



HAL
open science

L'abord de la sexualité des hommes de plus de 50 ans en consultation de médecine générale : représentations, attentes et éléments facilitant la communication. Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés

Agathe Manevy

► **To cite this version:**

Agathe Manevy. L'abord de la sexualité des hommes de plus de 50 ans en consultation de médecine générale : représentations, attentes et éléments facilitant la communication. Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03884363

HAL Id: dumas-03884363

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03884363v1>

Submitted on 5 Dec 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

MANEVY Agathe

Présentée et soutenue publiquement le 22 septembre 2022

L'abord de la sexualité des hommes de plus de 50 ans en consultation de médecine générale : représentations, attentes et éléments facilitant la communication.
Une étude qualitative par entretiens individuels semi dirigés.

Directrice de thèse :

Madame ESCHALIER Bénédicte, Maître de Conférences Associée, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury :

Monsieur VORILHON Philippe, Professeur des Universités, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Madame MESTRES Stéphanie, Praticienne Hospitalière, Service d'onco-sexologie, CHU de Clermont-Ferrand

Madame BERTRAND JARROUSSE Véronique, Maître de Conférences Associée, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

MANEVY Agathe

Présentée et soutenue publiquement le 22 septembre 2022

L'abord de la sexualité des hommes de plus de 50 ans en consultation de médecine générale : représentations, attentes et éléments facilitant la communication.

Une étude qualitative par entretiens individuels semi dirigés.

Directrice de thèse :

Madame ESCHALIER Bénédicte, Maître de Conférences Associée, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury :

Monsieur VORILHON Philippe, Professeur des Universités, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Madame MESTRES Stéphanie, Praticienne Hospitalière, Service d'onco-sexologie, CHU de Clermont-Ferrand

Madame BERTRAND JARROUSSE Véronique, Maître de Conférences Associée, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE
PREMIERE VICE-PRESIDENTE
CHARGEE DU PILOTAGE ET DES MOYENS
VICE-PRESIDENTE CHARGEE DE LA FORMATION
VICE-PRESIDENTE CHARGEE DE LA RECHERCHE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias

: **FOGLI** Anne
: **PEYRARD** Françoise
: **PREVOT** Vanessa
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOIRE Jean-Yves -
BOITEUX Jean-Paul – BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIÈRE Jean-Louis -
CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques – CHAMOIX
Alain - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe – CITRON Bernard –
CLEMENT Gilles - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard – DAUPLAT Jacques –
DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles – DETAIX Patrice
- ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - M. GENTOU Claude – Mme
GLANDDIER Phyllis – MM IRTIUM Bernard - JACQUETIN Bernard – Mme
LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul -
MAGE Gérard – MICHEL Jean-Luc – MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE
Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle
– MM. ROZAN Raymond - SCHOEFLER Pierre - SIROT Jacques – RIBAL Jean-Pierre
- SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe -
TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE
Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier – AVAN Paul – BAZIN Jean-Etienne – CAILLAUD Denis
– DAPOIGNY Michel – DUBRAY Claude – ESCHALIER Alain – KEMENY Jean-Louis
– LABBE André – Mme LAFEUILLE Hélène – MM. LEMERY Didier – LUSSON Jean-
René – POULY Jean-Luc

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie

M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme DUCLOS Martine	Physiologie
M. SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique
M. BERGER Marc	Hématologie
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M. ABERGEL Armando	Hépatologie
Mme BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne

1^{ère} CLASSE

M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M. D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M. GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. RICHARD Ruddy	Physiologie
M. SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M. FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M. GUY Laurent	Urologie
M. TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. COSTES Frédéric	Physiologie
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Mme HENQUELL Cécile
M. POMEL Christophe

Bactériologie Virologie
Cancérologie – Chirurgie Générale

2^{ème} CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. GAGNIERE Johan	Chirurgie Viscérale et Digestive
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. MOISSET Xavier	Neurologie
M. SAMALIN Ludovic	Psychiatrie d'Adultes
M. THAVEAU Fabien	Chirurgie Vasculaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1^{ère} CLASSE

M.	VORILHON Philippe	Médecine Générale
Mme	LAPORTE Catherine	Médecine Générale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

2^{ème} CLASSE

Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
------------------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale
M. BERNARD Pierre	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique

1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mle MIRAND Andrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle COSTE Karen	Pédiatrie
Mle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie – Mycologie
Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction

2ème CLASSE

M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
M. GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M.	MOUSTAFA Farès Médecine d'Urgence
M. CHENAF Chouki	Pharmacologie Clinique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère CLASSE

Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
-----------------------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

HORS CLASSE

M. BLANCHON Loic	Biochimie Biologie Moléculaire
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire

CLASSE NORMALE

M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDEY Yannick	Oncogénétique
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. PIZON Frank	Santé Publique
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale
Mme ROUGE Laure	Médecine Générale
Mme BERTRAND-JARROUSSE Véronique	Médecine Générale
Mme VICARD-OLAGNE Mathilde	Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Remerciements aux membres du jury,

À Monsieur le Professeur Philippe VORILHON, Président du jury,

Je vous remercie de nous avoir fait l'honneur d'accepter de présider notre jury de thèse. Recevez l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

À Madame le Docteur Stéphanie MESTRES,

Vous nous faites l'honneur d'évaluer notre travail. Veuillez recevoir mes remerciements les plus sincères.

À Madame le Docteur Véronique BERTRAND-JARROUSSE,

Je te remercie d'avoir accepté de siéger dans mon jury. Un grand merci pour ta disponibilité et tes conseils tout au long de mon internat. Je te remercie aussi de nous avoir partagé ta passion pour la médecine générale durant ces trois années du DES.

À Madame le Docteur Bénédicte ESCHALIER,

Vos conseils et votre bienveillance m'ont guidée dans la réflexion et la rédaction de ce travail. Veuillez trouver ici toute ma reconnaissance et mes remerciements les plus sincères.

Remerciements personnels,

À Charlotte, ma co-thésarde pour avoir accepté d'effectuer ce travail ensemble ! C'est le résultat d'un beau travail d'équipe, merci !

A tous les hommes qui ont accepté de participer à cette étude, un grand merci !

Aux médecins croisés en stage qui m'ont donné envie d'aller jusqu'au bout, au Dr Magne et au Dr Bonnefond rencontrés pendant l'externat et aux Dr Vigier, Dr Demure, Dr Poumailloux et Dr Vaillant Roussel qui m'ont transmis beaucoup. Un grand merci au Dr Guignard pour m'avoir montré un exercice différent et m'avoir donné confiance. Merci aussi au Dr Brunel Angélique, au Dr Champel, au Dr Dall'acqua, au Dr Lassaigue et à tous les autres ...

A tous mes supers co internes, et particulièrement, à Axelle, Christiane et Cristina, merci d'avoir rendu ces stages plus funs !

À mes amis, À Marine, ma Gertrude, pour ton amitié sans faille et pour tous ces souvenirs inoubliables, et tous ceux à venir ! A Justine et Sonia, pour tous ces beaux moments passés ensemble, merci de me partager vos vies de maman !

À Mathou, pour avoir traversé les galères de la P1 avec moi ! Pour toutes ses soirées passées ensemble à réviser, pour m'avoir droguée au café ! Je pense que sans toi je n'en serais pas là aujourd'hui. Merci.

À Alice et Clem, pour votre amitié. Malgré la distance je sais que vous êtes proches.

À Candice, pour avoir partagé tous ces moments durant l'externat depuis notre tout premier stage ! J'adore nos appels interminables à partager nos expériences de maman et de médecin ! Merci.

À Tardou, pour avoir proposé de relire cette thèse, merci.

À ma famille, À mes parents, pour votre amour. Merci de m'avoir transmis tout le courage et la persévérance qui m'ont permis d'en arriver là. Vous avez toujours cru en moi, merci.

À ma petite sœur, Charlotte, merci de m'avoir soutenue toutes ces années et de m'avoir toujours montré comment relativiser ! Merci d'être celle que tu es.

À Coco, tu es formidable, et toujours présente quand j'ai besoin de toi, merci. À Marcel, tu me manques mais je sais que tu me regardes de là où tu es. À Papi Jaky et Mamie Marie, pour tous ces beaux souvenirs avec vous, les 14 juillet sur le bateau, les escapades à l'espiguette, les tartines beurre chocolat de mamie... Merci. À mes oncles, tantes, cousins et cousines, merci de votre soutien et de votre amour.

Aux Duplay, je ne pouvais pas espérer mieux, vous êtes une seconde famille. Merci de m'avoir toujours fait sentir comme l'une des vôtres.

À Vianney, merci d'avoir croisé ma route et de la rendre si douce. Je t'aime. À Romy, ma grenouille, merci de m'avoir chamboulée, la vie n'a plus le même sens depuis ta naissance.

Et à ce petit être, au creux de mon ventre, tu étais à mes côtés tout au long de ce travail, j'ai hâte de te rencontrer.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES FIGURES.....	15
LISTE DES TABLEAUX.....	16
LISTE DES ABREVIATIONS	17
1. INTRODUCTION	18
2. MATERIEL ET METHODE.....	20
2.1 Type d'étude	20
2.2 Population étudiée.....	20
2.3 Critères d'inclusion et de non-inclusion	20
2.4 Recrutement	21
2.5 Recueil des données	21
2.6 Guide d'entretien.....	21
2.7 Analyse des données.....	22
2.8 Protection des données et aspect éthique.....	23
3. RESULTATS	23
3.1 Population étudiée.....	23
3.2 Représentations de la santé sexuelle	24
3.2.1 Concept flou, santé globale.....	24
3.2.2 Aspect mécanique, fonctionnel.....	25
3.2.3 Dimension émotionnelle, la santé du couple	26
3.2.4 Tabou.....	27
3.2.5 L'impact de l'âge	27
3.3 Représentations du médecin généraliste.....	30
3.3.1 Un médecin aux multiples rôles.....	30
3.3.2 Une personne de confiance.....	31
3.3.3 Représentations de la place de la santé sexuelle en médecine générale.....	31
3.4 Leviers pour aborder la sexualité en consultation et attentes des hommes	35
3.4.1 Les éléments pouvant provoquer l'abord du sujet	35
3.4.2 Attentes des hommes envers leur médecin lorsque le sujet est évoqué	41
4. DISCUSSION	42
4.1 Principaux résultats	42
4.1.1 Une sexualité qui évolue avec le temps mais qui garde une place centrale dans la vie des hommes	42
4.1.2 Existe-il une légitimité du médecin généraliste à aborder la santé sexuelle ?....	44
4.1.3 Comment le médecin peut-il favoriser l'abord du sujet ?	46
4.2 Forces et limites de l'étude	49

4.3 Perspectives en pratique	50
5. CONCLUSION.....	52
Bibliographie	53
Annexe I : guide d’entretien final.....	57
Annexe II : Fiche d’information de l’étude et de non-opposition de participation	58
Annexe III : Formulaire de consentement de droit à la voix.....	60
Annexe IV : Avis du comité d’éthique de la recherche irb-uca	61
Serment d’Hippocrate	62

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte conceptuelle des représentations de la santé sexuelle des hommes de plus de 50 ans.....	29
Figure 2 : Carte conceptuelle des représentations des hommes de plus de 50 ans concernant le médecin généraliste et son rôle en santé sexuelle	34
Figure 3 : Carte conceptuelle des leviers permettant l'abord de la santé sexuelle auprès des hommes de plus de 50 ans	40

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Caractéristiques des participants..... **Erreur ! Signet non défini.**

LISTE DES ABREVIATIONS

ADIRS : Association pour le Développement de l'Information et de la Recherche sur la Sexualité

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DE : Dysfonction érectile

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LGBTQIA+ : lesbiennes Gays Bisexuelles Trans Queers Intersexes Asexuelles

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

1. INTRODUCTION

Avec l'émancipation progressive du dogme religieux judéo-chrétien et l'apparition de la contraception, la sexualité s'est peu à peu libérée. (1)

Dans notre société, la santé, le bien-être, le plaisir et l'épanouissement personnel sont devenus des valeurs centrales. Chacun doit pouvoir vivre une sexualité épanouie en toute liberté. Cette évolution sociétale et cette libération des mœurs ont permis une légitimation de la médicalisation de la sexualité. (1)

Le concept de santé sexuelle est né en 1975 et a été défini par l'OMS tel qu'un « état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. » (2)

Plusieurs études ont montré qu'une sexualité épanouie était associée à une meilleure qualité de vie (3), à une meilleure santé et à une plus grande longévité. (4) La santé sexuelle implique une prise en charge globale du patient et s'inscrit donc dans les compétences du médecin généraliste. (5) Il joue un rôle de prévention et de dépistage des infections sexuellement transmissibles, il doit lutter contre les violences ou discriminations et assurer la prise en charge des dysfonctionnements sexuels. (6) Il joue également un rôle de promotion de la santé et du bien-être sexuel.

En effet, la sexualité peut être affectée par différents facteurs (psychologiques, relationnels, physiques, sociaux, culturels,) ainsi que par le vieillissement et le déclin hormonal. Les troubles de la sexualité sont fréquents, selon certaines études, entre 15 et 70% des personnes, quel que soit leur sexe, rapportent des difficultés sexuelles. (7) Les troubles de la fonction sexuelle

s'accroissent avec l'âge : la dysfonction érectile touche moins de 2% des patients de moins de 40 ans, 14% des plus de 60 ans et jusqu'à 86% des hommes de 80 ans et plus. (8)

Ces difficultés sont également importantes à dépister puisqu'elles peuvent permettre le dépistage d'autres pathologies. (9) Les troubles sexuels peuvent être la cause ou la conséquence de nombreuses pathologies (10) ou secondaires à la prise de certains traitements. (11) Leur exploration est donc nécessaire afin d'assurer une prise en charge globale des patients.

Aussi, concernant le dépistage des IST, une attention particulière mérite d'être portée au risque de contamination par le VIH chez les plus de 50 ans. Une enquête réalisée en 2016 montre que les plus de 50 ans représentaient 20 % des 6 003 personnes ayant découvert leur séropositivité en 2016, contre seulement 12 % en 2003. (12) L'enquête « VIH et Séniors » réalisée en octobre 2014 révèle que la population des 50-70 ans se sent moins concernée (12% vs 28 % auprès des 18-49 ans) par les risques d'infection, se fait moins dépister (46 % vs 61 % pour les 18-49 ans) et prend plus de risques. Parmi ceux qui ont eu plusieurs partenaires ces cinq dernières années, 37 % n'ont jamais mis de préservatifs au cours de cette période et 26 % n'en ont mis que de temps en temps (vs 12 % et 45 % chez les 18-49 ans). Il s'agit donc d'un sujet important à aborder dans cette population. (13)

En pratique le sujet reste peu abordé en consultation de médecine générale et les patients rencontrent souvent des difficultés à évoquer leurs troubles sexuels avec leur médecin. (14) Seulement 10 à 20 % des hommes souffrant de dysfonction érectile évoquent ce sujet avec un médecin. (15) En face, les médecins abordent peu le sujet, pourtant ils ont conscience de l'intérêt de l'aborder. Les principales raisons sont un sentiment d'illégitimité à l'aborder, la peur de créer la gêne des patients et le manque de formation. (16)

Or, une étude française de 2017 évaluant le ressenti des patients lorsque leur médecin généraliste aborde la santé sexuelle met en évidence que 93% des patients ne considèrent pas

comme intrusive la question autour de leur sexualité. Et la majorité considèrent que le sujet devrait être abordé de manière plus systématique par leur médecin généraliste. (17)

Ainsi, nous nous sommes demandé comment les hommes de plus de 50 ans souhaiteraient que leur médecin généraliste (MG) aborde le thème de la sexualité en consultation.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 TYPE D'ETUDE

Une étude qualitative a été réalisée entre Janvier 2022 et Mai 2022, auprès d'hommes de plus de 50 ans, vivant en Auvergne Rhône Alpes. Cette étude a été réalisée en collaboration avec Fabre Charlotte, interne de médecine générale qui a réalisé une étude similaire auprès de femmes de plus de 50 ans.

2.2 POPULATION ETUDIEE

La population cible de l'étude était composée d'hommes âgés de plus de 50 ans vivant en Auvergne Rhône-Alpes.

L'échantillon a été raisonné selon les critères d'âge, de lieu de vie, de niveau d'étude, de sexe du médecin généraliste. La situation familiale et l'orientation sexuelle étaient également renseignées.

2.3 CRITERES D'INCLUSION ET DE NON-INCLUSION

Les critères d'inclusion de l'étude étaient le sexe masculin et l'âge supérieur à 50 ans. Les critères de non-inclusion étaient l'impossibilité de répondre aux questions de l'entretien semi-dirigé par manque de maîtrise de la langue française orale, le refus de participation ou l'absence de réponse suite aux sollicitations de participation à l'entretien.

2.4 RECRUTEMENT

Le recrutement des patients a été effectué à partir de la patientèle de médecins généralistes rencontrés en stage puis par la méthode « boule de neige ».

2.5 RECUEIL DES DONNEES

Les entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés entre Janvier 2022 et Mai 2022, auprès d'hommes de plus de 50 ans, vivant en Auvergne Rhône-Alpes.

Les entretiens ont été préparés à l'avance sur la base d'un guide d'entretien commun avec Mme FABRE Charlotte qui a mené la même étude auprès de femmes.

Les entretiens ont été réalisés, du fait de la pandémie COVID-19, par téléphone avec enregistrement sur dictaphone ou en visioconférence à l'aide du logiciel informatique Zoom. Chaque entretien a débuté après avoir recueilli l'autorisation orale de l'interviewé et sous couvert d'anonymat.

Tous les entretiens ont été anonymisés et retranscrits intégralement sous la forme de verbatims sur le logiciel Word. Les éléments de communication non verbale ont été notés à part.

Les interviewés avaient ensuite, selon leur souhait, la possibilité d'accéder à leur entretien retranscrit par mail et pouvaient s'ils le souhaitaient modifier leurs propos ou les supprimer.

Les verbatims étaient identifiés par la lettre H (hommes), suivis d'un chiffre correspondant à l'ordre chronologique d'inclusion.

Le recueil des données s'est arrêté lorsqu'une saturation des données a été obtenue. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de la confirmer.

2.6 GUIDE D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien a été réalisé après une recherche bibliographique sur le sujet et après avis auprès du directeur de thèse et d'un médecin sexologue. La recherche bibliographique a

été effectuée sur des bases de données et des moteurs de recherche francophones et anglo-saxons (PubMed, Google Scholar, ScienceDirect, EM Premium).

Il a été établie une liste de mots-clés en français et en anglais : santé sexuelle, dysfonction sexuelle, médecine générale, soins primaires, communication ; sexual health, sexual dysfunction, general practice, primary health care, communication.

Le guide a été modifié au fil de l'avancée du recueil de données pour améliorer la qualité du recueil. (Annexe I)

Le début de l'entretien portait sur le médecin généraliste de l'interviewé, le but était de mettre à l'aise l'interviewé pour la suite de l'entretien. Il s'agissait de questions générales autour de la relation entretenue avec le MG. Ensuite, il s'agissait de questions portant sur les représentations de l'interviewé concernant la santé sexuelle et la place de son MG autour de ce thème. La deuxième partie de l'entretien consistait à recueillir les attentes de l'interviewé concernant l'abord de sa santé sexuelle avec son MG. Enfin, la dernière partie de l'entretien devait permettre au patient de développer des idées autour d'outils susceptibles de faciliter l'abord de ce sujet avec son MG. À la fin de chaque entretien, les données socio-démographiques de l'interviewé étaient recueillies.

2.7 ANALYSE DES DONNEES

L'analyse a été évolutive, dès le premier entretien, permettant un ajustement du guide au cours de l'étude.

Une première analyse par codage ouvert a abouti à la création d'étiquettes expérientielles décrivant le sens du discours de l'interviewé. Un codage axial a ensuite été réalisé, permettant de définir des catégories conceptuelles. Enfin, un codage intégratif a permis d'expliquer les catégories émergentes et de créer une théorie répondant à la question de recherche.

Un double codage des données a été effectué de manière indépendante par les deux investigatrices.

2.8 PROTECTION DES DONNEES ET ASPECT ETHIQUE

Avant chaque entretien, les patients recevaient par mail une fiche d'information sur l'étude, un formulaire de non-opposition de participation à l'étude (Annexe II) ainsi qu'un formulaire de consentement pour le droit à la voix (Annexe III). Au début de chaque entretien, l'investigatrice recueillait oralement la non-opposition de participation du patient et le formulaire de consentement signé, permettant l'enregistrement audio de l'entretien. Une fois l'entretien intégralement retranscrit et anonymisé sur Word, l'enregistrement audio était détruit.

Avant de débiter les entretiens, un avis a été demandé auprès du Comité d'Éthique de la Recherche IRB-UCA, qui a répondu que l'étude avait pour but « d'améliorer nos techniques de communication afin de faciliter l'abord de la sexualité en médecine générale » et qu'elle ne soulevait pas de problème éthique particulier. (Annexe IV)

L'étude a également été enregistrée auprès de la CNIL.

3. RÉSULTATS

3.1 POPULATION ETUDIEE

Dix-huit hommes ont été sollicités pour participer à l'étude. Quatre ont refusé de participer, évoquant une gêne concernant le sujet de la sexualité et trois avaient initialement accepté de participer puis ont refusé secondairement lors de la relance par mail de l'investigatrice sans donner de justification de refus. Il s'agissait de trois hommes homosexuels. L'échantillon final était composé de 11 hommes âgés de 51 à 78 ans. Tous les niveaux d'étude étaient représentés. Un participant n'avait pas de médecin généraliste. Un seul homme de l'échantillon avait un médecin généraliste femme. Tous étaient hétérosexuels.

Le détail des caractéristiques des participants est présenté dans le Tableau 1.

Les entretiens ont duré 28 minutes en moyenne, allant de 18 à 52 minutes. Cinq entretiens ont été réalisés en visioconférence sur l'application Teams, les autres par téléphone, en accord avec les participants, du fait de l'épidémie COVID-19. Chaque interview est

identifiée par la lettre H suivie d'un chiffre correspondant à l'ordre chronologique d'enregistrement de l'entretien.

La saturation des données a été obtenue après 9 entretiens, deux entretiens supplémentaires ont été menés dans le but de la confirmer. Cependant, devant la difficulté de recrutement d'hommes homosexuels, ce critère d'échantillonnage a été retiré afin d'atteindre une saturation des données.

	Age	Lieu de Vie	Niveau d'étude selon l'INSEE	Situation familiale	Caractéristiques du MG
H1	64	Semi Rural	Bac	Marié	Homme 67 ans, suivi ancien
H2	55	Citadin	Bac + 4	Concubinage	Pas de médecin généraliste
H3	67	Semi Rural	Bac + 1	Divorcé, en concubinage	Femme 35 ans, suivi récent
H4	58	Citadin	Bac + 5	Marié	Homme 40 ans, suivi ancien
H5	59	Rural	Bac + 3	Marié	Homme 45 ans, suivi depuis 10 ans
H6	65	Citadin	CAP	Marié	Homme 50 ans
H7	72	Semi rural	CAP	Marié	Homme 40 ans, suivi < 1an
H8	73	Rural	Brevet	Marié	Homme 45 ans, suivi ancien
H9	78	Citadin	BAC	Marié	Homme 50 ans, suivi récent
H10	69	Rural	BEP	Divorcé, en couple	Homme 50 ans, suivi depuis 10 ans
H11	51	Citadin	Bac+9	Célibataire	Homme 35 ans, suivi ancien

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

3.2 REPRESENTATIONS DE LA SANTE SEXUELLE

3.2.1 Concept flou, santé globale

Pour les hommes interviewés, la santé sexuelle semble être une notion floue. Il s'agit d'un concept complexe, difficile à définir.

H3 : « Euh, qu'est-ce que vous appelez la santé sexuelle ? Je ne sais pas trop ce que ça veut dire. »

Lors de la question autour de la santé sexuelle, les interviewés étaient hésitants et rencontraient des difficultés à répondre à la question. Pour certains, il s'agit d'une notion faisant partie intégrante de la santé et étant rattachée à la santé d'une manière générale : « *La sexualité fait partie de la santé. Comme les autres problèmes.* » (H2) Plusieurs interviewés expriment la notion de bien être, et de bien être psychique, qui peut être rattachée à la santé sexuelle.

H2 : « C'est une question philosophique un petit peu, donc être déjà bien dans sa tête oui. »

H11 : « je dirais la santé sexuelle, la bonne santé sexuelle c'est quand je me sens bien dans ma tête »

Bien que ce concept leur semble difficile à définir, plusieurs hommes rapportent une place importante de la sexualité dans leur vie : « *Euh, mais bon pour moi, c'est important quoi.* » (H6)

3.2.2 Aspect mécanique, fonctionnel

Un aspect plus fonctionnel de la santé sexuelle est parfois évoqué par les hommes. La santé étant définie comme la bonne condition physique, l'absence de pathologie et l'absence de dysfonction, en particulier érectile.

H2 : « Bah alors là ça peut être des problèmes mécaniques, des problèmes d'impuissance, des problèmes euh pfou, tout ce qui est lié à la pathologie liée à l'acte »

H9 : « A la limite de ne pas avoir de problème d'érection peut être. »

H8 : « Alors ça aussi, l'embonpoint c'est gênant pour la sexualité »

Plusieurs hommes définissent la santé sexuelle comme étant la possibilité d'avoir des rapports sexuels : « *Et bah c'est d'être capable d'avoir des rapports sexuels.* » (H3)

Le désir, la libido sont évoqués comme des critères participants à la notion de santé sexuelle.

H1 : « une bonne santé sexuelle c'est à mon avis, d'avoir quand même des ressentis et des, j'allais dire euh, c'est assez personnel, mais des envies quoi tout simplement, donc on le sent, on le sent sur soi, on le sent en soi »

Plusieurs hommes de l'étude associent la santé sexuelle à la notion de performance ou de fréquence des rapports : *« Euh, bah sexuellement, ouais avoir des rapports euh... pas trop espacés quoi » (H6)*

3.2.3 Dimension émotionnelle, la santé du couple

Pour d'autres, il existe un aspect plus affectif. Ils perçoivent la santé sexuelle comme étant indissociable de l'émotionnel.

H1 : « moi la sexualité ça a toujours été quelque chose du domaine, pas tellement mécanique chez moi, ça a toujours été du domaine de la sensibilité »

H11 : « Je dirais une relation de confiance, réussir à établir une relation de confiance, heu qui me permette d'être bien dans ma tête et du coup bien dans mon corps et du coup de pouvoir avoir un rapport sexuel, heu normal. »

Les hommes de l'étude considèrent la santé sexuelle comme un élément central de la vie du couple, pouvant avoir un impact direct positif ou négatif sur la relation.

H4 : « par rapport à la vie d'un couple aussi, c'est important, ça fait partie d'un partage qu'on a avec sa moitié »

H6 : « Et après ben ça permet de bien s'entendre, d'être toujours amoureux, parce que quand ça s'arrête après bah y'a peut-être d'autre relations mais mais je ne sais pas. »

Certains évoquent le fait d'avoir un devoir conjugal envers leur partenaire.

H6 : « Bah c'est au moins d'honorer sa femme »

H8 : « Bah moi, je disais c'était pour ma femme » « Donc ma femme était déçue et donc c'est désagréable pour un homme. »

3.2.4 Tabou

Pour plusieurs hommes interviewés, la santé sexuelle a une part de tabou : *« c'est un truc qu'on passe sous silence mais c'est quand même important dans la vie d'un homme » (H8).*

Lors des entretiens, les hommes expriment le fait d'appartenir à une génération pour qui la sexualité est tabou.

H5 : « mais moi je suis encore au temps où la sexualité n'était pas dite, pas parlée, pas évoquée, c'était un sujet absolument inconcevable »

Pour H5, ce tabou peut être lié à l'éducation, avec une notion également de pression religieuse.

H5 : « la sexualité peut encore présenter, face à notre éducation judéo-chrétienne massive, euh un tabou ou des choses qu'on ne peut pas dire, pas partager. »

3.2.5 L'impact de l'âge

La quasi-totalité des hommes interrogés mettent en avant la modification de la sexualité au cours de la vie. L'avancée en âge engendre un changement dans la sexualité, souvent vécu négativement par les hommes.

H10 : « Ma sexualité a changé par rapport à il y a 20 ans, hein »

Certains, notent le risque, avec l'avancée en âge de rencontrer des difficultés dans leur sexualité : dysfonction érectile, baisse de performance, rapports moins fréquents.

H8 : « Si vous voulez les érections après 70 ans, c'est compliqué. »

H4 : « bon quand on avance un petit peu dans l'âge et ben oui, on va être moins endurant on va être moins performant, on va avoir moins de libido moins d'envie. »

H6 : « Ouais, allez, les fréquences sont moins je ne sais pas peut être bah maintenant c'est peut-être une fois tous les 10 jours, tous les 15 jours, voilà »

Cependant, plusieurs d'entre eux expliquent accorder moins d'importance à leur sexualité avec l'âge.

H7 : « mais peut-être moins indispensable que quand on était jeune »

H8 : « si vous voulez on s'en passe facilement après un certain âge, ce n'est pas une obsession. »

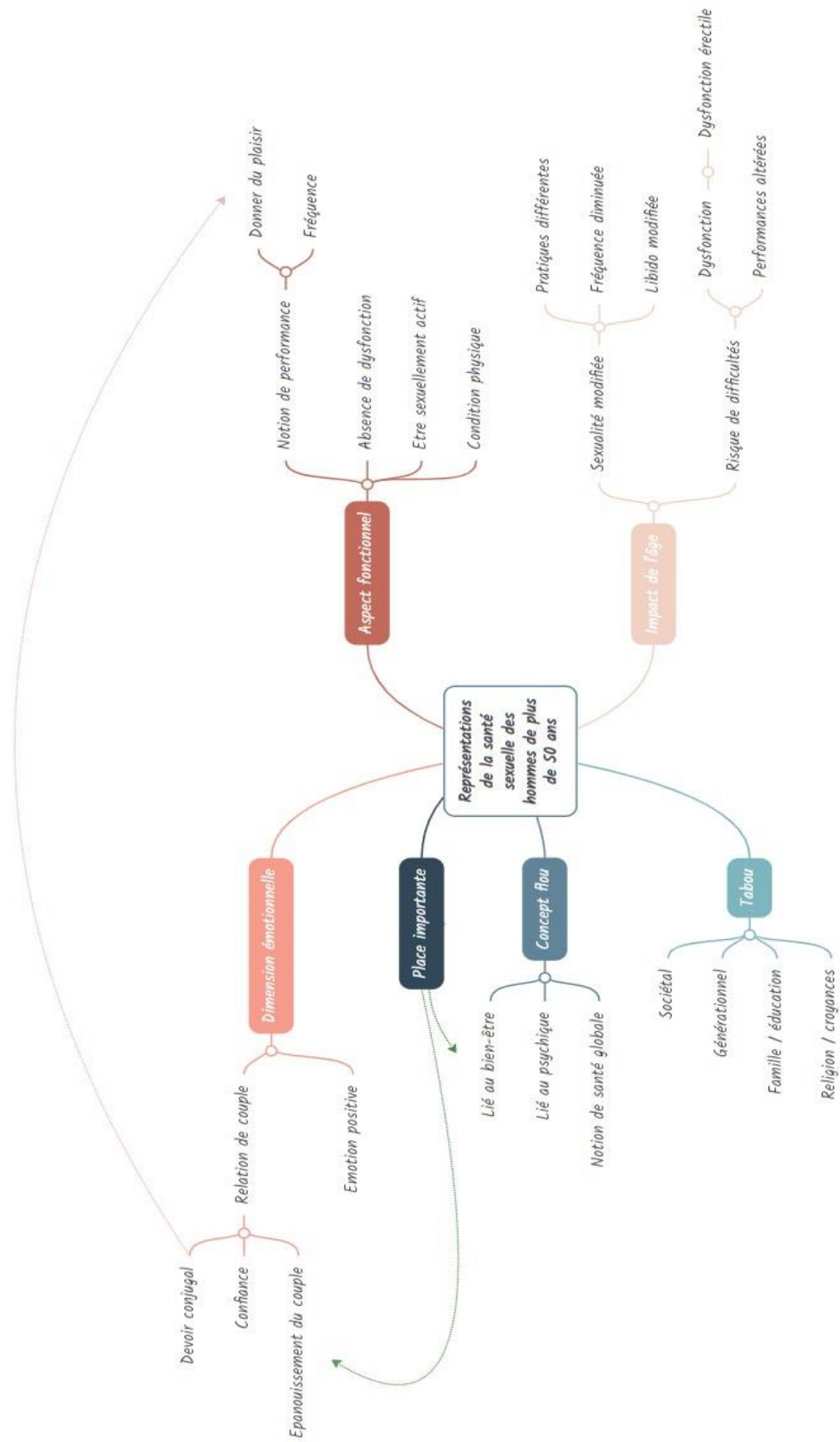


Figure 1 : Carte conceptuelle des représentations de la santé sexuelle des hommes de plus de 50 ans

3.3 REPRESENTATIONS DU MEDECIN GÉNÉRALISTE

3.3.1 Un médecin aux multiples rôles

Les hommes interviewés perçoivent le médecin généraliste comme pouvant avoir plusieurs rôles : un thérapeute, un coordinateur de soins, un prescripteur.

H10 : « Je vois le médecin comme ça, il soigne »

H6 : « Et puis de toute manière on est bien obligé de passer par le médecin généraliste, même s'il y a des spécialistes, donc il faut vraiment être bien avec lui. »

Le médecin généraliste peut également jouer un rôle de prévention.

H6 : « enfin moi j'étais à la retraite là et ben à un moment donné on se dit bon déjà, on voit bien que c'est moins facile on a souvent des petits bobos et tout. Donc à un moment donné on se dit, tiens, je vais aller le voir pour faire un bilan »

Plusieurs interviewés perçoivent le médecin généraliste comme un interlocuteur privilégié qui peut écouter, conseiller, informer, libérer la parole.

H5 : « Alors je pense qu'il y a un devoir d'information, c'est sûr. Ça c'est évident. »

H1 : « après mon généraliste sait aussi très bien par sa manière de faire, évoquer des sujets, c'est une capacité qu'il a à savoir titiller un peu sur des trucs, les petites failles dans lesquelles il s'intègre pour faire parler un peu. »

En revanche, la quasi-totalité des hommes interrogés expriment le manque de temps du médecin généraliste qui peut retentir sur la relation entre le médecin et son patient avec le sentiment d'être à la chaîne, de déranger le médecin. Le médecin généraliste est débordé et a une charge de travail de plus en plus importante.

H3 : « Il ne prenait pas le temps de parler de discuter. »

H4 : « Ça se passe très bien, mais je trouve que ça se dégrade un petit peu par rapport au premier temps où je l'ai connu. Et tout ça, je l'explique par le fait qu'il est complètement débordé. »

Certains expriment la difficulté de prise de rendez-vous qui peut altérer la communication du médecin généraliste.

H5 : « je ne pense pas que bon au regard de la difficulté pour prendre rdv chez lui je ne pense pas qu'il puisse être dans une démarche informative constante »

Cependant, la plupart des hommes sont compréhensifs et ont conscience des difficultés croissantes que rencontrent les médecins généralistes concernant leur organisation de travail.

H4 : « Après je l'excuse parce que je sais ce que c'est dans une vie professionnelle d'être stressé pris par le temps et je sens vraiment que ça, c'est monté en puissance et notamment ces dernières années. »

3.3.2 Une personne de confiance

La plupart des hommes interrogés décrivent leur médecin généraliste comme une personne en qui ils ont confiance. Ils choisissent un médecin généraliste en qui ils pourront avoir confiance, la plupart expliquent que si ce n'est pas le cas ils en changeraient. Cette relation de confiance se construit et s'instaure avec le temps.

H5 : « j'ai une relation de confiance particulière avec mon médecin. »

3.3.3 Représentations de la place de la santé sexuelle en médecine générale

Pour plusieurs hommes de l'étude, le médecin généraliste semble être la personne la mieux placée pour échanger autour de la sexualité. Le médecin généraliste serait leur premier interlocuteur en cas de problème de santé, notamment en cas de difficulté d'origine sexuelle. Pour certains, il s'agit d'un véritable devoir du médecin généraliste.

H2 : « Si j'avais un problème sexuel oui j'irais consulter en en parlant à mon médecin généraliste. »

H5 : « que ce soit ce sujet-là ou un autre sujet c'est lui qui en est le premier informé. »

H5 « après je pense qu'il faudrait que le médecin l'intègre dans son panel de pathologies à envisager »

H4 : « Alors je pense qu'il a un devoir d'information ... c'est évident. »

H10 : « Bah oui, bah si, si j'avais besoin, bon, il y a le Viagra, mais si j'avais eu besoin, je lui poserais la question : « j'ai des problèmes sexuels, qu'est-ce qu'il faut que je fasse ? »

Pour quelques hommes interviewés, la santé sexuelle n'est pas le rôle du médecin généraliste.

Il s'agit d'une compétence reconnue au spécialiste : l'urologue.

H9 : « Si j'avais un problème peut être que j'aurais consulté un urologue, un spécialiste quoi. »

Les hommes considèrent que la santé sexuelle est un sujet difficile et globalement peu abordé avec le médecin.

H4 : « parce que ce n'est pas évident d'aborder ce sujet avec un médecin et tout. »

H8 : « Moi je pense que si on lui en parle il l'aborde mais sinon il se garde bien d'en parler. »

La plupart des hommes estiment que si le médecin initie le sujet cela pourrait faciliter la discussion pour les patients qui n'oseraient pas le faire.

H10 : « La personne qui a un problème mais qui n'en parle pas, il se pénalise, c'est vrai que s'ils sont pudiques, ça peut aider si le médecin en parle »

H11 : « Je ne sais pas si j'arriverai à lui en parler, heu spontanément, je pense que je serais un peu gêné, heu, initialement, peut être que j'apprécierai que la question vienne de lui »

Plusieurs hommes interrogés pensent qu'ils ne seraient pas gênés si leur médecin l'abordait, même si certains patients pourraient mal réagir.

H10 : « s'il m'en avait parlé, ça ne m'aurait pas gêné. »

H8 : « Bah les gens risquent de dire occupez-vous de ce qui vous regarde quoi. »

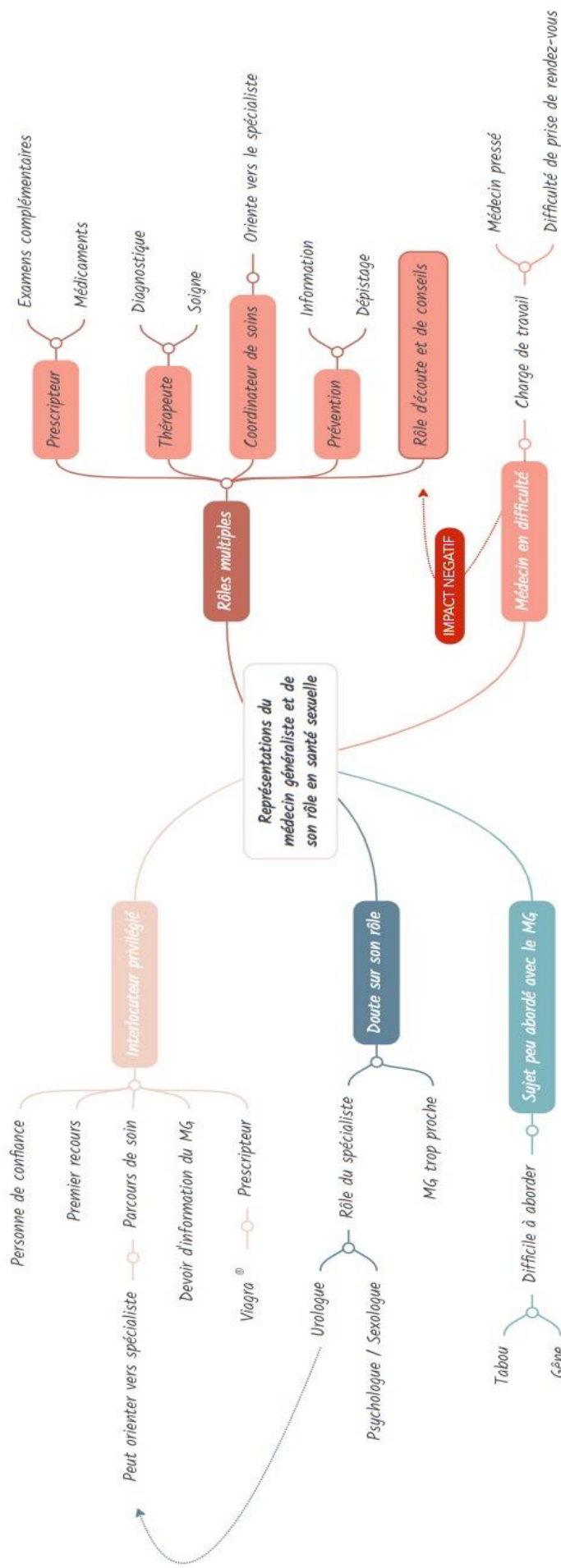


Figure 2 : Carte conceptuelle des représentations des hommes de plus de 50 ans concernant le médecin généraliste et son rôle en santé sexuelle

3.4 LEVIERS POUR ABORDER LA SEXUALITE EN CONSULTATION ET ATTENTES DES HOMMES

3.4.1 Les éléments pouvant provoquer l'abord du sujet

Pour les hommes interviewés, le cadre de consultation est un élément important pour aborder un sujet comme la sexualité, tout comme rappeler la notion de secret médical et la confiance établie au fil des années.

H5 : “il y a ce côté protection qui rentre en compte aussi et c'est vraiment important, ... ce qui se dit au cabinet reste au cabinet même entre les membres de la famille.”

H5 : « comme j'ai une relation de confiance particulière avec mon médecin, ce type de sujet peut être abordé sans difficulté »

H3 : “ parce que je pense que si c'était un médecin que je vois pour la première fois je ne sais pas si j'aurais pu aborder le sujet.”

Les hommes qui avaient déjà abordé le sujet avec leur médecin ont noté l'importance d'être seul en consultation et que leur partenaire ne soit pas informée de cet échange.

H3 : “ c'est moi qui lui en ai parlé directement, en lui disant que je n'en avais pas parlé avec ma compagne et que j'aimerais autant que ma compagne ne sache pas que je lui avais posé la question.”

Néanmoins, pour certains, le fait de trop bien connaître le médecin pourrait représenter un frein.

H10 : « Peut-être que de trop se connaître ça peut être un problème. Parce que c'est vrai qu'avec cet ancien médecin qui m'a suivi pendant longtemps, je pense que si j'avais eu besoin de me faire prescrire du viagra ou quoi, je pense que je ne lui en aurais pas parlé à lui. »

Un interviewé a abordé le sujet car son médecin connaissait sa compagne. Connaître le conjoint pourrait être un levier à la discussion permettant d'avoir une vision plus large des enjeux du couple.

H3 : « C'est-à-dire que j'avais décidé d'en parler. Justement disons que ce docteur connaissant ma compagne et notamment les soucis de santé qu'elle avait eus, j'en ai profité pour en parler. »

Aussi, pour les hommes le sujet de la sexualité est plus facile à aborder avec un médecin auquel ils peuvent s'identifier, ainsi le fait d'avoir un médecin du même sexe et environ du même âge sont des critères qui peuvent aider le patient à évoquer sa sexualité.

H6 : « Ben, oui c'est qu'avec lui ça passait bien quoi, je me suis dit il a 50 ans, on a moins de 15 ans d'écart je peux lui en parler quoi, bon ça aurait été un jeune ça aurait peut-être été un peu différent quoi »

H6 : « Mais je pense que clairement moi le fait que ce soit un mec ouais un gars de 50 ans ça aide, et puis ça se passe bien avec lui »

Plusieurs hommes pensent que le médecin peut et doit pouvoir sentir le bon moment pour aborder le sujet de la sexualité et faire le premier pas. Le médecin doit écouter son ressenti face au patient et sentir la bonne occasion. Il doit pouvoir adapter son attitude au cas par cas : à chaque patient, à chaque situation.

H2 : "Tout dépend de ce que va ressentir le médecin vis-à-vis de son patient"

H8 : "Il faut quand même qu'il voit la tête de son patient hein. Par ce que généralement moi je suis dans les jeunes mais bon il y en a ça fait longtemps qu'ils s'en foutent donc ce n'est peut-être pas la peine de poser la question à n'importe qui. Il faut quand même qu'il adapte à chaque patient hein."

H2 : “Bon bien sûr si c’est quelqu’un qui vient pour une entorse de cheville, bon on va peut-être éviter le sujet”

H4 : “C’est vrai qu’effectivement, si c’est le médecin qui fait le premier pas je pense que c’est plus facile parce que déjà ça va mettre en confiance”

Pour H1 il faut que le médecin « arrive à déceler les petites failles, c’est une des performances de ce métier. »

En somme, pour les hommes, le médecin généraliste doit être capable de deviner quand et avec qui le sujet peut être abordé.

Pour la plupart des hommes de l’étude, le dépistage du cancer de la prostate est une occasion à ne pas rater pour parler de sexualité. S’agissant d’« un lieu commun pour tous les hommes après 50 ans » (H5), « le médecin peut en parler parce que bon tout le monde y passe je pense. » (H6). Pour les hommes, les problématiques prostatiques peuvent entraîner des conséquences sur leur vie sexuelle, il est donc important pour eux que le médecin évoque la sexualité lorsqu’il parle de prostate ou lorsqu’ils ont une plainte d’origine prostatique. Il s’agit d’une occasion à ne surtout pas rater pour le médecin généraliste.

H7 : « c’était un peu l’époque de l’opération de la prostate, donc ça allait, c’était un tout, ça allait avec. »

Plusieurs hommes notent l’importance d’aborder le sujet après un certain âge et expriment le souhait d’un abord systématique avec l’âge.

H6 : « Je pense qu’à partir de peut-être 55 ans il devrait peut-être dire bon bah bah voilà, il y a voilà, vous êtes... Enfin après ouais on est vieillissant. Donc si vous avez des problèmes, n’hésitez pas à en parler. »

H7 : « il faudrait peut-être que le médecin, a un certain âge, que le médecin l'aborde oui, un certain âge, un certain niveau de santé quoi »

Les motifs liés à des plaintes psychologiques ou des difficultés de couple peuvent également faire l'objet d'un abord de la sexualité du patient.

H2 : « s'il peut poser la question effectivement par rapport à un problème d'ordre général où psychologique, pourquoi pas l'aborder parce que ça fait partie du diagnostic médical aussi »

H11 : « Sur les thématiques abordées je pense qu'il y a le coté physique mais aussi en cas de dépression, des choses comme ça. »

H2 : « s'il y a des problèmes de couple le médecin doit aborder le sujet. »

Aussi, en cas de plainte sexologique évoquée, le médecin doit pouvoir s'en enquérir pour explorer plus largement la santé sexuelle du patient. Si le patient évoque le sujet le médecin ne doit pas rater cette occasion.

H2 : « Sinon après des problèmes plus pathologiques évidemment aussi, on y va expressément pour ça, comme je disais tout à l'heure en cas d'impuissance ou d'autre sujet »

Pour un des hommes interviewés, la première consultation chez un médecin généraliste pourrait être l'occasion d'en parler, lors de l'interrogatoire, de la reprise des antécédents et du mode de vie du patient.

H8 : « Ah bah à mon avis c'est là qu'il faut poser la question [lors d'une première consultation] »

Le médecin peut poser des questions simples pour déclencher la discussion autour de la sexualité. Ils attendent que le médecin puisse « *trouver la formule qui va bien. Qui met tout le monde à l'aise.* » (H6)

Pour H8 le médecin doit l'aborder de façon directe afin d'éviter les confusions.

H8 : « Bah il pourrait poser la question à ses patients, simplement, « vous n'avez pas de problème sexuel ? » »

Plusieurs hommes ont évoqué la possibilité que le médecin l'aborde une fois pour ouvrir une porte et informer le patient sur ses compétences en matière de santé sexuelle. Cela pourrait permettre au patient de savoir que son médecin est disponible pour en parler. Pour d'autres, le sujet doit être abordé régulièrement.

H3 : « Euh systématiquement peut être pas mais de temps en temps oui ce serait bien »

La plupart des hommes seraient sensibles à de la communication en salle d'attente. Ils ont évoqué des affiches en salle d'attente.

H5 : « Ouais, ce serait plutôt le cabinet du médecin avec des affichages un petit peu significatifs et un petit peu dirigé »

Selon eux, il pourrait s'agir d'affiches assez explicites rappelant au patient que le médecin généraliste peut être un interlocuteur pour aborder la sexualité : « *si vous avez des doutes ou des problèmes sexuels parlez-en à votre médecin* » (H8). Pour H10 il pourrait s'agir d'une affiche avec une touche d'humour : « *si vous avez du mal à bander, parlez m'en* » car « *un truc drôle ça aide* ».

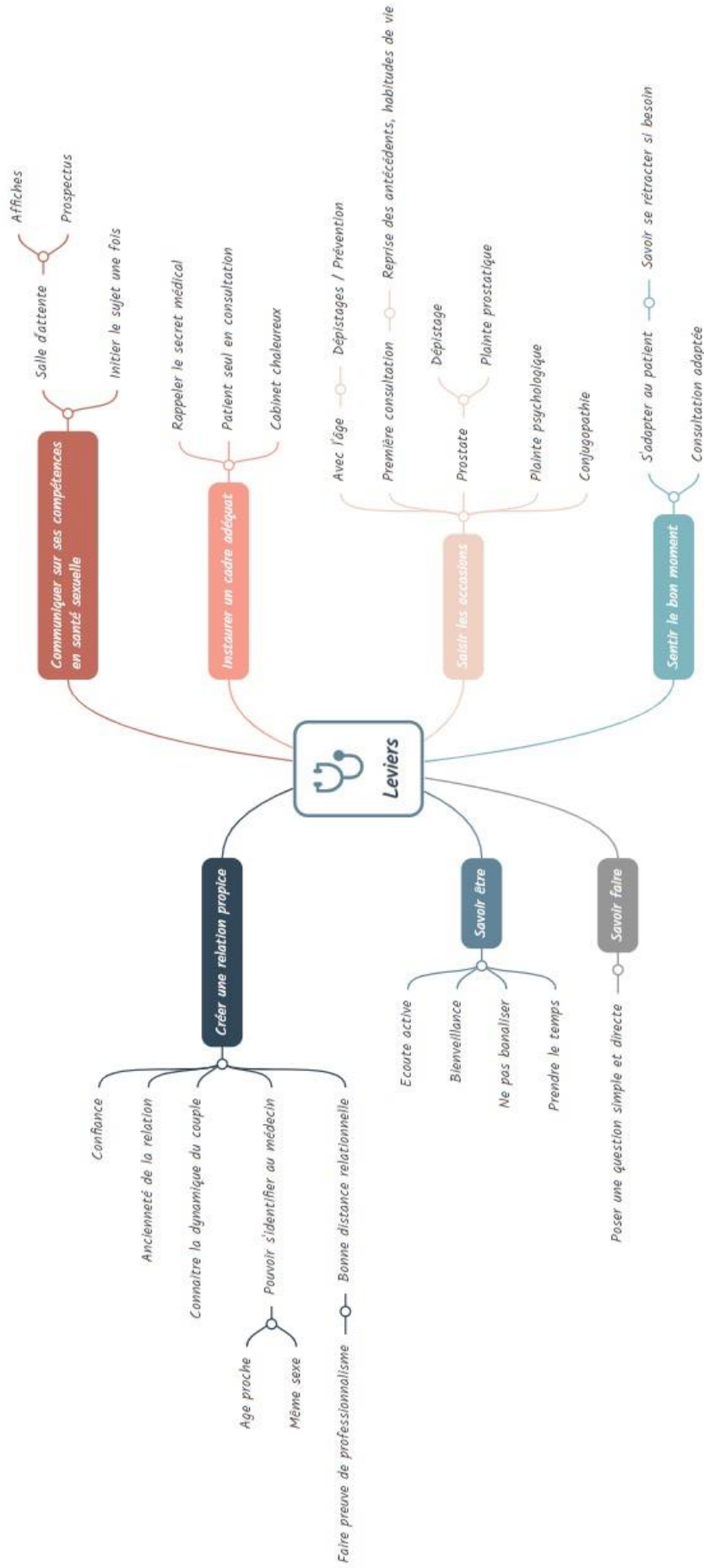


Figure 3 : Carte conceptuelle des leviers permettant l'abord de la santé sexuelle auprès des hommes de plus de 50 ans

3.4.2 Attentes des hommes envers leur médecin lorsque le sujet est évoqué

Certains hommes notent l'importance de l'attitude de leur médecin lors de l'abord de ce sujet. En effet, ils ont besoin que leur médecin soit à l'écoute et qu'il prenne du temps.

H6 : "Il a été à l'écoute euh ... c'était cool quoi je n'ai pas été gêné."

H4 : " alors est-ce-que ça vient que ben il y a quelques années en arrière il aurait plus pris le temps de discuter avec moi et tout et là ben non ça a été beaucoup plus vite et voilà donc en fait je suis resté un peu sur ma faim. "

H4 : "Je sentais qu'il n'avait pas vraiment envie de s'étendre sur ce sujet-là et c'est un peu ce que je lui reproche"

S'ils se livrent, ils attendent de la bienveillance et de la rassurance de la part de leur médecin.

H2 : « Mettons que ma femme veuille me tromper, euh voilà que je m'en aperçois, oui je pourrais consulter mon médecin aussi pour d'autres raisons. Mais ça me ferait du bien de pouvoir lui en parler. »

H6 : "C'est vrai que dans les gens de votre âge ça peut arriver. Trouver le truc pour que le gars ne se sente pas seul."

Une fois le sujet évoqué, les hommes attendent du médecin qu'il soit en mesure de leur apporter des informations et qu'il puisse les conseiller en cas de besoin.

H4 : « Alors je lui ai posé la question. Alors euh c'est quoi ? c'est l'âge ? c'est l'insuline ? C'est d'autres choses qui peuvent faire que ? »

En cas de dysfonction érectile, les patients attendent de leur médecin une prescription mais aussi d'être orientés vers un spécialiste.

H7 : « pour les pilules il faut l'ordonnance d'un médecin, donc on est quand même bien obligé d'en parler »

H8 : « Oh oui mais c'est moi qui lui ai demandé d'ailleurs, je lui ai dit j'ai besoin d'un truc. »

H5 : « mon médecin traitant m'a orienté vers différents spécialistes, parce que j'avais à un moment des problèmes, euh comment je peux dire ça sans être euh ... C'étaient plutôt des problèmes de désir, de libido peut-être avec des problèmes érectiles pendant un temps ».

4. DISCUSSION

4.1 PRINCIPAUX RÉSULTATS

4.1.1 Une sexualité qui évolue avec le temps mais qui garde une place centrale dans la vie des hommes

Les diverses définitions de la santé sexuelle données par les interviewés, mettent en évidence la complexité du concept. Plusieurs notions sont revenues, le bien-être semble un élément central. D'autres aspects ont été évoqués notamment émotionnel, psychique et physique. La santé sexuelle semble s'intégrer au reste de la santé.

Globalement, la définition qu'ils ont donnée semble proche du concept de santé sexuelle tel qu'il a été défini par l'OMS. « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité.»(2)

Il est important de noter qu'aucun participant n'a évoqué la notion d'infection sexuellement transmissible, ni la notion de pratiques à risque. Il semblerait que les interviewés ne se sentent pas concernés par cette dimension de la santé sexuelle. Cela est en accord avec la littérature ; l'enquête VIH et Séniors réalisée en 2014 révèle que la population des 50-70 ans se sent moins concernée (12% vs 28 % auprès des 18-49 ans) par les risques d'infection, se fait

moins dépister (46 % vs 61 % pour les 18-49 ans) et prend plus de risques. Parmi ceux qui ont eu plusieurs partenaires ces cinq dernières années, 37 % n'ont jamais mis de préservatifs au cours de cette période et 26 % n'en ont mis que de temps en temps (vs 12 % et 45 % chez les 18-49 ans).(13)

Or, l'axe II de l'agenda 2017-2030 de la stratégie nationale de santé sexuelle est dédié à la prévention, le dépistage et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST). (18)

Dans notre étude, les hommes ont mis en avant le potentiel impact de l'âge sur leur sexualité. La baisse de performance et l'augmentation de la prévalence de la dysfonction érectile (DE) est au premier plan. Leurs représentations semblent réalistes puisque les études confirment qu'il existe un réel impact de l'âge sur la sexualité. Dans l'étude de H. Baka réalisée en 2017 au Maroc, la prévalence de la DE augmente significativement avec l'âge passant de 37,1% chez les 50–59 ans à 40,3% pour les 60–70 ans. (19)

Les hommes ont évoqué aussi une sexualité et des pratiques modifiées. Ils ont rapporté une fréquence diminuée des rapports. Les études montrent que la prévalence globale de l'activité sexuelle et la fréquence des rapports sexuels décroissent avec l'âge. (7)

En 2020, une revue de la littérature réalisée par Ezhova et al. a permis de mettre en évidence des freins à l'abord de la sexualité chez les patients âgés. Un des freins concerne le stéréotype de l'«asexual older people». (20) Cependant, tous les hommes de l'étude, sauf un, ont rapporté avoir une activité sexuelle, même les plus de 70 ans. Dans l'étude CSF, N. Bajos et M. Bozon ont constaté un allongement de la vie sexuelle chez les sujets âgés et de manière plus marquée chez les hommes. (7) Ainsi la croyance selon laquelle les personnes âgées n'ont pas de sexualité doit être abandonnée. Globalement, comme dans la littérature, pour les hommes de l'étude la sexualité joue une place importante dans leur vie même après 50 ans. (21)

Les interviewés ont tous noté le rôle majeur de la sexualité au sein du couple, même avec l'avancée en âge. Le maintien d'une santé sexuelle saine est directement lié à l'épanouissement, le bien-être et la pérennité du couple. Une étude américaine réalisée en 2014 auprès d'hommes et de femmes de plus de 57 ans, a mis en évidence l'influence positive directe de l'activité sexuelle sur la qualité de la vie de couple. (22)

4.1.2 Existe-il une légitimité du médecin généraliste à aborder la santé sexuelle ?

Pour les hommes de l'étude comme dans la littérature, malgré certains avis mitigés, le MG est globalement considéré comme un interlocuteur de premier choix pour aborder la santé sexuelle. (7) (23)

Cependant, on peut noter que les hommes comme H1 qui ont une vision émotionnelle et affective de la sexualité, ne perçoivent pas la légitimité du MG à aborder ce sujet considéré intime. (24) A l'inverse, les hommes qui ont une vision plus fonctionnelle, parfois limitée à la dysfonction sexuelle, paraissent faire plus facilement le lien entre santé et sexualité. Pour eux, une bonne sexualité participe à leur bien-être et s'inscrit donc dans les rôles du MG.

Ils ont aussi évoqué un passage nécessaire par le MG dans le cadre du parcours de soin qu'ils justifient par l'absence d'accès libre direct au spécialiste, urologue ou sexologue. Pour certains, le spécialiste est considéré comme plus légitime que le généraliste pour prendre en charge la santé sexuelle.

Ainsi, pour eux, le rôle du MG est de les écouter, les conseiller puis de les orienter si nécessaire vers un spécialiste adapté pour une prise en charge spécifique. Ces résultats sont concordants aux données de la littérature. Dans une enquête française menée par l'ADIRS en 2002 auprès de patients diabétiques et insuffisants respiratoires appelants pour un problème sexuel, plus de 65 % des patients souhaitent une aide concernant leur problème. Parmi eux, un

tiers souhaite avoir une information simple, un tiers un traitement spécifique et un tiers un traitement spécifique associé à des conseils spécifiques relevant de la sexothérapie.

Il est important de noter que les hommes ont largement évoqué la place du MG concernant la prescription dans le cadre de la dysfonction érectile. En effet, en cas de DE, ils attendent que le MG soit en mesure de leur prescrire un traitement adapté. Dès la sortie du Viagra® sur le marché français en 1998, 80% des hommes se sont tournés vers leur MG pour cette prescription. (25)

Cependant, dans l'étude menée par Lemaire et al. en 2005, 41 % des hommes interrogés rapportent avoir connu un problème d'érection et parmi eux, seuls 7 % ont déjà pris un traitement contre les troubles de l'érection. (14)

Il est intéressant de constater que, dans notre étude, plusieurs hommes ont déjà abordé le sujet avec leur MG. Ceux qui ne l'ont jamais abordé le justifie par l'absence de problème sexuel. Ces résultats paraissent contradictoires avec la littérature. Dans l'étude française de Costa et al. de 2003, la majorité des hommes évoquent des difficultés pour en parler. (23) Dans une étude menée en 2001 par Aschka et al., en Allemagne, environ 45 % des hommes préfèrent que ce soit le médecin qui entame le dialogue. (26)

Il est important de noter que tous ont initié le sujet avec leur MG. Ils ont expliqué avoir initié d'eux même le sujet car leur MG ne l'a jamais abordé ni évoqué. Leur principale motivation pour l'aborder est le retentissement important de leur difficulté sexuelle sur leur bien-être et sur leur couple. L'étude menée par Lemaire et al. en France en 2005 s'intéressant aux patients ayant une DE non traitée classe les patients en 3 catégories : les patients résignés (un sur dix), les patients ignorants (trois sur dix) et les patients hésitants (environ six sur dix). Les patients hésitants sont tout à fait conscients de leurs difficultés sexuelles sans toutefois en

parler et ils connaissent les traitements appropriés ; ils attendent souvent que la situation s'aggrave pour en parler. (14)

Certains hommes de l'étude ont évoqué la difficulté de l'aborder avec leur MG et ont précisé qu'ils auraient apprécié que leur MG initie le sujet, en particulier les plus réservés.

On peut aussi expliquer ce résultat en supposant que les hommes ayant accepté de participer à l'étude sont plus à l'aise que la population générale pour discuter de sexualité.

4.1.3 Comment le médecin peut-il favoriser l'abord du sujet ?

Pour les hommes de l'étude, le cadre professionnel semble important pour aborder un tel sujet. Ils accordent de l'importance à la notion de confidentialité et ont besoin, pour se livrer, que le secret médical soit préservé même vis-à-vis de leur partenaire. Une étude qualitative de 2021, met en évidence que le secret médical est important et peut favoriser l'abord de la sexualité avec le MG.(27) Les hommes de l'étude, comme dans la littérature, ont également exprimé le souhait et la nécessité d'être seul en consultation. (28)

Comme dans la littérature, pour aborder la sexualité, le critère le plus important pour les hommes est la confiance et la qualité de la relation établie avec leur médecin. (20) (29) La notion d'ancienneté de la relation a également été évoquée. Il s'agit d'un élément paradoxal puisque pour certains, il semble inenvisageable de l'aborder avec un médecin qui les connaisse bien. Il semble qu'une relation de confiance soit nécessaire sans que celle-ci soit trop personnelle. La notion de professionnalisme est retrouvée dans la littérature comme un levier à la discussion autour de la sexualité avec le patient. (29) (27)

Les hommes interviewés ont trouvé plus facile d'aborder ce sujet avec un médecin auquel ils peuvent s'identifier. Avoir un médecin de même sexe et d'âge proche est un élément facilitant la discussion autour de la sexualité.(24) (30) (27)

L'abord de la sexualité est complexe, chaque patient ayant des attentes différentes. Il est ressorti dans cette étude, que le médecin doit s'adapter à chaque patient. Ils ont exprimé le souhait que le médecin ajuste sa démarche en fonction de la réaction du patient et qu'il doit, si besoin, savoir se rétracter et changer de sujet. Cela fait écho à la notion de permission du modèle Ex PLISSIT décrit par Davis et Taylor en 2002. (31) Il permet d'orienter les professionnels de santé qui désirent aborder le sujet de la sexualité avec un patient. Le premier modèle PLISSIT, décrit en 1976, se déroule en quatre étapes : permission, information restreinte, suggestion spécifique et traitement intensif. Sa révision en 2002 propose de revalider auprès du patient l'autorisation de poursuivre la discussion sur le sujet de la sexualité à chaque étape de la démarche. (31)

Dans cette étude comme dans la littérature, une approche centrée patient semble requise pour aborder la sexualité avec les patients. (27) Il doit s'agir d'une approche globale, prenant en compte l'environnement du patient ainsi que ses propres représentations dans le but de mieux contextualiser une éventuelle plainte d'origine sexuelle. (29)

Certains hommes de cette étude semblent penser que le médecin généraliste est capable de deviner une plainte sans que le patient n'en parle et qu'il soit en mesure de poser les bonnes questions au bon moment. La littérature montre que certains patients viennent parfois en consultation avec un autre motif en espérant que le médecin finisse par découvrir leur problème sexuel. (32) (33)

Il semble exister des occasions plus propices que d'autres pour aborder le thème de la sexualité. Dans l'étude d'Althof et al. la première consultation avec un patient est un moment approprié pour reprendre l'histoire sexuelle du patient. (29) Dans une étude australienne analysant le comportement des médecins généralistes, la première consultation avec un patient est perçue comme une barrière à l'abord de la sexualité. (34) Une première consultation pourrait

être l'occasion pour le généraliste de faire savoir au patient qu'il a les compétences pour aborder ce sujet et ainsi se rendre disponible pour l'avenir. Les consultations de prévention et de dépistage semblent être des occasions propices pour aborder les questions de sexualité. Cela pourrait s'intégrer à une consultation globale préventive à partir de 50 ans. Les plaintes d'origine psychologique ont également été citées comme des occasions pour explorer la santé sexuelle. La plupart des hommes de l'étude ont évoqué les consultations pour plainte d'origine prostatique ainsi que le dépistage du cancer de la prostate. Les difficultés de couple ont également été évoquées par les hommes comme des occasions pour le médecin de questionner sur la sexualité. Il s'agit d'un résultat original de cette étude. Dans une étude qualitative parue en 2011 analysant les stratégies employées par les médecins généralistes pour aborder l'éjaculation prématurée, l'utilisation d'un contexte médical est la première stratégie employée par les médecins interviewés. (35) L'utilisation du motif de consultation permet de légitimer l'abord de la sexualité auprès du patient.

Pour la quasi-totalité des hommes de l'étude, le médecin généraliste doit adopter une attitude active et initier le sujet. Les hommes ont proposé que le médecin pose une question simple, assez large mais directe pour initier le sujet. Pour eux, cela permettrait, aux hommes qui n'osent pas, d'avoir l'occasion d'en parler. Dans une étude de 2021, Pretorius et al. mettent en évidence le souhait pour les patients que le médecin initie le sujet.(27)

Une grande partie des hommes souhaitent que le médecin généraliste ait une attitude proactive en questionnant tous les patients sur leur sexualité et en intégrant cette question lors de la reprise des antécédents. (36) (37)

Afin de communiquer sur ses compétences en matière de santé sexuelle, les interviewés ont proposé que le médecin utilise des affiches en salle d'attente. Des affiches ou de la

documentation suggestive en salle d'attente permettraient au patient de savoir que le médecin est ouvert à la discussion. (38)

4.2 FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

Le choix de la méthode qualitative par entretiens individuels semi- dirigés paraissait pertinent et adapté, permettant d'explorer les diverses représentations et attentes des participants. (39)

Cependant, le fait que les patients aient accepté de participer montre qu'ils étaient motivés et se sentaient concernés par le sujet. On peut imaginer qu'il s'agissait pour la majorité, de patients qui ont peu de difficulté pour aborder le thème de la sexualité en général ce qui crée un potentiel biais de diversité.

Pour l'investigatrice, il s'agissait d'un premier travail de recherche qualitative, elle était novice dans la réalisation d'entretiens semi-dirigés, ce qui a pu limiter la qualité et la richesse des entretiens au début de l'étude. La durée croissante des entretiens met en lumière une progression dans la technique d'entretien au fil de l'étude. Une autocritique systématique, après chaque entretien, a permis à l'investigatrice un ajustement de la grille d'entretien et de son attitude au fil des interviews. Pour tenter de mettre à l'aise les participants et ainsi libérer la parole, l'investigatrice rappelait en début d'entretien qu'il ne s'agissait pas de parler de leur propre sexualité mais bien de recueillir leur opinion concernant l'abord du sujet avec leur médecin généraliste. (40)

Pendant les entretiens, les questions concernant les caractéristiques sociodémographiques étaient posées en fin d'entretien pour ne pas fermer l'échange par des questions fermées.

Néanmoins, l'investigatrice étant présentée comme une interne de médecine générale et étant de sexe opposé et d'âge différent, cela a pu créer de la gêne et influencer le discours des interviewés. Pour limiter ce biais, l'investigatrice a tenté d'adopter une posture neutre.

Aussi, du fait de la pandémie, tous les entretiens ont été réalisés en distanciel (par téléphone ou visioconférence), cela a pu impacter la qualité des entretiens par l'absence d'observation du non verbal. Il se peut également que certains n'aient pas été à l'aise avec ces techniques d'échange.

Les entretiens ont été menés jusqu'à atteindre une saturation des données, permettant d'augmenter la validité externe de l'étude. (41)

Le mode d'analyse par théorisation ancrée a permis d'établir une théorie à partir des données recueillies. Elle a été préférée à l'analyse phénoménologique qui rend compte du vécu d'une personne de manière subjective. (39) L'analyse indépendante des résultats par les deux investigatrices a permis de limiter le biais d'interprétation.(41) Dans le même but, les verbatims ont été transmis aux participants, aucune modification n'a été reçue.

Malgré la diversité de l'échantillon, la population homosexuelle n'est pas représentée dans cette étude, le recrutement de cette population s'est avéré complexe avec plusieurs refus.

Devant la difficulté de recrutement de cette population, nous avons fait le choix de retirer ce critère d'échantillonnage, ce qui a permis d'atteindre une saturation des données.

L'originalité de l'étude réside dans le fait d'avoir étudié séparément les hommes et les femmes du même âge. Il s'agit d'une force de cette étude, qui a permis de mettre en évidence des représentations et des attentes spécifiques entre les deux sexes concernant l'abord de leur sexualité avec le médecin généraliste.

4.3 PERSPECTIVES EN PRATIQUE

La mise en commun des résultats des femmes et des hommes a permis d'identifier des représentations, des attentes ainsi que des leviers spécifiques concernant l'abord de la santé sexuelle, après 50 ans, avec le MG.

En pratique, le médecin généraliste doit adopter une attitude plus active en matière de santé sexuelle : plusieurs leviers peuvent lui permettre d'initier le sujet.

Le médecin généraliste ne doit pas être freiné par la peur du manque de connaissance en matière de sexualité. Ses aptitudes communicationnelles et son professionnalisme semblent être plus déterminants que ses connaissances en sexologie.

La création d'une consultation dédiée à la sexualité pourrait être bénéfique pour favoriser un abord systématique avec tous les patients.

De plus, l'élaboration d'un outil communicationnel spécifique type 'RPIB santé sexuelle' adapté à la médecine générale, se basant sur les différents leviers évoqués dans cette étude, pourrait faciliter l'abord du sujet en consultation. Par la suite, une formation universitaire des médecins généralistes à cet outil permettrait de mieux répondre aux attentes des patients.

Enfin, notre étude n'explorant pas les représentations et les attentes des personnes LGBTQIA+, il semblerait intéressant de pouvoir étendre cette recherche auprès de cette population.

5. CONCLUSION

Cette étude qualitative a permis d'explorer les représentations, les attentes et les leviers à l'abord de la santé sexuelle avec les hommes de plus de 50 ans en médecine générale. Une analyse similaire auprès de femmes du même âge a été réalisée en parallèle.

La mise en commun des résultats a permis de mettre en évidence des représentations et des attentes spécifiques selon le sexe concernant la sexualité et son abord en médecine générale après 50 ans.

Chez les hommes, il existe une réelle attente envers le médecin généraliste concernant l'abord de la sexualité, pouvant s'expliquer par l'absence de spécialiste référent facile d'accès, tel que le gynécologue pour les femmes. Après 50 ans, les hommes craignent de voir leur sexualité s'altérée et redoutent les retentissements potentiels sur la vie de couple. Ils attendent d'être écoutés et conseillés pour sauvegarder une santé sexuelle satisfaisante. Le médecin généraliste doit s'enquérir de ce rôle en informant sur ses compétences en matière de santé sexuelle ; pour ce faire, des outils visuels tels que des affiches en salle d'attente peuvent être utilisés. Il peut aussi l'évoquer une fois afin de se rendre disponible et légitimer l'abord de ce sujet.

Pour libérer la parole, la création d'une relation de confiance, une attitude active, bienveillante et le professionnalisme semblent être des éléments clés.

Le médecin généraliste doit initier le sujet, en saisissant les occasions propices et s'adapter à chaque patient.

Pierre CLAVELOU
Doyen-Directeur



Président du Jury :

BIBLIOGRAPHIE

1. Cour F. Évolution sociétale de la sexualité. Progrès en Urologie [Internet]. 1 juill 2013 [cité 14 avr 2022];23(9):832-7. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1166708713001152>
2. OMS | Santé sexuelle [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 12 mai 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
3. Smith L, Yang L, Veronese N, Soysal P, Stubbs B, Jackson SE. Sexual Activity is Associated with Greater Enjoyment of Life in Older Adults. Sex Med. mars 2019;7(1):11-8.
4. Štulhofer A, Hinchliff S, Jurin T, Hald GM, Træen B. Successful Aging and Changes in Sexual Interest and Enjoyment Among Older European Men and Women. The Journal of Sexual Medicine [Internet]. 1 oct 2018 [cité 30 mars 2021];15(10):1393-402. Disponible sur: [https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(18\)31152-4/abstract](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(18)31152-4/abstract)
5. Nicodeme MR, Deau X. Document de Références en MEDECINE GENERALE à l'usage des Commissions de qualification du CNOM. :7.
6. A D, A D. Le ministère des Solidarités et de la Santé présente la deuxième feuille de route santé sexuelle 2021-2024 de mise en oeuvre de la Stratégie nationale de Santé sexuelle [Internet]. 2022 janv [cité 13 janv 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/le-ministere-des-solidarites-et-de-la-sante-presente-la-deuxieme-feuille-de>
7. Bajos N, Bozon M, Beltzer N, éditeurs. Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé [Internet]. Paris: Editions La Découverte; 2008. 609 p. Disponible sur: <https://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293.htm>
8. Prins J, Blanker MH, Bohnen AM, Thomas S, Bosch JLHR. Prevalence of erectile dysfunction: a systematic review of population-based studies. Int J Impot Res [Internet]. déc 2002 [cité 14 avr 2022];14(6):422-32. Disponible sur: <https://www.nature.com/articles/3900905>
9. Costa P, Grivel T, Giuliano F, Pinton P, Amar E, Lemaire A. La dysfonction érectile : un symptôme sentinelle ? Progrès en Urologie. 2005;6.
10. Basson R, Gilks T. Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. Womens Health (Lond Engl) [Internet]. 1 janv 2018 [cité 14 avr 2022];14:1745506518762664. Disponible sur: <https://doi.org/10.1177/1745506518762664>
11. Bala A, Nguyen HMT, Hellstrom WJG. Post-SSRI Sexual Dysfunction: A Literature Review. Sex Med Rev. janv 2018;6(1):29-34.
12. SPF. Découvertes de séropositivité VIH chez les seniors en France, 2008-2016 [Internet]. [cité 7 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et->

traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/decouvertes-de-seropositivite-vih-chez-les-seniors-en-france-2008-2016

13. Janssen - Les Séniors et le VIH - Novembre 2014 [Internet]. [cité 7 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.opinion-way.com/fr/sondage-d-opinion/sondages-publies/marketing/sante/janssen-les-seniors-et-le-vih-novembre-2014.html>
14. Lemaire A, Colson MH, Alexandre B, Bosio-leGoux B, Klein P. Pourquoi les patients qui ont des difficultés sexuelles ne consultent-ils pas plus souvent ? D'après une enquête française de l'ADIRS. *Sexologies* [Internet]. 1 janv 2009 [cité 29 juin 2021];18(1):32-7. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1158136008001515>
15. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 10 févr 1999;281(6):537-44.
16. Cousseau L, Freyens A, Corman A, Escourrou B. Des représentations aux résistances des médecins généralistes à aborder la sexualité avec leurs patients âgés. *Sexologies* [Internet]. avr 2016 [cité 3 avr 2021];25(2):69-77. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1158136016000049>
17. Zeler A, Troadec C. Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, France. *Sexologies* [Internet]. 1 juill 2017 [cité 29 juin 2021];26(3):136-45. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1158136017300166>
18. Le ministère des Solidarités et de la santé. Agenda 2017-2030 - Stratégie nationale de santé sexuelle. 2017.
19. Baka KH, Moudouni SM, Sanda G, Sadiki B, Lakmichi AM, Dahami Z, et al. Prévalence de la dysfonction érectile en urologie. *African Journal of Urology* [Internet]. 1 déc 2017 [cité 25 juill 2022];23(4):327-30. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1110570417300668>
20. Ezhova I, Savidge L, Bonnett C, Cassidy J, Okwuokei A, Dickinson T. Barriers to older adults seeking sexual health advice and treatment: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies* [Internet]. juill 2020 [cité 3 avr 2021];107:103566. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748920300511>
21. Moreira ED, Brock G, Glasser DB, Nicolosi A, Laumann EO, Paik A, et al. Help-seeking behaviour for sexual problems: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Int J Clin Pract*. janv 2005;59(1):6-16.
22. Galinsky AM, Waite LJ. Sexual Activity and Psychological Health As Mediators of the Relationship Between Physical Health and Marital Quality. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* [Internet]. 1 mai 2014 [cité 23 juill 2022];69(3):482-92. Disponible sur: <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article-lookup/doi/10.1093/geronb/gbt165>
23. COSTA P, AVANCES C, WAGNER L. Dysfonction érectile : connaissances, souhaits et attitudes. Résultats d'une enquête française réalisée auprès de 5.099 hommes âgés de 18 ans à 70 ans [Internet]. association française d'urologie. 2003 [cité 6 juill 2021].

Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/dysfonction-erectile-connaissances-souhaits-et-attitudes-resultats-dune-enquete>

24. Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Fam Pract.* déc 2003;20(6):690-5.
25. Bajos N, Bozon M. La sexualité à l'épreuve de la médicalisation : le Viagra. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* [Internet]. 1999 [cité 23 juill 2022];128(1):34-7. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1999_num_128_1_3291
26. Aschka C, Himmel W, Ittner E, Kochen MM. Sexual problems of male patients in family practice. *J Fam Pract.* sept 2001;50(9):773-8.
27. Pretorius D, Couper I, Mlambo M. Sexual History Taking: Perspectives on Doctor-Patient Interactions During Routine Consultations in Rural Primary Care in South Africa. *Sexual Medicine* [Internet]. août 2021 [cité 23 juill 2022];9(4):100389. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2050116121000696>
28. Sinha A, Palep-Singh M. Taking a sexual history. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine* [Internet]. 1 févr 2008 [cité 23 juill 2022];18(2):49-50. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751721407002321>
29. Althof SE, Rosen RC, Perelman MA, Rubio-Aurioles E. Standard Operating Procedures for Taking a Sexual History. *The Journal of Sexual Medicine* [Internet]. 1 janv 2013 [cité 23 juill 2022];10(1):26-35. Disponible sur: [https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(15\)30117-X/fulltext](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(15)30117-X/fulltext)
30. Latreille S, Collyer A, Temple-Smith M. Finding a segue into sex: young men's views on discussing sexual health with a GP. *Aust Fam Physician.* avr 2014;43(4):217-21.
31. Taylor B, Davis S. Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nurs Stand.* 22 nov 2006;21(11):35-40.
32. Rollini C, Meyer P. Troubles sexuels liés à l'âge : quelles spécificités dans la prise en charge ? *Revue Médicale Suisse.* 2009;5.
33. Que cache l'agenda caché ? [Internet]. *Revue Médicale Suisse.* [cité 2 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2005/revue-medicale-suisse-5/que-cache-l-agenda-cache>
34. Temple-Smith MJ, Mulvey G, Keogh L. Attitudes to taking a sexual history in general practice in Victoria, Australia. *Sexually Transmitted Infections* [Internet]. 1 févr 1999 [cité 3 août 2022];75(1):41-4. Disponible sur: <https://sti.bmj.com/content/75/1/41>
35. Éjaculation prématurée : stratégies pour aborder le sujet en médecine générale - PDF Téléchargement Gratuit [Internet]. [cité 3 août 2022]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/21192879-Ejaculation-prematuree-strategies-pour-aborder-le-sujet-en-medecine-generale.html>
36. Shepardson RL, Mitzel LD, Trabold N, Crane CA, Crasta D, Funderburk JS. Sexual Dysfunction and Preferences for Discussing Sexual Health Concerns Among Veteran Primary Care Patients. *J Am Board Fam Med* [Internet]. mars 2021 [cité 3 août

2022];34(2):357-67.

Disponible

sur:

<http://www.jabfm.org/lookup/doi/10.3122/jabfm.2021.02.200326>

37. Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Fam Pract.* déc 2003;20(6):690-5.
38. Szwabo PA. Counseling about sexuality in the older person. *Clinics in Geriatric Medicine* [Internet]. août 2003 [cité 23 juill 2022];19(3):595-604. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749069002001131>
39. Initiation à la recherche qualitative en santé, Jean-Pierre Lebeau, 2021, GM santé [Internet]. VG Librairies. [cité 25 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.vg-librairies.fr/specialites-medicales/8856-initiation-a-la-recherche-qualitative-en-sante.html>
40. Trimbur M, Plancke L, Sibeoni J. RÉALISER UNE ÉTUDE QUALITATIVE EN SANTÉ - GUIDE METHODOLOGIQUE. 2022 févr 22.
41. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative II. *Exercer.* 2009;(88:106-12).

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN FINAL

Tout d'abord, quelques renseignements, quel âge a votre médecin, approximativement ? S'agit-il d'un homme, d'une femme ?

Comment décririez-vous la relation que vous entretenez avec lui ? Racontez-moi.

1. Représentations de leur santé sexuelle

Selon vous, quelle est la place de la santé sexuelle en consultation de médecine générale ? Pourquoi ?

C'est quoi pour vous la santé sexuelle, au sens large du terme ?

Quels sont, selon vous, les critères d'une bonne santé sexuelle ?

Selon vous quelles seraient les thématiques à aborder en santé sexuelle avec votre médecin généraliste ?

2. Attentes

Avez-vous déjà parlé de votre sexualité avec un professionnel de santé ?

Si oui, pouvez-vous me raconter ?

Si non, avez-vous déjà eu envie de parler de sexualité sans avoir pu l'aborder ou vous êtes-vous déjà senti en difficulté pour aborder le sujet de la santé sexuelle ? Pourquoi ?

Comment envisageriez-vous l'abord de votre santé sexuelle durant une consultation avec votre MG ?

Quels sujets aimeriez-vous aborder concernant la sexualité ?

Quand aimeriez-vous aborder le sujet de la sexualité ?

Quel est votre avis sur une consultation dédiée à ce thème ?

3. Éléments facilitant la communication

A votre avis qu'est-ce que votre médecin généraliste pourrait mettre en place pour favoriser la discussion autour de la sexualité ?

Avez-vous d'autres sujets dont vous souhaiteriez me parler ?

Fin

Avez-vous autre chose à ajouter ?

Qu'avez-vous pensé de l'entretien ?

ANNEXE II : FICHE D'INFORMATION DE L'ETUDE ET DE NON-OPPOSITION DE PARTICIPATION

Sexualité des plus de 50 ans en médecine générale : représentations, attentes et éléments facilitant la communication

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE NON OPPOSITION

Madame, Monsieur,

Nous sommes deux internes de médecine générale, Charlotte FABRE et Agathe MANEVY. Nous préparons actuellement une thèse de fin d'étude dirigée par le Docteur ESCHALIER Bénédicte.

Nous collaborons avec les enseignants de médecine générale de la faculté de médecine de Clermont Ferrand.

Dans le cadre de ce travail, nous souhaiterions étudier les points de levier permettant d'aborder le sujet de la santé sexuelle en consultation avec votre médecin généraliste.

Pour cela, nous aurions besoin de recueillir votre opinion. Ainsi, nous vous proposons de nous rencontrer afin d'échanger sur le sujet.

Cet entretien se déroule au moment et dans le lieu de votre choix ; nous pouvons nous déplacer, vous n'aurez donc aucun frais à avancer. Si vous le souhaitez, nous pouvons également réaliser l'entretien par visioconférence. Les entretiens dureront en moyenne entre 15 min et 1 h.

Aussi, notre entretien sera confidentiel. Notre entretien sera enregistré sur dictaphone puis l'enregistrement sera détruit après retranscription écrite.

Nous vous demanderons également vos noms, prénoms et adresse mail pour la prise de rendez-vous, ces données seront détruites à la fin de la passation de cette

S'agissant de recherche fondamentale, les données récoltées seront pseudonymisées et traitées de manière confidentielles.

*Pour votre information, cette recherche, ne soulève pas de problème éthique particulier pour le **Comité d'Ethique de la Recherche IRB-UCA**.*

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. De plus, vous pourrez, à tout moment arrêter votre participation à cette recherche. Vous pouvez également demander à tout moment des explications complémentaires sur l'étude.

Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel en vigueur (règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et la loi "Informatique et Libertés" n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition, à l'effacement, concernant vos données, en contactant les investigatrices de l'étude (agathe.MANEVY@etu.uca.fr ; charlotte.FABRE@etu.uca.fr) et/ou la déléguée à la protection des données (dpo@uca.fr). L'Université Clermont Auvergne est le responsable de ce traitement.

Ces données sont conservées pendant 10 ans et sont destinées à un nombre restreint de chercheurs directement liés à cette étude.

Par ailleurs, si vous le souhaitez, nous pourrions vous envoyer une copie de votre entretien, que vous pourrez modifier à tout moment ; et par la suite, un exemplaire de notre étude terminée.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous porterez à notre étude.

Consentement pour le droit à la voix :

Ce formulaire est destiné à recueillir votre consentement pour l'enregistrement de votre voix dans le cadre de ce projet.

En signant ce consentement, vous déclarez :

- Qu'on vous a expliqué l'étude
- Qu'on a répondu à vos questions
- Qu'on vous a informé que vous étiez libre de retirer votre consentement ou d'arrêter de participer à cette recherche.

J'accepte que ma voix soit exploitée par l'équipe du projet dans le cadre de cette étude.

J'accepte que ma voix soit utilisée dans des recherches ultérieures en lien avec cette étude.

Je refuse que ma voix soit utilisée dans des recherches ultérieures en lien avec étude.

Nom et prénom du participant :

Date :/...../.....

Signature

Précédée de la mention « Lu et compris » :

ANNEXE III : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE DROIT A LA VOIX

Je soussigné (e),
majuscules),

(Nom, Prénom en

déclare avoir pris connaissance de la fiche d'information de l'étude.

J'autorise par la présente l'investigateur à enregistrer en audio l'entretien et autorise l'utilisation de ces données sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur forme retranscrite et anonymisée à des fins de recherche scientifique.

Pour tous renseignements complémentaires, je pourrai contacter :

MANEVY Agathe :

06 ** ** ** **

agathe.MANEVY@etu.uca.fr

FABRE Charlotte :

06 ** ** ** **

charlotte.fabre@etu.uca.fr

Fait à Le / /

Signature

**ANNEXE IV : AVIS DU COMITE D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE
IRB-UCA**



Clermont-Ferrand, le 13 février 2022

Mme Charlotte FABRE
Mme Agathe MANEVY
UFR Médecine et Professions
Paramédicales
Université Clermont Auvergne

Nos Réf. : IRB00011540-2021-80

Mesdames,

Vous nous avez sollicités à propos d'un projet intitulé :

« Sexualité des plus de 50 ans en médecine générale : représentations, attentes et éléments facilitant la communication »

Vous nous avez précisé que cette étude a pour but « d'améliorer vos techniques de communication afin de faciliter l'abord de la sexualité en médecine générale ».

Cette étude ne soulève pas de problème éthique particulier et ne relève pas du domaine d'application de la réglementation régissant les recherches impliquant la personne humaine, au sens de l'Article L.1121-1-1 et l'Article R.1121-1 du code de la santé publique.

Nous attirons néanmoins votre attention sur le fait que, dans ce contexte, du fait de l'enregistrement des différentes données et informations, il vous appartient de vous renseigner auprès du Délégué à la Protection des Données de l'UCA (dpd@uca.fr) sur les obligations liées aux déclarations auprès de la CNIL.

Veuillez agréer, Mesdames, l'expression de nos salutations distinguées.

Sophie Monceau
Pour la Directrice du Comité d'Éthique de
la Recherche IRB-UCA
Anne FOGLI

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'S/M', is written over a blue ink stamp or signature line.

Comité d'Éthique de la Recherche IRB-UCA
49 Boulevard François Mitterrand - CS 60032 – 63 001 Clermont-Ferrand
Contact : irb@uca.fr

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

Nom, Prénom

Signature

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISEIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Nom, Prénom

Signature

L'abord de la sexualité des hommes de plus de 50 ans en consultation de médecine générale : représentations, attentes et éléments facilitant la communication. Une étude qualitative par entretiens individuels semi dirigés.

CONTEXTE : Les troubles de la sexualité sont fréquents, et augmentent avec l'âge. En pratique, le sujet reste peu abordé en consultation de médecine générale. Les patients rencontrent souvent des difficultés à l'évoquer avec leur médecin généraliste (MG).

OBJECTIFS : Déterminer les représentations et les attentes des patients de plus de 50 ans concernant l'abord de leur santé sexuelle avec leur MG. Identifier des éléments pouvant faciliter la communication.

METHODE : Etude qualitative par entretiens individuels semi- dirigés, réalisés de janvier à mai 2022, auprès d'hommes de plus de 50 ans, recrutés auprès de médecins généralistes de la région Auvergne Rhônes-Alpes et par méthode boule de neige. Analyse inspirée de la théorisation ancrée, avec double codage des données par deux investigatrices indépendantes. En parallèle, une analyse similaire a été réalisée auprès de femme du même âge par FABRE Charlotte.

RÉSULTATS : 11 entretiens ont été réalisés auprès d'hommes âgés de 51 à 78 ans, entre janvier et mai 2022. La santé sexuelle était perçue comme une notion floue, liée au bien-être et à la santé globale. Avec l'avancée en âge, les hommes craignent de voir leur sexualité s'altérer et redoutent les retentissements potentiels sur la vie de couple. Le MG est perçu comme une personne tournée vers le soin et la prescription, qui peut parfois manquer de temps. Or, lorsqu'il existe une relation de confiance, le MG devient un interlocuteur privilégié, pouvant aborder des sujets intimes tels que la sexualité. La création d'une relation de confiance, une attitude active et bienveillante semblent être des éléments clés pour favoriser la discussion. Aussi, les hommes proposent que le MG initie le sujet, saisisse certaines occasions et informe sur ses compétences en matière de santé sexuelle. Lorsque le sujet est abordé, ils attendent d'être écoutés, rassurés, conseillés et orientés si besoin.

CONCLUSION : Il existe une réelle attente des hommes envers le MG concernant l'abord de la sexualité. Le MG doit s'enquérir de ce rôle et adopter une attitude plus active dans la communication autour de la santé sexuelle.

Mots-clés :

- Santé sexuelle
- Médecine générale
- Communication en santé
- Hommes
- Leviers
- Dysfonction érectile

