fois par semaine quelque chose comme ça. Et c'est des rapports différents. Avec pénétration c'est un peu moins fréquent »
E10 : « Bon mais, plus vous avancez dans l'âge plus les choses se tassent quand même »
E15 : « Ah c'est sûr que à 78 ans on n'a pas toujours envie de faire l'amour ! ça c'est sur hein ! »

ii) Plus de préliminaires

E16 : « C'est plus pareil, c'est plus lent, mais on fait plus de câlins, de caresses, et c'est tout aussi bien. On prend notre temps. »

3- Satisfaction globale de la sexualité actuelle :

a- Très satisfaisante :

E9 : « j'ai l'impression que je suis épanouie physiquement. »
E14 : « bah ça se transforme en autre chose qui est agréable aussi. Moins… c'est différent mais ce n'est pas anodin voilà. »
E16 : « C'est plus lent, ça va moins vite, mais c'est bien comme ça. »

b- Ou insatisfaisante :

E12 : « Là j'ai l'impression que j'arrive au bout du chemin. Et comme dirait Romain Gary : « Au-delà de cette limite votre tiquet n'est plus valable » (…) Et même psychologiquement bof. Plus du tout d'enthousiasme ou autre. »
E13 : « Disons qu'on a plus de rapports sexuels entre ma femme et moi. (…) Je dirais il n'y a plus véritablement de stimulus, il n'y a pas euh… pas de choses comme ça quoi. »

4- La notion de Désir :

a- Pour beaucoup des personnes interrogées, qu'il y ait ou non des rapports sexuels, l'envie et le désir sont toujours là :

E1 : « Ah l'envie est là ! ah oui oui oui l'envie est là »
E5 : « Oui moi je trouve que c'est quelque chose qui vous entoure, qui vous donne une vie agréable… »
E15 : « c'est la nature pour moi c'est important c'est sûr ! »

b- Et pour certains, il n'est plus présent :

E2 : « depuis que j'ai perdu mon épouse… »
E9 : « Je crois qu'il y a un cap et que ce cap je l'ai franchi rapidement vers les 60 ans (…) Moi ça me dépasse un peu ce côté désirs… »
E13 : « Je dirais il n'y a plus véritablement … de stimulus »

5- Leurs attentes :

a- Désir de relations sexuelles : (cf Tableau 2 pages 21-22)

i) Quantification :

E1 : « Je pense au moins une fois par semaine. » *(À la question : si vous étiez en couple, est ce que vous pensez que vous auriez des rapports sexuels ?)*
E14 : « C'est une fois par semaine quelque chose comme ça. »
E16 : « On se voit toutes les semaines. Une fois par semaine. »

ii) Notion de bien-être :

E5 : « Moi je trouve que c'est quelque chose qui vous entoure, qui vous donne une vie agréable… »
E15 : « Pour être bien dans ma peau. » *(En parlant des relations intimes)*

iii) Possibilité d'une aventure :

E1 : « Mais moi je vais finir tout seul. Sans éliminer l'aventure. On va être honnête. »
E13 : « Il faudrait qu'il y ait un évènement particulier où je tombe sur quelqu'un d'exceptionnel, de très attirant euh avec qui j'ai des relations … mais ce n'est pas le cas. »

iv) Importance dans le couple :

E7 : « C'est important dans un couple oui »
E10 : « Avec mon épouse oui. Vous savez nous avons attaqué la 63ème année de mariage alors euh on commence quand même à se connaitre hein »

b- Pas de désir de relation sexuelle

E0 : « Je n'ai pas de rapport depuis très longtemps. Et ça ne me dérange pas du tout. »
E2 : « Mais ça ne me créé pas au point de vue esprit un manque ou un vide. »
E9 : « Je suis bien comme ça dans la mesure où ça a existé. (…) Il y a un temps pour tout (…) maintenant je n'aimerai plus. Je n'aimerai pas trop qu'on me touche euh (…) Apres je pourrais aller avec quelqu'un d'autre mais ça ne m'intéresse plus du tout. »

c- Désir d'une nouvelle relation de couple

Dans les personnes interrogées ayant encore le désir de relations sexuelles, peu seraient prêtes à se remettre en couple :
E1 : « Aventure oui, mais pas aventure… la bague ! pas le couple. »
E15 : « On s'est quitté, et là j'ai dit maintenant stop je ne veux plus personne chez moi »

En résumé :

- **52% avec désir de sexualité** – 1/3 avaient encore une sexualité active
- Rapports différents : Moins fréquents/décroissance, aussi satisfaisant
- Bon vécu de l'absence de rapports sexuels pour la plupart des interrogés
- **Facteurs d'absence de sexualité :**
  - **Célibat**, Solitude, Difficulté à reconstruire
  - **La maladie**, **Capacité sexuelle,** Problèmes sexuels anciens
  - Conjoint non intéressé, Autres formes de relations, Notion d'âge, Autres centres d'intérêt
- Aucun avec désir d'une nouvelle relation de couple

C- Interlocuteurs privilégiés pour aborder la sexualité :

1- Les amis :

i) Pour environ la moitié des interrogés, parler de sexualité avec la famille ou les amis n'est pas envisageable :

E1 : « Alors concernant les relations d'amis, NON »
E6 : « : Les amis c'est les amis c'est tout. »
E8 : « Faut toujours se méfier des amis. »

ii) Mais l'autre moitié se confie entre amis essentiellement, et quelques fois en famille

E16 : « Ah si des fois j'en parle à un ami très proche. »
E9 : « ça me fait rire je raconte à mes amies après : « il y en a encore un qui m'embrasse sur la bouche ! » mais ça ne me fait aucun effet ! »
E10 : « Entre amis on peut se faire des confidences. »

2- La famille :

i) Rarement envisageable :

E2 : « ça ne se faisait pas les gens de la campagne dans le temps. »
E14 : « ça ne vient pas dans la conversation. »
E15 : « : La famille non parce que bon la famille euh…. Dans la famille on ne parle pas de ça »

ii) Quelques exceptions :

E5 : « J'ai une nièce qui est à Paris elle fait la rééducation fonctionnelle. A la limite je lui en aurai peut-être parlé. »
E11 : « Moi j'en parle assez ouvertement avec ma dernière sœur qui a 8 ans et demi de moins de moi »

3- Le conjoint

Pour certains, le conjoint est le confident évident
E9 : « Il me semble que c'est un truc entre deux personnes, donc c'est à l'autre qu'il faut expliquer… »
E12 : « C'est le médecin et la partenaire. Mais pas quelqu'un d'autre. »
E14 : « On en a parlé avec mon mari et il m'a dit il faut consulter ne reste pas comme ça. »

4- Le sexologue :

Aucun des interrogés n'a été amené à consulter un sexologue

i) Mais certains l'ont envisagé :

E1 : « S'il faut voir un sexologue pourquoi pas » *(évocation spontanée)*
E8 : « En tant que femme j'aurai pu être amenée à consulter un sexologue pour une frigidité dans le temps passé. »
E12 : « ça c'est remis en route donc je n'ai pas eu à voir le sexologue. »

ii) Et d'autres non :

E7 : « J'aurai plus de mal à aller voir un sexologue que je ne connais pas que mon médecin traitant. » *(Évocation spontanée)*

E11 : « Je n'en connais pas qui m'aient dit je vais aller voir un spécialiste de la sexualité… »

E14 : « Un sexologue des trucs comme ça ? (…) Un sexologue non »

5- Autres interlocuteurs privilégiés (en dehors du médecin généraliste) :

i) Le gynécologue

E11 : « D'abord moi je pense qu'il n'y a que le gynéco. *(Pour parler de sexualité) (…)* c'est au gynécologue qu'il faut en parler parce que lui il fait ça toute la journée. C'est banal pour lui. Si on ne se sent pas à l'aise on ne va pas être sincère. »

E14 : « là j'ai rencontré cette nouvelle gynéco, elle m'a donné une crème. »

ii) Le pharmacien

E16 : « c'est mon pharmacien qui me l'a donné. Je lui en ai parlé, je le connais bien, et il m'a dit d'essayer ça » *(en parlant du Cialis)*

D- Le médecin généraliste comme interlocuteur

1- A l'évocation du médecin généraliste comme interlocuteur, les réactions :

a- Une seule évocation spontanée :

E7 : « … je suis assez à l'aise avec mon médecin traitant. »

b- Les non catégoriques :

E4 : « Jamais. Non en ce temps-là on ne parlait pas de ça, le médecin ne nous parlait jamais de ça. »

E9 : « Je ne pense pas que dans notre génération… euh… je ne pense pas que ça soit essentiel pour aller voir un médecin »

E10 : « Maintenant non. Oh ben non à 90 ans NON. »

c- Ceux qui n'y ont pas pensé ou qui n'en ont pas eu besoin

Ce qui a concerné plus de la moitié des interrogés.

E1 : « c'est-à-dire je n'y ai pas pensé »

E15 : « L'occasion ne s'est pas présentée de parler de rapport. Voilà. Ça ne s'est pas présenté. Mais si ça c'était présenté je l'aurais dit pareil hein. »

E11 : « Le médecin traitant… je n'ai pas connaissance, je n'ai jamais personne qui m'a parlé de ça. Jamais. Moi-même ça ne me serait pas venu à l'esprit. »

2- Possibilité du médecin généraliste comme interlocuteur :

Les 2/3 ont répondus positivement.

N° entretien	Possibilité du médecin généraliste comme interlocuteur
E0	**OUI**
E1	**OUI**
E2	**NON**
E3	**?**
E4	**NON**
E5	**OUI**
E6	**NON**
E7	**OUI**
E8	**NON**
E9	**OUI**
E10	**OUI**
E11	**NON**
E12	**OUI**
E13	**OUI**
E14	**OUI**
E15	**OUI**
E16	**OUI**
E17	**OUI**

i) Certains n'ont jamais eu recours au MG mais se seraient tournés vers lui en cas de problème :

E7 : « moi je n'ai pas eu de (…) mais si j'avais eu des problèmes au niveau… des problèmes de sècheresse ou des trucs comme ça je pense que j'aurai consulté sans problème. »
E10 : « si j'avais eu un problème quelconque de ce côté-là j'en aurai parlé certainement à mon docteur. »
E13 : « Imaginez je ne sais pas moi que demain il y ait un divorce et que…une rupture, et que je sois amené à rencontrer quelqu'un d'autre ! et ce quelqu'un étant peut-être plus jeune ou plus attentif à un certain nombre de choses qui fasse que je sois, euh… être en mesure d'être à la hauteur. »

ii) Certains ont déjà consulté leur médecin généraliste pour parler de leur sexualité : cf partie E

E- Recours antérieurs au médecin généraliste en termes de sexualité :

1- Les motifs de recours

Tous les hommes ayant déjà eu recours au MG pour des problèmes de sexualité y sont allés pour des problèmes d'érection :

E1 : « j'ai eu un blocage sexuel. (…) Alors je suis allé voir mon médecin (…) j'ai eu un problème d'érection alors automatiquement euh... C'est dans ce cadre-là que j'en ai parlé »

E12 : « Ben les troubles de l'érection je n'en ai jamais eu ça fonctionnait presque trop bien tout le temps et là c'est beaucoup plus difficile depuis 3-4ans. »

2- Prise en charge proposée

E1 : « Il m'a donné ce qu'on appelle la pilule bleue, pour dépanner. »

E14 : « avec Mme X. (MG) on en a parlé elle m'a envoyé chez un gynéco »

E16 : « : Ah oui je lui ai demandé une ordonnance de Cialis une fois, mais j'en prenais déjà depuis longtemps. »

3- Motifs éventuels de recours ultérieurs :

E7 : « Ben oui si mon compagnon il… après il prend du viagra. Il a déjà consulté. Et si de nouveau il y avait problème on pourrait, (…) je pourrais venir avec lui consulter. »

E10 : « Si ça dure quelques jours ce n'est pas trop grave mais enfin si ça commence à faire 1 mois, 2 mois, 3 mois oui ça devient très grave moi je trouve ! » *(En parlant de troubles de l'érection ou de problèmes de sècheresse vaginale chez la femme)*

E13 : « Peut-être que je lui demanderai si euh je ne sais pas moi… Est-ce que je peux avoir des adjuvants ou des pilules ou n'importe quoi du viagra parce que j'ai rencontré quelqu'un. »

F- Freins à parler de sexualité à son médecin généraliste :

1- Les facteurs intrinsèques au médecin lui-même

a- Genre du médecin

i) La moitié pensaient qu'il était plus facile de parler de sexualité avec une personne du même sexe :

Mais cette moitié ne concernait quasiment que des femmes :

E9 : « Je pense que c'est peut-être plus facile de parler avec une femme qu'un homme de sexualité, à mon âge. (…) J'aurai l'impression d'être moins comprise avec un homme. »

E11 : « Oh surtout pas avec un homme ! (…) Ah non entre femmes on est plus à l'aise. D'ailleurs sans parler de sexualité je n'ai jamais eu de médecin homme, je n'ai jamais eu de gynécologue homme. Ah non on est plus à l'aise avec une femme surtout dans ce domaine. »

E14 : « J'ai toujours préféré avoir un généraliste femme (…). Donc je vais plutôt de ce côté-là. J'ai plus de facilité. »

Un homme a quand même émis des réticences à parler à un médecin femme de sexualité :

E12 : « Peut-être le fait que le médecin généraliste soit du sexe opposé ne me facilite pas forcément les choses. Un peu plus de timidité vis-à-vis d'une dame que d'un monsieur »

ii) Mais pour l'autre moitié, le genre du médecin n'avait pas d'importance

E10 : « Vous savez une femme docteur c'est comme un homme docteur, pour moi c'est un docteur. »
E13 : « Un médecin c'est un médecin. »
E15 : « : La question pour moi ne se pose pas parce que bon je suis tellement ouverte. (…) les deux aussi bien la femme qu'un homme »

b- Jeune âge du médecin

E12 : « Peut-être la timidité est plus grande par exemple vis-à-vis de vous qui êtes beaucoup plus jeune que moi (...) Donc quand la personne est encore plus jeune et ben je me dis même inconsciemment ben il y une telle différence d'âge qu'elle ne va pas comprendre. »

c- Contact avec le médecin :

E9 : « Parce qu'on avait des médecins avec qui on ne parlait pas. C'était froid. »
E11 : « C'est vrai que les médecins autrefois il y avait beaucoup plus de distance, moins de facilité de… de parole quoi. (…) J'avais un médecin là-bas en Normandie, (…) je n'aurai jamais pu parler de ça avec ce médecin. Enfin ça dépend de la personnalité en fait. » *(Personnalité du médecin)*
E14 : « Quand on est accueilli très sèchement ou très distant ça ne donne pas envie de se confier. Même ma gynécologue là elle est très gentille mais enfin elle est un peu distante. Les gens qui ne parlent pas beaucoup c'est vrai que ça ne met pas trop en confiance ou à l'aise. »

d- Nouveau médecin :

E7 : « si c'est quelqu'un que je vois une fois c'est sûr ça va être plus gênant »

2- Les facteurs dépendants du patient

a- Gène du patient

i) Intimité :

E1 : « Mais ces choses-là c'est un peu secret. »
E8 : « C'est quelque chose qui est très privé »
E12 : « Bon euh c'est un domaine qui reste sinon tabou du moins intime hein et les gens n'aiment pas trop parler de leurs problèmes dans ce domaine. »

ii) Pudeur

E11 : « C'est une question de pudeur. Moi personnellement c'est de la pudeur je ne pourrais pas parler trop ouvertement de ça (…) je serai assez gênée (…) A la campagne on était très pudique. On ne s'est jamais vus à poils avec mes frères et sœurs, et les parents n'en parlons pas. »
E12 : « Une certaine réserve naturelle hein, que j'ai parce que je ne suis pas un gros bavard »
E14 : « Pour lui. Je ne pense pas que, ... il préfèrerait rester dans l'état plutôt que d'en discuter. (…) par gène, par pudeur euh… il est pourtant assez ouvert mais enfin je crois que dans ces choses-là… » *(en parlant de son mari)*

iii) Question de génération :

Souvent reliée à la pudeur

E2 : « ça ne se faisait pas les gens de la campagne dans le temps. Faut voir les classes... enfin l'époque quoi »
E11 : « Vous voyez c'est une génération quand même… maintenant on est vraiment out of date ! (…) moi je suis d'une génération… je ne peux pas me confier au-delà d'une certaine limite »
E10 : « On faisait encore partie d'une génération où ça c'était tabou »

Intimité et pudeur liées à la génération sont des éléments qui sont revenus dans quasiment tous les entretiens.

b- Admettre ses faiblesses :

E12 : « Bon pour les hommes c'est euh… parler de trucs qui fonctionnent mal donc de faiblesse. (…) Donc on se fragilise en parlant de ses propres faiblesses quoi. »

c- Pas d'utilité

E8 : « Vous savez en tant que psychiatre on a suffisamment tourné ça dans la tête, analysé tout ça... que je vois pas du tout comment je pourrais parler de ça à un médecin généraliste. Qui en saurait moins que moi sur euh ... »
E9 : « je suis mal placée dans la mesure où je n'en ai pas besoin. (…) je ne me sens pas concernée de ce côté-là. »
E10 : « Non mais je n'ai pas de problèmes. Je n'ai jamais eu à parler de ce problème là à un docteur ou même à un ami ou autre. »

d- Non envisagé :

E2 : « : C'est une chose que je n'ai jamais envisagé. »
E7 : « Je n'imagine pas en tant que femme comment je pourrais être amenée à consulter. »
E9 : « Mais moi ça ne me serait jamais venu à l'idée d'en parler avec un médecin… Peut-être que c'est lié à mon époque. »

e- Recours non destiné aux femmes

Effectivement plus d'hommes ont déclaré consulter le médecin généraliste en cas de problèmes sexuels. Certaines femmes pensaient que les problèmes sexuels étaient masculins ou que les solutions à apporter par le médecin généraliste n'étaient destinées qu'aux hommes.
E7 : « Après c'est plus les hommes qui consultent quand ils ont des problèmes non ? (…) J'ai l'impression que les problèmes sexuels ça arrive plus quand on est jeune et qu'on ne connait pas encore son corps… (…) Moi maintenant je sais comment ça marche ! »
E15 : « Ben surtout les bonhommes hein. Mais chez les hommes je ne sais pas moi à partir de 60 ans je ne pense pas qu'ils vont souvent faire l'amour hein. »

G- Eléments facilitants pour parler de sexualité à son médecin généraliste :

1- Relationnel avec le médecin

a- Confiance

C'est l'élément qui est le plus revenu au cours des entretiens, la confiance en son médecin.

E2 : « c'est fonction de la cohésion qu'il puisse exister entre le praticien et le patient, c'est une histoire de confiance réciproque »

E10 : « Ben ça dépend de la confiance que vous avez dans votre docteur. »

E14 : « Il faut être en confiance il faut se sentir à l'aise. »

b- Bon contact

E5 : « Ça dépend comment on a un contact ensemble. (…) La façon dont elle me regarde, dont elle parle euh… et je dis facilement. Ce n'est pas un docteur, je veux dire… comme vous ! qui me ferait trembler »

E10 : « C'est toujours pareil hein, il y a une question de sensibilité. Soit votre docteur euh… le message passe ou il ne passe pas. Et ça vous savez le patient il le sent aussi tout de suite. »

E14 : « Ben déjà l'accueil, le physique ça compte ! « rires » la présentation est très importante je trouve. (…) Mais elle est très à l'écoute » *(son médecin généraliste)*

c- Médecin traitant

Souvent évoqué, le médecin traitant connu depuis des années permet de se confier plus facilement.

E5 : « Au docteur F. j'en parlerai. (*En évoquant son médecin traitant*) (…) ça fait 13 ans qu'on est ensemble. »

E7 : « Je suis assez à l'aise avec mon médecin traitant. Ça fait 30 ans que je l'ai »

E15 : « avec le Dr X, ben parce que ça a été mon médecin traitant jusqu'à ce qu'elle parte, j'avais de très très bons rapports. »

2- Facteurs intrinsèques au médecin

a- Age

L'âge du médecin a rarement été cité comme élément facilitant.

i) Jeune âge :

E9 : « J'aurai un médecin homme de votre âge en face, pour moi c'est un gamin ! Donc je lui parlerai de la même façon ! « rires » Et oui c'est lié à l'âge. »

E11 : « Certainement ce serait assez facile pour vous parce que vous êtes jeune, vous êtes… on sent bien que vous parlez facilement »

ii) Médecin plus âgé :

E11 : « Mais je préfère quand même parler de ça avec les personnes de ma génération. »

iii) Pas d'importance de l'âge :

E15 : « Je me dis si c'est un médecin c'est parce qu'il a fait des études, il sait déjà tout, il sait comment est la femme. »

b- Médecin spécialisé en sexologie

E8 : « : Ben si le médecin a une capacité en sexologie »
E10 : « Jusque-là ça ne s'est pas encore vu, ce n'est pas quelque chose qui est rentré dans la spécialité des docteurs d'aujourd'hui mais enfin ça peut évoluer. »

c- Secret médical :

E1 : « Il y a le secret médical (…) C'est toujours dans le cadre privé »
E16 : « Ça reste entre vous et moi. Je ne veux juste pas que ça s'ébruite, parce qu'après... »

H- L'abord de la sexualité par le médecin généraliste

1- Médecin versus patient : Qui doit aborder le sujet ?

a- C'est au patient d'aborder le sujet pour beaucoup des interrogés

Quasiment tous pensent que c'est d'abord au patient d'en parler s'ils en ressentent le besoin.
E1 : « Je pense que c'est plutôt le patient qui en parle au médecin quand il a des problèmes. »
E11 : « D'abord il faut que le patient lui en parle. Il faudrait qu'elle se confie à vous d'abord. »
E12 : « C'est au patient je pense d'avoir la lucidité et l'honnêteté et la franchise de dire voilà moi ça ne colle pas très bien. »

b- Selon la situation, c'est soit au médecin soit au patient d'aborder le sujet

E15 : « Ben ça dépend de comment ça se présente. Si le patient a des problèmes c'est au patient d'en parler au médecin. Si après on a des problèmes différemment, automatiquement le médecin il va nous poser des questions. »
E14 : « Ben je crois que c'est les deux un peu hein. Le médecin a sa part pour essayer d'amener la conversation là-dessus, poser la question… »

c- Pour certains c'est au médecin d'aborder le sujet

E7 : « Alors si moi il me pose la question, je ne vais avoir aucun problème à répondre, après aborder moi le sujet non. Initier le sujet … non. »
E10 : « Mais ils abordent le sujet parfois. (…) je n'étais pas très en forme, alors il m'avait posé la question. Il m'avait dit bon du côté de…. Ça va ? non mais tu es sûr ? »

2- Façon envisagée d'aborder le sujet :

a- En abordant les choses du côté spécialité (gynécologie-psychiatrie) :

E7 : « Peut-être me demander la dernière fois que vous avez vu votre gynécologue c'était quand ?... Est-ce qu'il y avait des soucis ? »
E8 : « Ben euh... si vous voulez en tant que psychiatre généralement vous l'abordez par le fantasme. »

b- Prise en charge globale

E13 : « Je dirais pendant que vous êtes là juste pour faire un petit check up on vérifie le reste. »
E14 : « On peut tout aborder puisqu'on parle de soi et ben ça va de la pointe des cheveux jusqu'à la pointe des pieds hein. On peut passer par tous les organes, et voir est ce que ça va de ce côté-là aussi. »

c- Prendre le temps

E15 : « En parlant délicatement au départ. Et puis après une fois que l'engrenage il est pris c'est bon ! »
E14 : « C'est à vous de poser la question euh… au bon moment quand on est bien détendu, quand on est bien chaud ! pas juste quand on arrive hein. »

d- Mettre à l'aise

E11 : « Faut mettre la personne à l'aise et en parler avec simplicité. »
E5 : « Je crois qu'elle me connait bien. En fait, euh… d'une façon qui ne me dérangerait pas. Liante, coulante, simple, euh… » (à la question : *et si c'était votre médecin qui abordait le sujet, comment souhaiteriez-vous qu'il le fasse)*

I- Les attentes envers le médecin généraliste en termes de sexualité

a- Connaissance de son patient, aide adaptée :

E5 : « Dr F. *(Son médecin traitant*) me poserait aussi d'autres questions auxquelles je pourrai répondre, et là ça lui donnerait un champ à voir comme elle pourrait peut-être me …. M'aider ! »

b- Information :

E7 : « : Ben des fois je me demande si, enfin comment ça se passe pour les autres personnes de mon âge. »
E12 : « Qu'il m'explique que je suis dans l'ordre naturel des choses. Comme diraient les philosophes grecs « faut être en harmonie avec la nature et le cosmos. » »
E15 : « Ben combien de temps ça va durer ?! voilà c'est ça ! »

c- Réassurance :

E7 : « Si j'avais un souci peut-être qu'il me rassure »
E12 : « A 75 ans j'ai des difficultés et moi je pense que c'est normal et j'attends du médecin qu'il me conforte dans mon opinion, qu'il me rassure. »

d- Premier recours :

E7 : « Si c'est pour des problèmes de sexualité mon médecin traitant. » *(À la question : A qui en parleriez-vous en premier ?)*
E14 : « ah ben oui on vient vous voir d'abord, puis après on est réorienté. »
E12 : « le médecin est le mieux à même pour parler de beaucoup de choses. »

e- Aide médicamenteuse :

E13 : « Peut-être que je lui demanderai si euh je ne sais pas moi. Est-ce que je peux avoir des adjuvants ou des pilules ou n'importe quoi du Viagra parce que j'ai rencontré quelqu'un ou je ne sais pas quoi. »
E14 : « Je ne sais pas. Le traitement mais voilà … »
E8 : « Le médecin généraliste peut peut-être donner des conseils pour les choses physiques de la sexualité avec l'âge, c'est à dire la sécheresse ces trucs-là. »

J- Réactions à la proposition d'une consultation dédiée à la sexualité

a- Une certaine réticence pour certains

E12 : « Euh pour moi il y aura une certaine réticence hein »
E13 : « Donc je ne sais pas comment ça ça peut s'intégrer dans une discussion parce que ça devient très personnel. Je… je ne sais pas du tout ce que pourraient en penser les personnes. Parce que vous touchez un domaine assez particulier »
E15 : « ça je n'aimerai pas. Non, non non. »

b- Une bonne idée pour beaucoup

10 des interrogés ont trouvé que cela pourrait être une bonne proposition, aucun n'ayant évoqué la proposition spontanément.
E1 : « Tout à fait. Il ne faut pas s'enfermer. Finalement ça fait partie de la vie ça »
E9 : « Moi je pense que ça peut aider des gens âgés, parce que justement ça doit les gêner. »
E14 : « Si ça peut faciliter … on ne connait peut-être pas tout ! Et ça pourrait peut-être en décoincer certains. C'est un sujet tabou. »

c- Certains ont approuvé l'idée mais… :

i) A la demande du patient

E11 : « oui mais ça ne peut être qu'à sa demande » *(à la demande du patient)*

ii) Sujet peu intéressant

E8 : « Pourquoi pas mais on est quand même à une époque où la sexualité ça n'intéresse plus grand monde. »

K- Autres propositions pour l'information sur la sexualité des séniors

Peu de propositions spontanées de la part des interrogés.

1- Pas de proposition car non concernés :

E10 : « Le problème c'est qu'il aurait fallu que je sois confronté à ce problème là pour que je puisse vous répondre parce que moi je ne vois pas quoi vous répondre. »

2- Groupe de parole :

Propositions spontanées.
E8 : « Ben je ne sais pas des groupes de parole sur la chose ça peut être intéressant »
E14 : « En groupe ça ne me plairait pas. Autant je vais à des ateliers pour un tas de choses, proposés par la mairie (…) mais parler de ça en public …. Etaler notre vie personnelle c'est quelque chose… moi je ne pense pas. »

3- Dépliants à déposer dans la salle d'attente (souvent suggéré à l'interviewé)

E7 : « Par exemple si j'avais ça ça pourrait être plus facile d'aborder le sujet. Je pourrais dire ah j'ai vu ça dans votre salle d'attente… »
E10 : « Pour l'information… Oui je pense que ce ne serait pas nuisible. Vous savez plus on éduque les gens mieux ça vaut. »
E12 : « Les dépliants d'information oui, ça peut … on peut informer sur certaines choses. »

L- Vécu de l'entretien

Tous les patients ont relativement bien vécu l'entretien selon leurs dires.

1- Points positifs :

a- Réassurance

E1 : « Je ne sais pas est ce que c'est votre façon de parler, votre … oui peut être votre façon de parler qui rassure les gens. »
E5 : « Ben facilement, rien ne m'a… ou choqué ou embarrassé. Vous avez le … savoir. »
E12 : « C'était tout à fait de bon gout. Parce que là aussi on peut euh dans ce domaine-là, déraper hein…Donc c'était très bien. Moi je ne me suis jamais senti gêné par vos questions. »

b- Entretien décontracté

E7 : « Vous êtes agréable, vous mettez à l'aise. »
E9 : « Ah moi très bien ! toute façon très décontractée, à l'aise euh sans problèmes ! »
E14 : « Très bien, très sympathique, pas stressant. »

c- Pas d'obligation de réponse :

E1 : « D'ailleurs je n'étais pas obligé d'accepter donc ça c'est très important. »

d- Première approche de la sexualité par un professionnel de santé

E1 : « Et puis c'est la première fois que j'ai un entretien comme ça avec un médecin. »

2- Un sujet comme un autre

E13 : « C'est un sujet comme un autre. On peut parler de Bordeau ou de golfe ... »
E15 : « C'est des choses tout à fait banales, c'est la vie ! »
E10 : « Il m'en faudrait beaucoup plus que ça hein pour me traumatiser ! »

3- Un thème d'actualité

E13 : « C'est un thème qui est d'actualité. (…) . Quand je joue au golf je vois bien des femmes qui, la séduction elle est toujours là, depuis le début de l'humanité hein. Il y en a un qui s'est fait avoir mais alors dans les pleines largeurs c'est Adam hein ! »

DISCUSSION

I. Validité interne de l'étude

A. Qualité méthodologique

Le choix de la méthode qualitative s'est imposé devant la question de recherche où le but était de comprendre un phénomène, d'appréhender les attentes, les ressentis. La force de la recherche qualitative est de donner un aperçu du comportement et des perceptions d'une population et permet d'étudier leurs opinions sur un sujet particulier. Elle est particulièrement adaptée lorsque les facteurs observés sont subjectifs et difficiles à mesurer, ce qui est le cas dans notre étude. (11)(18)

L'abord de la sexualité étant un sujet qui peut être délicat, il a été décidé de ne pas mener d'entretien de groupe mais des entretiens individuels semi-dirigés. Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage. Cette méthode permet aux participants de parler assez librement sans crainte d'un jugement éventuel dès lors où la mise en condition se fait correctement. Rencontrer chaque participant a permis d'instaurer un climat de confiance. Aucun entretien n'a été réalisé par téléphone ou autre intermédiaire. (19)

Le mode semi-directif permettait de mener un entretien en face à face à l'aide d'un guide dont les questions ouvertes pouvaient être abordées dans le désordre. C'était à l'investigateur à s'adapter à ce que disait l'interviewé, à relancer quand cela paraissait utile sans influencer ses réponses. L'entretien semi-directif donnait plus de liberté à l'enquêteur (par rapport à l'entretien directif) avec pour la personne interviewée la possibilité de partager son expérience et d'exprimer son ressenti.

En Hospitalisation, il n'y avait pas d'intermédiaire puisque le recrutement se faisait sur l'âge et après réalisation d'un MMSE par une psychologue qui n'évoquait jamais le sujet avec les patients.

En cabinet et devant le sujet sensible, passer par un intermédiaire de confiance paraissait adapté. L'intermédiaire n'a pas directement parlé du sujet aux patients sélectionnés, mais a permis un échantillonnage raisonné.

Le but était d'avoir un échantillon varié qui tend vers la variation maximale.

Il a été décidé de ne pas publier les entretiens en entier car même si la compréhension du matériau est plus limitée sur des extraits d'entretiens, il semblait que publier les entretiens dans leur totalité allait en partie à l'encontre de l'anonymat.

Les retranscriptions présentaient sous forme écrite les données orales ou visuelles des entretiens. Elles ont été réalisées mots pour mots par l'investigateur au fur et à mesure des entretiens. Le codage ouvert consistait à passer de données brutes du matériel de recherche à la création de codes/nœuds non préétablis, en lien avec la question de recherche. Le codage a été réalisé par l'investigateur au fil des entretiens jusqu'à la saturation des données.

B. Les Biais

1- Biais de recrutement :

Du fait de la rigidité organisationnelle liée à la méthodologie des entretiens individuels, nous devions sélectionner des participants proches d'un lieu de rencontre adéquat.
Le fait de diversifier les modes de recrutement a permis d'avoir un échantillon large de la population.

Une partie des entretiens s'est déroulée dans un cabinet de médecine générale. Le recrutement s'est fait par téléphone directement par l'enquêteur, auprès de patients préalablement sélectionnés dans la patientèle informatisée du cabinet, sur leur âge et leurs capacités cognitives. Un biais a pu intervenir à cette étape puisque le médecin généraliste a sélectionné lui-même des patients qui seraient susceptibles d'accepter de participer au projet de recherche et en bon état général.
Les entretiens se déroulaient dans la salle de consultation, en dehors des horaires de consultation, en toute intimité.

D'autres participants ont été interrogés en clinique, lors d'une hospitalisation. Le recrutement s'est fait après interrogation sur leur âge, obtention de leur MMSE (fait de manière systématique par la psychologue du service) et de leur accord pour participer à l'étude.
Les entretiens se sont ensuite déroulés directement au lit du patient.

Même si en approche qualitative, la représentativité n'est pas nécessaire, nous souhaitions que notre échantillon soit le plus caractéristique de la population pour permettre une plus grande diversité.

2- Biais d'investigation :

La manière d'interroger l'interviewé (e) a pu influencer sa réponse. L'investigatrice a pu induire des résultats notamment lors des premiers entretiens, avant de perfectionner le guide d'entretien et la manière de mener les entretiens.

3- Biais d'interprétation :

Le recueil et l'analyse des entretiens ont été réalisés par la même personne. Il n'y a donc pas eu de double codage. De plus, la validité interne d'une recherche qualitative consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité. Une des façons d'y parvenir est de recourir à la technique de triangulation des sources et des méthodes. La triangulation permet de comparer les résultats obtenus à partir d'au moins deux techniques de recueil de données (exemple : entretiens et observations), ou plus simplement d'au moins deux sources données (exemple : entretiens avec étudiants et enseignants) ce qui n'a pas été fait dans cette étude. (11)

4- Biais d'information :

Certains participants, par gêne, par manque de temps, par oubli ou par mauvaise compréhension des questions, n'ont sûrement pas fourni certaines informations qui auraient pu être utiles pour approfondir la question de recherche. Il est possible que certains participants aient donné des réponses socialement valorisantes au lieu d'exprimer leurs opinions et leurs propres représentations. Dès lors qu'une exigence de sincérité était exigée, le discours des participants devenait parfois labile et contradictoire.

Certaines caractéristiques personnelles de l'enquêteur (âge, sexe, profession, statut social, traits de personnalité etc.) venaient se confronter à celles du participant avec lesquelles ils interagissaient. (20)

II- Validité externe de l'étude/confrontation aux données de la littérature

A- Rapport à la sexualité après 75 ans

1- Facteurs favorisant l'absence ou la baisse de sexualité

On connaît les différents facteurs altérant la sexualité chez les sujets âgés, évoqués par les patients interviewés, bien retrouvés dans la littérature :

iii) Les problèmes de santé (3) (21) (27) : problèmes cardio-vasculaires, arthrose, dépression, problèmes prostatiques, et polymédication.

iv) Des problèmes pratiques comme la perte du partenaire sexuel (22), le mauvais état de santé du partenaire sexuel (23), l'institutionnalisation d'un des 2 partenaires (non évoqué dans les entretiens menés) (24)

v) Les dysfonctions sexuelles survenant dans les 2 sexes (25) (26) liées au vieillissement physiologique. Chez l'homme cela se traduit par des problèmes érectiles (érection plus lente et moins rigide), une baisse des pulsions et de la sensibilité génitale, et des problèmes psychologiques avec anxiété anticipatoire de l'échec (cercle vicieux).
Chez la femme cela comprend la diminution de la lubrification vaginale et la perte de l'élasticité de la paroi vulvo vaginale entrainant des douleurs lors des rapports.

Une étude menée au Royaume Unis sur 69 personnes âgées de 50 à 92 ans a montré que toutes les personnes interrogées accordaient ou ont accordé une importance importante à la sexualité dans leur vie. Cependant, des obstacles ont conduit à une moindre activité sexuelle. Comme décrit au-dessus, les principaux freins retrouvés ou facteurs prédisposants d'absence de sexualité étaient, comme dans notre étude, des problèmes de santé et le veuvage (23).

Ces résultats laissent suggérer que l'abord systématique par le médecin généraliste du retentissement des pathologies chroniques sur la sexualité pourrait représenter une porte d'entrée dans la prise en charge en santé sexuelle.

2- Une sexualité toujours présente

Dans notre étude, et ce malgré que nous n'ayons pas le même nombre de femmes et d'hommes recrutés, près de la moitié des personnes interrogées ont une activité sexuelle ou envie de relations sexuelles. Ce qui correspond relativement bien à ce que Bretschneider et Mc Coy ont montré dans une étude explorant le comportement sexuel de 100 hommes et 102 femmes âgés de 80 à 102 ans. Celle-ci montrait que 62% des hommes et 30% des femmes avaient des relations sexuelles. (2)

La présence de sexualité correspond chez beaucoup à un bien être. Et à l'opposé on a vu que l'absence de sexualité, essentiellement dans le cas où elle est due à une capacité sexuelle diminuée, entraine une baisse de moral. Ces résultats correspondent à une étude menée par Jackon SE. en début d'année 2019 montrant que la baisse d'activité sexuelle chez les séniors était corrélée avec un bien-être moins bon que chez les autres. (8)

Cette notion de bien être lié à la sexualité est à relier au rôle du médecin généraliste qui, comme dit précédemment, doit garantir le bon état de santé de ses patients, dont la santé sexuelle. Et selon l'OMS la santé correspond à un état de complet bien-être physique, mental et social. (1)

B- Les interlocuteurs privilégiés

1- Le médecin généraliste

i) Le premier interlocuteur professionnel

Le médecin généraliste était désigné comme le premier interlocuteur professionnel des patients en cas de troubles sexuels, et même pour certains le seul interlocuteur pour parler de problèmes en lien avec la sexualité. (28)
Cette position nécessitait une meilleure formation des professionnels en sexologie et des connaissances professionnelles de l'évolution sexuelle au fil du vieillissement. (29)
Parmi la population des sexologues en France, les médecins généralistes sont déjà prépondérants. (9)

Pour d'autres en revanche, et ce malgré une relation de confiance établie et l'aisance déclarée pour parler de sexualité, ils considéraient que le médecin n'était pas compétent dans ce domaine et qu'il était uniquement là en premier recours pour ensuite adresser le patient vers le spécialiste considéré comme plus apte. (30)

Au-delà de la formation en communication dispensée dans le cadre des études pour l'obtention du DES de médecine générale, une formation spécifique en santé sexuelle pourrait être envisagée afin que les médecins acquièrent des connaissances plus approfondies sur le sujet. Certaines facultés proposent une formation de sexologie de quelques heures, et on retrouve des cours gratuits en ligne type « MOOC » (*la santé sexuelle pour tous*) qui permettent d'acquérir une approche globale de la santé sexuelle.

ii) Les attentes des patients envers leur médecin généraliste

La réassurance apparaissait comme essentielle, et celle-ci passait par l'explication des modifications physiques et psychologiques liés à l'âge. (27) L'évolution des représentations « classiques » (du sujet plus jeune) en termes de sexualité apparaît indispensable.

L'information, la réassurance et les aides médicamenteuses sont les principaux éléments qui ressortent dans notre étude.

De par son rôle de proximité, de suivi, d'information, et de polyvalence (prise en charge du patient dans sa globalité), le médecin généraliste doit être à même de répondre à ces demandes en termes de sexualité. (ANNEXE 4, compétences du médecin généraliste).

2- Les autres interlocuteurs envisagés : amis/famille/conjoint

Il est retrouvé dans les entretiens une absence d'éducation sexuelle par les parents, en lien avec un fort tabou générationnel. La sexualité pendant longtemps était un sujet réservé à la vie privée, intime dont on ne parlait pas. Ce tabou était dicté par la religion et les règles sociales (même si la religion n'a pas été évoquée dans nos entretiens).

Des constations similaires à celles relevées au sein de la structure familiale étaient observées au niveau des cercles de relations amicales et amoureuses des participants. Ce thème de la sexualité

reste difficile à aborder en public pour les personnes de cette génération, tant il touche à la sphère intime de chaque individu et de chaque couple.
Selon Charlotte Mémin, psychologue née en 1918 : « Les gens très âgés ont été conditionnés par cette notion : la pudeur. C'est-à-dire « la honte, la gêne qu'une personne éprouve à envisager des choses de nature sexuelle ou devant ce que sa dignité semble lui interdire » ». (31)

Cette notion de pudeur liée à la génération mais aussi à la provenance (milieu rural) semblait être un frein à la communication dans le couple et en famille lors de notre étude. Nous avons observé une communication meilleure entre amis.

C- L'abord de la sexualité par le médecin généraliste

1- Les freins des patients

Les barrières principales évoquées empêchant les personnes de discuter de santé sexuelle avec leur médecin généraliste étaient **la gêne/la honte, l'âge et le genre du médecin**. (7)(30)
Certaines personnes préférant parler de ce sujet à un médecin du même âge et du même sexe qu'elles.
Les interviewés de l'étude ont évoqué que la santé sexuelle appartenait à la vie privée, à une intimité qui pour certains ne regarde pas le médecin généraliste. Dans la littérature, l'idée que la santé sexuelle est un **sujet intime** faisant partie de la vie privée est très présent. (30)

On retrouvait également dans les freins **l'attitude du médecin** : un médecin froid ne donnant pas la place à la confidence et aux sujets touchant à l'intimité.

Les séniors considèrent souvent que certains **troubles sexuels sont normaux pour leur âge** et n'osent pas déranger le médecin (27), d'autres encore manquent de sensibilisation sur les recours possibles en cas de problèmes sexuels et jugent qu'il s'agit plus d'une **affaire de spécialistes**. (30)

Certains interrogés ne trouvaient tout simplement **pas l'utilité** de consulter puisqu'ils n'avaient pas de problèmes ou considéraient les problèmes sexuels comme « non graves ».

Dans beaucoup d'études faites sur le sujet de l'abord de la sexualité par le médecin généraliste, le médecin était vu comme une personne pressée dont le temps était compté, avec une forte charge de travail. C'est ce que l'on retrouve dans l'article '*The challenge of talking about sex : The importance of patient-physician interaction'*, (37) dans lequel les patients ont décrit plusieurs barrières à l'abord de la santé sexuelle comme la sensation que leur médecin généraliste n'avait pas le temps de discuter de ce sujet avec eux. Cette donnée n'a pas été retrouvée dans nos entretiens.

2- Les éléments facilitants

Au-delà des techniques pour aborder le sujet, c'était le type de **relation médecin-patient** instauré qui avait le plus d'importance pour les personnes interrogées.
La confiance était quelque chose de primordial, et qui est beaucoup revenue dans les différents entretiens, pour pouvoir parler de sexualité avec leur médecin.

Cela sous-entendait souvent l'existence d'une relation ancienne, qui avait permis au médecin et au patient d'apprendre à se connaitre. Cela permettait de laisser de côté certains tabous autour de la sexualité.

Les personnes interrogées accordaient aussi de l'importance au cadre professionnel de la consultation et plus particulièrement au respect du secret médical. Plusieurs revues de la littérature mettaient en évidence cette nécessité de rappeler au patient la confidentialité de la discussion pour favoriser le dialogue. (32)(33)

La relation de confiance entre le médecin généraliste (souvent médecin traitant du patient) et son patient est essentielle, surtout dans le domaine de la sexualité qui est considérée comme un sujet intime.
Il semble important de pouvoir reconvoquer certains patients venant consulter en couple (ou avec d'autres accompagnants) afin de favoriser la discussion.

Enfin, l'attitude générale du médecin contribuait aussi à faciliter le dialogue et à les mettre en confiance. Ils appréciaient que le médecin se montre ouvert et souriant pour ne pas craindre un jugement négatif. Althof SE soulignait l'importance de cette posture neutre, empathique et sans jugement pour renforcer l'alliance thérapeutique. (32)

Afin de rompre certaines barrières et de limiter la gêne des patients le rôle du médecin généraliste est donc d'instaurer une relation de confiance avec ses patients et d'adopter une attitude propice à la discussion : prendre le temps, adopter une posture accueillante, sans jugement et empathique.

3- Qui doit aborder le sujet et comment ?

Une thèse réalisée par Bartoli Sandra, présentée à Poitier en 2004, retrouve à peu de choses près les mêmes résultats que notre étude, alors qu'il s'agissait d'une thèse réalisée chez des hommes jeunes. Quelque soit l'âge des patients et leur sexe, les techniques de communication et d'abord de la sexualité semblent être les mêmes. (34) (ANNEXE 5)

Les réponses quant à l'abord de la sexualité par le médecin généraliste sont assez partagées. Entre attitude active ou passive, les avis des personnes étaient assez divergents. Beaucoup précisaient quand même que c'était plutôt au patient d'aborder le sujet en cas de problème en termes de sexualité, même si non obligatoire. C'était la confiance établie qui autorisait le médecin à poser des questions puis la réaction du patient qui l'amenait ou non à poursuivre.
De nombreux auteurs insistaient sur la notion de permission du patient avant de poser ces questions. (32)(33)(35)

Toutes ces études se sont basées sur un modèle nommé *PLISSIT* proposant des étapes à respecter pour le dépistage des besoins en santé sexuelle (ANNEXE 6). Nous pouvons faire le parallèle entre ce modèle et les étapes clés, pour aborder la sexualité, dégagées de notre analyse. (36)

L'étude a montré que les personnes préféraient aborder la sexualité d'eux-mêmes en cas de problème, même ceux qui se déclaraient « à l'aise » pour parler de sexualité.

Les différentes suggestions sur la manière d'aborder la santé sexuelle étaient de parler de prise en charge globale, de prendre le temps et de mettre à l'aise son patient, tout en rappelant le secret médical. (32)

D- Perspectives d'avenir

1- Stratégie nationale en santé sexuelle

L'agenda 2017-2030 décrivant la stratégie nationale de santé sexuelle s'intéresse à la santé sexuelle des personnes âgées. Il a pour objectifs de favoriser le regard de la société sur l'existence de la sexualité des personnes âgées et des personnes en situation de handicap et de faciliter les rencontres et la vie sociale tout en préservant l'intimité et le respect de chaque individu. (38)

Pour ce faire, est prévu : *(extrait)*

vi) D'élaborer des référentiels de bonnes pratiques relatives à la vie privée, au respect de la liberté et de la dignité des personnes, à destination des personnels intervenant dans les institutions hébergeant des personnes âgées et des personnes handicapées.

vii) **D'élaborer des référentiels pour les professionnels de santé afin d'accompagner les femmes et les couples à l'apparition des dysfonctionnements sexuels liés à l'âge.** (38)

D'autres éléments sont prévus dans les établissements d'hébergement pour les patients et pour le personnel soignant, mais très peu de stratégies sont prévues pour la médecine de ville, donc pour des patients plus autonomes.

2- Consultation dédiée

L'idée d'une consultation dédiée a été proposée dans nos entretiens, et relativement bien accueillie par la plupart des interrogés, mais en insistant encore une fois sur le fait qu'il s'agissait d'un sujet tabou pouvant induire une gêne de la part des patients, et donc de l'importance de mettre à l'aise et d'instaurer une relation de confiance médecin-patient.

3- Brève communication relative à la sexualité (BCS)

L'OMS essaye d'améliorer la qualité de l'offre de santé sexuelle en orientant la formation des professionnels de santé dans la BCS (40).

Les recherches et les consultations menées ces dernières décennies ont montré que la communication en matière de sexualité est une question urgente sur laquelle il faut se pencher. Alors que les patients souhaiteraient aborder des questions de santé sexuelle avec leurs prestataires de soins de santé, ceux-ci ne possèdent souvent ni la formation, ni les connaissances nécessaires pour y répondre.

Les recommandations du guide de l'OMS « *COMMUNICATION BRÈVE RELATIVE À LA SEXUALITÉ (CBS)- Recommandations pour une approche de santé publique* » visent à donner aux responsables de l'élaboration des politiques et aux décideurs des établissements de formation en santé, des

indications sur la mise en œuvre par les soignants de compétences de *counselling* (conseil), en vue de traiter les problèmes de santé sexuelle dans le cadre des soins de santé primaires.

L'OMS recommande de former les prestataires de soins de santé en les dotant de connaissances sur la santé sexuelle et de compétences en matière de communication brève relative à la sexualité. (40)

CONCLUSION

La santé de façon générale comprend la santé sexuelle. La sexualité est au cœur de notre quotidien et participe de manière générale au bien-être.

Cette étude, menée sur une population âgée de plus de 74 ans, cherchait à déterminer la place du médecin généraliste dans les troubles de la sexualité, et évaluer de quelle manière celui-ci pourrait aborder les choses, tout en tenant compte des freins et des éléments facilitants évoqués par les patients.

La demande d'abord en santé sexuelle existe. Pour satisfaire les attentes des séniors et faciliter le dialogue, les médecins généralistes doivent instaurer une relation de confiance, de respect et de confidentialité ainsi qu'adopter une attitude bienveillante.
Ils pourraient aborder le sujet dans le cadre d'une prise en charge globale, attendue par les patients, avec l'utilisation de questions ouvertes.

Le médecin généraliste pourrait informer que ce sujet fait partie de son champ d'action et pourrait suggérer au patient de se tourner vers lui en cas de besoin sur la santé sexuelle. Avant d'aborder un sujet sensible comme la santé sexuelle, en particulier chez les séniors qui évoquent beaucoup la pudeur due à une question générationnelle, les interviewés ont suggéré de rappeler le secret médical et la possibilité de consulter seul.

La mise à disposition de dépliants en salle d'attente informant des compétences du médecin généraliste en santé sexuelle et présentant certaines informations sur la sexualité des séniors, pourrait être un outil intéressant montrant aux patients qu'il est possible d'en parler avec lui.

Au-delà de la formation en communication dispensée dans le cadre des études pour l'obtention du DES de médecine générale, une formation spécifique en santé sexuelle pourrait être envisagée afin que les médecins acquièrent des connaissances plus approfondies sur le sujet.
Certaines facultés proposent une formation de sexologie de quelques heures, et on retrouve des cours gratuits en ligne type « MOOC » (*la santé sexuelle pour tous*) qui permettent d'acquérir une approche globale de la santé sexuelle.

Des consultations dédiées pourraient permettre de créer un cadre favorable à l'abord de la santé sexuelle en médecine générale.

Enfin, une étude quantitative permettrait de tester un outil de communication élaboré à partir des amorces proposées par nos participants afin d'évaluer la pertinence et l'acceptabilité d'un tel outil à grande échelle. De tels outils existent déjà (EX-PLISSIT ou BETTER) pour d'autres spécialités, et il serait intéressant de le développer pour la médecine générale.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Santé sexuelle [Internet]. WHO. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/

2. Bretschneider JG, McCoy NL. Sexual interest and behavior in healthy 80- to 102-year-olds. Arch Sex Behav. avr 1988;17(2):109-29.

3. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. N Engl J Med. 23 août 2007;357(8):762-74.

4. INSEE. Population par sexe et groupe d'âges en 2018. 2018. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474

5. COUSSEAU Leila. *Des représentations aux résistances des médecins généralistes à aborder la sexualité avec leurs patients âgés.* UNIVERSITÉ TOULOUSE III, 2015. EM-Consulte.

6. Temple-Smith M, Hammond J, Pyett P, Presswell N. Barriers to sexual history taking in general practice. Aust Fam Physician. 1996 Sep;25(9 Suppl 2):S71-4.

7. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. «Opening a can of worms»: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. Fam Pract. 2004;21(5):528-36.

8. Jackson SE, Firth J, Veronese N, Stubbs B, Koyanagi A, Yang L, et al. Decline in sexuality and wellbeing in older adults: A population-based study. J Affect Disord. 15 2019;245:912-7.

9. Giami A, Chevret-Méasson M. Les professionnels de la sexologie en France: quelques évolutions. Premiers résultats de l'enquête nationale (2009). Sexologies. oct 2009;18(4):238-42.

10. Giami A. Chapitre 8: La spécialisation informelle des médecins généralistes: l'abord de la sexualité. In: Bloy G, Schweyer F-X. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale. Rennes: EHESP;2010. p. 147-67

11. Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann L., Lehr-Drylewicz A.-M., Imbert P., et Letrillart L., « Introduction à la recherche qualitative », no 84, 2008.

12. Lessard-Hebert M., Boutin G., et Goyette G., *La recherche qualitative : fondements et pratiques*, De Boeck Supérieur. 1997.

13. GMC Groupe Marketing Consultant, « Focus groupe et entretien individuel : 2 moyens de recueil des données possédant des vocations distinctes », février 2008.

14. Frappe P., « De la question au type d'étude », in *Initiation à la recherche*, Mayenne : GMSanté et CNGE, 2011.

15. Britten N., « Qualitative research : qualitative interviews in medical research », no 311, p. 25 -253, BMJ, 1995.

16. Frappe P., « De l'objectif au protocole », in *Initiation à la recherche*, Mayenne : GMSanté et CNGE., 2011.

17. Cote L. et Turgeon J., *Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine*, Pédagogie médicale. 2002.

18. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. Rev Méd Suisse. 2004;(2497):24011

19. Imbert G., « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », Rech. Soins Infirm., no 102, p. 23-34.

20. Régnier J-C. L'enquête par entretien et quelques biais possibles. Méthodes qualitatives. Master 1 de sciences de l'éducation. [Consulté le 28 janvier 2014]. Disponible sur: http://jean-claude.regnier.pagesperso-orange.fr/joao_claudio/4PA16402/Entretien_biais.pdf

21. S. T. Lindau et N. Gavrilova, « Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health : evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing », *BMJ*, vol. 340, p. c810, mars 2010.

22. K. Baldwin, P. Ginsberg, et R. C. Harkaway, « Under-reporting of erectile dysfunction among men with unrelated urologic conditions », *Int. J. Impot. Res.*, vol. 15, n° 2, p. 87-89, avr. 2003.

23. M. Gott et S. Hinchliff, « How important is sex in later life? The views of older people », *Soc. Sci. Med. 1982*, vol. 56, n° 8, p. 1617-1628, avr. 2003.

24. M. Ehrenfeld, G. Bronner, N. Tabak, R. Alpert, et R. Bergman, « Sexuality among institutionalized elderly patients with dementia », *Nurs. Ethics*, vol. 6, n° 2, p. 144-149, mars 1999.

25. A. Morgentaler, « A 66-year-old man with sexual dysfunction », *JAMA*, vol. 291, n° 24, p. 2994-3003, juin 2004.

26. A. J. Huang, J. Luft, D. Grady, et M. Kuppermann, « The day-to-day impact of urogenital aging: perspectives from racially/ethnically diverse women », *J. Gen. Intern. Med.*, vol. 25, n° 1, p. 45-51, janv. 2010.

27. Ribes G, Costa P. Sexualité et vieillissement : comprendre et anticiper les évolutions. Lyon, France, Canada : Chronique sociale ; 2009. 144 p.

28. Costa P, Avances C. Dysfonction érectile : connaissances, souhaits et attitudes. Résultats d'une enquête française réalisée auprès de 5099 hommes âgés de 18 à 70 ans. Prog Urol. 2003;13(1):85–91.

29. Dupras A, Viens MJ. L'éducation à la sexualité des aînés : éléments de sexogérontagogie. J.sexol. 16 sept 2008;17(3):135-42.

30. Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. Fam Pract. 2003 Jan 12;20(6):690-5.

31. MEMIN C. (2001), « Sexualité, affectivité, sensorialité et grand âge », Gérontologie et société, vol. 98, n°3, pp. 189-196.

32. Althof SE, Rosen RC, Perelman MA, Rubio-Aurioles E. Standard Operating Procedures for Taking a Sexual History. J Sex Med. 2013;10(1):26-35.

33. Nusbaum MR, Hamilton CD. The proactive sexual health history. Am Fam Physician. 2002 Nov 1;66(9):170-22.

34. Bartoli S. Aborder la sexualité en médecine générale : Attentes, opinions et représentations des hommes. Enquête qualitative menée par seize entretiens semi-directifs en Charente-Maritime et en Côtes d'Armor. [Thèse Méd]. Université de Poitiers; 2015.

35. Sinha A, Palep-Singh M. Taking a sexual history. Obstet Gynaecol Reprod Med. 2008 Feb;18(2):49-50.

36. Annon JS. The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. Ed Ther. 1976;2(2):1-15.

37. Brandenburg U, Bitzer J. The challenge of talking about sex: The importance of patient–physician interaction. Maturitas. 2009;63(2):124-7.

38. Ministère des affaires sociales et de la santé – *stratégie nationale en santé sexuelle, agenda 2017-2030*. Disponible sur: https://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

39. Pennac D. Journal d'un corps. Editions Gallimard; 2014. 273 p. extrait « *66 ans, 10 mois, 24 jours* »

40. OMS. Communication brève relative à la sexualité (CBS) . **guide mai 2015** Disponible sur : https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexuality-related-communication/fr/

ANNEXE 1
Guide d'entretien définitif
(Les items en italiques ne sont pas lus aux personnes interrogées)

Je suis Delphine SAROUX, interne en médecine générale à Nice. Dans le cadre de ma thèse, j'effectue un travail sur les attentes des séniors dans le domaine de la sexualité envers leur médecin généraliste.
Pour cela je réalise une enquête auprès de patients âgés de plus de 75 ans pour comprendre quelles questions ils se posent sur leur sexualité, où cherchent-ils des informations mais surtout qu'est-ce qu'ils attendent de leur médecin généraliste et comment souhaitent-ils que le sujet soit abordé.
Leurs suggestions pourront faire émerger des idées nouvelles afin d'améliorer leur prise en charge.
L'entretien est enregistré mais l'enquête est anonyme, aucune personne ne sera mentionnée dans ce travail. Si certaines questions vous gênent, vous n'êtes en aucun cas obligés d'y répondre.

1- Données quantitatives

Age – Sexe- Statut marital- Conditions de vie/ Enfants
Statut cognitif (MMSE)

2- Histoire personnelle

- Quelle place occupe la sexualité dans votre vie ? (*santé - bien être - humeur générale*)
- Actuellement comment se passe votre vie sexuelle ? (*désir - pratique- interrogations- limites*)
- Quels sont les questionnements que vous vous posez? Pour quels **motifs** pourriez-vous consulter en terme de sexualité ? (*possibilité de déduire si pas intéressé, par exemple, veuvage, maison de retraite avec difficulté de rencontre...)*
- Vers qui vous êtes-vous tourné pour en parler? (*amis - médecin généraliste- gynécologue- urologue- IDE.... documentation personnelle – internet*)
- Quel souvenir en avez-vous gardé ? (*si Consultation chez le médecin, quelles remarques pouvez-vous faire ?*)
- Avec qui vous sentiriez le plus à l'aise pour en parler ?

3- Place du médecin généraliste

- Quelles sont les freins à parler de la sexualité avec votre médecin ?
- Quels sont les éléments facilitants ?
- Comment le genre du médecin (H/F) influencerait votre façon d'aborder votre sexualité ?
- Comment souhaiteriez-vous que votre médecin aborde le sujet ? (*Qui ? vous ou le médecin - De quelle manière?*)
- Quelles questions aimeriez-vous qu'il vous pose? *(attentes)*
- Comment pourrait-il vous aider ? Sous quelle forme ? (*médicamenteuse / écoute*)
- Quelles informations aimeriez-vous obtenir à propos de la sexualité ?

4- Suggestions – Perspectives d'amélioration

- Que penseriez-vous si votre médecin vous proposait une consultation dédiée à la sexualité ?
- En dehors, d'une consultation médicale, comment le médecin pourrait aider les séniors ?
- Pourriez-vous imaginer parler de sexualité autrement ? C'est-à-dire sous une forme que lors d'une consultation avec un médecin ? (*cliniques dédiées? dépliants? groupes de paroles …)*
- Comment avez-vous vécu cet entretien ?

ANNEXE 2
MMSE

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E)	Etiquette du patient
Date :……. Evalué(e) par : …… Niveau socio-culturel ……..	

ORIENTATION

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? ……

☞ *Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :*

	!0ou1!		!0ou1!
1. en quelle année sommes-nous ?	!____!	4. Quel jour du mois ?	!____!
2. en quelle saison ?	!____!	5. Quel jour de la semaine ?	!____!
3. en quel mois ?	!____!		

☞ *Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.*

6. Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ? !____!
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? !____!
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? !____!
9. Dans quelle province ou région est situé ce département ? !____!
10. A quel étage sommes-nous ici ? !____!

APPRENTISSAGE

☞ *Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure.*

11. Cigare		[citron		[fauteuil	!____!
12. fleur	ou	[clé	ou	[tulipe	!____!
13. porte		[ballon		[canard	!____!

Répéter les 3 mots.

ATTENTION ET CALCUL

☞ *Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

14. 93 !____!
15. 86 !____!
16. 79 !____!
17. 72 !____!
18. 65 !____!

☞ *Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :* « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

RAPPEL

☞ *Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?*

19. Cigare		[citron		[fauteuil	!____!
20. fleur	ou	[clé	ou	[tulipe	!____!
21. porte		[ballon		[canard	!____!

LANGAGE

22. quel est le nom de cet objet? Montrer un crayon. !____!
23. Quel est le nom de cet objet Montrer une montre !____!
24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » !____!

☞ *Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant :* « écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » (consignes à formuler en une seule fois) :

25. prenez cette feuille de papier avec la main droite. !____!
26. Pliez-la en deux. !____!
27. et jetez-la par terre ». !____!

☞ *Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :*

28. «faites ce qui est écrit ». !____!

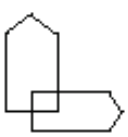
☞ *Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :*

29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » !____!

PRAXIES CONSTRUCTIVES.

☞ *Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :*

30. « Voulez-vous recopier ce dessin ». !____!



SCORE TOTAL (0 à 30) !____!

Service de Gérontologie – 10 décembre 2007. 1/2

ANNEXE 3

Formulaire de consentement éclairé

ACCORD ECRIT DE PARTICIPATION A UNE OBSERVATION DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Je soussigné(e)....., domicilié(e)
.....,
accepte de participer à la thèse d'exercice de docteur en médecine de SAROUX Delphine, Interne en médecine générale à l'Université de NICE, ayant pour thème
« Des réticences aux attentes des patients âgés de plus de 74 ans en termes de sexualité. Place du médecin généraliste. »
lors d'un entretien enregistré le .....

Je déclare avoir été informé de façon loyale et claire que cet entretien est confidentiel.
J'accepte que l'intégralité de cet entretien anonymisé soit retranscrite et que les données soient utilisées dans le cadre exclusif de cette thèse et d'une publication scientifique.
Pour veiller à la bonne application de la réglementation, le CHU de Nice a désigné un Délégué à la Protection des Données (DPO) que vous pouvez joindre à l'adresse mail dpo@chu-nice.fr et qui pourra répondre à toutes vos questions concernant la protection des données personnelles.

J'ai noté que je pouvais retirer mon consentement à tout moment en écrivant au DPO par mail ou par courrier à A l'attention du Délégué à la Protection des données (DPO), Hôpital de Cimiez, 4 av de la Reine Victoria – CS 911719 – 06003 Nice Cedex.

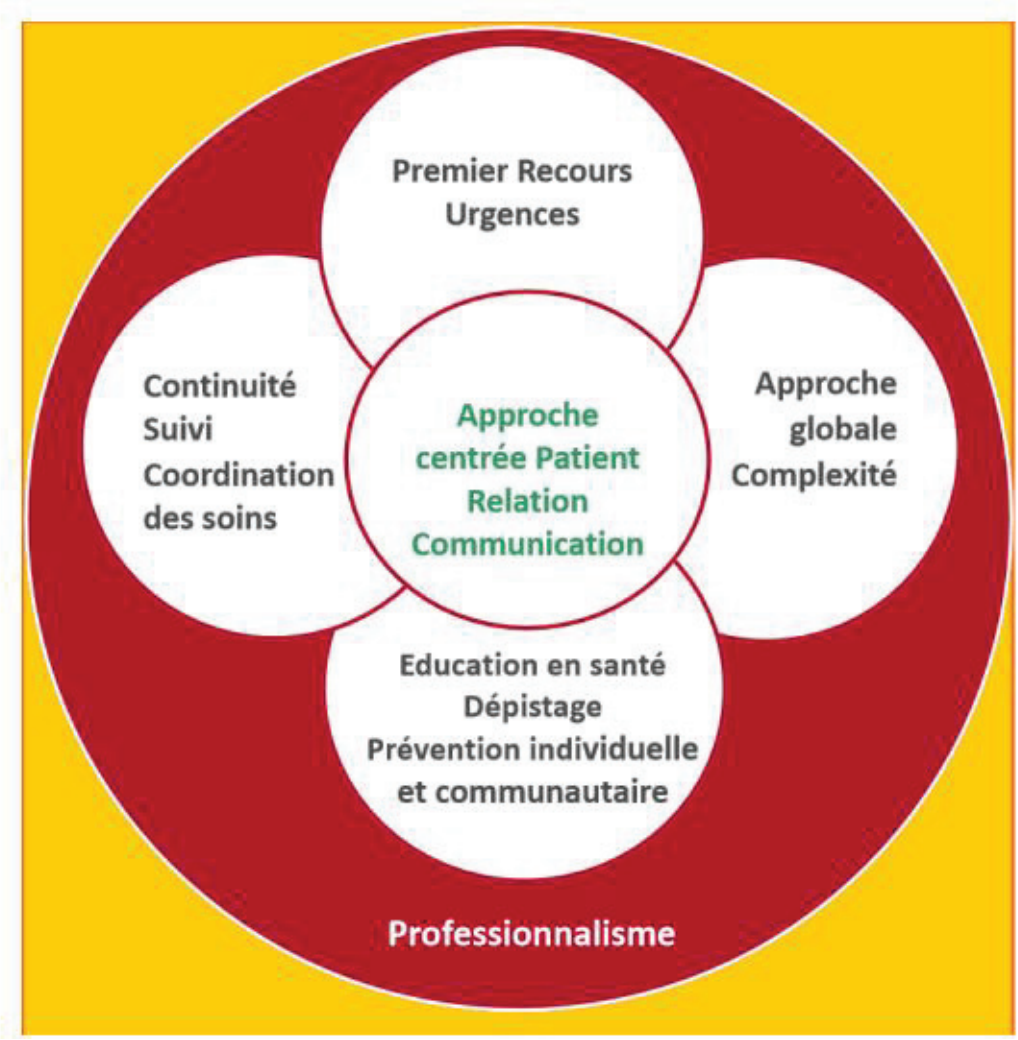
Etabli en deux exemplaires, un exemplaire pour moi, un exemplaire pour l'enquêteur.

Fait à .....

Le .....

Signature:

ANNEXE 4
Les compétences du médecin généraliste
(Collège de médecine générale de Nice – Cage)



ANNEXE 5

Techniques générales pour aborder la sexualité

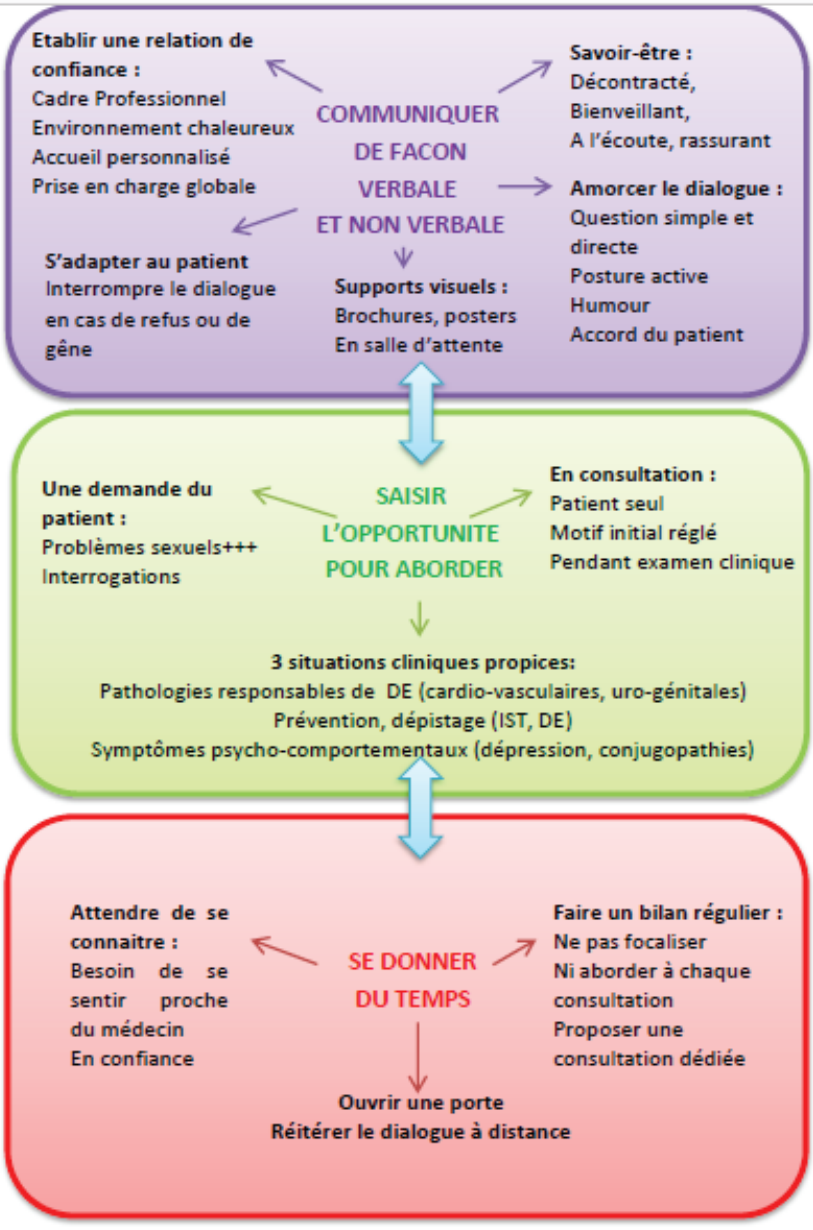


Schéma III.2.1.1 . Techniques générales pour aborder la sexualité

Bartoli S. Aborder la sexualité en médecine générale : Attentes, opinions et représentations des hommes. Enquête qualitative menée par seize entretiens semi-directifs en Charente-Maritime et en Côtes d'Armor. [Thèse Méd]. Université de Poitiers; 2015.

ANNEXE 6

Deux modèles sexologiques de référence

EX-PLISSIT (Taylor & Davis, 2006 ; modèle modifié du PLISSIT d'Annon, 1976)
-P : Permission- Demander la permission pour parler de sexualité -évite la surprise...-Ouvrir la porte sur le sujet
- LI : Informations Limitées-Partager des faits simples, généraux et véridiques pour éliminer les mythes et clarifier les mauvaises informations-Rassurer et normaliser le vécu
-SS: Suggestions Spécifiques-Partager des conseils/avis spécifiques vs situation actuelle de la personne-Viser le changement de pratique/comportement
-IT : Thérapie Intensive-Référer à spécialiste(s)
-EX : Retour et Réflexion («extended»)-Faire entre chaque étape et après discussion(s)

BETTER (Mick, Hugues, & Cohen, 2004)
-B : Bringup the topic - Abordez le sujet.
-E : Explain...Expliquez que la qualité de vie générale est importante pour vous et cela inclut l'aspect sexuel. Même si vous n'êtes pas capable de répondre à toutes les questions, invitez les patients à vous parler de toutes considérations d'ordre sexuel qu'ils peuvent avoir.
-T: Tell... Dites à vos patients que vous allez trouver les ressources appropriées pour répondre à leurs considérations d'ordre sexuel.
-T: Timing... Le moment de parler de sexualité n'est peut-être pas approprié à ce moment-ci, mais invitez vos patients à vous demander de l'information sur la sexualité à tout moment.
-E : Educate... Éduquez vos patients sur les effets secondaires possibles de leur condition.
-R : Record... Notez vos évaluations et vos interventions dans le dossier médical de vos patients.

ANNEXE 7

Courrier d'un interrogé

(Lettre postée au cabinet du médecin généraliste, quelques semaines après l'entretien)

Extrait de livre
DANNIEL PENNAC, « Journal d'un corps »

66 ans, 10 mois, 24 jours *Lundi 3 septembre 1990*

À ce propos, j'observe que je n'ai rien dit ici sur la fonte de notre désir avec les ans. La question n'est pas tant de savoir depuis quand nous ne faisons plus l'amour (curiosité de magazine) mais comment nos corps s'y sont pris pour passer sans heurt de la copulation perpétuelle à la jouissance de notre seule chaleur. Cette extinction progressive du désir ne semble pas avoir entraîné de frustration, sauf à mettre certains énervements sur le fait que nos sexes ne se parlent plus. Nous faisions l'amour plusieurs fois par jour dans les premiers mois, nous l'avons fait toutes les nuits de notre jeunesse (mis à part les derniers mois de grossesse dévolus à ce que Mona appelait le « moulage » des enfants) et ainsi pendant au moins deux décennies, comme s'il était inconcevable de nous endormir l'un hors de l'autre, puis moins souvent, puis presque plus, puis plus du tout, mais nos corps demeurant enlacés, mon bras gauche autour de Mona, sa tête au creux de mon épaule, sa jambe au travers des miennes, son bras sur ma poitrine, nos peaux nues dans leur chaleur commune, souffle et sueur mêlés, ce parfum de couple… Notre désir s'est épuisé sous l'odorante protection de notre amour.

« Très beau texte, une analyse qui fait penser à du vécu. J'émettrai un étonnement quant à l'âge du personnage : quasi 67 ans. Qu'importe il reste… la tendresse. »

RESUME

INTRODUCTION : Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, c'est au médecin généraliste qu'est attribuée la compétence de garantir un bon état de santé de ses patients, incluant la santé sexuelle. Les personnes âgées représentent une proportion de plus en plus importante de la société. Leur santé sexuelle reste très rarement évoquée en soins de premier recours.

OBJECTIF PRINCIPAL : Décrire les freins et les éléments facilitant l'abord de la santé sexuelle avec le médecin généraliste chez les séniors.

MATERIEL ET METHODES : Enquête qualitative par des entretiens individuels semi-dirigés auprès de patients âgés de plus de 74 ans, avec un MMSE supérieur à 24/30, jusqu'à saturation des données.

RESULTATS : Dix-sept entretiens ont été réalisés entre février 2019 et avril 2019. Le médecin généraliste était perçu comme un interlocuteur possible en termes de sexualité par la plupart des personnes interrogées, surtout quand il existait entre lui et son médecin une relation de confiance, avec un bon relationnel. Les principaux freins retrouvés étaient la pudeur et un contact distant avec leur médecin.
L'étude a montré que les personnes préféraient aborder la sexualité d'elles-mêmes en cas de problème, même celles qui se déclaraient « à l'aise » pour parler de sexualité.
Les différentes suggestions sur la manière d'aborder la santé sexuelle étaient de parler de prise en charge globale, de prendre le temps et de mettre à l'aise son patient, en rappelant le secret médical.

CONCLUSION : Les interviewés attendent de leur médecin généraliste des conditions favorables à l'abord de ce sujet touchant à l'intimité. Des consultations dédiées permettraient de créer un cadre favorable à l'abord de la santé sexuelle en médecine générale. La création d'un outil de communication destiné aux médecins généralistes pour l'abord de la sexualité en cabinet pourrait être envisagée.

MOTS CLES : Personnes âgées, séniors, Sexualité, médecin généraliste, communication.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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'interviendrai 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque.