



**HAL**  
open science

# Sexualité des seniors en médecine générale : état des lieux des souhaits et craintes des patients seniors vis-à-vis du sujet de la sexualité en cabinet de médecine générale

Anne-Claire Trichet

## ► To cite this version:

Anne-Claire Trichet. Sexualité des seniors en médecine générale : état des lieux des souhaits et craintes des patients seniors vis-à-vis du sujet de la sexualité en cabinet de médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03978708

**HAL Id: dumas-03978708**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03978708>**

Submitted on 8 Feb 2023

**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.

#### IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

---

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

**NANTES UNIVERSITE**  
—  
**FACULTE DE MEDECINE**

Année 2022

N°

**T H E S E**  
pour le  
**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
(DES de MEDECINE GENERALE)

par  
**Anne-Claire Trichet**

—  
Présentée et soutenue publiquement le 25 octobre 2022  
—

**Sexualité des seniors en médecine générale**

**Etat des lieux des souhaits et craintes des patients seniors  
vis-à-vis du sujet de la sexualité en cabinet de médecine  
générale**

Président : Madame le Professeur De Decker  
Directeur de thèse : Dr Soussana Joël

# 1 Remerciements

## **A Mme le professeur Laure De Decker**

Professeur hospitalo-universitaire de gériatrie du CHU de Nantes

Merci d'avoir accepté de présider mon jury de thèse et vous être rendue disponible pour juger mon travail

## **A Mr le professeur Guillaume Chapelet**

Professeur hospitalo-universitaire de gériatrie du CHU de Nantes

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et vous être rendu disponible pour juger mon travail

## **A Mr le professeur Nicolas Homey**

Professeur hospitalo-universitaire de médecine générale du CHU de Nantes

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et vous être rendu disponible pour juger mon travail

## **Au Dr Soussana Joël**

Docteur en gynécologie-obstétrique et chargé d'enseignement en sexologie à la faculté de Nantes

Merci d'avoir accepté d'être directeur de thèse et d'avoir accompagné ce travail grâce à vos précieuses remarques et connaissances

A mes collègues du cabinet médical d'Essarts en bocage. Merci pour votre aide dans la collecte de données pour cette thèse et pour votre patience dans l'attente de cette soutenance, je ne vais bientôt plus être médecin adjointe !

Merci également aux directrices des saisonales, des MARPA de Sainte Cécile, Vendrennes et Sainte Florence, aux infirmières coordinatrices et aux équipes soignantes des EHPAD d'Essarts en bocage, Saint Martin des Noyers, Chauché et des Brouzils. Merci pour votre aide dans la collecte des données, vitale pour la rédaction de cette thèse.

Merci aux patients qui ont pris le temps de répondre au questionnaire et permis la rédaction de cette thèse.

Merci à ma famille, vous qui êtes si chers à mon cœur. Et plus particulièrement à ma mère, pour son soutien tout au long de mes études de médecine jusqu'à cette thèse, ainsi qu'à ma sœur pour tout ce que nous avons partagé.

Merci à mes amis d'études de médecine pour tout ce que nous avons vécu pendant nos études et ensuite, merci à mes amis d'ailleurs pour l'ouverture d'esprit que vous m'apportez.

Merci à toi, Quentin, tu sais à quel point tu es important pour moi.

## 2 Table des matières

1	Remerciements .....	2
2	Table des matières .....	3
3	Abréviations.....	6
4	Introduction.....	7
4.1	Définition .....	7
4.2	Démographie gériatrique (chiffres pour 2020) .....	7
[1]	.....	7
4.3	Physiologie du rapport sexuel .....	8
4.3.1	La phase du désir :.....	8
4.3.2	La phase d'excitation :.....	10
4.3.3	La phase de plateau :.....	10
4.3.4	La phase d'orgasme :.....	10
4.3.5	La phase de résolution : .....	11
4.3.6	Phénomènes extra-génitaux .....	11
4.4	Physiologie du vieillissement sexuel .....	11
4.4.1	Chez l'homme :.....	12
4.4.2	Chez la femme .....	13
4.5	Incidences des pathologies et traitements sur la fonction sexuelle .....	14
4.6	Une modification de la sexualité, au-delà de la physiologie.....	14
4.7	Pourquoi s'intéresser à la sexualité des personnes âgées ? .....	16
4.8	La question de la sexualité des personnes âgées est-elle abordée en médecine générale ?	17
4.9	A propos de quels sujets les questions de sexualité sont-elles abordées avec les personnes âgées en consultation de médecine générale ? .....	17
4.10	Quelles peuvent être les freins des médecins à l'abord de la sexualité ?.....	18
4.11	Quelles peuvent être les freins des patients pour parler de sexualité avec leur médecin généraliste .....	18
4.12	Quels besoins les patients âgés expriment ils à propos de leur sexualité ? .....	19
5	Matériels et méthodes .....	20
5.1	Objectif de l'étude .....	20
5.2	Caractéristique de l'étude .....	20
5.3	Population étudiée .....	20
5.4	Analyse des résultats.....	21
6	Résultats .....	22

6.1	Population étudiée .....	22
6.1.1	Provenance des réponses.....	22
6.1.2	Sexe des répondants .....	23
6.1.3	Âges des répondants .....	24
6.1.4	Situation de couples des répondants.....	24
6.2	Vous considérez vous comme actif sexuellement ?.....	25
6.2.1	Selon le sexe .....	26
6.2.2	Selon l'autonomie.....	27
6.2.3	Selon l'âge .....	28
6.2.4	Selon la situation de couple .....	29
6.2.5	Au total.....	30
6.3	Considérez-vous avoir ou avoir eu des problèmes sexuels ?.....	30
6.3.1	Selon le sexe .....	31
6.3.2	Selon l'autonomie.....	31
6.3.3	Selon l'âge .....	32
6.3.4	Selon la situation de couple .....	33
6.3.5	Au total .....	34
6.4	Quels problèmes de santé sexuelle avez-vous rencontrés ? .....	34
6.4.1	Problèmes de santé signalés .....	34
6.4.2	Problèmes de santé sexuelle, non considérés comme tel, par les patients.....	35
6.5	Avez-vous parlé de problèmes de santé sexuelle avec un professionnel de santé ?.....	36
6.5.1	Selon le sexe .....	36
6.5.2	Selon l'autonomie.....	37
6.5.3	Selon l'âge .....	38
6.5.4	Selon la situation maritale.....	39
6.5.5	Au total .....	40
6.6	Avec quels professionnels de santé avez-vous abordé la question de la sexualité ? .....	40
6.7	Souhaiteriez vous que le sujet de la sexualité soit abordé avec votre médecin généraliste ?	
	41	
6.7.1	Selon l'autonomie.....	42
6.7.2	Selon le genre .....	43
6.7.3	Selon l'âge .....	44
6.7.4	Selon la situation de couple .....	45
6.7.5	Selon l'activité sexuelle actuelle.....	46
6.7.6	Au total.....	47

6.8	Quelle(s) raison(s) pourrai(en)t être un frein à l'ouverture d'une discussion avec votre médecin à propos de la sexualité ? .....	47
6.9	Qu'attendriez-vous de votre médecin concernant la santé sexuelle ? .....	49
6.10	Remarques.....	49
6.10.1	Réactions à la réception du questionnaire.....	49
6.10.2	Remarques notées sur les questionnaires .....	49
7	Discussion .....	52
7.1	Synthèse et discussion des résultats .....	52
7.1.1	Les séniors se considèrent-ils encore sexuellement actifs ? .....	52
7.1.2	Les seniors considèrent-ils avoir des problèmes de santé sexuelle ? .....	53
7.1.3	Les séniors parlent-ils de problèmes de santé sexuelle aux professionnels de santé ? .....	56
7.1.4	Avec quel professionnel de santé les seniors ont il parlé de sexualité ? .....	56
7.1.5	Les seniors souhaiteraient-ils que le sujet de la sexualité soit abordé avec leur médecin généraliste ? Le souhaitent-ils à leur initiative ou à celle du médecin ?.....	57
7.1.6	Pour les séniors, quels sont les principaux freins à l'ouverture d'une question sur la sexualité avec leur médecin ? .....	58
7.1.7	Qu'attendent les seniors d'une consultation à propos de la sexualité ? .....	60
7.2	Autres problématiques de l'impact du vieillissement sur la sexualité.....	60
7.2.1	Sexualité et démence .....	60
7.2.2	Sexualité en institution.....	61
7.3	Les biais possibles de l'étude .....	63
7.3.1	Biais de sélection : .....	63
7.3.2	Biais de compréhension .....	63
7.3.3	Biais de déclaration .....	64
7.3.4	Biais de confusion.....	64
7.4	Les limites de l'étude.....	64
7.4.1	La taille de l'échantillon.....	64
7.4.2	Le nombre de facteurs étudiés.....	65
7.4.3	Les critères définissant les patients.....	65
8	Conclusion .....	67
9	Annexe :.....	68
9.1	Questionnaire.....	68
9.2	Charte des droits et libertés de la personne accueillie .....	70
9.3	Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM : Qualité de vie en Ehpad (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne .....	70
10	Bibliographie.....	74

### 3 Abréviations

**INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques

**DREES** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

**EHPA** : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées

**EHPAD** : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

**MARPA** : Maison d'accueil rurale pour les personnes âgées

**DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (=manuel diagnostique et statistique des troubles psychiatriques)

**MMS** : Mini Mental state

**ANESM** : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médicaux et médico-sociaux



## 4 [Introduction](#)

La sexualité est une partie intégrante de la vie de tout un chacun, média et société la rendent omniprésente. Ces dernières décennies, de nombreux tabous se sont estompés mais certains persistent, notamment autour de la sexualité de la personne âgée. Et pourtant il n'y a pas d'âge pour le désir amoureux, pour l'échange érotique et l'intimité charnelle.

D'ailleurs Blaise Pascal l'avait bien pensé en écrivant :

« L'amour n'a pas d'âge, il est toujours naissant »

### 4.1 [Définition](#)

La sexualité va bien au-delà du simple rapport sexuel et recouvre de nombreux champs.

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), « la **sexualité** est un aspect central de la personne humaine tout au long de sa vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuel, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, toutes ne sont pas toujours vécues ou exprimées. La sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels. »

L'OMS a défini en 2002 **la santé sexuelle** comme étant « un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. 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 »

### 4.2 [Démographie gériatrique \(chiffres pour 2020\)](#)

#### [1]

L'espérance de vie est de 79.1 ans pour les hommes et 85.1 ans pour les femmes en 2020. L'INSEE projette un allongement continu de l'espérance de vie d'ici à 2060. Cette année-là, elle devrait être de 86 ans pour les hommes et 91.1 ans pour les femmes.

En France, les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 20.5% de la population, et les plus de 75 ans représentent un habitant sur 10. Selon les projections, en 2040, 1 habitant sur 4 aura plus de 65ans.

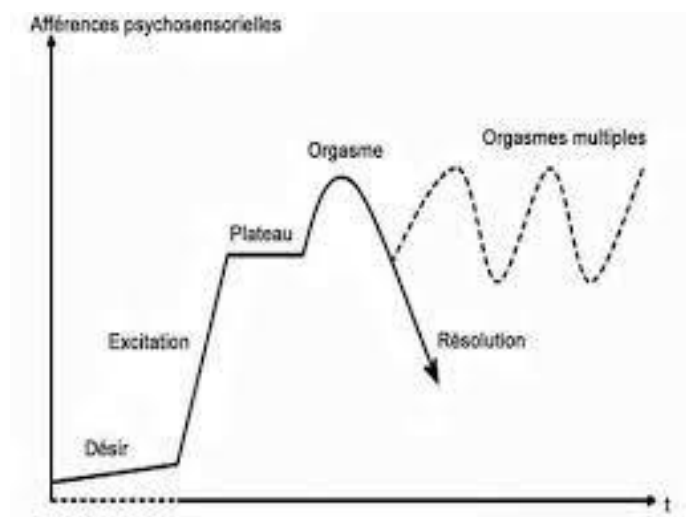
La majorité des personnes âgées vieillissent dans de bonnes conditions d'autonomie. Seuls 8% des plus de 60 ans sont dépendants et 1 personne de plus de 85 ans sur 5 (20%). L'âge moyen de perte d'autonomie est de 83 ans. (chiffres de 2018)

A l'âge de 85 ans, on compte plus de deux femmes pour un homme, et à l'âge de 95 ans trois femmes pour un homme. Ce rapport culmine à plus de 7 chez les centenaires.

### 4.3 Physiologie du rapport sexuel

La fonction sexuelle est un processus biologique complexe à composante multiple, intégrant les effecteurs périphériques mais aussi leur vascularisation, leur innervation, ainsi que les centres médullaires et cérébraux.

Depuis les travaux de Masters et Johnson en 1966, le rapport sexuel est biologiquement décrit en plusieurs phases : le désir, l'excitation, la phase de plateau, l'orgasme et la phase de résolution. [15] [17]



#### 4.3.1 La phase du désir :

Le désir sexuel est l'énergie psychobiologique qui incite à avoir un comportement sexuel. La phase de désir, qui précède et accompagne l'excitation sexuelle, n'a été intégrée qu'en 1979 par Hélène Kaplan, à la courbe physiologique de la réponse sexuelle de Masters et

Johnson. Elle est caractérisée par des idées érotiques et fantasmes et le souhait d'avoir des rapports sexuels. Le désir est sous la dépendance de facteurs volontaires conscients et automatiques inconscients.

On peut différencier 3 dimensions du désir sexuel

-Le désir biologique : lié au besoin inné de l'être humain de s'accoupler, avec ces cascades d'activations neuronales et hormonales.

-Le désir motivationnel : Les besoins émotionnels et affectifs vont moduler les aspects pulsionnels et biologiques. Il ne faut pas oublier que le manque entretient le désir.

-Le désir cognitif : la « pensée » (les souhaits et les risques en jeu dans les comportements sexuels, les pensées parasites, la mémorisation d'expériences antérieures, les fantasmes...) modulent les 2 dimensions précédentes.

Sur le plan neurobiologique, les travaux d'IRM fonctionnelle ont permis de comprendre les cascades de mécanismes neurophysiologiques qui déclenchent le désir sexuel. Les aires antérieures des lobes temporaux s'activent ainsi que les amygdales qui lèvent l'inhibition de certains neurones du noyau ventro-médian hypothalamique. Ce dernier va envoyer des informations submergeant le cerveau conscient, qui recueille, analyse et transmet les informations sexuellement pertinentes présentes dans l'environnement.

Il va inhiber le lobe frontal gauche. Ce dernier inhibe de façon tonique d'autres aires, essentielles dans l'apparition du désir sexuel : l'inhibition de l'inhibition donne une activation.

Cette levée d'inhibition permet l'activation d'aires spécifiques qui libèrent le désir :

- L'aire motrice supplémentaire, bilatéralement

- L'aire prémotrice ventrale gauche

- Le gyrus cingulaire gauche

- La 4ème, le lobule pariétal inférieur gauche, responsable de l'imagerie fantasmagorique, permet la représentation imaginaire du désir.

Puis s'effectue une mise en éveil du lobe frontal droit, afin de préparer le ressenti de l'orgasme.

-L'aire cérébrale représentative des organes génitaux (cette aire sensori-motrice est plus vaste que celles du torse, de l'abdomen et du dos réunies) augmente ses potentiels d'activation. Cette aire, à l'acmé de l'orgasme émet des tracés électrophysiologiques proches de ceux des crises d'épilepsie

2 neurotransmetteurs sont fondamentaux, en activant les connections entre le système limbique et le cortex : la dopamine et la phényléthylamine. La phényléthylamine ou PEA est une amphétamine qui diminue la sensation des autres besoins (efface la fatigue et anesthésie la faim), la dopamine rend euphorique en faisant déferler cette sensation de bonheur dans le cerveau.

Les paroles tendres, les baisers, les caresses vont activer une autre hormone clé du désir sexuel : la lutibérine (ou LHRH) suscitant le désir sexuel. Elle accélère la production de

dopamine et envoie un influx aux gonades et glandes surrénales pour augmenter le taux de testostérone (transformé en œstrogènes chez la femme). Le corps s'emballe et se prépare à un rapport sexuel : nous voici arriver à la phase d'excitation.

Ce cocktail de PEA, dopamine, lutibérine et testostérone (ou œstrogène) est intense et cette puissance peut rendre accro... et enlever tout sens critique (« l'amour rend aveugle ! »).

#### 4.3.2 La phase d'excitation :

La phase d'excitation résulte de stimulations cérébrales (sensorielles : visuelles, auditives mais également fantasmagiques) et/ou périphériques en particulier périnéales. Cette stimulation entraîne un certain nombre de modifications objectives anatomo-pathologiques au niveau des organes génitaux et au niveau de l'organisme en général aboutissant à la sensation subjective de plaisir sexuel.

Chez l'homme, la principale modification génitale est l'érection, accompagnée d'une ascension testiculaire. L'érection est la résultante d'un mécanisme vasculaire et musculaire. L'obtention d'une érection nécessite un apport vasculaire satisfaisant par le système artériel et un maintien du remplissage de corps caverneux par blocage du retour veineux. La musculature lisse du tissu érectile des corps caverneux y participe activement.

Chez la femme, la vascularisation vaginale et de la vulve augmente, se traduisant par une lubrification vaginale. Elle est accompagnée d'un début d'expansion vaginale et d'une érection du clitoris.

#### 4.3.3 La phase de plateau :

Elle consiste en la réalisation du coït ou la poursuite de la stimulation. L'érection y est à son maximale chez l'homme. Chez la femme, il y a une congestion péri-vaginale avec une ballonnisation des culs de sac vaginaux.

Les taux de dopamine, de sérotonine, d'ocytocine augmentent.

#### 4.3.4 La phase d'orgasme :

Les taux d'ocytocine, tisonnier du plaisir, explosent ; la dopamine et la sérotonine mènent à l'orgasme. Il s'agit d'une sensation de plaisir intense. L'orgasme est accompagné dans les deux sexes de contractions de la musculature striée périnéale, chacune d'une durée de 0,8 seconde. Chez l'homme, c'est à ce moment-là qu'a lieu l'éjaculation. Elle se déroule en 2 phases : l'accumulation du sperme dans l'urètre postérieur puis l'expulsion saccadée du sperme au méat urétral lors de la relaxation rythmique du sphincter strié. Lorsque l'éjaculation est absente (ex : après prostatectomie totale), l'orgasme persiste, ainsi l'éjaculation n'est pas un prérequis pour la survenue de l'orgasme.

#### 4.3.5 La phase de résolution :

Complètement relâché, saturé de sensations et d'endorphines sécrétées suite à l'orgasme (véritable antidépresseurs naturels), les endorphines boostent la sécrétion de dopamine qui inhibe la lulibérine. Les phénomènes caractéristiques de la phase d'excitation diminuent rapidement. Chez l'homme, l'orgasme est suivi d'une période réfractaire pendant laquelle la stimulation sexuelle est inefficace. La femme a une période réfractaire plus courte et peut avoir plusieurs orgasmes successifs si la stimulation sexuelle ne s'interrompt pas.

De la prolactine est sécrétée, probablement lié à la sensation de satiété...jusqu'à ce que le souvenir du plaisir et la dopamine poussent à renouveler l'expérience

Avec le temps, le plus souvent après quelques années d'amour passionnel, l'organisme s'habitue à ces décharges de PEA. Les endorphines et l'ocytocine vont prendre le dessus. L'ocytocine, hormone de l'attachement et du lien affectif, va freiner l'activité de l'amygdale (le centre de la peur) diminuant la crainte de l'autre ou le sentiment de défiance, et stimuler la production de dopamine, augmentant le plaisir. Les pulsions des premiers temps laissent peu à peu place à l'attachement, la sérénité, la tendresse. Sauf si l'un et/ou l'autre repart en quête de ces sensations fortes procurées par les amphétamines, dans une nouvelle relation...

#### 4.3.6 Phénomènes extra-génitaux

Ces phases sont accompagnées de phénomènes extra génitaux :

- les seins réagissent parallèlement aux zones érogènes primaires (érection mamelonnaire)
- la peau manifeste 2 réactions : rougeur et hypersudation
- la fréquence cardiaque augmente
- la fréquence et l'amplitude respiratoire augmentent (jusqu'à 40 par minutes)
- les muscles squelettiques se contractent avec une accélération automatique pour s'immobiliser en un spasme tonique pendant l'orgasme

L'intégrité de toutes ces fonctions, anatomiques et physiologiques, est fondamentale pour l'accomplissement d'un rapport sexuel épanouissant.

### 4.4 Physiologie du vieillissement sexuel

Bien sûr, la fonction sexuelle ainsi que les organes qui y sont dédiés subissent les aléas du vieillissement. Mais l'activité sexuelle n'a pas de limite d'âge. Une étude [2] montrait que 38,5% des hommes entre 75 et 85 ans seraient sexuellement actifs, contre seulement 16,7%

des femmes du même âge (50% de celles de plus de 85ans sont veuves versus 18% des hommes). La sexualité ne prend pas sa retraite !

#### 4.4.1 Chez l'homme :

Le vieillissement sexuel se traduit surtout par une difficulté à atteindre et maintenir une érection. La fréquence des érections matinales et nocturnes diminue. Après un stimulus, l'érection met plus de temps à se manifester et se maintient moins longtemps.

L'éjaculation survient aussi plus tardivement. Le délai pour retrouver une érection après un orgasme est plus long. [3]

Toutefois, entre 50% et 80% des plus de 75 ans conservent un appétit sexuel (même si seuls 40% gardent une activité sexuelle habituelle) [2] Il faut prendre en compte l'importante part psychologique de l'impuissance chez l'homme (peur de l'échec !) : l'impuissance totale (qui correspond à une incapacité persistante) n'est retrouvée que chez 15% des plus de 75 ans et selon les données de la littérature, le vieillissement physiologique n'en est qu'exceptionnellement l'étiologie [3].

Au niveau hormonal, principalement de l'axe gonadotrope : [17]

La production de testostérone chez l'homme diminue avec l'âge, plus marquée sur le taux de testostérone bioactive que pour la testostérone totale. Les normes usuelles de laboratoire pour un homme adulte sont de 2,5 à 10ng/ml de testostérone totale entre 20 et 60 ans, entre 2 et 7 ng/ml entre 60 et 75 ans et 0,8 à 7 ng/ml après 75 ans. Il y a des variations journalières et selon les saisons ( de 20 à 30%) [18]. Cette diminution débute tôt (dès la troisième décennie) de 1 à 1,5% par an en moyenne. La diminution est progressive sans cassure brutale avec d'importantes variations interindividuelles : certains hommes conserveront un taux de testostérone très élevé toute leur vie alors que d'autres auront un taux très abaissé. La fréquence de l'hypogonadisme (valeur de testostérone inférieure au taux normal chez les jeunes) est différente si on considère la testostérone totale ou la bioactive. Si on considère les taux de testostérone totale : elle serait de 7% entre 40 et 60 ans, de 22% entre 60 et 80ans et 37% après 80ans. Si on considère le taux de testostérone bioactive, 50% de la population de plus de 50ans seraient concernés.

Quelquefois nommée « andropause », il lui est souvent préféré le terme : « déficit androgénique lié à l'âge » (ou ADAM : Androgen deficiency in aging male). L'hypogonadisme entraîne différents troubles sexuels : diminution de la libido, fonction érectile médiocre, disparition des érections nocturnes et matinales spontanées, diminution du plaisir, éjaculation jugée insuffisante (en quantité et qualité). Peuvent y être associées des symptômes fonctionnels : asthénie, troubles du sommeil, hypersudation, flush. Une modification du schéma corporel est également retrouvée : diminution de la masse maigre et de la force musculaire, augmentation de la masse grasse principalement abdominale, hypotrophie testiculaire, dépilation pubienne et axillaire. Des troubles du caractère peuvent être également associés : irritabilité ou indifférence, perte d'estime de soi, manque de motivation,

de combativité, baisse de la concentration voire des troubles de la mémoire récente. Aucun de ces symptômes n'est spécifiquement dû au déficit en androgène. Et de nombreuses pathologies vont augmenter la prévalence de ce déficit (alcoolisme, traitement corticoïde au long cours, diabète de type 2, BPCO, arthrites inflammatoires, insuffisance rénale sévère, VIH, obésité et syndrome dysmétabolique).

Des traitements substitutifs en testostérone existent, possible après plusieurs dosages confirmant un réel hypogonadisme. Mais leurs effets à long terme, prostatique et cardiovasculaire notamment, rendent leur utilisation rare et peu conseillée surtout chez les hommes plus âgés.

[18]

#### 4.4.2 Chez la femme

La ménopause est centrale dans l'évolution de la sexualité féminine. Son effet sur la sexualité est très variable selon les études :

La ménopause est définie comme un arrêt permanent des menstruations dû à une insuffisance ovarienne périphérique liée à l'épuisement folliculaire avec l'âge. Elle survient en moyenne vers 50 ans. Biologiquement, le taux de FSH est élevé alors que le taux d'estradiol est effondré. Cette carence oestrogénique est responsable d'une altération de la trophicité et de la lubrification vaginale (la lubrification lors de la phase d'excitation est plus longue à se mettre en place). La souplesse vaginale diminue elle aussi. Cette altération peut être responsable de dyspareunie incommode, entraînant une difficulté voire une impossibilité de la pénétration (pouvant être responsable d'une peur anticipatrice, voire une phobie de la pénétration) Les petites et grandes lèvres s'atrophient également.

La sécrétion androgénique, elle, ne s'arrête pas brutalement, ce qui contribue à maintenir désir et sexualité. Le clitoris reste saillant et sa réponse reste inchangée tout au long de la vie, mais la réponse musculaire lors de l'orgasme est moins intense. Durant la phase de résolution, la détumescence est également plus rapide.

Le tissu glandulaire mammaire s'atrophie entraînant une ptose mais la vaso-congestion lors d'une phase d'excitation reste possible.

La ménopause peut s'accompagner d'autres symptômes pouvant retentir sur la sexualité : les bouffées vasomotrices peuvent être responsables de réveils nocturnes avec, par effet domino, des risques de fatigue, perte de mémoire et d'attention, ainsi que des troubles du caractère (que le syndrome du nid vide vient alourdir). Des douleurs articulaires peuvent aussi impacter le bien-être et la sexualité. D'autres signes psycho-comportementaux peuvent être signalés : troubles du sommeil, irritabilité, asthénie, perte d'attention et de mémoire, manque de motivation et tendance dépressive. Tout ceci retentit sur la vie de couple et la sexualité.

[2] [18]

Dans ce contexte des modifications de la sexualité du sujet âgé, il est important que chaque membre du couple tienne compte des changements qui surviennent chez le ou la partenaire pour pouvoir s'y adapter. Toute sexualité est possible mais pour cela, la communication est fondamentale. De plus, au vu de l'allongement du temps nécessaire à chaque phase d'un rapport sexuel, prendre son temps est très important. Certaines adaptations peuvent aussi être mise en place : utilisation de lubrifiants en cas de sécheresse vaginale, adapter les stimulations ou développer le sexe non pénétratif en cas de troubles érectiles...

Tout ceci est d'autant plus important que les pathologies plus fréquentes avec l'âge et leurs traitements entraînent fréquemment des conséquences sur la sexualité.

#### 4.5 Incidences des pathologies et traitements sur la fonction sexuelle

La fréquence des pathologies augmente avec l'âge et contribue à modifier les fonctions sexuelles, soit par leurs conséquences directes, soit par leurs retentissements psychologiques.

Les plus fréquemment en cause sont : mobilité réduite ou douleur à la mobilisation (arthrose, lombalgie chronique...), incontinence urinaire, cancers mammaires ou génitaux, troubles de la statique des organes pelviens, pathologies prostatiques, troubles métaboliques (diabète, hypothyroïdie...), pathologies cardio-vasculaires, pathologies neurologiques, insuffisance respiratoire...

L'iatrogénie est responsable de nombreux troubles sexuels également : certains antihypertenseurs (diurétiques et bêtabloquants), statines, antidiabétiques oraux, psychotropes, morphines, chimiothérapies anticancéreuses, antiépileptiques (carbamazépine, phénytoïne), L Dopa...

(A noter que l'alcoolisation chronique et le tabac ont également des répercussions négatives sur la fonction sexuelle).

Au total, la prise en charge d'éventuelle problème de santé sexuelle doit prendre en compte tous ces aspects.

#### 4.6 Une modification de la sexualité, au-delà de la physiologie

Plusieurs études montrent que, quand on parle de sexualité, les personnes plus âgées vont prioriser les dynamiques des relations entre partenaires plutôt que les pulsions ou le fonctionnement sexuel lui-même. [8] [9] [30]

Avec l'âge, la qualité des expériences sexuelles devient plus importante que leur fréquence.



Certaines personnes signalent des aspects positifs à l'augmentation de l'âge par rapport à la sexualité :

- une meilleure conscience sexuelle
- apprendre à accepter les limites de l'autre
- devenir plus ouvert d'esprit
- surmonter les anciennes croyances sur le sexe étant sale et/ou mauvais
- avoir moins d'attentes pour les rapports sexuels
- élargir les définitions de la sexualité pour inclure la compagnie et l'amour,
- ressentir une plus grande liberté sexuelle parce qu'il n'y a aucun risque de grossesse non désirée
- devenir plus détendu dans la discussion de sujets sexuels
- une plus grande attention à la qualité des expériences sexuelles sur la quantité.
- avoir eu le temps d'approfondir la relation avec son partenaire
- avoir plus de temps pour la sexualité avec la retraite et le départ des enfants
- ne plus se sentir obligé de réaliser un « devoir conjugal »

Des aspects négatifs sont aussi rapportés :

- se sentir moins attirant avec l'âge
  - se sentir moins confiant pour pouvoir exprimer sa sexualité
- En effet, la confiance en soi, le sentiment d'être désiré et de sentir son désir validé est fondamental pour une sexualité épanouie. Les tabous de la société peuvent donc auto-entretenir des troubles de la sexualité. (par exemple, les troubles érectiles majorés par le sentiment de ne plus correspondre à une image virile très liée à la sexualité).
- une dysrythmie, inadéquation entre la libido des 2 partenaires
  - peur de la « pulsion sexuelle » et des conséquences qu'elles pourraient avoir sur la santé (comme les conséquences sur la santé cardiaque de l'accélération du rythme cardiaque)
  - l'ennui, la lassitude d'habitudes sexuelles de longue date
  - de l'hostilité et des luttes de pouvoir dans certains couples anciens ne favorisant pas le désir.

Les maladies chroniques influencent aussi la sexualité au-delà de leurs effets physiopathologiques. Les conjoints peuvent devenir aidants, modifiant les interactions de couple avec ces effets sur le désir. De plus, la sexualité peut ne pas être envisagée comme prioritaire lors de la survenue de certaines pathologies. L'image du corps peut être impactée par des gains ou perte de poids, la perte d'une partie du corps (ablation d'un sein), l'apparition de cicatrices, d'une stomie... Toutes sortes d'émotion (anxiété, peur, tristesse...) déclenchées par la survenue de certaines pathologies peuvent altérer l'intérêt sexuel et la capacité de se sentir proche de son/sa partenaire.

Il ressort qu'il ne faut probablement pas calquer les problèmes sexuels et leurs solutions sur une sexualité de jeunes adultes. Une fréquence des rapports qui diminue peut être liée à une sexualité épanouie. La recherche à propos de la sexualité des personnes âgées met peut être trop l'accent sur le maintien d'une sexualité identique à une sexualité « jeune », ne correspondant pas aux priorités des personnes âgées.

De plus , la sexualité des seniors est souvent le reflet de leur sexualité antérieure, fruit de leur histoire personnelle et de couple.

#### 4.7 Pourquoi s'intéresser à la sexualité des personnes âgées ?

L'ignorance et l'intolérance de la sexualité et de l'affectivité des personnes âgées ont des effets négatifs car elles vont :

- dévaloriser davantage la vieillesse déjà perçue de façon négative ;
- accentuer leur solitude et leur isolement ;
- induire un sentiment de honte, de culpabilité, de perversité qui dévalorise encore plus ces seniors ;
- occasionner des troubles du comportement, tels qu'un langage et des actes licencieux, de l'agressivité, de l'opposition, de l'inertie et des manifestations capricieuses ;
- être à l'origine de syndromes dépressifs, de tristesse, d'un refus de manger et de vivre en en éprouvant du plaisir ;
- choquer, dégoûter ou couvrir de honte les enfants de ces seniors qui manifestent leur désir sexuel ;
- créer une ambiance conflictuelle et frustrante au sein des familles et entre les familles et l'établissement.

[4]

Une étude menée en 2019 montrait que la baisse d'activité sexuelle chez les seniors était corrélée avec un bien-être moins bon que chez les autres. [11]

Au contraire, plusieurs études ont retrouvé que la persistance d'une activité sexuelle participe à une meilleure qualité de vie des seniors et est un facteur prédictif de bonne santé et de bien-être [5]

La plupart des médecins généralistes interrogés à ce sujet lors d'entretien semi dirigés [5] déclaraient que parler de sexualité avec leurs patients âgés pouvait représenter plusieurs intérêts :

- préserver l'équilibre d'un couple
- dépister des maltraitances
- dans la démarche étiologique de certaines pathologies (par exemple les pathologies prostatiques)
- dans l'évaluation globale de l'autonomie d'une personne âgée

La plupart considérait que s'intéresser à leur sexualité faisait partie du rôle de médecin généraliste, la sexualité faisant parti du bien-être global des patients. Quelques-uns disaient n'y trouver un intérêt que si le patient en avait un lui-même.

Le rôle du médecin généraliste pourrait être d'expliquer aux patients l'évolution physiologique liée à l'âge et de leur donner les conseils permettant l'adaptation de leur

comportement sexuel à celle-ci, voire de les aider pharmacologiquement lorsque c'est nécessaire.

#### 4.8 La question de la sexualité des personnes âgées est-elle abordée en médecine générale ?

En pratique : très peu de praticiens posent des questions sur la sexualité de leurs patients âgés. Dans une étude de 2007, 32 % des femmes et 86 % des hommes âgés en moyenne de  $81 \pm 6$  ans aimeraient pouvoir parler de leur sexualité avec leur médecin. Seulement 7 % des femmes et 32 % des hommes rapportaient que leur médecin avait posé une question sur ce sujet dans l'année précédente [6]

Les médecins se disent à l'aise pour aborder un tel sujet à 77 %. Ils estiment cependant à 56 % que c'est au patient d'aborder ce thème. Mais ils conviennent qu'il est rare qu'un patient vienne s'entretenir avec eux sur ce sujet [7]

Le médecin généraliste est pourtant souvent désigné comme le premier interlocuteur professionnel des patients en cas de troubles sexuels. Il est même souvent le seul interlocuteur pour parler de problèmes en lien avec la sexualité. [12] [14]

Pour d'autres en revanche, et ce malgré une relation de confiance établie et l'aisance déclarée pour parler de sexualité, ils considéraient que le médecin n'était pas compétent dans ce domaine et qu'il était uniquement là en premier recours pour ensuite adresser le patient vers le spécialiste considéré comme plus apte. [14]

Au final, cette position nécessiterait une meilleure formation des professionnels en sexologie et des connaissances professionnelles de l'évolution sexuelle au fil du vieillissement. [13]

#### 4.9 A propos de quels sujets les questions de sexualité sont-elles abordées avec les personnes âgées en consultation de médecine générale ?

Dans une étude de 2016 [5], les médecins généralistes ont identifié deux types de motifs de consultation où la sexualité pouvait être abordée avec leurs patients âgés.

Le premier motif concernait le champ de la « pathologie ». Dans ce cas, la discussion se mettait en place soit lors du suivi de pathologies chroniques pourvoyeuses de troubles sexuels (diabète, dépression, pathologies cardiovasculaires...) ; soit lors de la découverte ou du suivi

de pathologies d'organes proches géographiquement de la sexualité dans l'imaginaire des médecins (pathologie prostatique chez l'homme, gynécologique chez la femme).

Le second motif retrouvé était l'abord lors d'une prescription médicamenteuse. Cette prescription pouvait être celle d'une instauration ou d'un renouvellement de traitement sexoactif ; ou encore celle d'un traitement présentant des effets indésirables sur la sexualité.

Mais les discussions dans ces 2 cadres sont-elles suffisantes pour répondre aux besoins des patients ?

#### 4.10 Quelles peuvent être les freins des médecins à l'abord de la sexualité ?

Les médecins généralistes ont mis en avant plusieurs causes les empêchant d'aborder la sexualité avec leurs patients âgés : [5]

-le sentiment d'illégitimité : ils invoquent la gêne des patients, le caractère intime du sujet, la crainte d'être intrusif, le caractère provoquant du sujet, ou le fait que ce sujet était considéré d'ordre psychologique et qu'il ne convenait pas au médecin de le prendre en charge. Les médecins généralistes exprimaient aussi que les spécialistes d'organes, surtout urologues et gynécologues, seraient plus légitimes qu'eux pour aborder le sujet.

-le manque de temps en consultation

-la crainte de s'impliquer personnellement dans la conversation : crainte de tentative de séduction des patients, crainte de se projeter soi-même dans son vieillissement, ou d'affronter des problèmes liés à leur propre sexualité.

-le manque de formation en sexologie avec la crainte d'ouvrir une « boîte de pandore » avec des questions à laquelle ils ne pourraient pas répondre. Certains rapportent que leur connaissance en sexologie sont en fait plus personnelles que professionnelles.

-l'absence de correspondants clairement identifiés pour adresser les patients, ou leur éloignement géographique.

#### 4.11 Quelles peuvent être les freins des patients pour parler de sexualité avec leur médecin généraliste

Dans différentes thèse/études [8] [10] [14], plusieurs facteurs peuvent influencer la possibilité pour les patients âgées de parler de sexualité avec leur médecin :

Certains sont liés au médecin lui-même :

-l'âge du médecin : certains patients se sont déclarés gênés de discuter de sexualité avec des médecins beaucoup plus jeune, par peur d'être incompris.

-le genre du médecin : pour certains, le genre du médecin n'a pas d'importance, mais pour d'autres (principalement des femmes), parler à un médecin du sexe opposé est plus compliqué.

-le relationnel avec le médecin : parler de sexualité est déclaré plus difficile avec un médecin distant, froid, qui parle peu, ou avec un nouveau médecin que l'on connaît peu.

D'autres sont plutôt en lien avec la vision de la sexualité qu'à le patient :

-la pudeur, l'intimité : la sexualité reste un sujet tabou.

-la difficulté à admettre une « faiblesse »

-le simple manque d'intérêt pour la question

-l'idée que ça n'est pas un sujet de consultation médicale : certains ne l'ont pas envisagé, ou d'autres ne voyaient pas en quoi la médecine pouvait les aider (principalement des femmes). Certains peuvent considérer que des difficultés sont inerrantes à l'âge sans possibilité d'y remédier.

-peur du diagnostic d'autres problèmes de santé (par exemple, de cancer de prostate dans le cadre de troubles érectiles)

#### 4.12 Quels besoins les patients âgés expriment ils à propos de leur sexualité ?

Lors d'entretiens [10], les demandes des patients âgés concernant la sexualité pouvaient être des demandes d'information, de réassurance, d'orientation vers des professionnels adaptés ou de prescription médicamenteuse (troubles érectiles ou sécheresse vaginale).

## 5 Matériels et méthodes

### 5.1 Objectif de l'étude

Des études qualitatives ont fait ressortir plusieurs données, plusieurs idées à propos de la sexualité des personnes âgées et l'abord de différents sujets concernant cette sexualité lors des consultations, entre autres des consultations de médecine générale. Mais quelles idées sont majoritaires dans la population de patients âgés ? L'abord de ce sujet avec leur médecin généraliste est-il le souhait d'une majorité de seniors ? Souhaitent-ils que leur médecin leur propose d'aborder ce sujet avec eux de manière systématique ou ne souhaitent-ils en parler qu'à leur demande ? Et quels sont les freins principaux à l'ouverture d'une discussion sur la sexualité avec leur médecin généraliste ?

### 5.2 Caractéristique de l'étude

Une étude observationnelle multicentrique quantitative a donc été réalisée sur la base d'un questionnaire distribué aux personnes âgées. Le questionnaire était anonyme, rempli sans la présence d'un tiers pour éviter la gêne que pourrait provoquer des questions à propos de sujet intime comme la sexualité. Pour tenter de favoriser un nombre correct de réponses, il n'y avait que 8 questions (en dehors des questions de présentation : âge, sexe, situation de couple) pour que les patients n'aient qu'une page recto-verso à remplir, et ceci en taille de caractère suffisante.

Les questionnaires ont été distribués pendant 2 mois. Vous pouvez en retrouver un exemplaire en annexe.

### 5.3 Population étudiée

La population étudiée est principalement celle du bocage vendéen, correspondant à la région dans laquelle je pratique.

#### Critères d'inclusion

- Age : avoir plus de 70 ans.
- Quel que soit le genre
- Autonomie suffisante pour répondre soi-même au questionnaire.

#### Critères d'exclusion

- pas de trouble cognitif diagnostiqué
- pas de handicap physique majeur

Le choix de l'âge n'a pas été le plus facile. A quel âge peut-on être considéré comme une personne âgée ? L'âge chronologique n'est pas forcément en lien avec l'âge biologique et le ressenti psychique. Dans les études sur la sexualité des seniors, les limites d'âge sont très variables : plus de 60, 65, 70, 75 ou 80ans, plus rarement 50ans. Le ressenti dans la population est bien sûr différent selon l'âge : dans une étude française de 2021 [26], pour les moins de 60ans, la vieillesse commence à 65 ans alors que pour les plus de 60 ans, elle commence à 75 ans. Une première hypothèse de limite d'âge a été envisagée à 75 ans (âge classique de prise en charge en gériatrie, âge maximale de certains dépistages collectifs...). Mais la limite de 70 ans a finalement été choisie pour d'une part augmenter le recrutement, et, d'autre part, car il semble que, déjà à cet âge, les sujets de sexualité sont facilement oubliés par les médecins, ou peu envisagé dans l'inconscient collectif.

Les questionnaires ont été distribués aux patients venant consulter dans le cabinet de médecine générale d'Essarts en bocage et dans le cabinet de gynécologie-sexologie du Dr Soussana (directeur de thèse) à La Roche sur Yon.

Des questionnaires ont été également distribués dans différents EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) : ceux de Chauché, des Brouzils, de Saint Martin des noyers et d'Essarts en bocage. La sélection des patients dans ces EHPAD a été faite par les équipes soignantes ou par l'infirmière de coordination pour ne donner le questionnaire qu'aux personnes sans trouble cognitif identifié.

D'autres questionnaires ont été distribués dans des MARPA (maison d'accueil rurale pour personnes âgées) : celles de Sainte Cécile, Vendrennes et Sainte Florence ainsi que dans des foyers d'accueil temporaire pour personnes âgées (Les saisonnales ).

## 5.4 Analyse des résultats

Les analyses statistiques ont été réalisées grâce au site OpenEpi.com, avec des analyses 2 à 2 (test de Khi 2 ou test de Fisher selon le nombre d'occurrence) pour calcul de valeur-p bilatérales (dans le but de montrer une différence s'il y en a une). Le risque d'erreur choisit est de 5%, les valeurs-p inférieures à 0.05 sont donc considérées comme statistiquement significatives.

## 6 Résultats

87 questionnaires ont été restitués. Seuls 83 ont été pris en compte. 3 questionnaires ont été exclus en raison de l'absence de réponses au-delà des questions de présentation (âge, sexe et situation de couple). 1 questionnaire a été écarté en raison de la quasi-totalité des réponses cochées.

### 6.1 Population étudiée

Les données de la population de l'étude ont été comparées aux données de la population française (chiffres de 2021 issues de l'INSEE et chiffres de 2019 de la DREES).

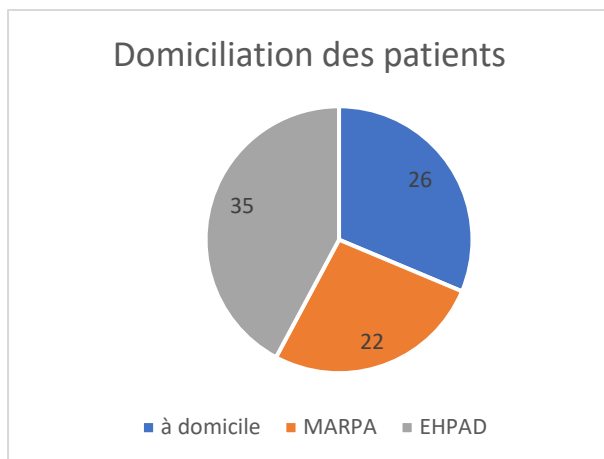
#### 6.1.1 Provenance des réponses

26 questionnaires (soit 31% de l'échantillon) ont été rendus par des personnes vivant à domicile qui sont venues en consultation de médecine générale ou gynécologie. 22 questionnaires ont été rendus par des personnes institutionnalisées mais relativement peu dépendantes, vivant dans des EHPA (établissement pour personnes âgées), soit 27% de l'échantillon. Parmi eux, 16 ont été remplis par des personnes vivant en MARPA (Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées) et 6 aux saisonnières (des résidences d'hébergement temporaire pour personnes peu ou moyennement dépendantes). 35 questionnaires ont été remplis par des personnes vivant en EHPAD (soit 42% de l'échantillon).

Nombre de patients	Population étudiée	Population réelle (France) >70 ans	p-value
A domicile	28 (31%)	9 740 399 (93%)	<0,0000001
En MARPA ou équivalent	22 (27%)	92 177 (1%)	<0,0000001
En EHPAD	35 (42%)	611 000 (6%)	<0,0000001
total	83 (100%)	10 354 663	

Au vu des valeurs-p inférieures à 0.05, la domiciliation des patients de l'étude (et donc leur autonomie) est donc significativement différente de celle de la population française dans son ensemble, l'analyse des réponses aux questionnaires devra en tenir compte. Cette répartition a probablement été obtenue car, grâce à l'aide des soignants en EHPAD et MARPA, le taux de réponses dans ces lieux a été plus important que celui obtenues au cabinet.



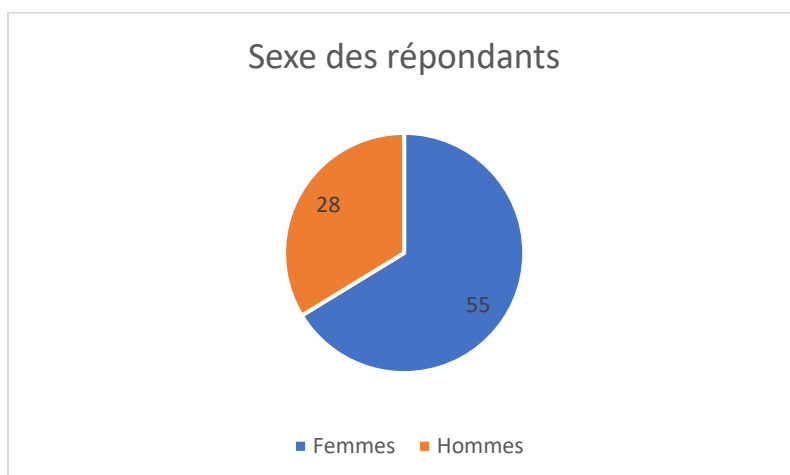


### 6.1.2 Sexe des répondants

	Population étudiée	Population réelle (France)
Femmes	55(66%)	6 022 556 (58%)
Hommes	28(25%)	4 332 107(42%)
Total	83(100%)	10 354 663

55 femmes et 28 hommes ont répondu, soit respectivement 66% et 34 % des patients ayant répondu au questionnaire.

Avec une valeur-p à 0.1346, la répartition entre hommes et femmes des répondants aux questionnaires n'est donc pas statistiquement différente de la répartition hommes et femmes de plus de 70 ans en population générale.

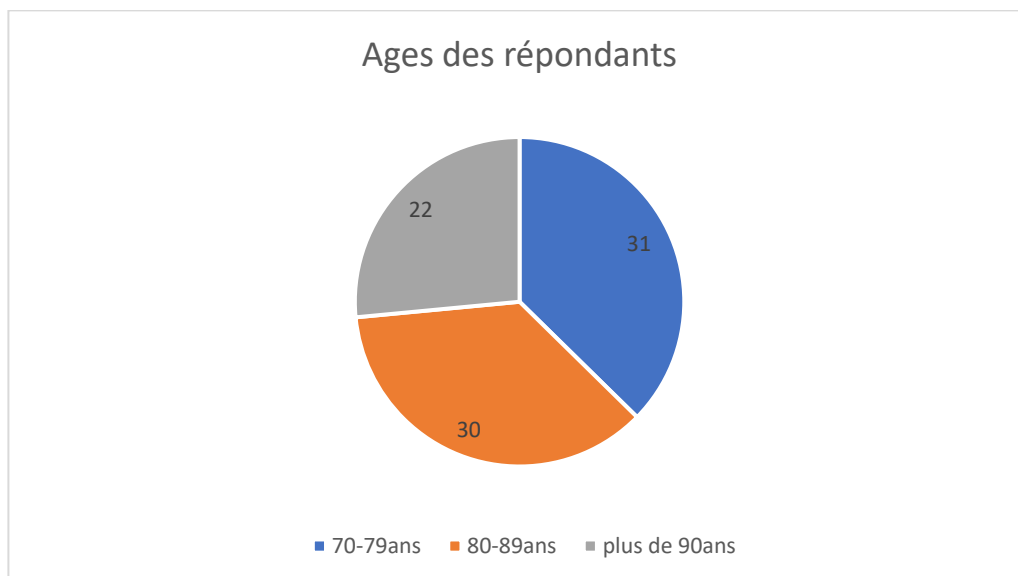


### 6.1.3 Âges des répondants

Parmi les patients qui ont répondu, 28 avaient entre 70et79ans, 26 avaient entre 80et 89 ans et 19 avaient 90ans ou plus.

	Population étudiée	Population réelle	P-value
70-79 ans	31 (37%)	6 226 697	0,0001445
80-89 ans	30 (36%)	3 182 838	0,3664
>=90 ans	22 (27%)	945 127	0,0000005
Total	83	1 0354 663	

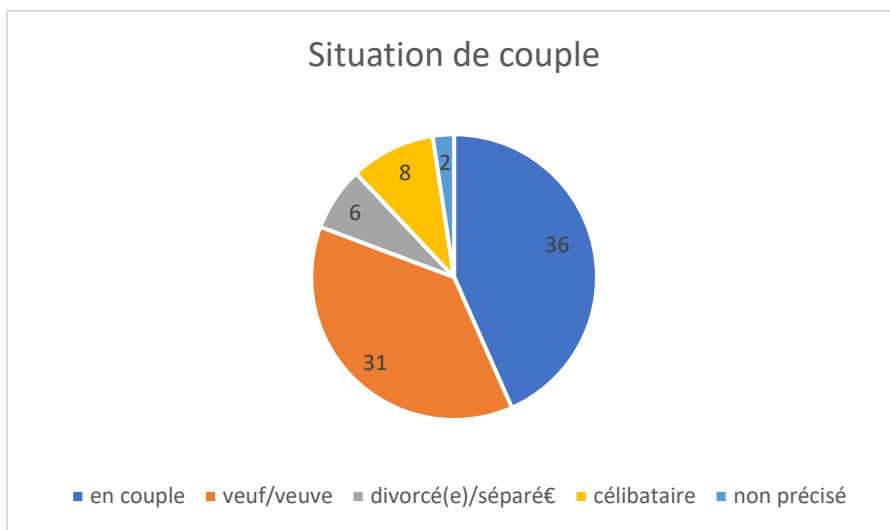
La répartition en âge de la population étudiée est donc significativement différente de la population générale (tout au moins pour les tranches d'âges de 70 à 79 ans et la tranche supérieure ou égale à 90ans) on peut donc considérer que les 2 populations sont différentes.



### 6.1.4 Situation de couples des répondants

	Population étudiée
En couple	36 (43%)
Célibataire	8 (10%)
Veuf/veuve	31 (37%)
Divorcé(e)/séparé(e)	6 (7%)
Non précisé	2 (2%)
Total	83

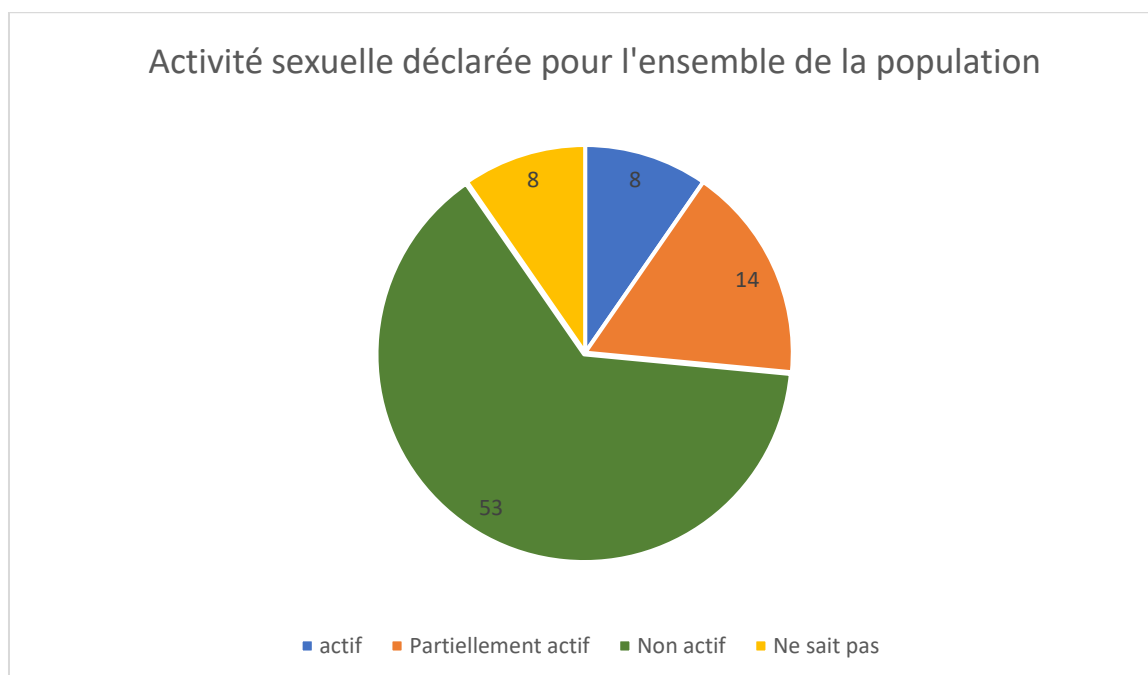
43% des personnes ayant répondu se déclarent en couple, et 54% ne le sont pas , principalement pour cause de veuvage.



## 6.2 Vous considérez vous comme actif sexuellement ?

La première question s'intéressait au pourcentage de patients qui considéraient être encore actif sexuellement. En effet, avoir une idée du pourcentage de patient qui se considèrent encore sexuellement actif peut aider à savoir à quel point les patients de plus de 70 ans auraient besoin que l'on aborde le sujet. Il est fort probable que leur sexualité ait évolué avec le temps et soit différente de ce qu'ils ont pu connaître. Une réponse « partiellement actif » avait donc été intégrée pour les patients qui ont encore une sexualité mais qui auraient pu hésiter à cocher la réponse « oui » au vu des différences avec la sexualité qu'ils ont pu connaître ou avec l'imaginaire collectif.

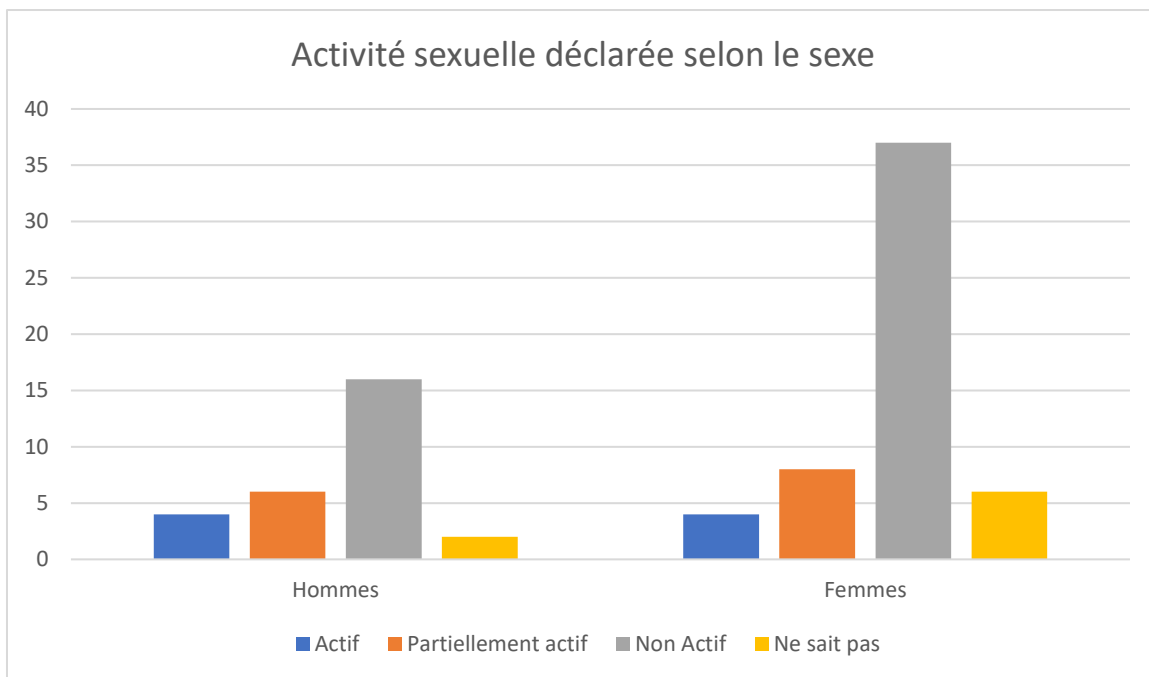
	Ensemble	Hommes	Femmes
actif	8 (10%)	4 (14%)	4 (7%)
Partiellement actif	14 (17%)	6 (21%)	8 (15%)
Non actif	53 (64%)	16 (57%)	37 (67%)
Ne savent pas	8 (10%)	2 (7%)	6 (11%)
total	83	28	55



Parmi les patients ayant répondu, 27%, se déclaraient au moins partiellement actif sexuellement, contre 64% non actif. Une case « je ne sais pas » avait été prévue pour ne pas imposer le choix d'une réponse aux patients, 10% l'ont cochée.

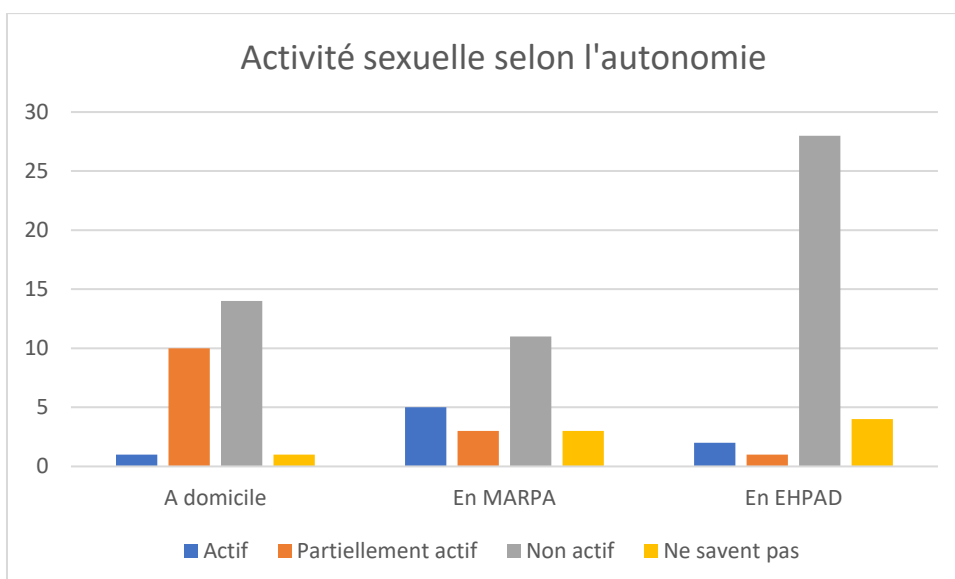
### 6.2.1 Selon le sexe

Si on compare les hommes et les femmes, 35% des hommes et 22 % des femmes se déclaraient au moins partiellement actif sexuellement. Avec une valeur-p à 0.1752, la différence n'est pas statistiquement significative.



## 6.2.2 Selon l'autonomie

	A domicile	En MARPA	En EHPAD
Actif	1 (4%)	5 (22%)	2 (6%)
Partiellement actif	10 (38%)	3 (14%)	1(3%)
Non actif	14 (54%)	11 (50%)	28 (80%)
Ne savent pas	1 (4%)	3 (14%)	4 (11%)
Total	26	22	35

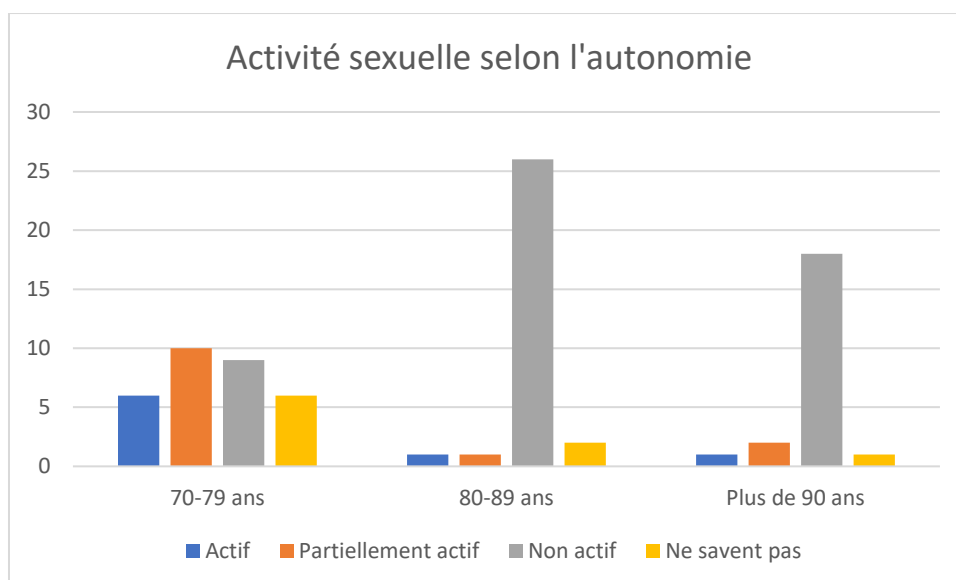


En différenciant l'autonomie des patients selon leur institutionnalisation, on peut voir qu'il y a des différences : 42% des patients vivant à domicile se déclarent actifs ou partiellement actifs sexuellement, 36% en MARPA et seulement 9% des personnes en EHPAD.

On ne retrouve pas de différences significatives entre le domicile et la MARPA ( valeur-p : 0.900), mais les résultats sont statistiquement significatifs entre le domicile et l'EHPAD (valeur-p 0.003191) et entre la MARPA et l'EHPAD (valeur-p 0.007214).

### 6.2.3 Selon l'âge

	70-79 ans	80-89 ans	Plus de 90 ans
Actif	6 (19%)	1 (3%)	1 (5%)
Partiellement actif	10 (32%)	1 (3%)	2 (9%)
Non actif	9(29%)	26 (87%)	18 (82%)
Ne savent pas	6 (19%)	2 (7%)	1 (5%)
Total	31	30	22

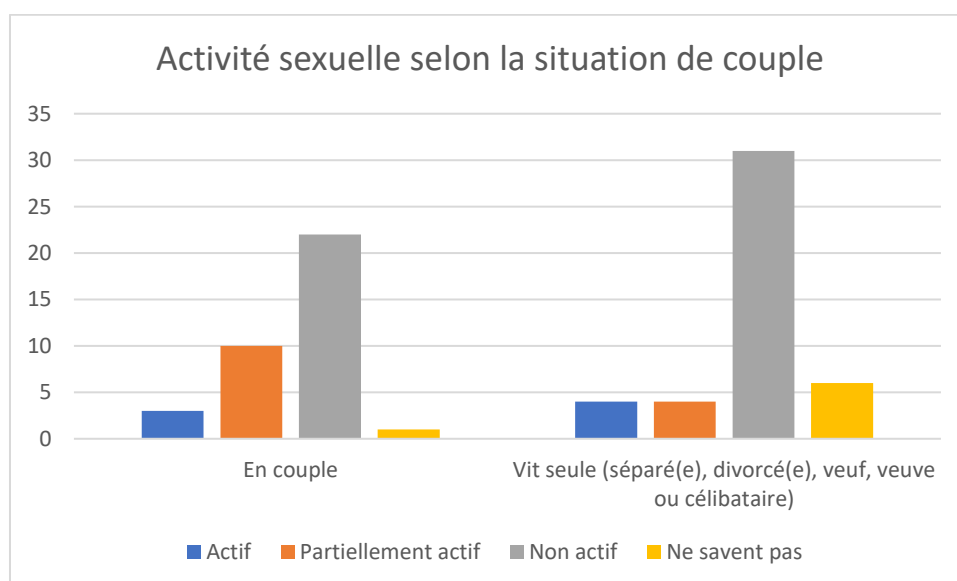


On voit une claire différence entre les âges : entre 70 et 79 ans , 51% se déclarent encore au moins partiellement sexuellement actifs, alors que seul 6% des 80-89 ans et 14% des plus de 90 ans se déclarent encore sexuellement actif.

Avec une valeur-p à 0.00001282, la différence entre les septuagénaires et les octogénaires est statistiquement significative. Avec une valeur-p à 0,0006473, la différence entre les septuagénaires et les nonagénaires est également statistiquement significative. Par contre, il n’y a pas de différence significative entre les octogénaires et les nonagénaires (valeur p à 0,4137).

#### 6.2.4 Selon la situation de couple

	En couple	Vit seule (séparé(e), divorcé(e), veuf, veuve ou célibataire)
Actif	3 (8%)	4 (9%)
Partiellement actif	10 (28%)	4 (9%)
Non actif	22 (61%)	31 (69%)
Ne savent pas	1 (3%)	6 (13%)



36% des personnes vivant en couple se déclarent encore, au moins partiellement, sexuellement actifs, alors que 18% des personnes ne se déclarant pas en couple disent être encore au moins partiellement sexuellement actifs. Ce qui, avec une valeur p à 0,1132, n’est pas statistiquement significatif.

### 6.2.5 Au total

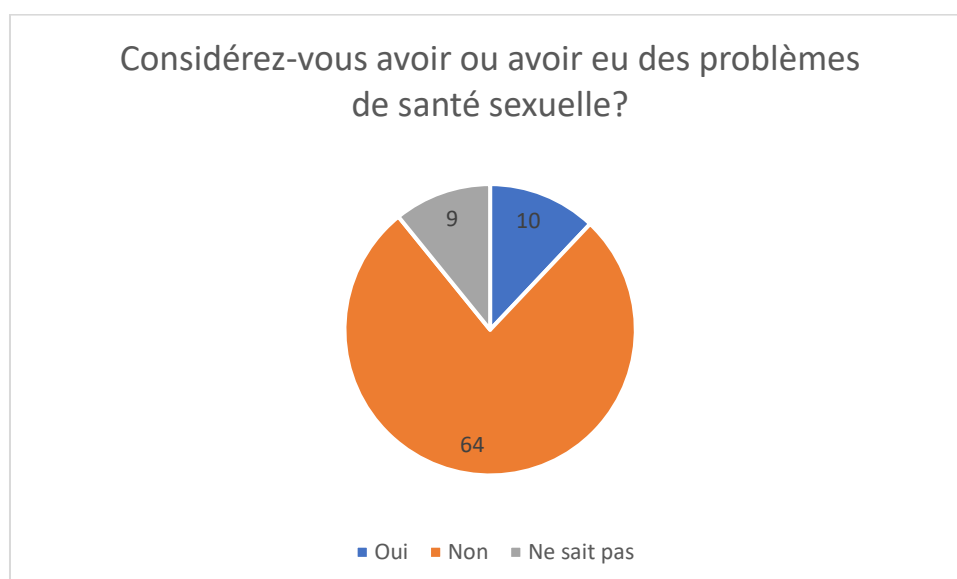
Avec plus d'un quart de la population de plus de 70 ans se déclarant au moins partiellement sexuellement active, la question de la sexualité fait encore tout à fait partie de la vie de ces patients et mérite donc d'être abordée avec eux. Principalement avec les personnes âgées de 70 à 80 ans parmi lesquelles 51% des patients se disent sexuellement actifs. On ne retrouve pas de différences selon le genre, où le fait d'être en couple ou non. Que les personnes soient en institution ou non, il n'y a pas de différence sur l'activité sexuelle, mais une perte d'autonomie suffisante pour vivre en EHPAD joue sur l'activité sexuelle.

### 6.3 Considérez-vous avoir ou avoir eu des problèmes sexuels ?

Cette question a été introduite dans le questionnaire pour avoir une idée du pourcentage de personnes qui auraient pu avoir besoin d'aides à propos de la sexualité.

	Ensemble	Femmes	Hommes
Oui	10 (12%)	5 (9%)	5 (18%)
Non	64(77%)	45 (82%)	19 (68%)
Ne sait pas	9 (11%)	5 (9%)	4 (14%)
Total	83	55	28

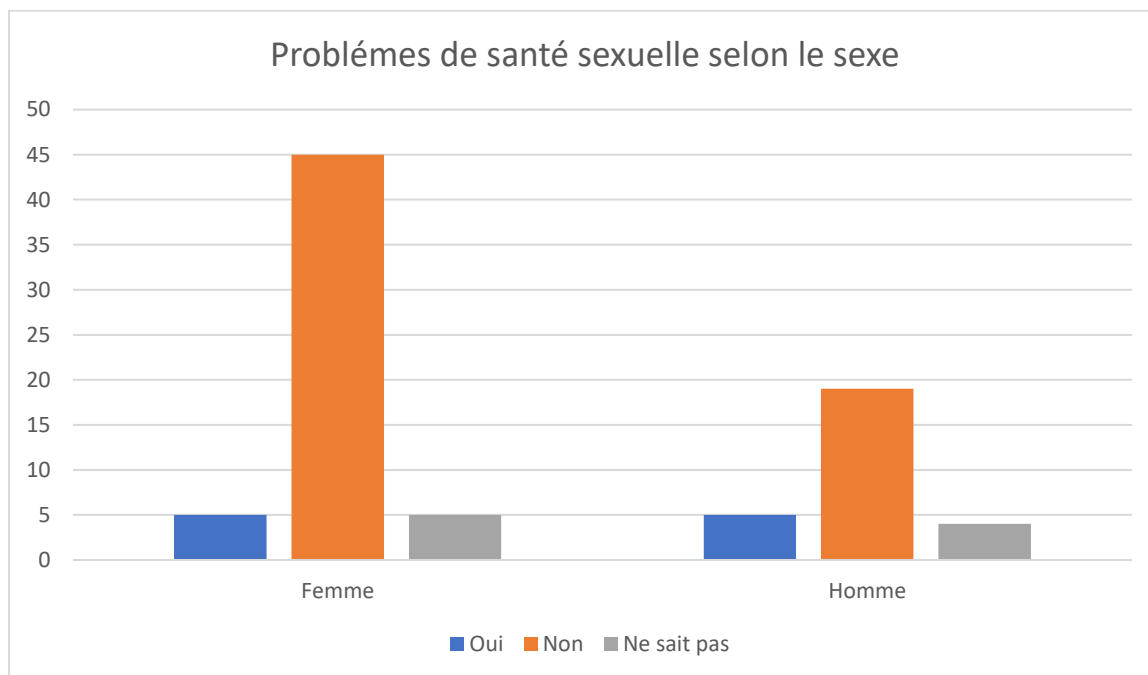
Seulement 10 personnes ont déclaré avoir eu des problèmes de santé sexuelle, soit 12% des patients. Mais 9 personnes (soient 11% des patients) n'ont pas su répondre à cette question.





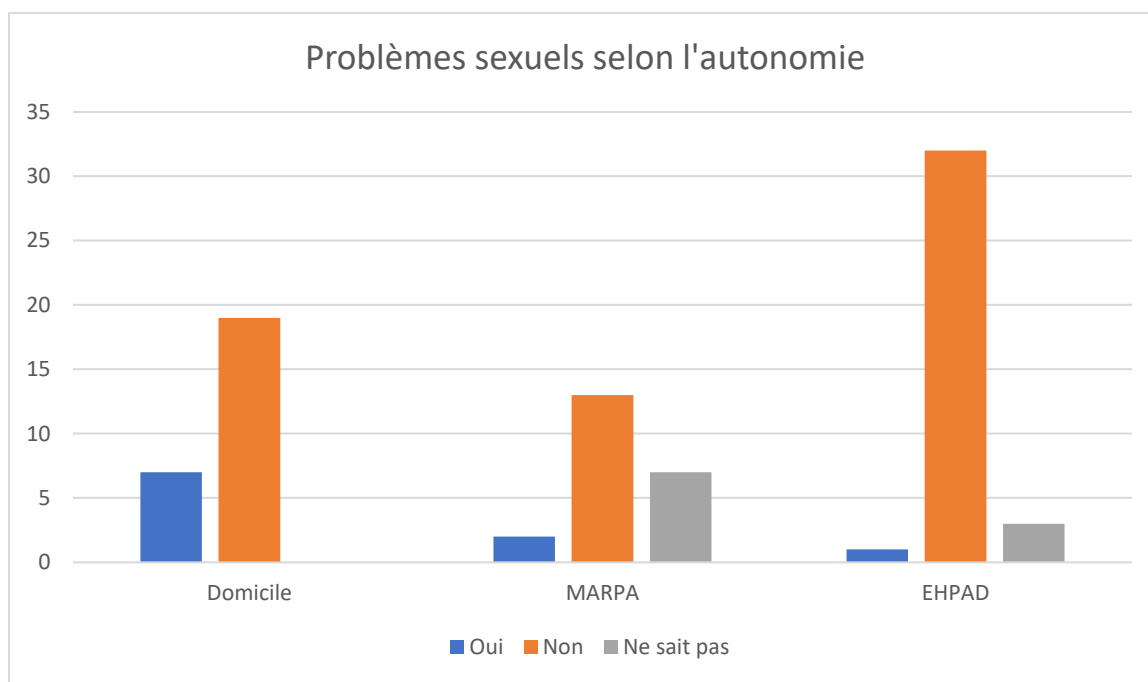
### 6.3.1 Selon le sexe

9% des femmes déclarent avoir ou avoir eu des problèmes de santé sexuelle, versus 18% des hommes. Avec une valeur-p à 0.2023, on ne retrouve donc pas de différence statistique entre hommes et femmes.



### 6.3.2 Selon l'autonomie

	Ensemble	<u>Domicile</u>	<u>MARPA</u>	<u>EHPAD</u>
Oui	10 (12%)	7 (27%)	2 (9%)	1 (3%)
Non	64(77%)	19 (73%)	13 (59%)	32 (31%)
Ne sait pas	9 (11%)		7 (32%)	2 (6%)
Total	83	26	22	35

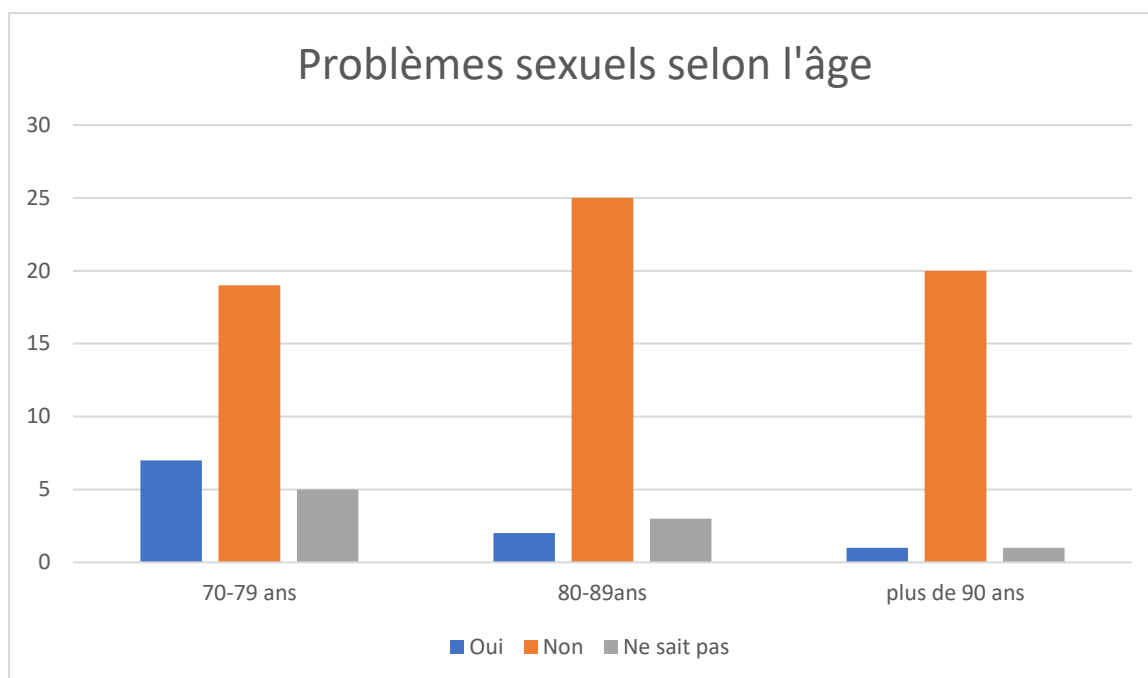


27% des personnes interrogées vivant à domicile ont déclaré avoir ou avoir eu un problème de santé sexuelle, contre 9% en MARPA et 3% en EHPAD.

On ne retrouve pas de différence significative entre les patients vivant à domicile et ceux vivant en MARPA (valeur-p à 0.1148), ni entre les patients en MARPA et en EHPAD (valeur-p à 0.3067). Entre les patients en EHPAD et à domicile, la différence est, elle, statistiquement significative (valeur-p à 0.005894).

### 6.3.3 Selon l'âge

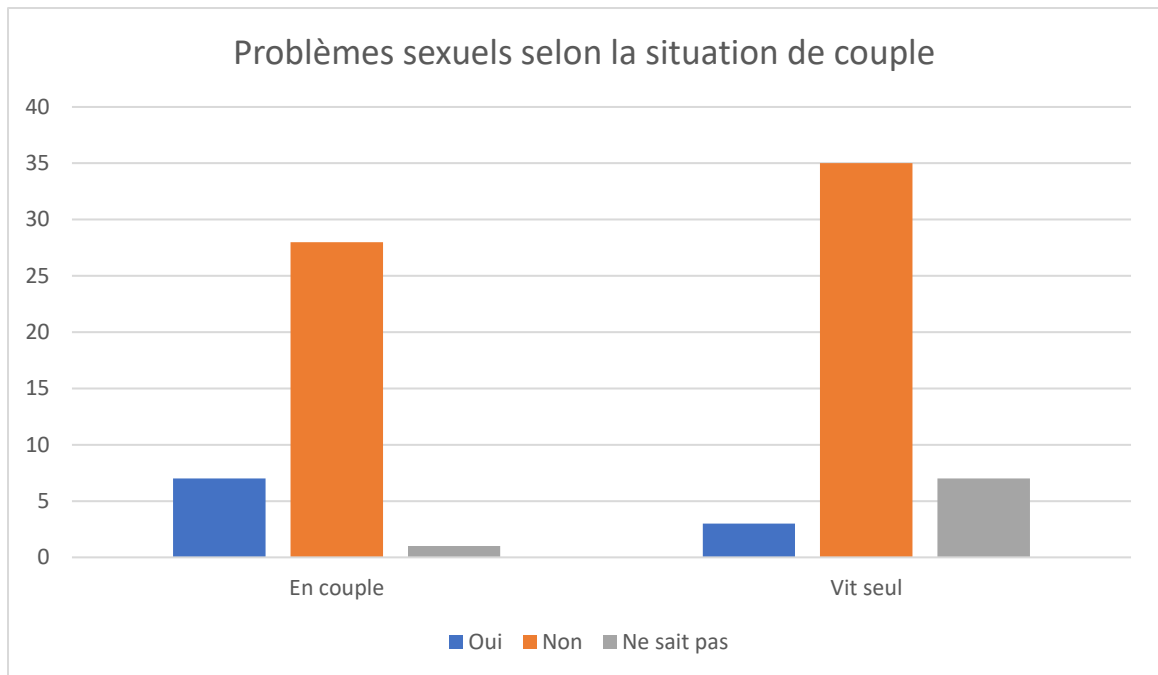
	Ensemble	70-79 ans	80-89 ans	Plus de 90 ans
Oui	10 (12%)	7 (23%)	2 (7%)	1 (5%)
Non	64 (77%)	19 (61%)	25 (83%)	20 (91%)
Ne sait pas	9 (11%)	5 (16%)	3 (10%)	1 (5%)
Total	83	31	30	22



23% des septuagénaires, 7% des octogénaires et 5% des nonagénaires déclarent avoir ou avoir eu des problèmes sexuels. On ne retrouve pas de différences statistiquement significatives entre les différentes populations (valeur-p à 0.07977 entre les septuagénaires et les octogénaires, 0.07074 entre les septuagénaires et les nonagénaires, et 0.7459 entre les octogénaires et les nonagénaires)

#### 6.3.4 Selon la situation de couple

	Ensemble	En couple	Vit seul	Non précisé
Oui	10 (12%)	7 (19%)	3 (7%)	
Non	64(77%)	28 (78%)	35 (78%)	1
Ne sait pas	9 (11%)	1 (3%)	7 (16%)	1
Total	83	36	45	2



19% des patients vivant en couple déclarent avoir ou avoir eu des problèmes de santé sexuelle contre 7% des personnes vivant seules (célibataires, veufs, divorcés). Avec une valeur-p à 0.1268, les données ne permettent de différencier statistiquement significativement les personnes vivant seules et celles vivant en couple.

### 6.3.5 Au total

Seul 12% des personnes ayant répondu considèrent avoir ou avoir eu des problèmes de santé sexuelle. Il n'y a pas de différence selon le sexe, la situation de couple ou l'âge. On retrouve tout de même une différence entre les patients vivant à domicile et ceux vivant en EHPAD.

## 6.4 Quels problèmes de santé sexuelle avez-vous rencontrés ?

### 6.4.1 Problèmes de santé signalés

	Nombres de citations
Peu ou pas de libido en général	5
Sécheresse vaginale	5
Autres problèmes de santé	3

Troubles de l'érection	2
Trouble du plaisir (d'éjaculation, d'orgasme...)	2
Douleur lors des rapports	1
Difficulté à désirer son/sa partenaire	1
Libido trop importante par rapport à la libido de son/sa partenaire	1
Autres	1

En cause autre, la maladie de Lapeyronie a été citée.

Les troubles du désir les plus fréquemment mentionnés sont surtout le manque de libido en général (pas d'idées ou de rêves érotiques, pas de fantasme...). La sécheresse vaginale est également très souvent mentionnée. La 3eme cause mentionnée est la difficulté à avoir des rapports en raison d'autres problèmes de santé.

#### 6.4.2 Problèmes de santé sexuelle, non considérés comme tel, par les patients

15 patients ont coché certains problèmes sexuels alors qu'ils avaient précédemment coché la case « NON » à la question « Considérez-vous avoir ou avoir eu des problèmes de santé sexuelle ? », soit 23% des personnes ayant coché « NON ». Au vu de ce pourcentage important, les résultats sont tout de même présentés dans le tableau suivant :

	Nombres de citations
Peu ou pas de libido en général	6
Sécheresse vaginale	3
Difficulté à avoir un rapport en raison d'autres problèmes de santé	5
Troubles de l'érection	3
Trouble du plaisir (d'éjaculation, d'orgasme...)	5
Douleur lors des rapports (dyspareunie)	2

Certains ont précisé quel problème de santé avait pu provoquer des difficultés sexuelles (polyarthrite, maladie de Parkinson...).

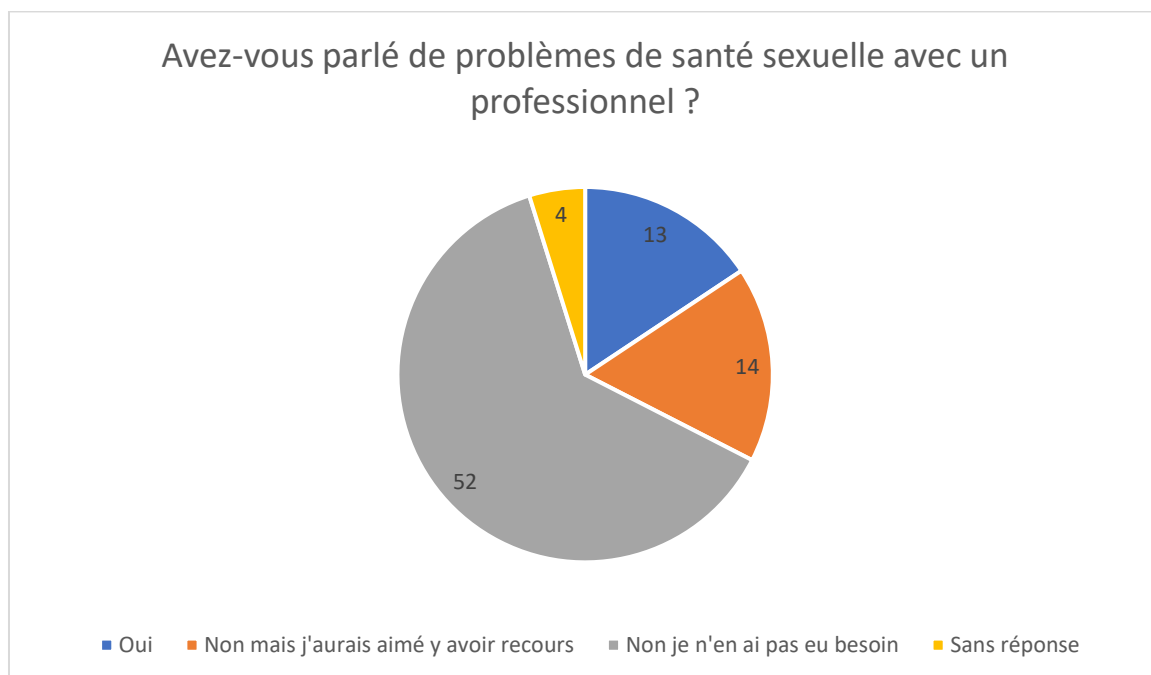
Le manque de libido et les difficultés à avoir un rapport en raison d'autres problèmes de santé sont également très fréquemment mentionnés par les patients ne considérant pas avoir de problèmes de santé sexuelles.

La raison pour laquelle tant de personnes ont répondu à cette question alors qu'elles ne considèrent pas avoir de problèmes sexuels n'est bien sûr pas mentionnée dans les questionnaires. Ces patients considèrent peut-être que ces différents problèmes n'en sont pas vraiment ? Qu'ils sont normaux au vu de l'âge ? Ou considèrent-ils que ces troubles sont minimes et peu gênant dans leur sexualité ?

## 6.5 Avez-vous parlé de problèmes de santé sexuelle avec un professionnel de santé ?

	Ensemble	Hommes	Femmes
Oui	13 (16%)	5 (18%)	8 (15%)
Non mais j'aurais aimé y avoir recours	14 (17%)	7 (25%)	7 (13%)
Non je n'en ai pas eu besoin	52 (63%)	15 (54%)	37 (67%)
Sans réponse	4 (5%)	1 (4%)	3 (6%)

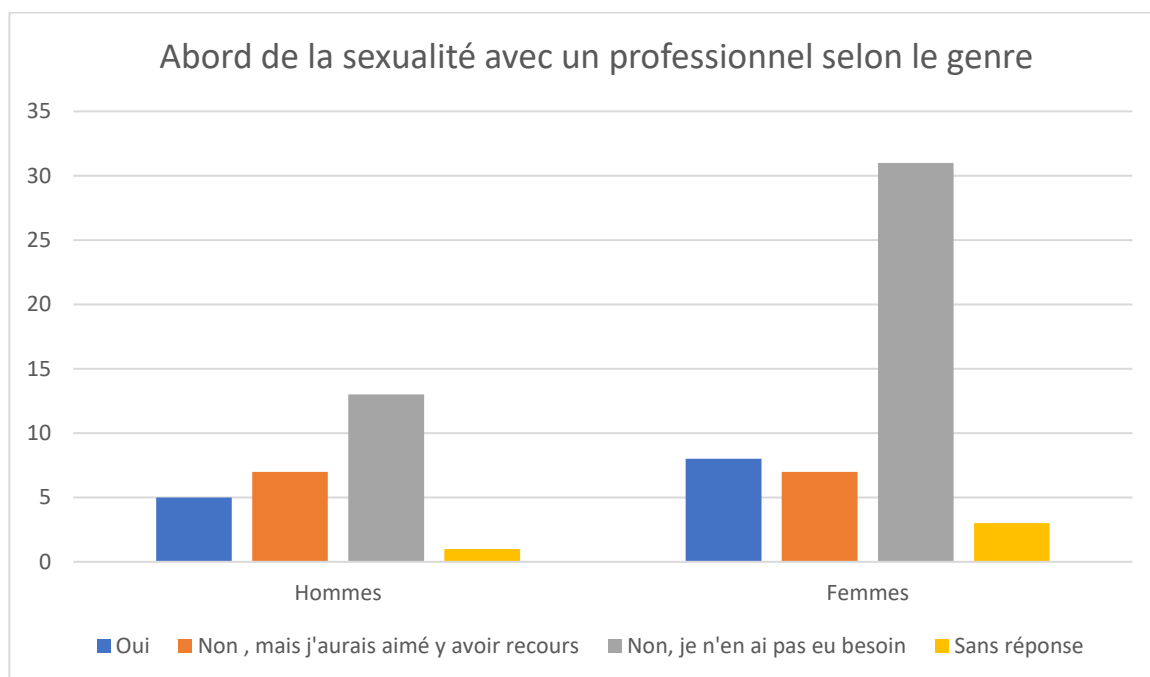
16% des patients ont déjà parlé de santé sexuelle avec un professionnel de santé. 80% n'en ont jamais parlé, mais 17% des patients auraient aimé avoir recours à un professionnel.



### 6.5.1 Selon le sexe

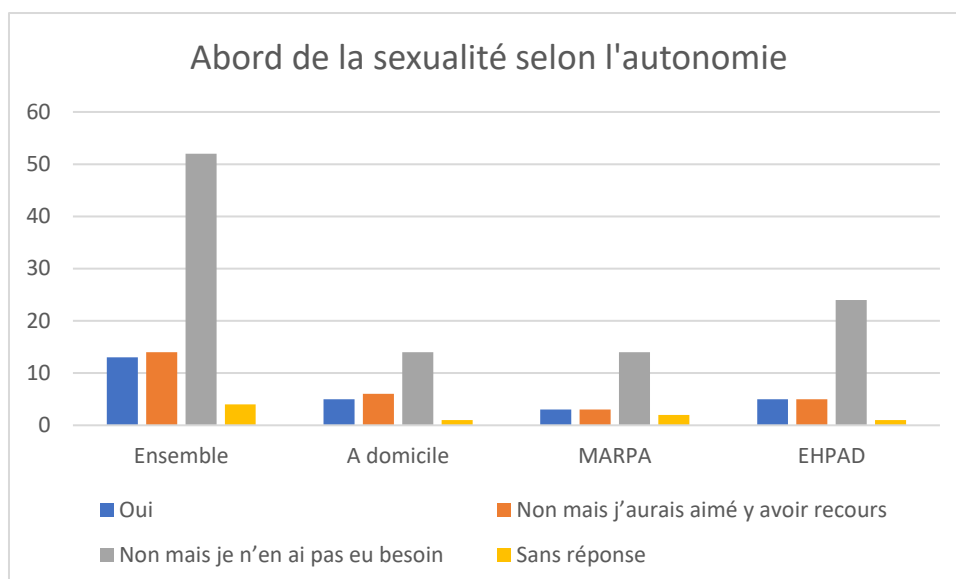
18% des hommes ont déjà parlé de santé sexuelle avec un professionnel de santé contre 15% des femmes. Avec une valeur-p à 0.6364, on ne retrouve donc pas de différence significative entre le nombre d'hommes et de femmes qui ont abordé le sujet de la sexualité avec un professionnel.

25% des hommes n'ont jamais parlé à un professionnel mais auraient aimé y avoir recours et 13% des femmes sont dans ce cas. Avec une valeur-p à 0.3393, il n'y a pas non plus de différence statistiquement significative entre hommes et femmes.



### 6.5.2 Selon l'autonomie

	Ensemble	A domicile	MARPA	EHPAD
Oui	13 (16%)	5 (19%)	3 (14%)	5 (14%)
Non mais j'aurais aimé y avoir recours	14 (17%)	6 (23%)	3 (14%)	5 (14%)
Non je n'en ai pas eu besoin	52 (63%)	14 (54%)	14 (64%)	24 (69%)
Sans réponse	4 (5%)	1 (4%)	2 (9%)	1 (3%)



Les résultats sont assez semblables selon l'autonomie. 19% des patients vivants à domicile ont déjà abordé le sujet de la sexualité avec un professionnel de santé, contre 14% en MARPA et en EHPAD. Avec des valeurs-p à 0.6043, à 0.6059 et à 0.9452, il n'y a pas de différence statistiquement significative.

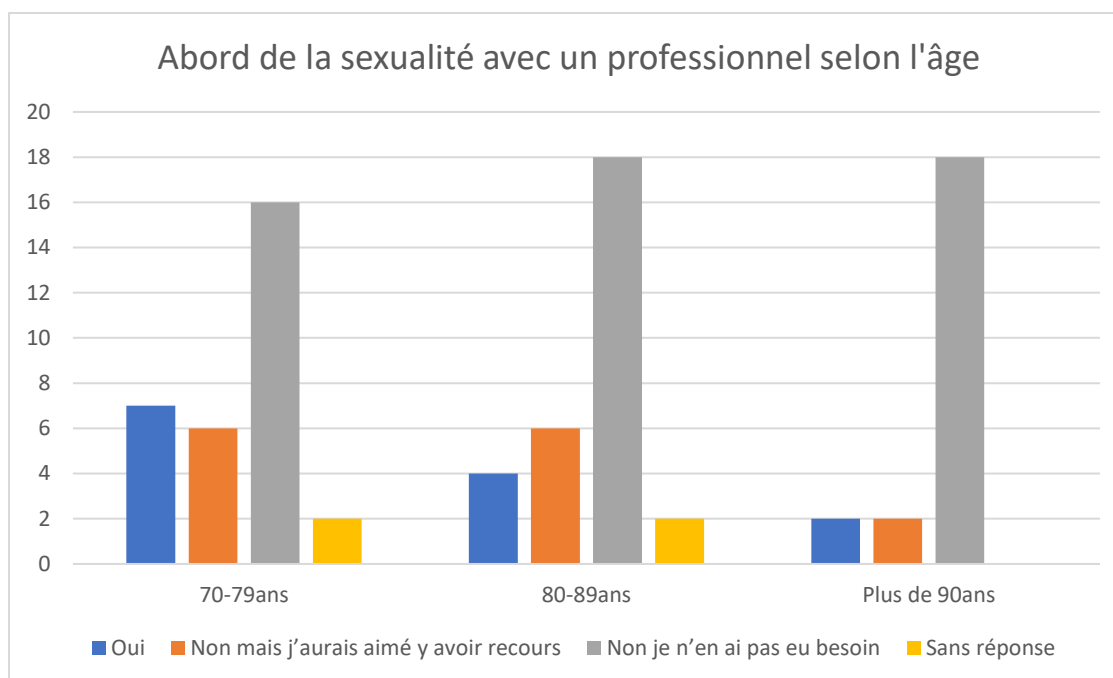
23% des patients vivant à domicile n'ont pas parlé de la sexualité à un professionnel mais reconnaissent qu'ils en auraient eu besoin, contre 14% en EHPAD et en MARPA. Avec des valeurs-p à 0.4037, à 0,9452 et à 0,3771, il n'y a pas non plus de différence significative.

54% des patients à domicile n'ont jamais parlé de sexualité avec un professionnel de santé car ils n'en ont jamais eu besoin, contre 54% en MARPA et 69% en EHPAD.

### 6.5.3 Selon l'âge

	70-79ans	80-89ans	Plus de 90ans
Oui	7 (23%)	4 (13%)	2 (9%)
Non mais j'aurais aimé y avoir recours	6 (19%)	6 (20%)	2(9%)
Non, je n'en ai pas eu besoin	16(52%)	18 (60%)	18 (82%)
Sans réponse	2 (6%)	2(7%)	0



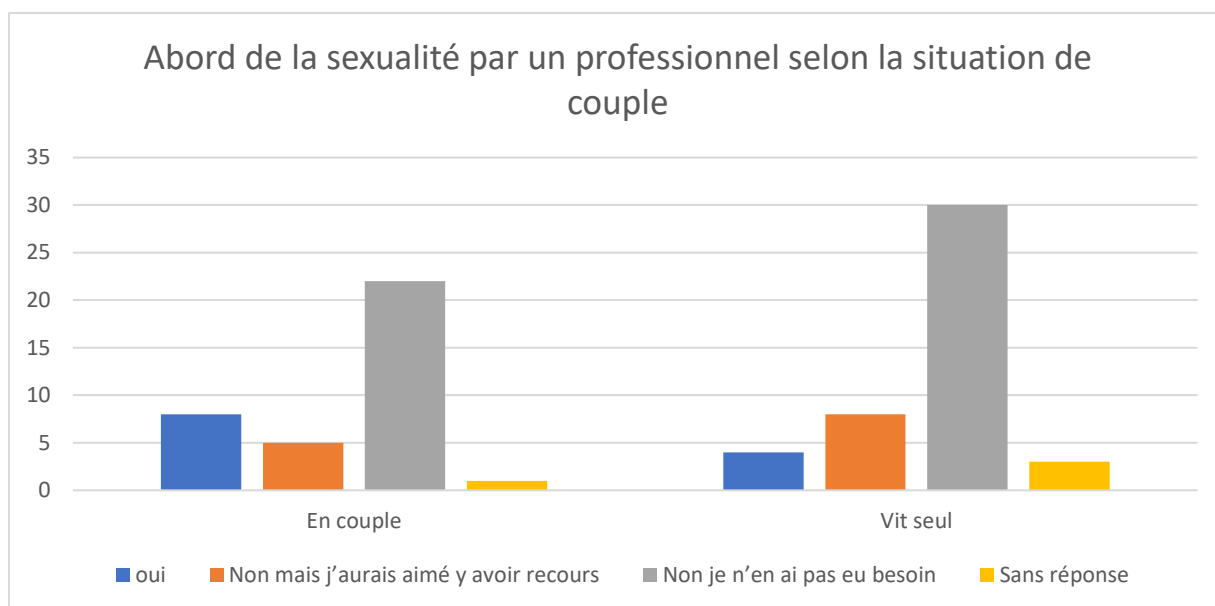


23% des septuagénaires ont déjà abordé la question de la sexualité avec un professionnel de santé contre 13% des octogénaires et 9% des nonagénaires. Avec des valeurs-p à 0.34476, 0.1978 et 0.3795, il n'y a pas de différence significative selon l'âge.

71 % des septuagénaires n'ont jamais parlé de sexualité avec un professionnel, mais 19% des patients dans ces âges pensent pourtant qu'ils en auraient eu besoin. Les chiffres sont semblables pour les octogénaires avec 80% d'entre eux qui n'en ont jamais parlé alors que 20% reconnaissent qu'ils en auraient eu besoin. Chez les nonagénaires, on arrive à 91% d'entre eux qui n'en ont jamais parlé mais seulement 9% considèrent qu'ils en auraient eu besoin. Avec des valeurs-p à 0.9495, 0.3055 et 0.2827, on ne retrouve pas de différence statistique entre les différentes catégories d'âge concernant le nombre de patient qui n'ont jamais parlé de sexualité alors qu'ils en avaient besoin.

#### 6.5.4 Selon la situation matrimoniale

	Ensemble	En couple	Vit seul	Situation de couple non précisé
oui	13 (16%)	8 (22%)	4 (9%)	1
Non mais j'aurais aimé y avoir recours	14 (17%)	5 (14%)	8 (18%)	1
Non je n'en ai pas eu besoin	52 (63%)	22 (61%)	30 (67%)	
Sans réponse	4 (5%)	1 (3%)	3 (7%)	



22% des patients en couple ont déjà abordé la sexualité avec un professionnel de santé contre 9% des patients vivant seuls. Avec une valeur-p à 0.09327, on ne peut pas considérer que la différence est statistiquement significative.

14% des patients vivant en couple n'ont jamais abordé la sexualité avec un professionnel de santé mais en aurait eu besoin, contre 18% des patients vivant seuls. Avec une valeur-p à 0.6356, il n'y a pas non plus de différence significative.

### 6.5.5 Au total

80% des patients n'ont jamais parlé de sexualité avec un professionnel de santé, la plupart car ils n'en ont jamais eu besoin mais 17% des patients en auraient eu besoin. On ne retrouve pas de différence selon l'âge, le sexe, l'autonomie ou la situation de couple.

## 6.6 Avec quels professionnels de santé avez-vous abordé la question de la sexualité ?

	Nombre de citations
Urologue	3
Gynécologue	6
Médecin généraliste	4
Sexologue	1
autres	2

A la réponse « autre », une sage-femme a été mentionné une fois, et un neurologue a été mentionné une fois.

Les professionnels de santé les plus souvent cités sont les gynécologues, les généralistes arrivent en 2ème position, les urologues en troisième position.

De nombreux patients, qui ont répondu qu'ils n'avaient jamais abordé le sujet de la sexualité, ont tout de même cochés certains professionnels à la question suivante. 13 patients ont fait cela, soit un quart des patients ayant répondu « non ». Au vu de ce nombre élevé, les différents professionnels de santé ont été notés dans le tableau suivant, même si l'interprétation de ces données est difficile. Serait-ce les personnes que les patients auraient consultées s'ils avaient abordé le sujet ? ça ne peut être que des suppositions.

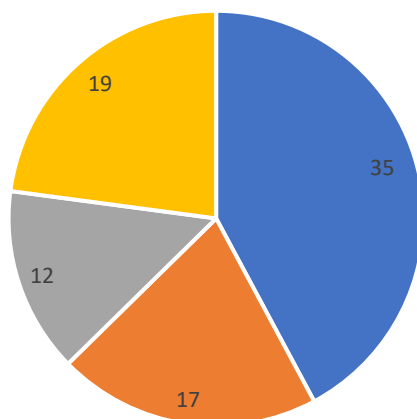
	Nombre de citation d'un professionnel
Urologue	2
Gynécologue	4
Médecin généraliste	5
Sexologue	4
Psychologue	2

## 6.7 Souhaiteriez vous que le sujet de la sexualité soit abordé avec votre médecin généraliste ?

Non	35 (42%)
Oui à ma demande	17 (20%)
Oui, mais c'est au médecin de l'aborder	12 (14%)
Sans opinion	19 (23%)

42% des patients ne souhaitent pas aborder la question de la sexualité avec leur médecin traitant. 34% des patients souhaitent pouvoir aborder ce sujet, mais 20% ne le souhaiterait qu'à leur demande contre 14% qui considèrent que c'est plutôt au médecin d'aborder le sujet. 23% n'avaient pas d'opinion à ce sujet.

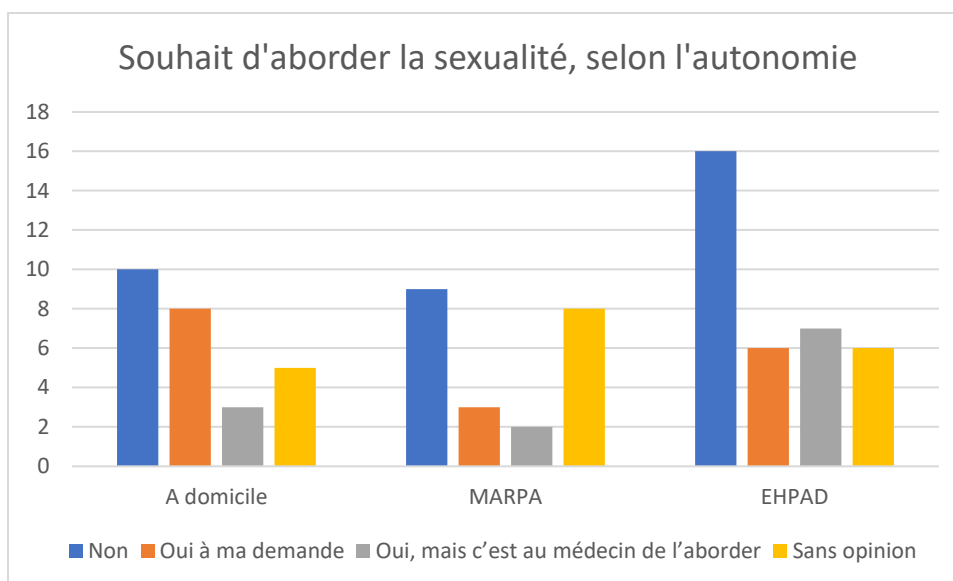
### Souhait d'aborder le sujet de la sexualité avec son médecin



■ Non ■ OUI à ma demande ■ Oui, mais c'est au médecin de l'aborder ■ Sans opinion

#### 6.7.1 Selon l'autonomie

	Ensemble	A domicile	MARPA	EHPAD
Non	35 (42%)	10 (38%)	9 (41%)	16 (46%)
Oui à ma demande	17 (20%)	8 (31%)	3 (14%)	6 (17%)
Oui, mais c'est au médecin de l'aborder	12 (14%)	3 (12%)	2 (9%)	7 (20%)
Sans opinion	19 (23%)	5 (19%)	8 (36%)	6 (17%)



38% des patients vivant à domicile ne souhaitent pas aborder le sujet de la sexualité avec leur médecin, contre 41% des patients vivant en MARPA et 46% des personnes vivant en EHPAD. Avec une valeur-p à 0,8628, à 0,5711 et 0,7219, la différence n'est pas statistiquement significative selon le lieu d'habitation.

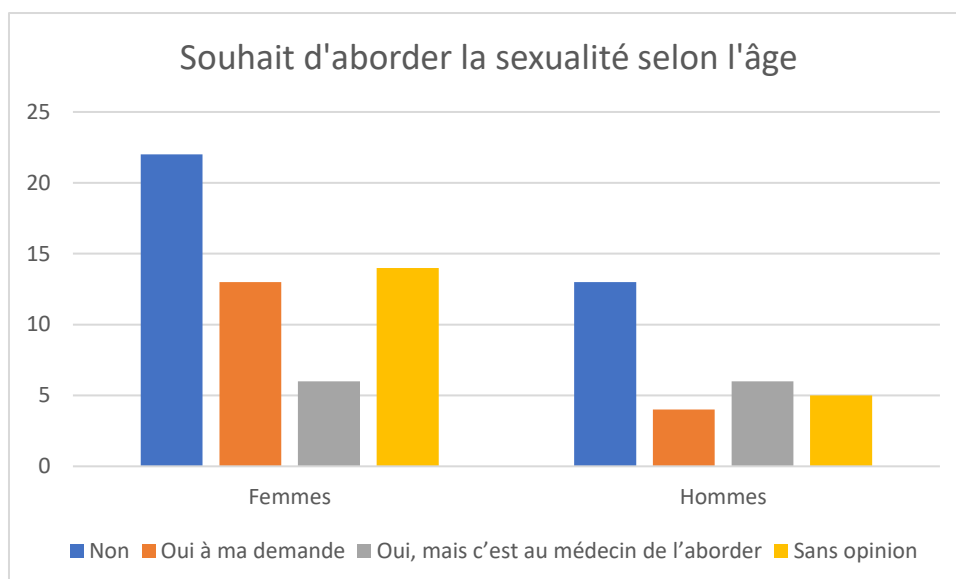
31% des patients vivant à domicile aimerait aborder le sujet de la sexualité avec leur médecin mais à leur demande, contre 9% des personnes vivant en MARPA et 20% en EHPAD. Ce qui, avec des valeur-p à 0,1595, 0,2111 et 0,7238 n'est pas statistiquement significatif non plus.

12% des personnes vivant à domicile souhaiterait que le sujet de la sexualité soit abordé avec le médecin mais que ce dernier doit aborder le sujet, contre 9% des patients en MARPA et 20% en EHPAD. Ce qui, avec des valeur-p à 0,1800, 0,9099 et 0,5721, il n'y a pas non plus de différence significative.

Au total, l'avis des patients concernant l'abord de la sexualité en médecine général n'est pas différent selon leur autonomie.

### 6.7.2 Selon le genre

	Ensemble	Femmes	Hommes
Non	35 (42%)	22 (40%)	13 (46%)
Oui à ma demande	17 (20%)	13 (24%)	4 (14%)
Oui, mais c'est au médecin de l'aborder	12 (14%)	6 (11%)	6 (21%)
Sans opinion	19 (23%)	14 (25%)	5 (18%)



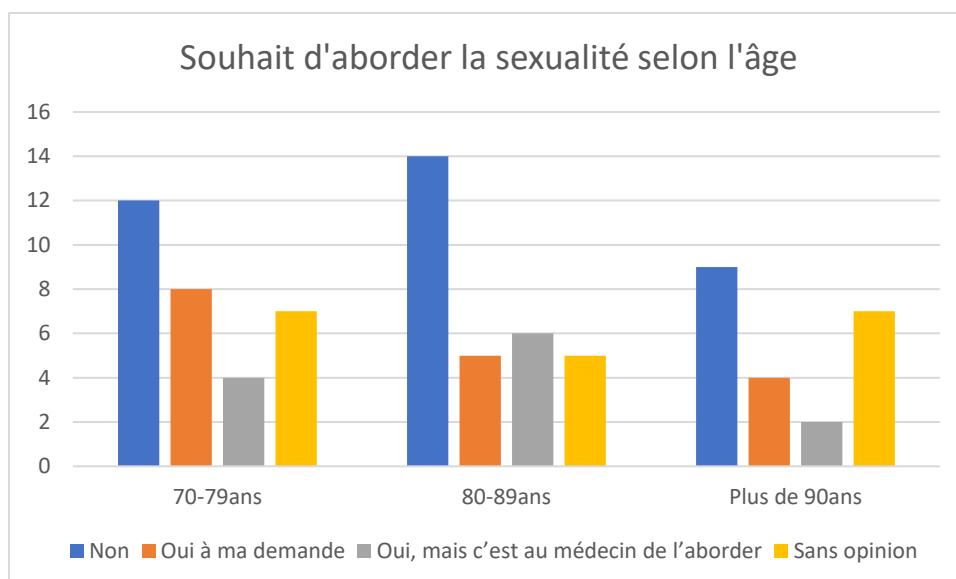
40% des femmes et 46% des hommes ne souhaitent pas aborder le sujet de la sexualité avec leur médecin généraliste. Ce qui, avec une valeur-p à 0,5773, n'est pas statistiquement différent.

24% des femmes et 14% des hommes souhaiterait aborder la sexualité avec leur médecin mais seulement à leur demande. Ce qui, avec une valeur-p à 0,3183, n'est pas statistiquement significatif.

11% des femmes et 21% des hommes souhaiteraient pouvoir aborder le sujet de la sexualité avec leur médecin généraliste mais pense que c'est au médecin de l'aborder. Ce qui, avec une valeur-p à 0,1979, n'est pas statistiquement différent.

### 6.7.3 Selon l'âge

	Ensemble	70-79ans	80-89ans	Plus de 90ans
Non	35 (42%)	12 (39%)	14 (47%)	9 (41%)
Oui à ma demande	17 (20%)	8 (26%)	5 (17%)	4 (18%)
Oui, mais c'est au médecin de l'aborder	12 (14%)	4 (13%)	6 (20%)	2 (9%)
Sans opinion	19 (23%)	7 (23%)	5 (17%)	7 (31%)



39% des septuagénaires ne souhaitent pas aborder la question de la sexualité avec leur médecin généraliste versus 47% des octogénaires et 41% des nonagénaires. Il n'y a pas de différences significatives (valeur-p à 0.5298, 0.8719 et 0.6796)

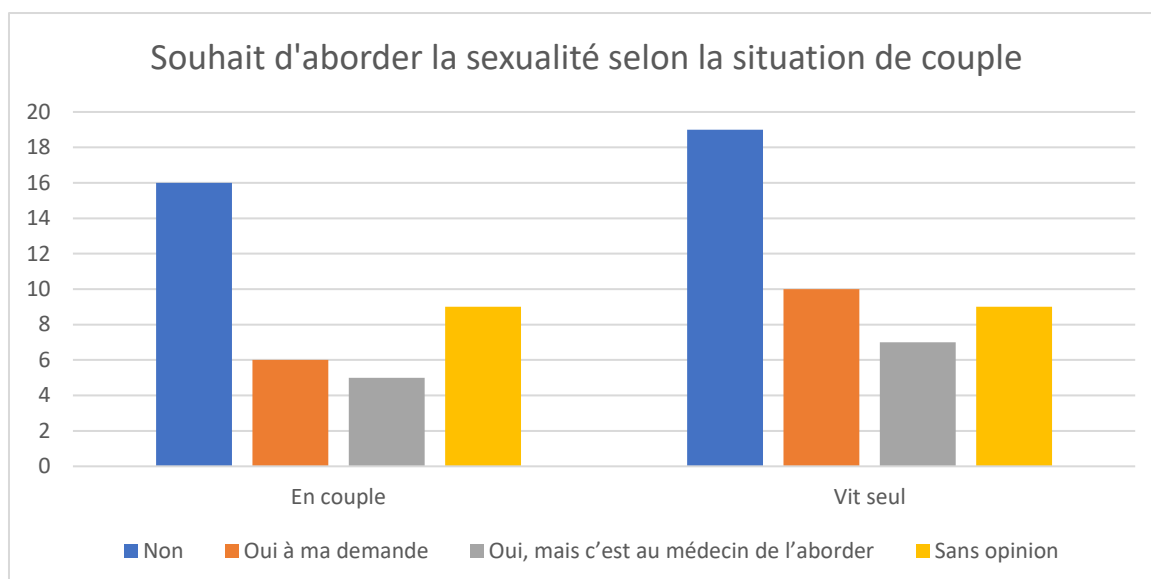
26% des septuagénaires souhaiterait que le sujet de la sexualité soit abordé avec leur médecin mais à leur demande, 17% chez les octogénaires et 18% chez les nonagénaires. La différence n'est pas significative statistiquement non plus (avec des valeur-p à 0.3835, 0.5134 et 0.8865).

13% des septuagénaires souhaiterait aborder la question de la sexualité avec leur médecin généraliste mais pense que c'est au médecin de l'aborder, versus 20% chez les septuagénaires et 9% chez les octogénaires. On ne retrouve pas non plus de différence significative (0.4542, 0.6660 et 0.2827)

Il n'y a donc pas de différence selon l'âge à propos de l'abord de la question de la sexualité en médecine générale.

#### 6.7.4 Selon la situation de couple

	Ensemble	En couple	Vit seul	Situation non précisée
Non	35 (42%)	16 (44%)	19 (42%)	0
Oui à ma demande	17 (20%)	6 (17%)	10 (22%)	1
Oui, mais c'est au médecin de l'aborder	12 (14%)	5 (4%)	7 (16%)	0
Sans opinion	19 (23%)	9 (25%)	9 (20%)	1



44% des personnes en couple ne souhaitent pas aborder la question de la sexualité avec leur médecin traitant contre 42% des patients ne vivant pas en couple. Il n'y a donc pas de différence ( valeur-p à 0.8410).

17% des patients vivant en couple souhaiterait aborder le sujet de la sexualité en médecine générale mais à leur demande, contre 22% des patients ne vivant pas en couple. On ne retrouve donc pas de différence (valeur-p à 0.6164)

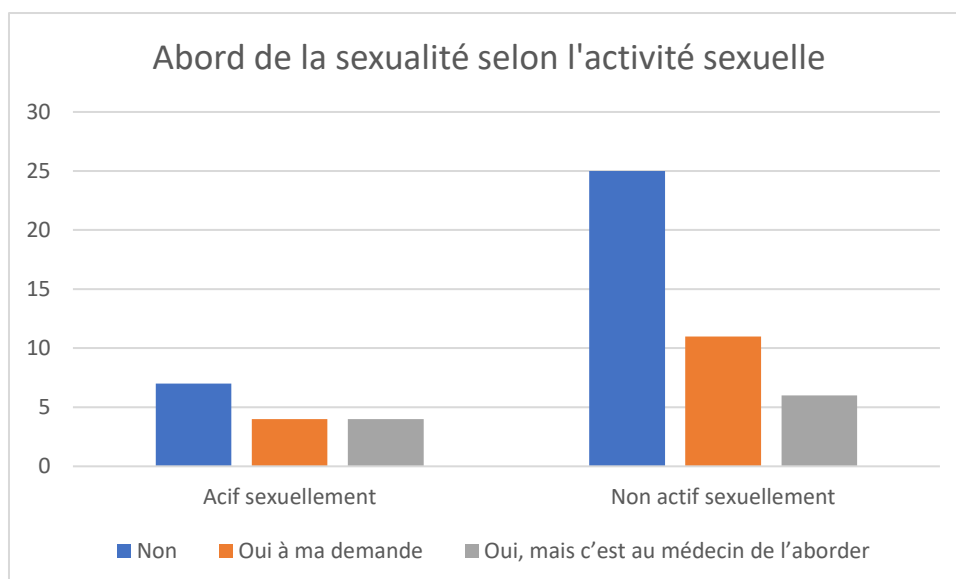
4% des patients vivant en couple souhaiteraient aborder la question de la sexualité avec leur médecin traitant seulement si c'est le médecin qui l'aborde contre 16% des personnes vivant seule. On ne retrouve pas de différence significative non plus (valeur-p à 0.8338).

L'avis des patients concernant l'abord de la sexualité en médecine générale ne dépend donc pas de la situation de couple.

### 6.7.5 Selon l'activité sexuelle actuelle

	Ensemble	Acif sexuellement	Non actif sexuellement
Non	35 (42%)	7 (47%)	25 (60%)
Oui à ma demande	17 (20%)	4 (27%)	11 (26%)
Oui, mais c'est au médecin de l'aborder	12 (14%)	4 (27%)	6 (14%)





44% des patients se déclarant actifs sexuellement ne souhaitent pas parler de sexualité avec leur médecin généraliste, contre 42% des personnes non actives , ce qui n'est pas significativement différent (valeur-p à 0.8410).

17% des patients se déclarant sexuellement actifs souhaitent pouvoir parler de médecine générale avec leur médecin traitant mais à leur demande , contre 22% des patients non actifs sexuellement , ce qui n'est pas significativement différent (valeur-p à 0.6164).

4% des patients se déclarant sexuellement actif souhaite pouvoir parler de sexualité avec leur médecin traitant mais en abordant eux-mêmes le sujet , contre 16% des patients non actifs sexuellement , ce qui n'est pas significativement différent (valeur-p à 0.8338).

Les données recueillies ne permettent donc pas de voir un lien entre l'activité sexuelle des patient et leur volonté d'aborder le sujet de la sexualité avec leur médecin généraliste.

### 6.7.6 Au total

Une majorité des patients de plus de 70ans ne souhaitent pas que la sexualité soit abordée en consultation de médecine générale (42%). Mais un pourcentage conséquent (34%) souhaiterait pouvoir aborder ce sujet en médecine générale, 20% le souhaiterait plutôt à leur demande, alors que 14% pensent que c'est au médecin d'aborder le sujet.

## 6.8 Quelle(s) raison(s) pourrai(en)t être un frein à l'ouverture d'une discussion avec votre médecin à propos de la sexualité ?

56 personnes ont répondu à cette question (soit 67% des patients)

	Nb de réponses (et pourcentage des patients mentionnant cette raison, parmi ceux qui ont répondu)
Crainte d'être incompris	14 (25%)
Le sujet ne m'intéresse pas	14 (25%)
Peur de choquer/mettre le médecin mal à l'aise/pudeur	13 (23%)
Peur d'être jugé	12 (21%)
L'amour propre (difficulté à s'avouer qu'on a un problème)	11 (20%)
Consultation trop courte	10 (18%)
Relation insuffisamment développée avec le médecin	8 (14%)
Pas de solution possible par la médecine	6 (10%)
Peur de sexualiser une conversation avec une personne du sexe opposé	4 (7%)
Probable manque de connaissance du médecin	2 (4%)
Autres	2

Les réponses « autres » qui ont été mentionnées étaient :

-« manque d'ouverture de l'urologue sur le sujet »

-« ça aurait été utile d'aborder le sujet avant le grand âge »

Les freins principaux des patients à l'abord de la question de la sexualité en médecine générale sont liés au tabou à propos de ce sujet : la crainte d'être incompris, de choquer le médecin, de le mettre mal à l'aise et d'être jugé. De nombreux patients ne l'abordent pas tout simplement parce que le sujet ne les intéresse pas.

Moins souvent cité mais assez fréquemment rapporté, on retrouve l'amour-propre, la difficulté à s'avouer qu'on a un problème.

Encore moins souvent rapporté mais régulièrement cité, on retrouve les difficultés liées aux consultations elle-même : les consultations trop courtes et les relations insuffisamment développées avec leur médecin.

Assez peu de patient pense que la médecine n'a pas de solution ou que leur médecin n'a pas les compétences nécessaires. La peur de sexualiser la conversation est très peu citée également.

## 6.9 Qu'attendriez-vous de votre médecin concernant la santé sexuelle ?

39 personnes ont répondu à cette question soient 47% des patients.

	Nombre de citation (pourcentage des patients mentionnant cette attente, parmi ceux qui ont répondu)
Explications	19 (49%)
Réassurance	15 (38%)
Orientation vers des professionnels de santé adapté	8 (20%)
Prescription	5 (13%)
Autres	0

En grande majorité, les demandes des patients à propos de la sexualité seraient des explications et une réassurance.

## 6.10 Remarques

### 6.10.1 Réactions à la réception du questionnaire

Les soignants de MARPA et d'EHPAD ont plutôt bien accueilli les distributions de questionnaires. Dans une MARPA et un EHPAD, la directrice et l'infirmière de coordination qui se sont chargés de distribuer les questionnaires ont rapporté le fait qu'ils avaient même pu amorcer des discussions « certains résidents ont pu s'exprimer librement ».

Au contraire, certains résidents leur ont aussitôt rendu le questionnaire dès la lecture du titre en se disant non concernés et ne souhaitant absolument pas aborder ce sujet.

### 6.10.2 Remarques notées sur les questionnaires

Plusieurs remarques ont été notifiées sur les questionnaires. Beaucoup appuyaient le fait que la sexualité ne les concernait plus au vu de leur âge ou au vu de problèmes de santé :

- « il n'y a pas de problème de sexe vu l'âge »
- « il faut vivre avec l'âge que l'on a »
- « Attendez d'avoir plus de 80ans ! »
- « pas de sexualité depuis 22 ans »

- « Je pense que peu de personnes sont concernées par cette question"

-« sexe=plus de douleur que de plaisir, pouvoir uriner sans douleur est déjà appréciable »

-« "je ne suis plus concernée »

-« je ne suis pas concernée" »

- « tendance à banaliser après ce genre d'opération (ablation de prostate), fatalisme »

Parmi eux, certains appuyaient le fait que l'abord de ce sujet aurait été utile plus jeune, surtout vis-à-vis de la contraception :

-« trop âgée mais on n'en a pas assez parlé dans notre temps »

-« sexualité surtout limitée dans le passé par peur de trop d'enfants (méthode Ogino, 3 enfants), bien rattrapé après la ménopause »

- « j'ai eu des mauvais conseils vis à vis de la contraception suite aux oreillons de mon mari, j'ai eu 2 autres enfants alors qu'on m'avait dit qu'il serait stérile »

- « j'aurais eu surtout besoin d'aide pour la contraception »

Alors que d'autres se sentent encore concernés par la sexualité même à leur âge :

- « sexualité me manque depuis le décès de son mari »

- « envie de sexualité même après 85 ans »

Certains ont fait des remarques vis-à-vis du fait qu'ils auraient pu aborder ce sujet :

- « j'aurais pu aborder le sujet »

- « Nous avons de nombreuses occupations à l'école et dans la religion, on aurait pu aborder la question avec un médecin en dehors de notre cercle d'occupation. C'est humiliant de demander du viagra à un médecin ou un pharmacien »

Mais certains ne l'abordent qu'en fonction du médecin (en cas de relation bien construite ou si c'est lui qui aborde le sujet) :

« ce n'est pas un sujet abordable, on ne sait pas en parler, explications seulement si c'est le médecin qui aborde le sujet »

- « on parle s'il y a une bonne écoute et si le médecin prend le temps »

Alors que d'autres ont eu de mauvaises expériences lors de de l'abord de ce sujet :

- « j'ai été vexée par mon gynécologue, je n'y suis jamais retournée »

Certains patients ont clairement fait comprendre que la sexualité n'est pas un sujet qu'ils voudraient aborder !

-« "je ne veux pas en parler au médecin, c'est pas son problème et le vôtre non plus"

- « "ma vie privée ne vous regarde pas »

-« Tout va bien »

## 7 Discussion

### 7.1 Synthèse et discussion des résultats

#### 7.1.1 Les séniors se considèrent-ils encore sexuellement actifs ?

Dans cette étude, 27% des seniors se déclarent sexuellement actifs. Un taux de 51% est même retrouvé chez les personnes de 70 à 80 ans. La sexualité est donc une partie intégrante de la vie de nombreux seniors. Il est vrai qu'après 80 ans, le taux chute fortement (6% chez les octogénaires et 14% chez les nonagénaires) mais n'est pas nul. De la même façon, une institutionnalisation en elle-même ne limite pas forcément la sexualité des seniors (la différence entre les personnes en MARPA/hébergement temporaire et celles à domicile n'est pas flagrante). Mais si celle-ci est liée à une perte d'autonomie plus importante (en EHPAD), la diminution de l'activité sexuelle est alors flagrante, sans que la sexualité ne soit totalement absente pour autant.

Il faut aussi prendre en compte le fait que la sexualité n'a pas été définie dans mon questionnaire. Aucune différence n'a été faite selon les formes de sexualité (masturbatoire, pénétrative (vaginal, anal, oral...), de caresses et contacts intimes de tendresse). Donc l'interprétation de la question était laissée libre au patient. Or, lors d'études qualitatives, des participants pouvaient considérer que le « vrai sexe » était le sexe pénétratif, même s'ils remettaient cette définition en question vis-à-vis de leur propre expérience. [31]. Ce type de considération a pu influencer les réponses à cette question.

Il faut aussi prendre en compte le fait que ces données sont issues d'une population particulière, celle du bocage vendéen, un milieu rural, dans un département avec une présence historique important du religieux.

Si l'on compare avec les résultats d'une étude de 2007 [2], qui mettait en évidence que 38,5% des hommes entre 75 et 85 ans étaient sexuellement actifs, contre seulement 16,7% des femmes du même âge, les résultats de mon étude en Vendée sont assez semblables avec 35% des hommes et 22% des femmes de plus de 70 ans qui se déclaraient sexuellement actifs.

Les données sur la proportion de sujets actifs sexuellement peuvent être différentes d'une étude à l'autre. Bien sûr, l'année de l'enquête, l'âge des seniors interrogés, le pays dans lequel l'enquête a été réalisée, peuvent expliquer ces variations.

En France, on voit une évolution au regard des enquêtes menées respectivement en 1970 [21] et 2006 [22] : en 2006 90% des femmes de plus de 50 ans en couple déclarent avoir une activité sexuelle contre 50% en 1970. En 2006, 55% des femmes de plus de 50 ans pensent

que les rapports sexuels sont nécessaires au bien être contre 33% en 1970. Toutefois, les femmes âgées de 60-69 ans sont plus nombreuses que les hommes à ne pas avoir de partenaire sexuel (37 % des femmes contre 16% des hommes).

Aux Etats Unis et au Royaume Uni, l'évolution est moins flagrante. En effet une étude de 1980 [19] sur des personnes de 80 à 102 ans montrait que 63% des hommes et 30% des femmes avaient un rapport sexuel, 72% des hommes et 40% des femmes pratiquaient la masturbation, et 82% des hommes et 64% des femmes ont des rapports intimes de tendresse. Alors qu'une étude de 2019 [20] montrait que 65% des patients entre 65 et 74 ans et 26% des 75-84 ans déclaraient être sexuellement actif.

Des résultats similaires ont été retrouvés en Australie [31].

Aux Pays Bas, plus de la moitié des plus de 65ans (49.5% des hommes et 40.4% des femmes) ont déclaré avoir eu une activité sexuelle dans les 6 derniers mois. Les personnes célibataires étaient beaucoup moins actives sexuellement (1.3% des femmes et 13.7% des hommes). Le pourcentage diminuait avec l'avancée en âge, l'isolement social, ou le déclin de la santé physique et/ou psychologique. [32]

Malgré des différences d'une étude à une autre, il ressort clairement qu'un pourcentage non négligeable de seniors sont actifs sexuellement. Cette question doit donc être prise en compte, d'autant plus que la proportion des seniors dans la population augmente et, sauf événement imprévisible, va continuer d'augmenter pendant les prochaines années. C'est dire l'importance de la prise en considération des dysfonctionnement sexuelle.

### 7.1.2 Les seniors considèrent-ils avoir des problèmes de santé sexuelle ?

Dans mon étude, seul 12% des seniors considèrent avoir ou avoir eu des problèmes de santé sexuelle. Le faible nombre de personne ayant déclaré avoir ou avoir eu des problèmes de santé sexuelle n'a pas permis de mettre en évidence des différences ni selon le sexe, ni selon l'âge ni selon la situation de couple actuelle. Les personnes assez autonomes pour vivre à domicile ont significativement mentionné plus de problèmes de santé sexuelle que celles vivant en EHPAD.

La difficulté d'interprétation de cette question peut être liée à une autre question : que signifie vraiment problèmes de santé sexuelle ? L'OMS définit la santé sexuelle comme un « état de bien-être physique mental et social dans le domaine de la sexualité ». Mais elle n'a peut-être pas été envisagée comme cela par la population interrogée. En effet, certains états qui pourraient paraître pathologiques si on s'en tient à la définition, n'ont pas toujours été considérés comme tel par les seniors. 18% des patients de la population étudiée dans cette thèse ont coché avoir certaines pathologies sans considérer avoir des problèmes de santé

sexuelle. Serait-ce dû à une simple incompréhension de la question ? Ou considèrent-ils que ce soit une normalité au vu de l'âge ?

Si l'on reprend certains troubles comme les troubles du désir sexuel, un des principaux problèmes rapportés par les patients interrogés (aussi bien par ceux qui considèrent que c'est un problème que par les autres), de nombreux aspects entrent en compte. La définition du DSM 5 précise que les diagnostics de dysfonction sexuelle ne peuvent être portés que si les perturbations décrites sont à l'origine d'une souffrance subjective marquée ou de difficultés interpersonnelles, si elles ne sont pas dues à une affection médicale générale ou induite par une substance et si elles ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble psychologique. Il définit la baisse du désir sexuel comme une déficience persistante et répétée de fantasmes imaginatifs d'ordre sexuel et de désir d'activité sexuelle.

L'absence de désir ne peut donc être considérée comme pathologique seulement si le patient considère que cette absence entraîne une souffrance. En effet, il peut y avoir absence de désir mais également absence de désir que cela change. Ce qui est à différencier du vécu de frustration où il y a non-désir mais le désir d'avoir du désir.

On peut retrouver un manque de désir primaire ou secondaire. Certaines personnes ont un manque d'intérêt général pour la sexualité, apparu à la suite de blocages ou conflits anciens ayant nuis ou interdits tout apprentissage et épanouissement sexuel, plus ou moins renforcé par une éducation répressive ou des expériences sexuelles traumatisantes.

Le manque d'intérêt peut aussi être secondaire. Il peut être dû à un problème relationnel avec le partenaire. La déception, la frustration, l'inappropriation des codes d'attraction, et en général le conflit dans un couple vont souvent de pair avec un désintérêt sexuel. La baisse de désir peut aussi être liée à des facteurs environnementaux, par exemple lors d'événement de vie déstabilisant (maladie ou décès d'un proche, conflit familial, difficultés financières...). D'autres dysfonctions sexuelles (dyspareunie, trouble de l'érection, anorgasmie...) peuvent amener à un désintérêt pour la sexualité qui n'apporte rien de satisfaisant. Certaines pathologies psychiatriques, comme un état dépressif, peuvent aussi être à l'origine de ce manque d'intérêt pour la sexualité. Dans ce cas, le manque de désir est accepté avec résignation, et une aide médicale, sur le plan sexologique, est rarement requise.

Des pathologies organiques, non sexuelles, sont quelquefois à l'origine de troubles du désir. C'est le cas des maladies asthénisantes, de certains troubles endocriniens (diabète, dysthyroïdie, hyperprolactinémie...) ou neurologiques. Une imprégnation alcoolique chronique va également impacter le processus d'excitation sexuelle tant au niveau du métabolisme hormonal (hépatique) qu'au niveau neurologique. De plus, le sevrage joue aussi sur le désir, soit parce que la mise en relation n'a pas pu être développée antérieurement sans le rôle de l'alcool et la sexualité compulsive qu'il entraîne, soit en lien avec des traitements anxiolytiques inhibiteurs, soit à cause d'une réaction dépressive à la suite du sevrage.

Enfin, il existe des troubles du désir isolés, sans difficulté sexuelle ou relationnelle en apparence, sans pathologie organique ou psychiatrique. Ce sentiment de baisse de désir



sexuel peut apparaître quand on le compare à un désir antérieur plus fort et plus présent, désir que l'on regrette et que l'on n'a pas su faire évoluer avec le temps. En effet, le désir n'est pas acquis et passif, il nécessite un investissement personnel actif dans la recherche de plaisir et de mise en place d'un temps relationnel à deux. De plus, les corps des personnes âgées étant considéré comme désexualisés par le regard des plus jeunes, cette dévalorisation sociale est pour beaucoup dans les troubles de la libido.

On comprend, au vu de ces causes très différentes de baisse de désir sexuel, que la gêne qui en découle est très variable selon les situations et les personnes, et qu'elle n'est pas toujours considérée comme un problème de santé sexuelle.

[23] [17]

Les troubles du désir sont la cause la plus souvent mentionnée dans mon questionnaire. Dans une étude américaine de 2017 [24], les troubles du désir sexuel sont effectivement la pathologie sexuelle la plus souvent rapportée par les femmes, quel que soit l'âge. 38,7% des femmes déclaraient avoir été concernées par des troubles du désir. La prévalence de la baisse de libido se majore avec le temps : cette étude montrait qu'elle concernait jusqu'à 80,1% des femmes de plus de 65 ans.

Dans cette même étude américaine, la différence visible entre le nombre de personnes déclarant avoir un problème sexuel (44,2%) et le nombre de personnes déclarant en éprouver une détresse (22,8%) met bien en évidence que nombreuses sont celles qui ont certains troubles de la sexualité mais sans, pour autant, considérer que c'est un problème. En outre, la part de femmes avec des troubles de la libido affirmant que cela entraîne une détresse est plus faible chez les femmes de plus de 65 ans que chez les femmes plus jeunes (12,6% versus 25%). Une autre étude américaine et d'Europe de l'Ouest de 2007 [27] retrouvait des données similaires : malgré l'augmentation des troubles de la libido avec l'âge (11% dans la vingtaine contre 53% dans la soixantaine), la détresse liée à cette baisse de libido était globalement la même chez les femmes quelle que soit l'âge (autour de 10%).

Des considérations similaires ont été retrouvées dans une étude polonaise de 2020 [25]. En effet, dans cette étude qualitative, une des principales raisons citées par les patients pour ne pas parler des troubles de la sexualité à leur médecin, est le fait de ne pas reconnaître un problème sexuel. Nombreux étaient ceux qui considéraient que certains troubles sexuels étaient insignifiants, normaux pour l'âge et que la médecine ne pouvait rien y changer. Les troubles de la libido ou les dyspareunies liées à la sécheresse vaginale étaient souvent considérés comme une normalité.

Dans mon étude, plusieurs patients ont coché certains problèmes de santé sexuelle après avoir coché précédemment « non » à la question « avez-vous des problèmes de santé sexuelle ? ». L'hypothèse selon laquelle ils auraient agi ainsi car ils ne considéraient pas ces troubles comme un réel problème de santé sexuelle, paraît être corroborée par ces études.

### 7.1.3 Les séniors parlent-ils de problèmes de santé sexuelle aux professionnels de santé ?

Parmi les patients interrogés, seuls 16% ont déclaré avoir parlé de problèmes de santé sexuelle avec un professionnel de santé. Alors que 12% seulement des patients ont déclaré avoir déjà eu des problèmes de santé sexuelle, ce qui rejoint la problématique de la définition pour les patients d'un problème de santé sexuel, traitée à la question précédente. Ou peut-être ont-ils pris en compte d'éventuelles prises de renseignement, discussion, dépistages effectués par des professionnels de santé ?

Parmi les patients n'ayant jamais parlé de problème de santé sexuelle avec un professionnel de santé (80%), les  $\frac{3}{4}$  (soit 63% de la population) n'en ont pas parlé car ils n'en ont pas eu besoin, mais  $\frac{1}{4}$  (soit 17% de la population) aurait aimé y avoir recours.

Les données recueillies ne permettaient pas de voir une différence significative ni entre les hommes et les femmes, ni entre les différents groupes d'âge, ni selon la dépendance (selon le lieu de vie), ni selon la situation de couple actuel.

Si l'on compare aux données de la littérature, dans une étude américaine de 2007 [6] sur des sujets de 81+/-6ans, les pourcentages de patients ayant parlé de sexualité avec un médecin étaient faibles également mais avec une franche différence entre homme et femme : 4% des femmes ont déclaré avoir abordé le sujet avec leur médecin et 7% des femmes ont rapporté qu'un médecin a abordé le sujet avec elle. Alors que les pourcentages respectifs pour les hommes étaient de 22 et 32%. Le pourcentage de patient qui aurait aimé parler de ce sujet avec leur médecin, était pourtant beaucoup plus important : 32% des femmes et 86% des hommes.

Une étude de 2003 aux Royaume Uni [14] montrait que 49% des hommes et 39% des femmes auraient souhaiter s'adresser à un professionnel de santé pour des problèmes sexuels, alors que seulement 4 et 6% l'ont réellement fait.

C'est dire l'importance de sensibiliser les médecins à l'importance d'intégrer des questions à propos de la sexualité dans l'enquête anamnestique. D'autant que les performances cognitives globales sont meilleures lorsque les patients étaient sexuellement actifs.

### 7.1.4 Avec quel professionnel de santé les seniors ont il parlé de sexualité ?

Les seniors interrogés ont principalement cité les gynécologues comme interlocuteurs à propos de la sexualité. Au vu de la majorité féminine de la population étudiée, c'est tout à fait compréhensible.

Les médecins généralistes sont cités en deuxième position. Une étude dans les pays de la Loire en 2016 [28], faisait ressortir que les médecins généralistes sont en effet régulièrement impliqués dans les consultations de prévention et de dépistage en gynécologie (73% des généralistes voient au moins une fois par semaine une femme pour motif gynécologique, 57% au plan national). Selon les études, entre 8 et 23% des femmes ne voient que leur médecin généraliste pour leur suivi gynécologique. [29]. De plus, les médecins généralistes semblent être consultés en majorité à propos de la ménopause (52% des consultations à propos de la ménopause et de ces conséquences sont réalisées par un médecin généraliste et 46% par un gynécologue). (Chiffres de l'EPPM : étude permanente de la prescription médicale). Donc les médecins généralistes peuvent facilement être en position d'être sollicités à propos de la sexualité, ils devraient donc être sensibilisés à propos de ce sujet.

Les sexologues et les urologues sont cités en troisième position.

Les sexologues ont été cités principalement par des personnes ayant notifié qu'elles n'avaient jamais consulté de professionnel de santé. Ces professionnels sont donc facilement cités comme impliqués dans la santé sexuelle, mais ils paraissent peu consultés en pratique. Les chiffres de mon étude sont bien entendus insuffisants pour en tirer des conclusions sur la fréquence de consultation en sexologie.

#### 7.1.5 Les seniors souhaiteraient-ils que le sujet de la sexualité soit abordé avec leur médecin généraliste ? Le souhaitent-ils à leur initiative ou à celle du médecin ?

Dans mon étude, une courte majorité des patients (42%) ne souhaite pas que le sujet de la sexualité soit abordé avec leur médecin généraliste. Mais 34% des patients souhaiteraient que ce sujet soit abordé. Parmi eux, la plupart (20% de la population) préféreraient aborder eux-mêmes cette question alors que 14% de la population estiment que c'est au médecin de le faire. Presque un quart des personnes ayant répondu au questionnaire n'avaient pas d'opinion à ce sujet. Les données ne permettaient pas de mettre en relief des différences sur la volonté d'aborder la sexualité avec son médecin selon le sexe, le degré d'autonomie, l'âge, la situation de couple ou le fait d'être actif sexuellement.

Au vu du fort pourcentage de patients ne souhaitant pas aborder le sujet de la sexualité en consultation, trop insister sur ce sujet ne paraît pas opportun. Mais le questionnaire ne différenciait pas ceux qui ne souhaitaient pas en parler car ils ne se sentaient pas concernés

et ceux qui ne souhaitaient pas en parler car le sujet pourrait les choquer ou heurter leur intimité.

De plus, parmi ceux qui souhaiteraient parler de sexualité, une courte majorité préférant n'en parler qu'à leur demande, on pourrait en conclure que le sujet ne devrait pas être lancé par le médecin. Mais une proportion non négligeable de patients considérant qu'ils ne peuvent parler de ce sujet que si c'est le médecin qui l'aborde, pouvoir ouvrir une porte pour indiquer au patient qu'ils peuvent parler de sexualité paraît important. Une courte question pour mentionner le sujet paraît être intéressante pour permettre à ces personnes d'en parler sans que ceux qui ne souhaitent pas en parler ou seulement à leur demande ne se sentent gênés dans leur intimité. Une mention des effets sur la sexualité de certains traitements ou de certaines pathologies peut permettre une discussion sur ce thème sans être trop intrusif pour autant.

Dans une étude américaine en 2007 [6], la question était posée aux patients en fin de questionnaire : trouvaient-ils que le sujet de l'étude était choquant ? 1 seule personne a répondu oui. On peut donc en extrapoler le fait que, même pour les personnes qui ne souhaiteraient pas parler de sexualité avec leur médecin, proposer aux patients d'aborder ce sujet ne les choquerait probablement pas.

#### 7.1.6 Pour les séniors, quels sont les principaux freins à l'ouverture d'une question sur la sexualité avec leur médecin ?

Les principaux freins à l'ouverture d'une discussion à propos de la sexualité avec leur médecin étaient la crainte d'être incompris, la peur de choquer le médecin ou de le mettre mal à l'aise et la crainte d'être jugé. Donc le tabou qui règne autour de la sexualité dans la société impacte fortement la volonté d'aborder le sujet de la sexualité avec son médecin. Le fait que le sujet soit abordé par le médecin pourrait aider à percevoir le médecin comme moins enclin à juger, plus apte à essayer de comprendre les problèmes de sexualité de ces patients.

Une autre cause majeure de l'absence de discussion à propos de la sexualité est tout simplement le fait que les patients ne se sentent pas concernés. Pour ces personnes, le fait de ne pas aborder ce sujet en consultation n'impactera pas, a priori, leur santé.

De façon légèrement moins importante mais régulièrement citée, la bonne qualité de la relation avec le médecin et la sensation d'avoir le temps d'aborder le sujet de la sexualité en consultation permettraient de lever des freins à l'abord de ce sujet avec son médecin. Il est vrai qu'avec une moyenne de temps de consultation de 17 minutes en France [40], il est difficile d'aborder tous les sujets. La France fait pourtant parti des pays pendant laquelle les consultations sont les plus longues (par rapport à une moyenne mondiale de 5 minutes) ! [41]

Ce fardeau du temps de consultation peut être contrebalancé par l'avantage qu'ont les médecins généralistes à voir régulièrement leurs patients ;

Parmi les patients interrogés, l'absence de discussion à propos de la santé sexuelle n'est pas liée à priori au manque de confiance en la médecine : très peu pensaient que la médecine n'avait pas de solution pour des problèmes de santé sexuelle ou que leur médecin n'avait pas les compétences pour les aider.

De plus, les médecins n'ont pas à craindre, au vu de cette thèse, d'aborder la sexualité en pensant que les patients vont y voir des propositions mal placées allant au-delà de leur rôle professionnel. En effet, très peu de patient craignent de sexualiser la conversation en abordant ce sujet, même avec une personne du sexe opposé.

Ces chiffres s'opposent aux données d'une thèse quantitative [42], qui semblaient montrer que les patients âgés n'auraient pas peur d'être jugé ou de choquer leur médecin en abordant le sujet de la sexualité. Mais selon ces patients, les médecins manquent de compétence dans ce domaine.

L'enjeu pour le médecin généraliste, comme dans beaucoup de domaine, est donc de créer une relation médecin-patient de confiance et de donner au patient la sensation qu'il a le temps nécessaire, qu'il ne le jugera pas, qu'il est prêt à essayer de comprendre tout ce qu'on voudra lui confier.

Mais, il me semble que, à propos du tabou autour de la sexualité entraînant cette peur de choquer le médecin, il est plus difficile pour un soignant de vaincre cette barrière. De même, l'amour propre (les difficultés que peuvent avoir les patients à s'avouer qu'ils ont des problèmes sexuels) sera difficile à surpasser lors des consultations. Comme beaucoup de question à propos de la sexualité, c'est l'éducation sexuelle plutôt grand public qui pourra faire envisager le fait que, avoir une sexualité en tant que senior n'a rien de choquant, et qu'avoir certains troubles sexuels est courant et ne remet pas en question la valeur d'une personne, qu'il est normal d'aborder ce sujet. Les médias commencent de plus en plus à aborder cette question (sur les derniers mois : émission sur France 3, France inter, articles dans des magazines/sites internet grands publique telle que le journal des femmes ou 20 minutes). Il est à espérer que, au fur et à mesure que ces sujets s'installent dans des émissions grand public et que les personnes en parlent entre elle, les tabous vont progressivement s'estomper. De plus, les prochaines générations de seniors auront probablement vécu une vie plus libérée sexuellement, elles oseront peut-être plus facilement aborder le sujet avec leur médecin généraliste. Médecins généralistes qui devront donc avoir reçu une formation à ce sujet intégré à leur cursus !

### 7.1.7 Qu'attendent les seniors d'une consultation à propos de la sexualité ?

La demande principale des patients interrogés est le besoin d'information, voire de réassurance. Une faible proportion de la population attend de leur généraliste, plutôt une orientation vers d'autres professionnels de santé aptes à répondre à leur problème. Seulement 5 personnes ont répondu qu'elles attendaient une prescription médicamenteuse.

Une autre étude a pu mettre en évidence les conséquences de ce manque d'informations sur la sexualité des seniors [31]. Les patients y ont rapporté que leur sexualité a pu être impactée par le manque de discussion ouverte ou d'informations par les professionnels de santé, notamment à propos des effets des interventions médicales sur leur sexualité ainsi que sur les adaptations à apporter à de leur sexualité avec l'avancée en âge.

Le cursus des médecins, devrait donc intégrer une formation à la sexologie, au moins suffisante pour pouvoir informer les patients, savoir les rassurer ou les orienter si besoin.

## 7.2 Autres problématiques de l'impact du vieillissement sur la sexualité

### 7.2.1 Sexualité et démence

Cette étude n'a concerné que les patients non atteints de troubles cognitifs. Or un problème auquel sont régulièrement confrontés les médecins généralistes est l'altération des comportements sexuels lorsqu'un patient est atteint de démence.

En France, on estime à 1 200 000 le nombre de personnes atteintes de démence (toutes pathologies confondues). Or ces pathologies impactent fortement la sexualité. La manifestation la plus fréquente est la diminution des activités sexuelles, mais des comportements qualifiés d'hypersexualité peuvent survenir dans ces contextes de démence.

La baisse d'activité sexuelle dans le cadre des troubles cognitifs peut être liée à différents facteurs. Déjà la pathologie en elle-même peut entraîner une indifférence à la sexualité. De plus, les relations entre conjoints étant modifiées, le désir peut être clairement impacté. Enfin, les traitements (en particulier neuroleptiques et antidépresseurs) peuvent impacter l'activité sexuelle.

L'augmentation des besoins sexuels après le début d'une démence est plus rare. La cause de l'augmentation des besoins sexuels peut être psychologique : le contact physique, l'intimité peuvent réduire l'anxiété, la baisse d'estime de soi, le sentiment de solitude. Mais la plupart du temps, ce sont plutôt des comportements sexuels dit inappropriés qui créent des difficultés, dans les couples ou lorsque les personnes sont institutionnalisées. 2,9 à 8% des personnes atteintes de démence vont présenter des comportements sexuels inappropriés, et 3,8 à 7% des patients institutionnalisés. La démence peut être directement en cause en diminuant l'inhibition frontale intervenant lors des relations sociales. Une sexualité inappropriée peut aussi être due à une mauvaise interprétation de comportements inadaptés : un patient qui se déshabille, cela peut être interprété comme de l'exhibition alors que ça n'est peut-être que la traduction d'une difficulté à se vêtir correctement (voir à comprendre l'intérêt de se vêtir) dû à des troubles cognitifs évolués. Certains médicaments comme les agonistes dopaminergiques peuvent aussi entraîner une augmentation des besoins sexuels. Dans certaines pathologies comme la maladie d'Alzheimer, la pathologie peut être à l'origine d'un désir sexuel détourné : lorsque le patient ne reconnaît plus son ou sa partenaire, il peut arriver que son désir sexuel ou ses besoins affectifs se tournent vers d'autres personnes.

La souffrance du patient mais surtout des proches dans ces situations peut être très importante. Lorsque les patients sont en institution, le personnel soignant peut aussi demander de l'aide médicale dans les situations de comportements sexuels inappropriés.

[30] [33]

## 7.2.2 Sexualité en institution

En France, selon la Drees en 2019, 730 021 personnes résident en établissement d'hébergement pour personnes âgées, ce qui représente 6.7% des femmes de plus de 65 ans et 3.1% des hommes de plus de 65 ans. Cela représente jusqu'à un tiers des personnes âgées de 90 ans ou plus. L'EHPAD en constitue le lieu de résidence le plus courant.

### 7.2.2.1 Du point de vue juridique :

Le droit à une vie privée et à une intimité est reconnu dans les établissements pour personnes âgées :

-L'article L311-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles reconnaît à la personne prise en charge dans les établissements ou services médico-sociaux le droit au « respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité ».

-La charte des droits et libertés de la personne accueillie : Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-

4 du Code de l'Action Sociale et de la Famille. Cette charte stipule « le respect de la dignité de la personne et de son intimité » (à voir en annexe)

-L'ANESM a émis un guide de bonnes pratiques professionnelles destiné aux EHPAD, deux chapitres sont consacrés au « respect de l'intimité » et à « reconnaître la vie affective et intime des résidents ». Les besoins sexuels y sont reconnus (à voir en annexe).

#### 7.2.2.2 Du point de vue des résidents :

Dans différentes enquêtes [34][35][36][37], il s'avère que les résidents d'EHPAD sont majoritairement favorables à des rencontres, et envisagent facilement que d'autres couples de leur âge aient une sexualité. Mais ils ne disent pas envisager pour eux même de rencontrer quelqu'un, et ne disent pas non plus envisager des relations intimes au sein de l'établissement. Les hommes disent plus facilement penser à leur sexualité que les femmes.

Dans ces enquêtes, la date des derniers rapports sexuels est inférieure à un an pour moins d'un patient sur 10. Elle est estimée à plus de 20 ans en arrière chez 3 femmes sur 4 et un homme sur 3. Plus de 50% des hommes seraient prêt à une aventure, mais moins de 25% des femmes par manque d'envie. 20% de la population étudiée a une relation amoureuse, avec des relations sexuelles dans la moitié des cas. Les besoins sexuels sont ressentis par environ la moitié des hommes et environ 1 femme sur 5. Les personnes âgées rapportent souvent leur besoin de tendresse et de complicité et sont souvent affectées par l'image que donnerait une nouvelle relation à leurs proches et au sein de l'institution.

Les différents freins rapportés par les résidents, limitant l'expression de leur sexualité, sont le manque d'intimité, les attitudes négatives du personnel, le manque de communication avec les soignants, le manque de partenaires sexuels, le regard des autres résidents et la prévalence du soin et de la sécurité. [38] [39]

Dans l'étude menée pour cette thèse, 9% des personnes interrogées en EHPAD se déclareraient encore sexuellement actives, résultat globalement superposable.

#### 7.2.2.3 Du point de vue des familles

Les enfants d'âge mûr sont souvent plus choqués et ont plus de peine à accepter une nouvelle relation d'un de leur parent alors que les petits-enfants y sont plus ouverts. [35] Les soignants d'EHPAD peuvent être mis en difficultés entre la volonté des familles et les souhaits des résidents.

#### 7.2.2.4 Du point de vue des soignants :

Les soignants se disent régulièrement confrontés à des situations d'expression sexuelle des personnes âgées. Généralement, le besoin de tendresse et les fantasmes sont généralement bien acceptés. Il est régulièrement retrouvé que, en théorie, ces besoins sont



plutôt bien compris et acceptés. Mais quand ils y sont confrontés, les réactions sont très variées (rire, gêne, surprise, attitude moralisatrice, bienveillance...), montrant l'ambivalence des soignants à ce sujet, l'importance des tabous qui persistent et la subjectivité de ces considérations liées aux opinions et à l'histoire de chaque personne. De plus, un des grands questionnements des soignants est lié au consentement, principalement concernant les résidents atteints de démence. [35][36][37].

Au final, malgré des tabous (issus des résidents eux-mêmes, de leur famille, ou des soignants), des difficultés organisationnelles, et des questionnements sur le consentement, la sexualité reste un véritable sujet en EHPAD.

### 7.3 Les biais possibles de l'étude

#### 7.3.1 Biais de sélection :

Tous les EHPAD et MARPA sollicités ont accepté de participer à l'étude, il n'y a pas eu de sélection des établissements. Tous les patients des établissements, sans troubles cognitifs, ont reçu un questionnaire, sans sélection. Mais il y a pu avoir un biais lors des consultations : en effet, avoir le temps d'expliquer le sujet au patient peut augmenter la motivation à répondre, or lors des longues consultations donc lorsque les patients ont plus de problèmes de santé, le temps nécessaire aux explications peut manquer. Et il y a très probablement un biais de sélection lors du remplissage du questionnaire qui n'était que sur la base du volontariat. On peut penser que les personnes pour qui le sujet est le plus tabou n'ont pas répondu au questionnaire. L'anonymisation du questionnaire et l'absence d'une autre personne lors des réponses diminuent néanmoins les risques de ce biais.

De plus, la sélection des patients sans troubles cognitifs n'a été réalisée que sur la base des connaissances que les équipes soignantes et les médecins ont de leur patient. Il n'y a pas eu de test objectif (type MMS) réalisé.

#### 7.3.2 Biais de compréhension

Le questionnaire a pu être mal interprété par des patients. En effet, le fait qu'il soit à l'écrit ne permet pas de réexplications. L'exemple des questions sur les problèmes sexuels (certains problèmes cochés alors que la personne avait répondu ne pas avoir ou avoir eu de problèmes sexuels dans le passé) ou sur les professionnels de santé (certains professionnels cochés alors que la personne avait répondu n'avoir jamais parlé à un professionnel dans le passé) tendrait à prouver que ce biais est bien présent.

### 7.3.3 Biais de déclaration

Du fait de la thématique de l'étude, les patients peuvent avoir choisi de donner des réponses consensuelles et socialement acceptables plutôt que spontanées (par exemple, considérer que la sexualité ne les concerne plus car c'est ce qui est attendu pour des personnes de leur âge). L'anonymisation du questionnaire et l'absence d'une autre personne lors des réponses diminuent néanmoins les risques de ce biais.

### 7.3.4 Biais de confusion

Certains résultats statistiques ont pu être influencés par la répartition de la population. En effet, au vu de la part plus importante de personnes en résidence pour personnes âgées par rapport à la population générale, il peut y avoir un biais. L'analyse différenciée selon les lieux d'habitation (et donc de l'autonomie) peut diminuer ce biais mais peut aussi être influencée par d'autres biais de répartition (par exemple, l'âge plus élevé en EHPAD par rapport à celui à domicile, ce qui peut jouer aussi sur les résultats).

## 7.4 Les limites de l'étude

### 7.4.1 La taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon, est relativement faible. Cet échantillon de taille limitée peut avoir empêché la mise en évidence de certaines différences statistiques.

En effet, le système de distribution des questionnaires au cabinet n'était pas optimisé. Au vu de la pression de la demande de consultation par rapport au nombre de médecin, aggravé par la période de vacances, les temps de consultation sont toujours relativement contraints et ont laissé peu de temps à mes collègues pour penser à donner le questionnaire, ou expliquer de quoi il s'agit. Et au vu du sujet peu habituel, l'absence d'explication n'a probablement pas motivé les patients. Une phrase d'explication était présente au début du questionnaire. Malgré cela, des patients ont redéposé le questionnaire en mentionnant ne pas avoir vraiment compris de quoi il s'agissait. Il aurait probablement fallu que les questionnaires soient distribués sur une plus longue plage temporelle, mais la contrainte de temps ne le permettait pas.

Le nombre exact de réponses n'avait pas été déterminé à l'avance, ce qui n'est pas non plus la méthode idéale.

Néanmoins, 83 questionnaires ont été remplis, un nombre correct pour pouvoir analyser les données, et en ressortir des résultats.

#### 7.4.2 Le nombre de facteurs étudiés

Le questionnaire était la méthode la plus simple et rapide et permet une approche quantitative. Mais les réponses apportées sont réduites.

Seulement 8 questions ont été posées dans le questionnaire pour ne pas décourager les patients et pour qu'ils n'aient qu'une feuille recto-verso à remplir.

Cela à limiter le nombre de questions. D'autres questions auraient pu être abordées. Par exemple, l'évolution de la sexualité avec l'âge : l'absence d'intérêt pour ce sujet peut être liée à l'âge mais peut aussi être la continuité d'une absence d'intérêt dans la jeunesse. De même la vision et la pratique de la sexualité ont probablement évolué avec l'âge. La comparaison avec la sexualité passée aurait pu être très instructive car la sexualité chez les seniors est souvent le reflet de leur sexualité antérieure. Et dans les couples, elle dépend beaucoup de l'histoire de ce couple et de l'image renvoyée par le partenaire (dans le présent et le passé). [16] [17]

Mais l'intérêt de faire une étude quantitative sur ces sujets à moins d'intérêt, et le but principal était de se concentrer sur la communication avec les professionnels de santé à propos de la sexualité.

#### 7.4.3 Les critères définissant les patients

Certains critères définissant les patients n'ont pas été demandés. Seul le sexe, l'âge, la situation maritale et le lieu de résidence étaient connus.

Aucune question n'a été posée sur l'état de santé des personnes interrogées, ce qui est pourtant un facteur qui peut jouer sur la sexualité. Il aurait été assez difficile de différencier les problèmes de santé sur un questionnaire qui doit être court et concis. Et une simple échelle d'évaluation de la santé générale n'est pas aisée à remplir pour les patients.

Les questions d'orientation sexuelle et d'identité de genre n'ont pas non plus été abordées. En effet, seules les cases « homme » et « femme » ont été intégrées, il n'y avait pas la possibilité de cocher « non binaire », « intersexe », « queer », « gender fluid » ... De même, le fait d'être cis ou transgenre n'a pas été interrogé. Et aucune question n'a été posée par rapport à l'orientation sexuelle, les réponses n'ont pas été différenciées selon l'hétérosexualité, l'homosexualité, la bisexualité, la pansexualité... J'imaginai que chez les personnes de cette génération, les questions de genre et d'orientation sexuelle étaient moins

investies et que rechercher des différences entre les patients selon ces critères aurait peu d'intérêt pour l'étude. Néanmoins, un patient m'a demandé, avant de remplir le questionnaire, s'il pouvait le remplir en tant que personne homosexuelle.

## 8 Conclusion

Le rôle de la médecine générale est de prendre en charge la santé du patient, de façon globale. La sexualité des personnes âgées est rarement abordée en médecine générale alors que la population française vieillit et que la santé sexuelle fait partie de la santé globale.

Une part importante des séniors reste active sexuellement, même après 70 ans : 27% des patients de cette étude et jusqu'à 51% entre 70 et 80ans. La sexualité des seniors est donc une réalité et ne disparaît pas avec l'institutionnalisation. Bien sûr, ils ne considèrent pas tous avoir des problèmes de santé sexuelle, mais 17% de la population interrogée aurait eu besoin d'aborder le sujet avec un professionnel de santé mais ne l'ont jamais fait. Les professionnels concernés étant principalement les gynécologues, les médecins généralistes et les urologues, ces professionnels devraient être sensibilisés et préparés à aborder ces sujets avec leurs patients âgés.

Les freins restent nombreux à l'abord de ce sujet en médecine générale. Un pourcentage conséquent (42%) des patients interrogés ne souhaitent donc pas aborder ce sujet avec leur médecin généraliste ; et nombreux sont ceux qui souhaiteraient ne l'aborder qu'à leur demande. Mais pour les 14% des personnes interrogées considérant que c'est au médecin d'aborder ce sujet, il est donc capital de proposer cette discussion, bien sûr sans insister sur ces sujets intimes pour tous ceux qui ne le souhaitent pas.

Les freins principaux à l'abord de ce sujet en consultation de médecine, outre le manque d'intérêt pour certains patients, sont la crainte d'être incompris, de choquer le médecin ou d'être jugé. Le sujet est donc encore fortement tabou chez les plus de 70 ans. L'évolution des mentalités est lente mais, la diffusion d'informations concernant ce sujet dans le grand public aidera probablement à lever petit à petit ces freins. Et la qualité de la relation médecin-patient peut aider à permettre aux patients d'oser parler d'éventuelles problèmes de santé sexuelle.

La demande principale des seniors est l'obtention d'informations, et de réassurance. Les formations des médecins concernant la sexologie devraient donc leur permettre d'éclairer de façon optimum leur patient.

## 9 Annexe :

### 9.1 Questionnaire

#### Thèse de médecine :

##### Sexualité des séniors en consultation de médecine générale

Je suis Anne-Claire Trichet, une des médecins pratiquant dans le cabinet d'Essarts en bocage. Dans le cadre de ma thèse, je m'intéresse à l'abord de la sexualité avec son médecin généraliste, par les seniors, et j'ai besoin de votre avis. Le questionnaire est totalement anonyme. Si vous souhaitez en parler avec votre médecin, n'hésitez pas. Merci pour votre participation.

**-Sexe :**  Féminin  Masculin

**-Age :** .....

**-Situation :**  En couple  Séparé/divorcé  veuf /veuve  Célibataire

**-Vous considérez-vous comme actif sexuellement ?**

- Oui  Partiellement  
 Non  Je ne sais pas

**-Considérez-vous avoir ou avoir eu des problèmes de santé sexuelle ?**

- OUI  Je ne sais pas  
 NON

**-Si oui, de quel ordre ?**

- Trouble du désir :
- Je n'ai plus ou peu de libido en général (pas d'idées ou rêves érotiques, pas de fantasme...)
  - Difficulté à désirer son/sa partenaire
  - Libido trop importante par rapport à l'envie de mon/ma partenaire
- Trouble lors du rapport :
- Trouble de l'érection
  - Sécheresse vaginale
  - Douleur lors des rapports
- Trouble du plaisir : trouble de l'éjaculation (précoce, absente, douloureuse...) absence d'orgasme...
- Difficulté à avoir un rapport en raison d'autres problèmes de santé (arthrose, problème cardiaque...)

Autres :.....

**-Avez-vous déjà parlé de problème(s) de santé sexuelle avec un professionnel :**

Oui

Non, je n'en ai pas eu besoin

**-Si**  Non mais j'aurais aimé y avoir recours

Généraliste

Sexologue

Gynécologue

Urologue

Pharmacien

Psychologue

Autres : .....

**-Souhaitez-vous que le sujet de la sexualité soit abordé avec votre médecin généraliste ?**

Oui mais c'est au médecin de l'aborder

Oui mais seulement à ma demande

Non

Sans opinion

**-Quelle(s) raison(s) pourrai(en)t être un frein à l'ouverture d'une discussion avec votre médecin à propos de la sexualité ?**

Peur de choquer/mettre le médecin mal à l'aise/pudeur

Peur d'être jugé

Relation insuffisamment développée avec le médecin

Peur de sexualiser une conversation avec une personne du sexe opposé

Temps de consultation trop court

Amour-propre (difficulté à s'avouer qu'on a un problème)

Crainte d'être incompris

Le sujet ne m'intéresse pas

Probable manque de connaissance du médecin

Pas de solution possible par la médecine

Autres :.....

**-Qu'attendriez-vous de votre médecin concernant la santé sexuelle ?**

Explications concernant l'évolution du corps

Réassurance (savoir si les changements sont normaux ou non)

Orientation vers d'autres professionnels spécialistes de ces questions

Prescription médicamenteuse

Autres :.....

Merci d'avoir pris du temps pour participer à ce questionnaire. Avez-vous des remarques ?.....

## 9.2 Charte des droits et libertés de la personne accueillie

Reste du texte disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2003/9/8/SANA0322604A/jo>

**Article 12 Respect de la dignité de la personne et de son intimité** : Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti. Or la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé

## 9.3 Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM : Qualité de vie en Ehpad (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne

### **Paragraphe 3** Respecter l'intimité

Dans la vie quotidienne, le respect dû à toute personne se manifeste en particulier par celui de son intimité et de sa vie privée. « En collectivité, le risque d'atteinte à la dignité est multiplié par la proximité et le regard des autres. Alors que le corps constitue la base et le support privilégié du sentiment d'identité, le respect de l'intimité corporelle est déterminant. Le respect de la vie privée suppose qu'elle soit protégée activement et que l'on prévienne ses éventuelles atteintes »

#### Enjeux

- La personne a besoin de la reconnaissance par tous les autres acteurs de l'établissement du caractère privé de son logement.
- La personne ne peut se sentir « chez elle » que si elle sait sa sphère d'intimité inviolable tant par les autres résidents que par les professionnels, sous réserve des interventions nécessaires en cas de mise en danger (incendie...).
- La personne peut correspondre et communiquer en toute confidentialité. Cette disposition s'applique tant à ses correspondances orales, qu'écrites (conversations téléphoniques, courriers postaux, correspondances électroniques, etc.).

Recommandations : Garantir matériellement l'absence d'intrusion volontaire dans le logement sans le consentement du résident.



Avec par exemple :

- une porte pleine ou si la porte est en partie vitrée, la possibilité pour la personne de l'occulter par elle-même (rideau, volet côté chambre).
- la mise à disposition d'une clé, de verrou anti-panique pour celle qui le souhaite ;
- une isolation phonique suffisante entre les logements mitoyens, entre les logements et les espaces de circulation ; - la mise à disposition de coffres, de placards fermant à clé dont les modalités d'usage sont expliquées dans le livret d'accueil ou le contrat de séjour ;
- Aménager les chambres doubles existantes de manière à préserver le mieux possible l'intimité de chaque résident. Comme par exemple : - des rideaux, cloisons mobiles entre les lits ; - une double vasque de lavabo dans la salle de bains ; - un placard fermant à clé ;
- Informer la personne et aménager autant que faire se peut les créneaux horaires pendant lesquels le ménage sera fait, voire proposer à la personne d'assister ou de participer au ménage de son logement.
- Respecter l'aménagement et le rangement fait par la personne en remettant au même endroit les objets déplacés après le ménage.
- Faire participer la personne, même si ce n'est que par sa présence, à la vérification des modalités de conservation des aliments gardés dans sa chambre ou aux modifications de l'aménagement lorsque celui-ci peut être source de danger (encombrement, désordre important...).
- Former l'ensemble des professionnels, salariés et libéraux ainsi que les bénévoles, à l'entrée dans un espace privatif : - frapper avant d'entrer et attendre avant d'entrer d'y être invité et/ou observer un délai d'attente ; - s'identifier autant de fois que de besoin ; - ne pas pénétrer dans cet espace privatif en l'absence de la personne, hors ce qui a été convenu préalablement avec elle ou son représentant légal (comme, par exemple, ménage ou dépose de linge) ; - respecter les horaires de rendez-vous pris ; - .../...
- Évaluer régulièrement les pratiques dans ce domaine par l'observation d'un « tiers », l'analyse de pratiques, les enquêtes auprès des résidents...
- Garantir le droit à la correspondance écrite et orale : - mettre à disposition des personnes une boîte aux lettres au sein de l'établissement pour l'expédition du courrier ; - permettre à chaque personne de disposer d'une ligne directe de téléphone, d'un téléphone adapté aux éventuels troubles sensoriels ou cognitifs ;
- réfléchir à une installation qui permette à tous de disposer d'un accès internet et d'une adresse de courrier électronique personnelle pour les personnes familiarisées ;

- organiser l'accès à un poste commun équipé pour celles qui souhaitent être accompagnées dans l'apprentissage d'Internet de façon à pouvoir communiquer par l'écrit, la voix et l'image avec leur entourage ;
- Garantir la confidentialité de la correspondance :
- remettre à la personne ou à son représentant légal tous les courriers dont elle est destinataire ;
- distribuer le courrier en dehors des temps de vie collective, soit dans une boîte aux lettres adaptée à la hauteur de la personne et dont elle a la clé, soit dans son logement.

**ILLUSTRATION** Dans un Ehpad, pour préserver l'intimité des personnes et éviter les dérangements à certains moments de la journée, une pancarte « Ne pas déranger » est mise à disposition de chaque résident. Mme X. utilise par exemple cette pancarte lorsqu'elle prend sa douche

#### **Paragraphe 4 : Reconnaître la vie affective et intime des résidents**

Les besoins d'affection et d'amour font partie de besoins fondamentaux de tout individu. Les besoins sexuels ne disparaissent pas au fil des ans : ils diminuent, en intensité ou en fréquence, mais peuvent s'exprimer à tout âge... même très avancé. D'après certaines études menées aux États-Unis, 8% des résidents en maison de retraite ou autres établissements d'accueil seraient sexuellement actifs. Néanmoins, le tabou qui entoure la sexualité des personnes très âgées laisse les professionnels désemparés lorsqu'ils sont confrontés à de telles situations, parfois sources de conflits avec les proches. La réflexion autour des questions relatives à la vie affective et sexuelle des résidents s'appuie nécessairement sur une réflexion éthique collective.

#### **Enjeux :**

- Les résidents peuvent continuer à avoir une intimité avec leurs proches (familles et amis) dans leur espace privatif. Cf. Pyramide de Maslow et besoins fondamentaux selon Virginia Henderson.
- Les résidents peuvent nouer de nouvelles relations d'amitié et d'amour et les vivre en toute intimité.

#### **Recommandations :**

- Permettre l'accès de l'établissement aux familles et proches, y compris le soir ou la nuit lorsque celui-ci est sécurisé et mettre à disposition des résidents les moyens favorisant le lien à distance.
- Prévoir dans le logement la possibilité d'accueillir des proches. Comme par exemple : - systématiquement deux sièges à disposition ; - chaises supplémentaires facilement

disponibles à proximité ; - possibilité de consommation : réfrigérateur, « tisanerie » proche, etc. - .../...

-Prendre en compte la vie de couple en offrant la possibilité d'un lit à deux places.

- Réfléchir collectivement aux situations posant des problèmes éthiques et, si possible, au sein de l'instance éthique mise en place

- Sensibiliser les familles et les professionnels à la question de la sexualité et des tabous qu'elle soulève (conférence, lecture conseillée, etc.).

- Accompagner les familles lorsque le choix de leur parent d'avoir des relations intimes avec un nouveau compagnon/compagne leur est difficile à admettre, sous réserve du consentement des personnes concernées.

ILLUSTRATION Dans un Ehpad, un studio est mis à disposition des familles et des proches pour leur permettre de dormir sur place en cas de besoin et ainsi d'être à proximité de leurs parents

## 10 Bibliographie

1. TEF, édition 2020 – Insee Référence
2. Spira A., Bajos N., Leridon H., Bozon M., Riandley B., Analyse des comportements sexuels en France (ACSF), 2007
3. N.Bajos M.Bozon. Enquête sur le sexualité en France : pratiques, genre et santé. La découverte. 2008. (Cairn)
4. Khosravi Mitra, « Chapitre IV. Affectivité et sexualité de nos aînés », dans : , *Aimer et accompagner nos aînés. Guide pratique et manuel de formation*, sous la direction de Khosravi Mitra. Doin, « Hors coll00ection », 2016, p. 95-102. URL : <https://www-cairn-info.budistant.univ-nantes.fr/--9782704014309-page-95.htm>
5. Cousseau, L., Freyens, A., Corman, A., Escourrou, B. (2016). From representation to resistances of general practitioners to approach the sexuality with elderly patients. *Sexologies*, 25(2), 69–77.
6. Smith et al., 2007 L.J. Smith, J.P. Mulhall, S. Deveci, N. Monaghan, M.C. Reid  
Sex after seventy: a pilot study of sexual function in older persons  
*J Sex Med*, 4 (5) (2007), pp. 1247-1253
7. Faragou Voisin, 2008 C. Faragou Voisin  
Sexualité en médecine générale : enquête auprès de 191 médecins généralistes en Midi-Pyrénées (Thèse d'exercice)  
Université Paul-Sabatier (Toulouse), faculté des sciences médicales Rangueil, France (2008)
8. Macleod A, Busija L, McCabe M. Mapping the Perceived Sexuality of Heterosexual Men and Women in Mid- and Later Life: A Mixed-Methods Study. *Sex Med* 2019 ; 8 :84–99.
9. Ribes G, Cour F. La sexualité du couple âgé : état des lieux, prise en charge. *Prog Urol* 2013 ;23(9) :752–60.
10. Delphine Saroux. Des réticences aux attentes des patients âgés de plus de 74 ans sur leur sexualité : place du médecin généraliste. *Médecine humaine et pathologie*. 2019. Ffdumas-02389974f
11. Jackson SE, Firth J, Veronese N, Stubbs B, Koyanagi A, Yang L, et al. Decline in sexuality and wellbeing in older adults: A population-based study. *J Affect Disord*. 15 2019;245:912-7
12. Costa P, Avances C. Dysfonction érectile : connaissances, souhaits et attitudes. Résultats d'une enquête française réalisée auprès de 5099 hommes âgés de 18 à 70 ans. *Prog Urol*. 2003 ;13(1) :85–91
13. Dupras A, Viens MJ. L'éducation à la sexualité des aînés : éléments de sexogérontagogie. *J.sexol*. 16 sept 2008 ;17(3) :135-42

14. Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Fam Pract.* 2003 Jan 12 ;20(6) :690-5.
15. Masters W, Johnson V. "human sexual response" Boston, little Brown, 1966
16. Pasini W. Le couple amoureux édition Odile Jacob
17. Lopes Patrice , Poudat Jean François « Manuel de sexologie, pratique en gynécologie-obstétrique » Elsevier-Masson 2013
18. Cuzin B, Giuliano F, Jamin Ch, Legros JJ, Lejeune H, Rigot JM, Roger M. Diagnostic, traitement et surveillance de l'hypogonadisme de survenue tardive chez l'homme.
19. Bretschneider JG, McCoy NL. Sexual interest and behavior in healthy 80- to 102-year-olds. *Arch Sex Behav.* 1988 Apr ;17(2) :109-29. Doi : 10.1007/BF01542662. PMID : 3395224.
20. Srinivasan S, Glover J, Tampi RR, Tampi DJ, Sewell DD. Sexuality and the Older Adult. *Curr Psychiatry Rep.* 2019 Sep 14;21(10):97. Doi: 10.1007/s11920-019-1090-4. PMID: 31522296.
21. P. Simon (dir.), J., Gondonneau, L., Mironer, A.-M. Dourlen-, Rollier,. Rapport sur le comportement sexuel des français. Editions Julliard ; 1970.
22. Nathalie BAJOS, Michel BOZON. Enquête sur la sexualité en France Pratiques, genre et santé [Internet]. La Découverte. 2008. 612 p. (Hors Collection Social). Disponible sur : <http://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293.htm>
23. Soussana J. « les troubles du désir et du plaisir » cours de sexologie CHU Nantes
24. Goldstein I, Kim NN, Clayton AH, DeRogatis LR, Giraldi A, Parish SJ, Pfaus J, Simon JA, Kingsberg SA, Meston C, Stahl SM, Wallen K, Worsley R. Hypoactive Sexual Desire Disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review. *Mayo Clin Proc.* 2017 Jan;92(1):114-128. Doi: 10.1016/j.mayocp.2016.09.018. Epub 2016 Dec 1. PMID: 27916394.
25. "Why not ask the doctor?" Barriers in help-seeking for sexual problems among older adults in Poland. Gore-Gorszewska G. *Int J Public Health.* 2020. PMID : 32886141
26. "Tout ce qu'on n'a jamais osé vous dire sur les plus de 60ans » étude BVA pour la France mutualiste , février 2021
27. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Koochaki PE, Leiblum SR, Graziottin A. Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertil Steril* 2007 ;87 :107–12.
28. ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. (2016). Suivi gynécologique : implication des médecins généralistes des Pays de la Loire. N°15. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale
29. Thèse de GUYOMARD Héloïse « Etat des lieux du suivi gynécologique en Médecine Générale : Revue de littérature. » 2018
30. Landry Sébastien « la sexualité ne prend pas sa retraite ! » collection Question de patients, éditions in press, 2019

31. Bianca Fileborn, Rachel Thorpe, Gail Hawkes, Victor Minichiello, Marian Pitts & Tinashe Dune (2015) Sex, desire and pleasure: considering the experiences of older Australian women, *Sexual and Relationship Therapy*, 30:1, 117-130, DOI: 10.1080/14681994.2014.936722
32. Freak-Poli R, Kirkman M, De Castro Lima G, et al. Sexual Activity and Physical Tenderness in Older Adults: Cross-Sectional Prevalence and Associated Characteristics. *J Sex Med* 2017;14:918–927.
33. Derouesne C., Sexualité et démence. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, 2005 ; 3, p281-290
34. Laforestrie R., Geoffre C., Sexualité en institution gériatrique et formation du personnel. *Gérontologie et société*, 1997, n°82, p174-185.
35. Richard D., Lалу-Fraisse A., Enquête sur la sexualité et l'affectivité en long séjour gérontologiques, 1999, n°18, p13-16.
36. Staszulonek Hinard S., Le droit d'aimer jusqu'à la fin. *Soins gérontologiques*, 1999, n°18, p21-22.
37. Thibaud A. et Hanicotte C., Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants ? *Gérontologie et société*, 2007, n° 122, p125-137
38. Bauer M. Their only privacy is between their sheets. Privacy and the sexuality of elderly nursing home residents. *J Gerontol Nurs*. Août 1999;25(8):37- 41
39. Villar F, Celdrán M, Fabà J, Serrat R. Barriers to sexual expression in residential aged care facilities (RACFs): comparison of staff and residents' views. *J Adv Nurs*. Nov 2014;70(11):2518- 27.
40. Etude Doctolib-avril 2017, réalisée à partir des données anonymisées de 20 000 médecins , dont 2480 médecins généralistes , sur 1 an (1<sup>er</sup> mai 2016 au 26 avril 2017)
41. : Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open* 2017 ;7 :e017902. Doi :10.1136/ bmjopen-2017-017902
42. Lucile Meyrignac. Représentations des personnes âgées de leur sexualité et de leur corps vieillissant : approche phénoménologique et psycho-dynamique. *Médecine humaine et pathologie*. 2014. Ffdumas 01150432f

**Vu, le Président du Jury, Pr De Decker Laure,  
Professeur hospitalo-universitaire de gériatrie**

**Vu, le Directeur de Thèse, Dr Soussana Joël,  
Docteur en gynécologie-obstétrique et sexologie**

**Vu, le Doyen de la Faculté,**

**Titre de Thèse** : Sexualité des seniors en médecine générale : état des lieux des souhaits et craintes des patients seniors vis-à-vis du sujet de la sexualité en cabinet de médecine générale.

---

## RESUME

Contexte : La sexualité des personnes âgées est peu abordée en médecine générale alors qu'elle tient une place importante dans la vie de nombre d'entre elles et fait partie de la santé globale. Mais de nombreux freins, du côté des médecins comme des patients, limitent l'abord de ce sujet lors des consultations de médecine générale. Que pensent majoritairement les seniors du fait d'aborder ce sujet en consultation ? Quels sont leurs craintes et qu'en attendraient ils ?

Matériels et méthode : Etude observationnelle quantitative dans le bocage vendéen à l'aide d'un questionnaire à choix multiple distribué en consultation et en institution aux personnes de plus de 70 ans sans trouble cognitif.

Résultats : 27% des seniors sont encore sexuellement actifs, avec même 51% des 70-79ans. 12% de la population considèrent avoir déjà eu des problèmes de santé sexuelle (principalement : baisse de libido, sécheresse vaginale, difficultés liées à d'autres problèmes de santé et troubles érectiles). 63% n'ont jamais parlé de ces problèmes à un professionnel de santé parce qu'ils n'en ont pas ressenti le besoin mais 17% ne l'ont pas fait alors qu'ils en auraient eu besoin. 16% ont abordé le sujet avec un professionnel de santé, principalement les gynécologues, les médecins généralistes et les urologues. 42% des patients ne souhaiteraient pas aborder le sujet de la sexualité avec leur médecin généraliste, alors que 17% l'envisageraient mais seulement à leur demande et 14% considèrent que c'est au médecin d'amener le sujet. Les principaux freins, si on ne prend pas en compte les nombreux seniors qui ne s'intéresse pas à ce sujet, sont la peur d'être incompris, de choquer le médecin avec des sujets intimes ou d'être jugé. La qualité de la relation avec le médecin et le temps de consultation sont aussi à prendre en compte. Les demandes principales des seniors à propos de la sexualité en médecine générale sont l'information et la réassurance.

Conclusion : Une question simple lors des consultations, sans insister, pourrait permettre aux patients de parler de ce sujet lorsque c'est nécessaire. Les demandes principales sont des informations et de la réassurance, la formation des professionnels devrait insister sur ce point.

---

## MOTS-CLES

Sexualité, personnes âgées, seniors, médecine générale