

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER –  
FACULTÉ DE MEDECINE DE RANGUEIL

Année 2015

2015 TOU3 1006

# THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN  
MÉDECINE

SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

PAR

Léïla COUSSEAU

---

Présentée et soutenue publiquement le 17 février 2015

## Des représentations aux résistances des médecins généralistes à aborder la sexualité avec leurs patients âgés

Directeur de thèse : Docteur André CORMAN, codirectrice : Docteur Anne FREYENS

Président du jury : Professeur Yves ROLLAND

Membres du jury : Professeur Éric HUYGHE

Professeur Pierre MESTHÉ

Docteur Brigitte ESCOURROU

Docteur André CORMAN

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier  
au 1<sup>er</sup> septembre 2014

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. FABIE
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHORE	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

**Professeurs Émérites**

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur CONTÉ	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	<i>Cancérologie</i>
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAVALD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B (C.E)	Biochimie
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie

**P.U. - P.H.**

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GAME X.	Urologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. OLIVOT J-M	Neurologie
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie

**P.U.**

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

**P.U. - P.H.**  
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémi. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

**P.U. - P.H.**  
2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

**M.C.U. - P.H.**

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
Mme COURBON	Pharmacologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation
M. SOLER V.	Ophthalmologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
M. TREINER E.	Immunologie
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

**M.C.U. - P.H**

Mme ABRAVANEL F.	Bactério, Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GASQ D.	Physiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET S.	Nutrition
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE B.	Biostatistique
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
<b>M.C.U.</b>	
M. BISMUTH S.	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.  
Dr BRILLAC Th.  
Dr ABITTEBOUL Y.  
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M  
Dr BOYER P.  
Dr ANE S.

## REMERCIEMENTS

**Professeur Rolland**, je suis honorée que vous ayez accepté de présider le jury de ma thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

**Professeur Mesthé**, je suis honorée de vous compter parmi le jury de ma thèse. Votre enseignement au sein du DUMG a été pour moi un réel plaisir.

**Professeur Huyghes**, merci de me faire l'honneur de siéger dans le jury de ma thèse. Merci de faire progresser l'enseignement universitaire de la sexologie.

**Docteur Escourrou**, merci de me faire l'honneur d'accepter de juger mon travail de thèse, merci pour votre soutien depuis le début de cette aventure et pour vos enseignements d'une grande richesse.

**Docteur Corman, André**, merci d'avoir permis à ce projet d'exister, de l'avoir soutenu et accompagné. Merci pour tes conseils, ta patience et ta disponibilité. Merci de m'avoir fait découvrir toutes ces connaissances qui enrichissent ma pratique quotidienne. Je suis très honorée que tu aies accepté de m'accompagner pendant ce travail et de faire partie du jury de ma thèse. Ce fut un grand plaisir de travailler avec toi.

**Docteur Freyens, Anne**, merci d'avoir accepté de codiriger ma thèse, merci de m'avoir épaulée et apportée votre lumière quant à la démarche qualitative. Votre douceur et votre rigueur m'ont permise de mener à bien cette étude.

**Aux médecins qui ont participé aux entretiens**, je vous suis très reconnaissante du temps que vous m'avez consacré et de l'implication dont vous avez fait preuve lors des entretiens.

**À mes « mentors » de Poitiers et du Midi-Pyrénées**: Christine Giraud, Bakari Diallo, Michel Langlois, Valérie Sohet, Fabienne Remondet, Frédéric Bruel, Hélène Pujo-Oustrière, François Olivier ; parce que quand on croise des gens comme vous, la médecine est encore plus belle.

**À la case de santé, au GIPSI**, merci pour votre engagement, merci de faire vivre ce lieu et de m'avoir laissé y goûter, qu'est-ce que c'est bon !!!

**À Elisabeth Rabourdin-Pesquet**, à mes collègues du DU d'éducation, conseil et prévention à la sexualité.

**À toutes les équipes hospitalières et/ou soignantes** que j'ai pu rencontrer depuis le début de mes études. Tout spécialement à l'HAD de Montauban, qui m'a bien soutenu pour cette thèse.

À mes parents, à ma Maman parce que même loin, il me suffit d'ouvrir un de tes bocaux délicieux de confiture fraise-rhubarbe ou de sauce tomates et tu me réconfortes. Merci de m'avoir donné l'envie de soigner. À mon Papa, pour m'avoir fait partager tes passions et ainsi donné le goût de la montagne en m'apprenant à grimper, randonner, pédaler... Et pour les multiples corrections orthographiques. Merci à tous les deux pour votre soutien et votre amour ; merci d'avoir cru en moi durant toutes ces années d'études.

À mes sœurs, Anne, Maëlle, je suis si heureuse d'avoir des grandes sœurs comme vous ; vous avez toujours été mes modèles, merci d'être toujours là pour moi ! À leur mari et conjoint, à Cyril pour ton coaching pendant toutes ces années d'études médicales et encore aujourd'hui, à Jérémy, pour nos parties de jeux de société endiablées. À ma nièce, mes neveux, Zoé, Élie et Timothée, pour leur joie de vivre et pour me permettre de justifier mes achats d'albums pour enfants, vivement votre adolescence !

À mes grands parents ; à ma Mamie Solange pour ses riz au lait, à mon Papi Henri pour nos éclats de rires partagés, à ma Mamie Ginette, j'aurais aimé apprendre à te connaître, à mon Papi Yves pour les journées en bord de mer.

À mes tantes, mes oncles, mes cousines, mes cousins, parce que notre GRANDE famille est une sacrée belle famille et que c'est un bonheur d'en faire partie !

À mes amiEs de Poitiers, dispatchéEs aux quatre vents ; avec qui l'externat fut un plaisir : à mes coloc de la rue des Carmes et à la Mauritania Team : Catou, Lulu, Julot et Polo ; au PTO, à ses membres actifs et invités : Claudine, Ombeline, Chloé, Anne-So, Fanny, Angèle, Matou, Dooby, Bébèche, Mathieu, Tess, Clément, Alain, Bastien A., Loulou ; à Léo pour nos souvenirs ; à Pat et Antoine pour les qualités gustatives de nos sous colles, à Bastien L., Anne, Déborah...

À tous ceux qui de près ou de loin, consciemment ou non, ont toujours été là depuis mon arrivée à Toulouse : Laïla, Alice, Lulu, François, Charlotte, Coco, Thomas, Erell, mes premiers cointernes de VFR, Utopons et ses membres les colocs de la rue Peyrolières, et bien sûr mes supers colocs de la rue Raymond IV : Maud, Alban, Claire !

À mes compagnons de « cordée », de randonnée, à skis, crampons, vélos... : à Pif, Pierre et Vincent.

À mes amiEs de toujours : Claire, Sarah (bravo pour tes prémonitions), Clémence, Bérénice, Clément, JB, Maël.

À Cès, Méla, Camille ; mes chéries ; si le destin n'y est pour rien, ce fabuleux hasard qui m'a permis de vous rencontrer est une des plus belles choses qui me soit arrivée au début de cet internat. Grâce à vous, ces trois années furent pleines de douceur, de rires, de complicité, de dépassement... Merci pour votre soutien infailible. Je suis fière d'être votre amie !

Et surtout, à toi Antonin, je te dédie cette thèse. Merci d'être mon compagnon de route et de chemin. Merci de croire en moi et de t'acharner à me donner confiance. Tu illumines ma vie d'innombrables façons...



©. Rabaté. *Les petits ruisseaux*. Futuropolis. 2006

« - *Qu'est-ce que tu fais ?*  
- *J'explore, je compte tes plis, tes rides,*  
*et je les caresse avec mes mains,*  
*pleines de tâches de vieillesse. »*

**Pascal Rabaté**

Les petits ruisseaux

## Table des matières

INTRODUCTION.....	4
I.La sexualité, les personnes âgées et les médecins aujourd'hui.....	4
II.La question de recherche.....	6
MATERIEL ET MÉTHODE.....	7
I.Choix de la méthode.....	7
II.Le guide d'entretien.....	7
A)La rédaction du guide d'entretien.....	7
B)Le test du guide d'entretien.....	8
C)Les évolutions du guide d'entretien.....	8
III.La sélection des participants.....	8
A)L'échantillonnage.....	8
B)La prise de contact.....	9
IV.Méthode de recueil des données.....	9
A)Les conditions du recueil.....	9
B)Les techniques d'entretien.....	10
C)La retranscription des entretiens.....	10
D)Éthique et confidentialité des données.....	10
E)La saturation des données.....	11
V.Méthode d'analyse.....	11
A)Type d'analyse.....	11
a)L'analyse longitudinale.....	11
b)L'analyse transversale thématique avec triangulation.....	11
c)L'émergence des axes de recherche.....	12
VI.Méthode bibliographique.....	12
A)Recherche et veille documentaire.....	12
B)Revue de littérature internationale.....	13
C)Bibliographie sur la méthodologie de recherche qualitative.....	13
RÉSULTATS.....	15
I.À propos de l'échantillon.....	15
II.Les représentations des médecins sur la sexualité des aînés.....	15
A)Une sexualité perçue comme différente.....	15
B)La vision d'une sexualité qui évolue : de la « diminution » à la disparition.....	16
C)La sexualité n'intéresserait plus les personnes âgées.....	17
D)Le constat d'une variabilité selon les patients.....	17
E)Surprise et acceptation d'une sexualité pérenne.....	18
III.L'abord du sujet en consultation : pratiques et résistances.....	18
A)Absence d'initiation spontanée du sujet par les médecins.....	18
B)Abord initié par le patient ou son conjoint mais peu fréquent.....	19
C)Un sujet pourtant facile.....	19
D)Les deux motifs les plus fréquents de l'abord.....	19
a)Les motifs « pathologiques ».....	19
b)Les motifs de prescription thérapeutique.....	20
E)De la difficulté à ne pas être affecté personnellement.....	21
F)Les différents arguments appuyant l'illégitimité de l'abord.....	22
IV.Développer l'intérêt des médecins pour ce sujet par la formation et la coordination du	

réseau.....	23
A)La sexualité des personnes âgées : un intérêt certain pour les médecins généralistes	23
B)La formation : une demande mais peu d'offres.....	24
C)Le réseau de correspondants et ses limites.....	24
DISCUSSION.....	26
I.Un abord peu fréquent par les médecins généralistes comme corollaire de leurs représentations sur la sexualité des personnes âgées.....	26
A)Les représentations des médecins généralistes sur la sexualité des personnes âgées..	26
a)La survivance des idées reçues.....	26
b)Le glissement de paradigme de la sexualité reproductive à la sexualité érotique..	27
c)Les médecins généralistes font preuve d'âgisme.....	27
d)Deux postures-types comme conséquence des représentations : les évitants et les experts.....	28
B)Les représentations contredites par la réalité.....	28
a)La transformation d'une sexualité.....	28
b)La persistance d'une sexualité.....	29
c)L'intérêt persistant pour une sexualité.....	29
II.Vers une nouvelle norme de la sexualité vieillissante pour les médecins généralistes.....	30
A)Le paradoxe entre la prise de conscience de l'intérêt du sujet et le sentiment d'illégitimité de l'abord par les médecins.....	30
a)L'intérêt reconnu par les médecins de la sexualité des personnes âgées.....	30
b)La « révolution » sexuelle des âgés en marche.....	31
c)L'illégitimité de l'abord pour les médecins.....	32
d)Un cercle vicieux.....	32
B)Les facteurs d'amélioration de l'abord.....	33
a)Le développement de la formation.....	33
b)La coordination du réseau pour faciliter l'adressage.....	34
c)Pour la création d'une spécialité en médecine sexuelle.....	34
III.Les forces et les faiblesses de l'étude.....	34
A)Les forces de l'étude.....	34
a)Choix de l'entretien semi-dirigé.....	34
b)Critères de validité interne.....	35
c)Critères de validité externe.....	35
B)Les faiblesses de l'étude.....	36
a)Biais de sélection.....	36
b)Biais de déperdition d'information.....	36
c)Biais de désirabilité de l'information.....	37
d)Biais d'interaction.....	37
CONCLUSION.....	38
BIBLIOGRAPHIE.....	39
ANNEXES.....	42
I. Annexe 1 : Formulaire de consentement.....	42
II. Annexe 2 : Formulaire d'information adressé aux médecins.....	43
III. Annexe 3 : Fiche d'information administrative.....	44
IV. Annexe 4 : Guide d'entretien initial.....	45
V. Annexe 5 : Guide d'entretien final.....	46
VI. Annexe 6 : Verbatim de l'entretien 1.....	47
VII. Annexe 7 : Analyse longitudinale de l'entretien 2.....	57
VIII. Annexe 8 : Avis favorable du conseil d'éthique.....	60

IX. Annexe 9 : Tableau du talon sociologique.....	61
X. Annexe 10 : Extrait du tableau de codage.....	62

# INTRODUCTION

## I. La sexualité, les personnes âgées et les médecins aujourd'hui

En 2060, en France, une personne sur trois aura plus de 60 ans (1).

L'OMS déclare depuis 1974 que la santé sexuelle « fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans son ensemble ». Au regard de cette définition et en prenant en compte qu'aujourd'hui, les instituts démographiques s'intéressent au calcul de l'espérance de vie en bonne santé (2) ; il se peut que les personnes âgées aient de nouvelles revendications quant à leur sexualité vieillissante.

Les personnes âgées présentent toujours un intérêt pour leur sexualité. La moitié des femmes et les trois quarts des hommes conservent un intérêt actif pour l'amour physique (3). Cet intérêt se traduit par une sexualité faite de :

- Rappports sexuels : 86 % des Français et 64 % des Françaises de 50 à 69 ans ont eu au moins un rapport sexuel dans le mois (4),
- Masturbation : pour 72 % des hommes et 40 % des femmes âgées de 80 à 102 ans (5),
- Rappports de tendresse : pour 82 % des hommes et 64 % des femmes âgées de 80 à 102 ans (5).

Notons que l'activité sexuelle des personnes âgées est largement plus présente chez les couples : 50% des couples fixes ont une activité sexuelle, contre 7% des personnes seules (6).

En France, en 2000, 70% des personnes de plus de 85 ans vivent encore à leur domicile. Parmi les 75-79 ans, 3 % vivent dans un établissement pour personnes âgées. Parmi les 90-99 ans, 22% des hommes et 37% des femmes vivent dans un établissement pour personnes âgées. Dans nos sociétés où dès qu'elles sont dépendantes physiquement ou cognitivement, on n'accueille plus nos aînés dans les foyers familiaux, l'avenir est à l'institution. Mais cela n'empêche pas les personnes âgées d'avoir une vie sexuelle en institution (7).

Le travail 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 (8). Le risque étant qu'en référence à une sexualité antérieure idéalisée, le sujet âgé préfère arrêter toute activité sexuelle plutôt que de défaillir. Pourtant très peu de praticiens posent des questions sur la sexualité de leurs patients âgés. Alors que ceux-ci aimeraient en parler avec leur médecin, comme 32 % des femmes et 86 % des hommes âgés en moyenne de 81±6 ans. Seulement 7 % des femmes et 32 % des hommes rapportaient que leur médecin avait posé une question sur ce sujet dans l'année précédente (9). Une revue de littérature récente fait le même constat : alors que les patients âgés voudraient que leur médecin ouvre le dialogue sur leur sexualité, les praticiens ont obéré ce

problème (10).

Des tabous, largement relayés par les médias persistent. Dans la pornographie, majoritairement référencée sur internet, si l'on tape en recherche « vieux », on nous le propose d'emblée associé à pervers. La littérature fourmille elle aussi de multiples fausses croyances concernant la sexualité des personnes âgées depuis plusieurs siècles. La vision de la vieillesse y est en général très négative (11). Les croyances contemporaines sont les suivantes (12) :

- les personnes âgées n'ont pas de désir sexuel ;
- elles ne pourraient pas faire l'amour, même si elles le voulaient ;
- elles sont physiquement fragiles et le sexe peut leur causer de la douleur ;
- elles ne sont pas attirantes physiquement et donc pas désirables ;
- le sexe chez les personnes âgées est honteux et pervers.

La sexualité des personnes âgées serait donc : inexistante, déplacée, dangereuse, ridicule, transgressive, hors norme...

La société doit s'affranchir de ses préjugés afin de respecter la personne âgée dans son rapport à la sexualité (13).

Cette perception négative socioculturelle « sexuellement correcte » peut expliquer l'absence ou le faible intérêt du corps médical pour la santé sexuelle des sujets âgés qui n'est pas « un sujet légitime d'entretien », d'autant plus que les seniors n'osent pas en parler (12). Pourtant les médecins se disent à l'aise pour aborder un tel sujet à 77%. Même s'ils estiment à 56 % que c'est au patient d'aborder ce thème. (14).

Plusieurs études ont toutefois identifié des déterminants influant l'abord de ce sujet. Certains sont toujours un obstacle à l'abord : l'absence de formation, le manque de connaissance (15), le manque de temps (15) (16), la proximité (14), la peur d'être intrusif (16), de gêner (14), d'être inadapté (16), ou encore de transgresser des tabous (15). D'autres facteurs, comme l'âge ou le genre peuvent, d'une étude à l'autre limiter ou ne pas intervenir dans l'abord de la sexualité. Par exemple, l'âge peut être identifié dans une étude comme ne favorisant pas l'abord de la sexualité lorsque le patient est d'âge similaire au médecin (16), alors que d'autres enquêtes montrent que les médecins sont plus à l'aise pour évoquer le sujet avec des personnes sensiblement du même âge (17) (18).

Les médecins notent qu'il est extrêmement rare que les patients viennent avec un motif de consultation touchant la sexualité. Ils pensent qu'il existe des situations de départ, des éléments médicaux et non médicaux (comme l'aisance dans la relation) qui déclenchent l'anamnèse sexuelle. Dans les éléments médicaux, seuls les pathologies et les traitements sont identifiés comme des éléments déclencheurs (14).

## II. La question de recherche

Les patients âgés ont envie de parler « sexualité » avec leur médecin mais ceux-là n'évoquent que rarement le sujet. Pourtant, les médecins se disent tout à fait à l'aise pour l'aborder. Nous voulions donc comprendre ce qui se joue dans ce paradoxe.

Devant la poussée démographique où la place des âgés devient de plus en plus importante, nous voulons étudier l'implication spécifique des médecins généralistes pour la santé sexuelle des aînés. L'objectif étant de mettre en évidence les éventuelles lacunes des médecins sur ce sujet et de comprendre ce qui rend l'abord délicat. Pour répondre à la question : « Comment les médecins généralistes abordent-ils la sexualité avec leurs patients âgés ? ».

Comprendre l'enjeu de cette relation particulière nous permettrait peut-être d'inclure les médecins généralistes dans un rôle d'information de leurs patients âgés sur le vieillissement physiologique de leur sexualité ; afin de les rassurer.

La recherche qualitative s'est imposée à nous comme la méthode la plus pertinente pour explorer cette problématique. En effet, cette méthode permet d'explorer les émotions, les sentiments, ainsi que les comportements et les expériences personnelles. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux (19). Du reste, ce type d'étude se fait rare dans le domaine de la sexualité des personnes âgées, encore empreint de fausses croyances.

# MATERIEL ET MÉTHODE

## I. Choix de la méthode

Nous avons choisi la méthode qualitative afin d'essayer de comprendre les causes, les conditions et les moyens d'une discussion sur la sexualité en consultation de médecine générale avec les patients âgés.

Le choix d'entretien semi-dirigé s'est fait pour laisser suffisamment de liberté d'expression aux médecins, tout en gardant une ligne directrice : le guide d'entretien. Ceci afin que les entretiens soient le plus reproductibles possible et donc comparables. Grâce à l'entretien semi-dirigé, tous les thèmes ou questions que le chercheur souhaite aborder seront soulevés, sans en imposer l'ordre.

## II. Le guide d'entretien

### A) La rédaction du guide d'entretien

La réalisation de notre guide d'entretien s'est faite en plusieurs étapes. Un premier guide d'entretien (annexe 4) a été rédigé et soumis en relecture à plusieurs chercheurs. Dès lors une réflexion sur l'induction possible de réponses et sur l'aspect intime de certaines questions s'est imposée.

Par exemple, la question : « Comment l'abord de la sexualité de vos patients âgés fait résonance à votre propre sexualité ? » nous a semblé trop intrusive. Puisque le but est de mettre à l'aise les médecins interrogés, nous avons jugé qu'une question trop personnelle pouvait nuire à l'étude. Cette sous-question faisait également partie d'un thème plus général : « Quelles sont vos représentations de la sexualité des personnes âgées ? ». Après concertation, nous avons préféré renoncer à poser la question de ce thème directement, préférant laisser émerger les représentations d'elles-mêmes. Toujours dans l'idée de limiter le biais d'induction.

Nous avons finalement défini les cinq thématiques suivantes séquencées en différentes questions :

- Le vécu de l'abord,
- Les circonstances de l'abord,
- L'intérêt perçu de l'abord,
- Le réseau de correspondants autour du sujet,
- Les facteurs qui pourraient améliorer l'abord.

Le guide d'entretien corrigé comprenait donc des questions plus générales, et des sous-questions, plus précises, qui n'étaient posées que pour faire spécifier un point au médecin ou l'y amener si ce thème n'avait pas été évoqué d'emblée.

## B) Le test du guide d'entretien

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

## C) Les évolutions du guide d'entretien

Nous avons décidé en cours de recherche de rajouter deux sous-questions sur des sous-thèmes auxquelles nous n'avions pas pensé et qui revenaient régulièrement dans le discours des médecins :

- « Quelle est selon vous la place du genre du médecin et du patient dans l'abord de ce sujet ? »,
- « Que pensez-vous de votre formation (initiale et continue) sur ce sujet? ».

Ceci afin d'assurer une meilleure comparaison des entretiens au moment de l'analyse. Le guide d'entretien final est présenté en annexe 5.

# III. La sélection des participants

## A) L'échantillonnage

Nous avons interrogé des médecins installés en cabinet de médecine générale en Midi-Pyrénées. Ils ont été sélectionnés par la méthode dite « boule de neige » ou encore de proche en proche.

En effet, il ne s'agissait pas d'effectuer nos entretiens « au hasard ». Nous avons choisi chaque médecin interviewé, selon des critères de diversité établis au préalable, et détaillés dans le talon sociologique (annexe 9). Ces critères ont pu être modifiés au cours de notre étude, quand nous prenions conscience que certains « types » de médecins n'avaient pas été inclus. Ce choix s'est fait afin d'aboutir à la plus grande diversité de profils de médecins interrogés. Ainsi nous espérons avoir la plus grande variabilité d'opinions possibles en réponse à nos questions.

Pour compléter les informations du talon sociologique et puisqu'il était rare des les

obtenir toutes au cours de l'entretien ; nous demandions aux interviewés de nous remplir anonymement une fiche administrative (annexe 3).

Nous avons exclu les médecins connus personnellement du chercheur qui menait l'entretien.

## B) La prise de contact

Nous avons pris contact avec les médecins que nous souhaitions interroger par téléphone. Deux situations se sont présentées :

- Contact direct avec le médecin ou via son secrétariat et prise de rendez-vous.
- Contact avec le secrétariat du médecin qui lui laissait un message et nous recontactait par la suite si accord du médecin, pour nous fixer un rendez-vous.

Une fois la rencontre acceptée, nous leur demandions de nous fixer un rendez-vous à l'heure, au jour et au lieu de leur convenance. Le lieu a toujours été leur cabinet de médecine générale.

Que ce soit directement avec le médecin ou avec son secrétariat, nous n'évoquions jamais la question de la sexualité lors du premier contact téléphonique. Afin de ne pas induire de réflexion antérieure du médecin sur ce sujet pour limiter le biais d'un discours pré-conçu.

Le message était donc le suivant lors du premier contact : nous demandions aux médecins s'ils accepteraient une rencontre pour un travail de thèse qualitative sur le thème de la relation du médecin généraliste avec ses patients âgés. Nous expliquions également la nécessité d'enregistrer l'entretien et demandions leur accord. Enfin nous leur spécifions qu'ils pouvaient retirer leur consentement à tout moment de l'étude.

## IV. Méthode de recueil des données

### A) Les conditions du recueil

Tous les entretiens ont été réalisés par le même chercheur. Il n'y avait jamais de tiers présent. Dans la grande majorité des cas, les entretiens se faisaient en face à face, le médecin à sa place habituelle derrière son bureau et le chercheur en lieu et place « du patient ». Nous avons conscience que ce schéma « asymétrique » pouvait nuire aux résultats, le médecin se positionnant dès lors comme « expert ».

Un enregistreur audio type YAMAHA pocketrack 2G était placé entre le médecin et le chercheur. Nous veillions à ce qu'il soit vite oublié et à ne pas le manipuler lors de l'entretien.

Un carnet de bord pouvait être utilisé. Il servait à la prise de notes pour préciser les comportements du médecin interrogé, afin de ne pas les oublier lors de la retranscription, et de

les faire apparaître ultérieurement dans des didascalies.

À la fin des entretiens, nous avons proposé aux médecins de leur faire parvenir une synthèse de ce travail de recherche, tous nous l'ont demandé.

## B) Les techniques d'entretien

Après les difficultés retrouvées lors du pré-entretien, nous avons voulu nous approprier des méthodes de communication pour mener à bien nos interviews. Ces méthodes comprennent plusieurs outils (20) :

- poser des questions ouvertes,
- poursuivre avec une écoute réflexive : il s'agit de proposer à l'interlocuteur une affirmation qui ne constitue pas une impasse relationnelle mais une hypothèse sur ce qui a voulu être dit. On utilise alors le reflet pour encourager la poursuite de l'élaboration personnelle,
- valoriser de façon adaptée les efforts et les ressources de l'interlocuteur,
- résumer les propos pour renforcer les éléments de ce qui vient d'être discuté.

Ainsi le chercheur facilite l'expression de l'interviewé, afin d'accéder à un degré maximum d'authenticité et de profondeur.

## C) La retranscription des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot, intégralement et littéralement pour constituer le verbatim, base de données pour la suite de l'étude. C'est le même chercheur qui a procédé à la retranscription et au recueil du discours des médecins. La retranscription était effectuée au plus vite après l'entretien, maximum une semaine après celui-ci.

Nous avons conservé les onomatopées du discours des médecins : les « beh », « quoi », « euh » indiquant le rythme de la pensée, la spontanéité du sujet interrogé. Nous avons également mentionné les silences, les rires ou encore les gestes qui nous paraissaient importants par des didascalies entre parenthèses.

Un exemple de retranscription des verbatims figure en annexe 6.

## D) Éthique et confidentialité des données

Avant chaque entretien, nous informions à nouveau le médecin interviewé sur la confidentialité et l'anonymat de notre étude. Il était également remis aux participants une fiche d'information les leur garantissant (annexe 2). Nous avons aussi réalisé un formulaire de consentement (annexe 1) que nous avons fait signer par tous les participants. Tous les médecins sans exception ont accepté de le signer.

Nous avons reçu un avis favorable de la commission éthique du département de

médecine générale (DUMG) de Midi Pyrénées (annexe 8).

## E) La saturation des données

Le point de saturation de l'échantillon apparaît lorsque les entretiens successifs n'apprennent plus rien de nouveau quant à la problématique de la recherche. Il a un caractère somme toute subjectif, qui rend la définition de ce point de saturation particulièrement délicate. Lorsque le chercheur commence à avoir une certaine répétition des propos d'un enquêté à l'autre, le premier réflexe est alors de se poser la question de la diversification de l'échantillon via le mode de prise de contact, plus que de s'interroger immédiatement sur l'achèvement du recueil de données. Cette diversification donne un souffle nouveau aux hypothèses et à la construction de l'objet de recherche : conférant ainsi au chercheur un sentiment de nouveauté... Jusqu'à ce qu'il tarisse à nouveau. Une fois que tous les moyens possibles pour diversifier le corpus ont été utilisés et que les enquêtés ne vous apprennent plus rien de nouveau, alors il est temps de mettre fin au travail de terrain (21).

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

## V. Méthode d'analyse

### A) Type d'analyse

#### a) L'analyse longitudinale

Nous avons décidé de réaliser directement après chaque entretien une première analyse. Celle-ci, appelée analyse longitudinale, avait pour objectif de résumer les principales idées de l'interlocuteur et les premières impressions du chercheur. Elle se faisait « à chaud », le soir même, afin de restituer l'ambiance particulière et la dynamique propre à chaque entretien. Cette étape visait à repérer les énoncés singuliers ou encore les formulations extrêmes ou atypiques.

Pour faciliter la lecture et la comparaison de ces analyses entretien par entretien, le même plan a été repris pour la rédaction. Les éléments à remplir étaient : le cadre et le médecin interrogé, le résumé de l'entretien, les points essentiels, les points nouveaux ou inattendus. Un exemple est présenté en annexe 7.

#### b) L'analyse transversale thématique avec triangulation

Nous avons réalisé une analyse de type thématique qui vise à produire « une sélection et une organisation raisonnée de catégories qui condensent la signification d'un texte donné avec

la visée de mettre à l'épreuve des hypothèses et des affirmations pertinentes » (22).

L'analyse est dite « transversale » car elle se fait en comparaison continue avec les données des entretiens préalablement analysées. Les comparaisons ont été menées jusqu'à saturation c'est-à-dire jusqu'à ce que plus aucun phénomène nouveau ne soit mis en évidence dans les entretiens. Nous l'avons retranscrite dans un tableur Excel, sans utiliser de logiciel spécifique à ce type d'étude. Un extrait est présenté en annexe 10.

Lors de cette analyse, nous avons classé des citations selon les idées qu'elles véhiculent. On met ainsi en lumière les regroupements et les oppositions entre les propos recueillis. Cette démarche implique une part d'interprétation : les analystes d'un même texte ne segmentent pas et ne classifient pas les extraits de façon identique bien qu'il puisse y avoir des recoupements. Chaque lecture est en fait spécifique tout en procédant de notions communes relatives à la trajectoire sociale des personnes lectrices (23). Afin de limiter ce biais, nous avons décidé que deux analystes s'occuperaient de cette étape. Pour notre étude, il s'agit de l'étudiant et de son directeur de thèse. Cela permet de vérifier la « validité interne » des données, c'est à dire comprendre dans quelle mesure celles-ci représentent la réalité. C'est ce que l'on appelle la technique de triangulation (19).

Les thèmes mis en exergue dans le tableau de codage n'ont pas été identifiés en amont de l'analyse transversale mais découlent pour la plupart des questions du guide d'entretien. Les autres sont le fruit d'une catégorisation propre au codage par unité de sens ; par regroupement des idées similaires.

### c) L'émergence des axes de recherche

Après la phase d'analyse thématique, nous nous sommes retrouvés face au tableau de codage, à 4 chercheurs : l'étudiant, son directeur de recherche, le codirecteur pour la méthodologie et un sexologue qui n'avait pas pris part à la recherche auparavant. L'intérêt était de réunir différentes personnes avec des degrés d'implication variable sur le sujet afin de se mettre d'accord sur les axes de recherche à travailler. Il est apparu que nous avions des regards assez similaires sur le discours des médecins interviewés pour notre étude.

## **VI. Méthode bibliographique**

### **A) Recherche et veille documentaire**

Nous avons exploité plusieurs sources d'information pour procéder à une recherche bibliographique la plus exhaustive possible.

Nous avons utilisé les bases de données bibliographiques automatisées, d'accès facile et direct via le serveur de la bibliothèque en ligne de l'université Paul Sabatier de Toulouse : Medline (National library of medicine, États-Unis), Pubmed, Embase (Elsevier, Pays-Bas),

Pascal (CNRS-INIST, France), Sudoc et CISMef. Des recherches d'ouvrages ont également été effectuées directement en bibliothèque publique et universitaire. Enfin, nous nous sommes servis d'internet et de moteur de recherche généraliste comme Google.

La veille documentaire à consister à réitérer notre recherche bibliographique à plusieurs reprises au cours de l'étude. Des articles sélectionnés par les directeurs de thèse, tant sur la méthode que sur le sujet d'étude ont aussi été rajoutés en cours d'étude.

## B) Revue de littérature internationale

Des articles, en anglais ou en français, décrivant des recherches qualitatives, quantitatives ou mixtes ont été sélectionnés. Le moteur de recherche interne à chaque base de données a été utilisé pour obtenir un résultat de recherche le plus précis possible (par exemple avec MeSH sur Medline). Les mots clés ont été les suivants:

	En français	En anglais
Termes utilisés pour désigner la sexualité	« sexualité », « sexe », « vie sexuelle », « santé sexuelle », « histoire sexuelle », « comportement sexuel »	« sexuality », « sexual life », « sexual health », « sexual history », « sexual behavior »
Termes utilisés pour la discussion de la sexualité	« abord », « conseil », « discussion »	« sex counseling »
Termes utilisés pour désigner le médecin	« médecin généraliste », « médecin traitant », « médecine générale », « médecin de famille »	« general practioner », « physician », « family doctor », « physician-patient », « doctor-patient »
Termes utilisés pour désigner la relation	« relation », « communication », « rencontre », « entretien »	« relation », « encounter », « communication »
Termes utilisés pour désigner la personne âgée	« personne âgée », « seniors », « vieux », « grand âge », « vieillissement », « patient âgé », « homme/femme vieillissant(e) », « aîné »	« elderly », « old people », « older people/adults/men/women », « mature adults », « aging men/women »

Notons que ces mots clés ont été utilisés seuls et associés par opérateurs booléens (« OU » entre les termes relatifs à un même champ, « ET » entre les termes de champs différents). Nous pouvions parfois indiquer des critères d'exclusion, qui nous ont permis de restreindre la recherche. Par exemple, des études comprenant les mots suivants dans le titre ont été exclues : « treatment », « therapy », « anesthesia », « prescription ».

## C) Bibliographie sur la méthodologie de recherche qualitative

Le même travail en recherche avec mots-clés a été réalisé pour la méthodologie

qualitative, en français avec les termes suivants : « recherche qualitative », « groupes cibles », « entretien ». Ou en anglais avec d'autres déterminants : « qualitative research », « focus-groups », « interview ». Le déterminant majeur était : « COREQ » (pour COnsolidated criteria for REporting Qualitative research). Il détermine une grille de 32 items, répartis en trois grands domaines (équipe de recherche et de réflexion, conception de l'étude, analyse et résultats). En suivant cette grille, nous nous sommes assurés de bien détailler les points essentiels constituant une recherche qualitative (24).

La majeure partie de la documentation en recherche qualitative nous a été fournie lors d'une formation spécifique sur l'étude qualitative dispensée par le DUMG de l'université Paul Sabatier de Toulouse.

# RÉSULTATS

## I. À propos de l'échantillon

Nous avons interrogé 12 médecins généralistes installés en Midi-Pyrénées. Leurs caractéristiques sociologiques sont répertoriées en annexe 9.

Parmi ceux que nous avons contacté par téléphone, trois ont refusé notre rencontre, deux par manque de temps, et le dernier parce qu'il estimait ne pas avoir assez de personnes âgées dans sa patientèle pour pouvoir nous répondre. Aucun des médecins ayant accepté l'entretien et fixé le rendez-vous au téléphone ne s'est par la suite désisté.

La durée des entretiens enregistrés a varié de 15 à 55 minutes.

La saturation des données a été obtenue au 9ème entretien. Nous avons alors décidé d'interroger encore trois médecins, avec des caractéristiques particulières.

L'étape d'analyse transversale nous a permis de mettre en exergue différents thèmes dans le tableau de codage. Ils n'avaient pas été identifiés en amont mais découlent pour la plupart des questions du guide d'entretien. Nous avons ainsi pu en répertorier neuf : circonstances, facteurs, outils, vécu, formation, réseau/correspondants, amélioration, intérêts et représentations.

## II. Les représentations des médecins sur la sexualité des aînés

### A) Une sexualité perçue comme différente

Plusieurs médecins s'accordaient pour dire que la sexualité évolue en vieillissant. Ils la percevaient **différente** et **restreinte** en comparaison avec celle existante auparavant : **E3** « *les choses un peu s'émoussent avec le temps, l'âge aussi fait que c'est pas pareil qu'avant, on est pas pareil à 70 ans et à 20 ans, »* ; **E7** « *la sexualité c'est plus la même, hein. »*

La différence pouvait aussi être une **modification des pratiques** sexuelles, jugées incohérentes avec l'âge du patient : **E5** « *Car il y a des choses qu'on peut faire à un certain âge, il y a des choses qu'on peut moins faire à d'autres âges, etcetera. Il faut quand-même rester cohérent. »* . Ou encore l'exclusion des actes sexuels pénétrants : **E7** « *Mais après à partir d'un certain âge, je pense que ce sont plus des mêmes relations au niveau sexuel je pense aussi, c'est plutôt, je pense que y'a pas tellement d'actes sexuels. »*

La sexualité des personnes âgées se résumerait alors à une sexualité « platonique » selon la majorité des médecins interviewés : **E7** « *Tout est émoussé, ils peuvent s'embrasser mais après ça ira guère plus loin, hein. Le reste c'est le souvenir du passé, on peut le voir comme*

ça. »

Et les aînés s'accommoderaient sans problèmes de ces changements : **E12** « *Ils peuvent très bien avoir une sexualité simplement dans les sentiments, pas forcément de sexualité active. Avoir que des caresses, des choses qui leur conviennent bien tout à fait à partir d'un certain âge. Mais sans forcément avoir une relation sexuelle complète. [...] Mais s'ils ont... Peut-être qu'ils ont une sexualité moins épanouie mais qui leur, qui, pour laquelle ce qu'ils vivent leur suffit.* »

On retrouvait également des représentations sur les modifications des fonctions sexuelles. Ainsi, les personnes âgées n'auraient plus de désir ni de plaisir.

Un point intéressant à relever a été le besoin d'un des médecins à se positionner en tant que **moralisateur** sur ce sujet. Comme si le médecin se faisait garant du bon et du mauvais, du normal et du pathologique. Ainsi le médecin devrait définir ce qui représente la normativité d'une sexualité vieillissante dans notre société aujourd'hui. Sur ce sujet, il apparaissait à ce médecin que l'existence d'une sexualité au grand âge serait « contre-nature » : **E7** « *Je pense enfin, euh, à la limite la normalité c'est les gens qui se calment, quand on arrive à penser, avec mon, mon recul, alors que les anormaux se sont ceux qui se sont pas calmés, [...] En définitive le plus, je pense qu'il vaut mieux accepter l'évolution naturelle parce que le reste c'est contre-nature. Et aller contre-nature, un moment donné on se casse les dents.* »

## B) La vision d'une sexualité qui évolue : de la « diminution » à la disparition

Pour certains médecins, il était clair que la sexualité des personnes âgées **va en s'amenuisant** : **E3** « *ou les choses un peu s'émeussent avec le temps* »

Un des médecins pour qui la sexualité s'émeusse nous disait ensuite qu'elle **va jusqu'à disparaître** chez une bonne partie des concernés : **E7** « *Parce qu'après des femmes, moi je trouve, que ça soit les femmes ou que ça soit les hommes, vous en avez quand même pfff, deux tiers peut-être même plus même que deux tiers qui ont, pour eux c'est terminé. [...] Faut pas se faire d'illusions, y'a beaucoup d'hommes pour qui c'est fini, et de femmes aussi je pense.* »

Certaines personnes âgées auraient même tiré un trait sur leur sexualité puisqu'il serait inscrit qu'elles n'ont plus ce « rôle » à jouer : **E9** « *Parce qu'il faut quand même reconnaître hein que t'as des gens, à 60 ans, beh non c'est bon c'est fini, ils ont plus, ils sont plus faits pour ça.* »

Pour un autre médecin le fait même d'une représentation médiatique d'une survivance de la sexualité au grand âge serait au moins erronée, au plus toxique. Il semblerait donc qu'on fasse une fausse promesse aux aînés, fausse promesse contre laquelle ce médecin s'insurgeait : **E3** « *je crois que je suis quelqu'un de très en colère par rapport un peu à ce, cette image, cette idée du non vieillissement, hein. Ben voilà et à la fois on peut pas faire miroiter aux gens*

*qu'ils peuvent comme ça, 'fin être toujours les mêmes, [...] Oui, oui, moi je crois que ça les rend un peu malade ça voilà, hein, et je trouve que c'est vraiment très compliqué. »*

### C) La sexualité n'intéresserait plus les personnes âgées

Un des médecins interrogés nous expliquait sans détour que les personnes âgées ont **peu d'intérêt** pour leur sexualité et qu'elles trouvent normale son absence. D'autres nous l'apprenaient de manière plus nuancée. Le désintérêt apparaîtrait alors comme une fatalité ; puisque les personnes âgées ont pris conscience de leur vieillissement : **E3** *« y'a des gens qui ont, des personnes âgées qui ont un peu ce bon sens qui disent, je comprends bien que je peux pas être comme à 20 ans, bon beh voilà ils l'ont dit, »*

Ainsi le manque d'intérêt réduirait la demande auprès des médecins concernant la problématique sexuelle. Il y aurait donc un double effet sur l'abord de la sexualité. D'une part, le manque d'intérêt réduit la demande ou l'envie d'en parler. D'autre part l'absence de demande incite les médecins à imaginer un désintérêt sur ce sujet de la part des patients.

L'absence de sexualité apparaîtrait comme **secondaire**, les patients âgés ayant d'autres problèmes, d'ordre somatique, plus importants à régler : **E7** *« des patients tracassés y'en a pas tellement ou bien par rapport à l'ensemble de la population hein, c'est pas ce qui domine à partir d'un certain âge parce qu'ils ont tout un tas d'autres problèmes quand même. »*

### D) Le constat d'une variabilité selon les patients

Toutefois, on peut mettre en évidence que les représentations « négatives » ne sont pas à allouer à toutes les personnes âgées selon certains médecins. C'est ainsi que le Docteur 5 nous mettait en garde contre la généralisation de l'absence de sexualité : **E5** *« Et on ne peut parler de limites que quand on a des arguments pour en parler. Faut pas... S'engager sur des limites en fonction de l'âge, mais en fonction de la réalité physique du patient. Et mentales. Donc eeuuh. Il faut rester euuh, dans l'individualité, il ne faut pas faire de généralités. »*

Il en est de même concernant l'intérêt. Ainsi le Docteur 9 tempérerait le désintérêt chez tous les patients : **E9** *« Y'a des gens pour qui la sexualité est pas, pas importante dans leur vie et d'autres non, y'a des gens si tu leur dis à 50 ans ils ont plus de relation sexuelle, ça paraît normal pour le couple et y'a des gens jusqu'à 70 ans il faut qu'ils aient des relations toutes les semaines. »*

Nous avons pu remarquer que les médecins interrogés percevaient différemment chaque tranche d'âge. Par conséquent, la majorité affirmait que **les sexagénaires sont encore jeunes...** : **E2** *« (soupir) Oui alors, âgé si c'est plus de 60 ans oui, parce que y'a tous les 60, 70 ans, 75 ans, c'est jeune hein. »* ... Et pour certains actifs sexuellement : **E12** *« À 60 ans maintenant les gens ils sont jeunes, physiquement et sexuellement ils sont plutôt très actifs. [...] Ils sont même plus actifs peut-être qu'à 40 ans, parce qu'ils ont beaucoup plus de temps de libre. »*

Alors que **les octogénaires**, quant à eux, **sortent complètement de l'imaginaire d'une possible sexualité** : **E12** « *Euh, alors tout dépend de l'âge, je veux dire c'est, après 80 ans on en parle pas du tout du tout du tout, »*

### E) Surprise et acceptation d'une sexualité pérenne

Nous avons pu percevoir que certains médecins prenaient **conscience de leurs propres représentations** face à la demande sur ce sujet : **E5** « *Il est surprenant, effectivement, de voir après 80 ans des gens qui nous posent des questions là-dessus. »* ; **E3** « *et pourtant moi j'ai le souvenir d'une dame, c'était un couple autour de la, de 80 si c'est pas un tout petit peu plus. J'avais donné un traitement antihypertenseur à son mari et c'est elle qui m'avait dit vous savez depuis, ça ne marche pas. Donc comme quoi euh, j'aurais sûrement pas pensé à, vous voyez à, au bout d'un moment, et pourtant ils ont aussi le droit d'avoir une vie sexuelle »*

Ce dernier extrait met en évidence que l'effet iatrogénique du médicament prescrit par le Docteur 3 n'était pas important à ses yeux puisque il n'aurait pas d'impact sur une sexualité considérée inexistante. C'est ainsi que le Docteur 3 se positionnait comme « juge » et acceptait la possibilité d'une sexualité persistante malgré le vieillissement.

## III. L'abord du sujet en consultation : pratiques et résistances

### A) Absence d'initiation spontanée du sujet par les médecins

Il apparaissait que la quasi totalité des médecins interrogés **n'initient pas spontanément l'abord** de ce sujet : **E3** « *Euh, alors, moi d'emblée comme ça, c'est pas moi qui pose la question : « comment ça va sexuellement ? », voilà, on va dire. »*

Pourtant, plusieurs médecins nous ont révélé que la sexualité pouvait être un sujet abordé de leur initiative, notamment avec des patients plus jeunes. Diverses raisons ont été retrouvées : obligation de l'abord autour de l'IVG, facilité d'abord chez l'adolescent... : **E6** « *On va l'aborder facilement chez l'ado et ça va venir de moi sans problème chez l'adolescent tout ça, après c'est vrai que chez la personne âgée euh... »*

Ceci illustre l'**âgisme** dont peuvent faire preuve les médecins quant à la sexualité des personnes âgées. Comme si le grand âge du patient n'autorisait pas le médecin généraliste à aborder directement ce sujet en consultation.

Toutefois, quelques médecins ont intégré l'abord systématique de la sexualité avec leurs patients âgés dans leurs entretiens : **E4** « *Bon je l'ai là-dedans, (en me dictant) bon appétit, point d'interrogation, bon transit, bon sommeil, bon moral, quelle activité physique, et pour le lit ? Donc des questions systématiques. »* ; **E8** « *c'est moi qui le demande, systématiquement ça fait partie de l'interrogatoire [...] si vous voulez, mais ça ça fait partie de l'interrogatoire systématiquement. »*

Remarquons que les deux dernières citations proviennent de médecins formés à la médecine sexuelle, de manière autodidacte ou par un diplôme universitaire reconnu.

## B) Abord initié par le patient ou son conjoint mais peu fréquent

Si ce n'est pas le médecin, c'est donc le **patient** qui est majoritairement l'**initiateur** du sujet : **E2** « *En général la sexualité c'est les patients qui l'abordent, euh, avec moi.* »

Les médecins estimaient d'ailleurs pour la plupart que c'est bien au patient de l'initier : **E11** « *Beh c'est à dire que d'abord il faut qu'ils m'en parlent.* »

Ils nous disaient se tenir à l'écoute de leur patients et enclins à répondre à leurs demandes sur ce sujet.

Notons que les médecins ont mis en évidence que cette thématique est aussi **initiée par le conjoint** du patient : **E9** « *Elles viennent te voir en te disant voilà euh, il faudrait parler à mon mari de ça parce que bon moi là y'a un moment quand même bon beh voilà.* »

Les médecins convenaient que ce sujet n'est que **peu fréquent** lors de leurs consultations : **E6** « *et concrètement au quotidien c'est pas un sujet qui est hyper présent dans mon cabinet en tout cas,* »

## C) Un sujet pourtant facile

Les médecins interrogés nous ont dit n'avoir dans l'ensemble **aucune gêne** à aborder la sexualité avec leurs patients âgés : **E7** « *Non, pourquoi, ça ne me gêne pas moi. Non non du tout.* »

Ils n'auraient pas non plus de difficultés à en discuter lorsque le sujet est mis sur le tapis : **E9** « *beh moi, vraiment c'est des choses qui moi me, me posent pas, 'fin ça pose vraiment pas de problèmes d'en parler,*»

Quelques-uns nous disaient même trouver ce thème **simple et facile d'abord** : **E3** « *Oh moi je l'aborde simplement* » ; **E9** « *on en discute assez facilement,* »

## D) Les deux motifs les plus fréquents de l'abord

Bien que les médecins nous disaient ne pas initier ce sujet dans la majorité des cas, il leur arrive de s'y confronter. Nous avons retrouvé deux approches phares : l'abord par le biais des **motifs « pathologiques »**, et celui en lien avec les **traitements médicamenteux**.

### a) Les motifs « pathologiques »

Premièrement, l'abord peut avoir lieu en cas de motif de consultation inhérent à la sexualité et avec point d'appel : **E1** « *Je me rends compte, euh, faut qu'y ait un motif de consultation, qui soit dans, dans ce thème là pour qu'éventuellement ça soit moi qui pose la*

question, »

Ensuite l'abord peut se faire lors de consultations pour des pathologies chroniques identifiées par les médecins comme pourvoyeuses de troubles sexuels :

- Le diabète : **E1** « *ou sur un suivi de diabète, mais j'ai pas beaucoup de diabétiques.* »
- Les pathologies cardio-vasculaires : **E2** « *Voilà, après y'a les problèmes cardio-vasculaires,* »
- La dépression : **E3** « *Après c'est un peu plus au niveau de, quand ils sont dépressifs,* » ;
- La polyopathie : **E9** « *C'était très varié puisque parfois c'était quand même, souvent c'est quand même des patients qu'étaient un peu, pas polyopathologiques mais au moins qu'avaient un peu de tension, qu'avaient un peu de diabète, qu'avaient euh, des raisons aussi d'avoir, euh, un peu un surpoids,* »

Enfin, l'abord peut intervenir lors de problématiques d'organes proches géographiquement de la sexualité dans l'imaginaire des médecins :

- Spécifiques aux hommes, les pathologies prostatiques : **E8** « *Donc voilà, on fait vraiment à partir de 60 ans, 70 ans l'interrogatoire, c'est la prostate, là pour l'homme c'est facile avec la prostate et de suite je bifurque sur la sexualité.* »
- Chez les femmes autour de l'examen gynécologique ou des troubles ménopausiques : **E11** « *Chez les femmes plus ou moins, dans le, quand on fait l'examen gynécologique plus ou moins, [...] alors toujours pareil par rapport aux, à la ménopause, et cetera, voilà.* »

#### b) Les motifs de prescription thérapeutique

L'autre approche retrouvée très régulièrement est celle autour des thérapeutiques.

Soit lors de la prescription d'un traitement sexoactif, instauré ou renouvelé : **E1** « *la discussion elle est abordée une première fois au moment de la, éventuellement, de la demande de thérapeutique ou en tout cas de prise en charge* ». Cependant, même s'il semble évident qu'une prescription de médicament sexoactif amènerait à parler de sexualité, certains médecins nous apprenaient qu'ils ne s'en servent pas forcément pour rebondir sur le sujet et amorcer la discussion : **E3** « *ça n'était pas quelque chose d'abordé, c'était euh, quelque chose qui avait été réglée de cette façon là et dont il demandait la prolongation du traitement voilà.* »

Soit lorsque le traitement usuel du patient présente un effet indésirable sur la sexualité, mais essentiellement chez l'homme : **E5** « *C'est pas... C'est une question qu'on peut poser quand vous avez certains types de médicaments, certains traitements qui influencent sur ce domaine là. [...] On va analyser d'abord le, justement, les effets indésirables, la iatrogénie qui est quand même un domaine, un vaste domaine en médecine générale.*»

Notons pour l'ensemble des motifs retrouvés qu'il n'est pas toujours très clair que l'instigateur du sujet soit le médecin. Le pronom « on », impersonnel, est fréquemment employé. Nous avons identifié qu'il y a quasiment **toujours une accroche « médicale »** lorsque ce sujet est exprimé en consultation de médecine générale. Elle **peut apporter une certaine légitimité**, tant aux médecins qu'aux patients.

### E) De la difficulté à ne pas être affecté personnellement

Notre étude nous a permis d'observer différentes réactions que les médecins pouvaient avoir à l'abord de ce sujet. Certaines attitudes laissent apparaître la difficulté que les médecins peuvent avoir à mettre de la distance lors de cet abord. Il peut s'agir de **projections personnelles** avouées sans détour :

- **Comparaison personnelle** : **E7** « *Bon chez les hommes je sais, 'fin moi je le vis à travers ma vie personnelle, »*
- **Peur d'une intention de séduction** de la part de son patient : **E1** « *ça s'est bien passé, jusqu'à ce qu'il aborde, effectivement, ce, ce thème là, ou je me suis, j'ai eu, j'ai eu du mal à me positionner juste dans le terrain professionnel, euh... Mais dans le cadre de cette relation particulière, c'est parce que, euh, je me posais par ailleurs des questions, sur, sur, euh, sur la raison pour laquelle il était venu vers moi en tant que médecin traitant, euh, et que ça réactivait un peu, ce, ces questionnements là (silence). [...] Alors, je n'en sais rien, mais à un moment je m'étais posée la question de, d'un truc de drague, vraiment.»*

D'autres comportements sont plus nuancés :

- L'utilisation de la **grivoiserie** : **E1** « *Beh, euh, en étant moins, euh, en le prenant un peu de, sur le mode taquin, »* ; **E7** « *on en discute, en chahutant, »*
- L'**abord différent selon le genre** du patient : **E1** « *C'est plus lié, alors, qui est, qui est forcément genrée la relation, la relation elle l'est forcément. »* ; **E4** « *Alors, on en parle pas pareil avec les hommes et avec les femmes, »*
- Se sentir **mis à mal par son jeune âge** pour aborder ce sujet : **E2** « *Et encore une fois moi ce que je ressens comme difficulté c'est que moi je suis une femme jeune (rire). Ils ont l'impression, je pense qu'ils ont l'impression que je les juge. Euh, par rapport à, par rapport euh, à ça ! »*
- Se laisser **déborder par son empathie** : **E4** « *Mmff, je serais tenté de dire avec un certain attendrissement.[...] quand vous avez une bonne femme de 85 ans qui vient vous demander, Docteur mon mari est mort depuis 10 ans et de temps en temps la nuit j'éprouve une jouissance parce que je pense qu'il vient me retrouver. C'est moi qui aie la larme à l'œil. Donc là je suis mal mais par émotion positive. [...] j'ai fermé la porte et j'ai chialé comme une madeleine »*

Pourtant, certains ont pris la mesure de la forte propension à être touché personnellement par ce sujet. Pour le contrer, ils nous disaient essayer d'**adopter une posture** qu'ils appellent « **professionnelle** », « **médicale** » ou encore « **cartésienne** », afin probablement de se distancier : **E2** « *Nan, à non, j'essaie de ne pas être sur l'humour justement (rire), parce que comme, j'essaie d'être très euh, 'fin, 'fin, comme quand je leur pose des questions par rapport à leur hypertension, euh, j'essaie d'être très rigoureuse pour leur montrer que moi je ne fais pas la différence entre ça et autre chose en fait. [...] Pfffff, euh, 'fin moi je le fais de façon très (silence) médicale, j'ai aucune, j'ai aucune notion de sexologie particulière, donc euh, je le fais de façon très cartésienne si on peut dire ça comme ça (rire).* »

## F) Les différents arguments appuyant l'illégitimité de l'abord

Une des raisons principales qui empêche les médecins d'aborder ce sujet est le sentiment d'illégitimité qu'ils ont mis en avant. Nous avons pu répertorier, grâce à notre tableau de codage, les différents facteurs mettant à mal la permissivité d'une initiation de ce sujet par les médecins. Cependant ces éléments sont d'une part, non exhaustifs, et d'autre part, les médecins interviewés nous les ont généralement appris de manière indirecte.

Les raisons de l'illégitimité peuvent donc être :

- **La gêne des patients** : **E9** « *t'as des gens tu sais tu vas pas, spontanément leur demander, ils vont être gênés si tu leur en parles. Et ça et bon faut quand même se mettre à la place.* » ; **E11** « *Et je ressens chez mes patients de la pudeur, bon faut que je vous le dise mais alors ils passent par toutes les couleurs de l'arc en ciel.*»
- **Le caractère intime** du sujet : **E2** « *Quand on essaie de poser des questions un peu plus intimes, ça va, ça va, ça va pas.* » ; **E12** « *Non parce que ils sont quand même, ils ont leur intimité donc euh, je n'aborde pas le sujet de la sexualité passé 60 ans.* »
- **La crainte d'être intrusif** : **E1** « *mais là dans ce domaine-là, j'ai peur d'être intrusive en fait.* »
- **Le caractère provoquant** du sujet : **E12** « *C'est pas moi qui vais l'aborder, s'ils veulent pas parler je vois pas l'intérêt d'aller les provoquer. Parce que s'ils vivent très bien leur perte de sexualité.*»
- **Un sujet d'ordre psychologique, qu'il ne convient pas au médecin de prendre en charge** : **E9** « *mais c'est vrai que c'est un problème, on va dire qu'au bout d'un moment tu, tu te concentres sur les problèmes aigus, sur les problèmes médicaux tu te dis vraiment, ça c'est grave. Et puis c'est vrai que toute la partie psychologique, et la partie sexualité fait partie des choses un peu atteinte psychologique même si parfois y'a de l'organique c'est quand même psychologique la plupart du temps et c'est vrai que tu délaisses un petit peu en fait,* »

- **L'abord plus facile avec les gynécologues** pour les femmes et **avec les urologues** pour les hommes : **E6** « *Donc c'est vrai que c'est une problématique je pense chez l'homme en tout cas qu'est quand même pas mal abordée par les urologues et chez la femme peut-être en parlant... par la gynéco.* ». Ainsi, les médecins généralistes nous disaient que les spécialistes d'organes seraient plus légitimes qu'eux pour aborder le sujet. Il nous semble que dans leur imaginaire, ce sont les spécialistes d'organe les plus proches anatomiquement de la fonction sexuelle.
- Les aspects pratiques, comme le **manque de temps** : **E8** « *Je les prends pas en charge parce que j'ai pas le temps.* »
- Les aspects financiers concernant les **honoraires trop faibles** : **E9** « *Parce que tu passes ¾ d'heure avec ton patient, à 23 euros de l'heure tu peux plus. [...] après quand tu vois que ton travail il souffre de la rémunération horaire, parce que si tu passes une heure et que t'es payé 23 euros beh ouais, t'arrêtes, tu fais autre chose.* »

#### **IV. Développer l'intérêt des médecins pour ce sujet par la formation et la coordination du réseau**

##### **A) La sexualité des personnes âgées : un intérêt certain pour les médecins généralistes**

L'ensemble des médecins interviewés au cours de notre étude s'accordaient pour dire que ce sujet présente un intérêt notable. Les raisons repérées sont multiples :

- La perception du **sujet** comme **important** : **E3** « *vraiment ce sentiment de pas le laisser de côté, de l'importance que ça a, ça c'est clair,* » ; **E6** « *ça, ça mérite le détour.* ». Notamment dans le but de préserver l'équilibre du couple : **E1** « *leur dire aussi que oui ça peut être important, que dans leur relation de couple ça peut jouer aussi...* »
- L'importance de la sexualité dans la gériatrie contemporaine qui met l'accent sur le **bien-vieillir** : **E5** « *Donc maintenant qu'on a ouvert les yeux, qu'on vit dans un pays plutôt âgé, euuuuh, avec une majorité de gens âgés, ben on s'occupe de tous les paramètres de la vie d'une personne âgée. Donc y'a le cœur, le poumon, la sexualité. [...] On est devant un nouveau problème là, c'est le problème du bien vivre. C'est pas du bien mourir, c'est du bien vivre. Ce qui change aussi l'aspect des choses. On veut, la personne âgée veut bien vivre quand on est la personne âgée,* »
- La perception que c'est bien le **rôle du médecin généraliste** d'aborder ce sujet, afin de l'aider dans plusieurs domaines comme le dépistage, de maltraitances notamment : **E1** « *Et puis parce que je pense aussi qu'il y a sans doute du dépistage à faire aussi chez les sujets âgés, [...] sur d'éventuelles maltraitances.* » ; ou encore dans la démarche étiologique de

certaines pathologies : **E4** « *Donc y'avait un rapport à la sexualité euh, qui les laisse colopathe toute leur vie, [...] combien de fois des colopathies, et cetera, sont liées à ça, donc euh voilà c'est.* ». Enfin dans l'évaluation de l'autonomie du patient âgé : **E5** « *Ben c'est une question de performance dont nous devons parler. Plus on vieillit plus les performances diminuent donc les autonomies sont à évaluer, même dans le domaine sexuel. Il y a une certaine forme d'autonomie à évaluer.* »

Notons tout de même que quelques médecins nous informaient y trouver un intérêt seulement si le patient en a un lui-même : **E12** « *Pffff, moi moi je, c'est, l'intérêt c'est à mon avis, plus si eux en ont envie.* »

Il semblerait encore une fois que c'est le patient qui doit donner la légitimité de l'abord au médecin.

## B) La formation : une demande mais peu d'offres

Les médecins suggéraient pour améliorer l'abord de **développer la formation** sur ce sujet : **E11** « *Peut-être que si je fais une formation je serai plus sensibilisée et éventuellement peut-être mieux aiguiller mon interrogatoire* »

Mais ils ont été unanimes, l'**enseignement initial universitaire** sur la sexualité des personnes âgées, et a fortiori l'abord, **n'existaient pas** dans leur cursus : **E2** « *La formation en sexologie, dans mon cursus universitaire (rire), c'est une blague ? [...] euh, au niveau universitaire, nan zéro, alors là nan (rire). Nan mais c'est vrai, je sais pas moi. Nan nan nan, on peut pas dire que ça existe en université.* »

Pour pallier à ce manque d'apprentissage initial, quelques uns seraient prêts à assister à des FMC (formations médicales continues), seulement si aucune n'est en lien avec l'industrie pharmaceutique.

## C) Le réseau de correspondants et ses limites

Les correspondants à qui adresser les patients ne sont **pas clairement identifiés** par les médecins. Chaque médecin a son propre réseau, fait de multiples intervenants différents.

Les correspondants sont parfois des sexologues, également médecins généralistes urologues, psychiatres ou encore psychologues : **E7** « *A un sexologue. Un médecin oui, un médecin, ou un généraliste ou un urologue avec une orientation sexologique.* »

Les correspondants peuvent aussi ne pas avoir de spécificités sexologiques. Il sont alors aléatoirement : urologues, endocrinologues, cardiologues, échographistes, angiologues, gynécologues, psychanalystes : **E3** « *ou alors y'a tout un tas de choses qui vont pas bien et j'envoie plutôt à des thérapeutes, des psychanalystes, 'fin moi je travaille plutôt comme ça* », **E12** « *Alors chez les personnes âgées moi en général moi j'adresse, donc en fonction des bilans ça va être l'angiologue, le cardiologue,* ».

Parfois, c'est même par choix délibéré que le médecin généraliste n'adressera pas à un sexologue : **E3** « *j'envoie jamais chez un sexologue.* »

Les correspondants peuvent également appartenir à un service hospitalier spécifique aux personnes âgées : **E6** « *Et gériatrie d'ailleurs notamment oui en même temps c'est une question qui aurait pu se poser comme ça aussi, on a un hôpital de jour de gériatrie avec, sur Xxxxx là voilà.* ». Ou encore à un service spécialisé comme un centre de pelvi-périnéologie.

Cette multiplicité de correspondants nous laisse penser que ce choix est aléatoire. Ainsi nous comprenons bien l'enjeu d'une amélioration du réseau, qui pourrait peut-être passer par une meilleure coordination de celui-ci et une reconnaissance des consultations en médecine sexuelle par la création d'une cotation spécifique ; comme certains nous l'ont affirmé.

Au delà de la difficulté de savoir à qui adresser ses patients âgés sur le thème de la sexualité, les médecins ont mis en avant d'autres limites concernant le réseau :

- **L'absence de correspondants proches** : **E12** « *mais le sexologue il faut aller à Xxxx donc c'est pas évident, hein. Parce que sur le coin y'en a... Y'en a pas.* »
- **La réticence des patients à se déplacer** : **E2** « *Y'a des gens ils sont super réticents à faire de la route pour ça.* »
- **Le manque de disponibilité** des correspondants : **E9** « *Parce que le sexologue il est pareil il a pas non plus trop de temps,* »
- **Les dépassements d'honoraires** : **E4** « *L'éternel problème du réseau du médecin généraliste euh, à l'heure actuelle, c'est de trouver des gens qui ne prennent pas de dépassement. [...] Ils vont pas payer, à 65 ans, pour avoir une vie sexuelle épanouie, 50 euros de dépassement à chaque consultation* »
- **L'absence de réseau ou réseau restreint** : **E2** « *Le fait qu'y'est pas de de de, de réseau, 'fin voilà, ce qu't'app, ce qu'on appelle le réseau, c'est difficile hein.* »

## DISCUSSION

Nous avons pu mettre en évidence au cours de notre étude de multiples représentations attribuées à la sexualité des personnes âgées. Ces représentations ont été exprimées de façon spontanée par les médecins. Cette information nous semble majeure puisque nous pouvons penser que la position cognitive du médecin va structurer l'éventualité de sa prise en charge.

### **I. Un abord peu fréquent par les médecins généralistes comme corollaire de leurs représentations sur la sexualité des personnes âgées**

La recherche bibliographique, effectuée avant le travail d'enquête de terrain nous apprenait que la sexualité était très peu abordée en consultation de médecine générale chez les personnes âgées. L'étude quantitative de Smith et al. montre que là où 32 % des femmes et 86 % des hommes âgés de  $81 \pm 6$  ans, aimeraient parler de ce sujet 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 (9). Quant au travail de thèse qualitative de S. Oriol, il nous dit que l'âge avancé (au-delà de 70 ans) ne favorise pas l'initiative de l'abord de la sexualité chez les médecins (25). Notre étude est conforme à ce constat, et place l'âge avancé comme facteur principal de la difficulté de l'abord. En effet, les médecins interrogés nous notifient que d'une part : ils abordent plus fréquemment et plus facilement ce sujet avec les classes d'âge plus jeunes. Et que d'autre part : il existe une différence d'abord selon les tranches d'âge des personnes âgées.

#### **A) Les représentations des médecins généralistes sur la sexualité des personnes âgées**

Comme nous l'avons vu dans les résultats, les représentations que les médecins généralistes ont de la sexualité des patients âgés sont diverses, et majoritairement pessimistes. Tout laisse à penser que leurs représentations conditionnent leur manque d'abord.

##### **a) La survivance des idées reçues**

Debay écrivait en 1862 dans un traité à forte connotation hygiéniste (26) que la « seconde vieillesse », estimée à partir de 60 ans, était condamnée à une continence sexuelle indispensable à sa survie. Fort heureusement, aujourd'hui nous avons dépassé cette idée reçue. Cependant, il est évident que les représentations sur la sexualité des personnes âgées que nous avons retrouvées et décrites dans la partie consacrée aux résultats ont été imprégnées des tabous et fausses croyances dans lesquels notre société a baigné pendant de nombreuses années. Rappelons qu'en 1991, Butler (12) énumérait ces principales idées :

- les personnes âgées n'ont pas de désir sexuel ;
- elles ne pourraient pas faire l'amour même si elles le voulaient ;
- elles sont fragiles physiquement et le sexe peut leur causer de la douleur ;
- elles ne sont pas attirantes physiquement et donc pas désirables ;
- le sexe chez les personnes âgées est honteux et pervers.

Pour les médecins interrogés dans notre étude la sexualité au grand âge irait en déclinant : c'est comme s'il existait, pour certains de ces médecins, un mouvement inéluctable d'une diminution de la sexualité, jusqu'à sa disparition. On retrouve cette idée dans la revue de littérature menée par C. Trivalle (27) qui décrit comme stéréotype dominant l'idée de la disparition du désir sexuel avec l'âge. Butler, quant à lui, retrouve même l'idée que chez les personnes âgées le sexe serait pervers et honteux. Parmi les médecins que nous avons interrogés cette idée reste très minoritaire même s'il a été retrouvé une qualification de cette sexualité comme « contre-nature » ou encore « anormale ». Certains préjugés ont donc la vie dure.

#### b) Le glissement de paradigme de la sexualité reproductive à la sexualité érotique

Comme le note S. Meuris (28) ces idées reçues trouvent leur fondement dans l'assimilation entre sexualité et reproduction, aidées en cela par des prescrits religieux encore tenaces. De plus, la sexualité de l'âgé, en tant qu'inféconde fait écho à la conception du retraité inactif, improductif, qui coûte cher à la société, comme le dit E. Catenacci (29). Mais le problème se décale peu à peu puisque les vieux « beaux », ou encore les « jeunes retraités », considérés comme encore « actifs » auraient droit, selon les médecins que nous avons interrogés à une sexualité pérenne. Ainsi, la sexualité conçue encore hier majoritairement comme un comportement reproductif devient aujourd'hui un comportement érotique. Ce glissement de paradigme a été étudié et prouvé par la neurobiologie humaine. Ainsi S. Wunsch (30) nous confirme que chez les mammifères ayant un cerveau très développé, c'est-à-dire surtout les hominidés, on observe que la sexualité se caractérise principalement par la recherche du plaisir.

#### c) Les médecins généralistes font preuve d'âgisme

Comme nous l'avons souligné auparavant, les médecins que nous avons interrogés manifestent l'idée que l'abord de la sexualité avec les personnes âgées est plus difficile qu'avec les jeunes. À cela s'ajoute une distinction entre les classes d'âge au sein du groupe des personnes âgées : plus le patient est vieux, plus il y a d'obstacles pour lui en parler. Certains médecins pratiqueraient donc sur ce sujet une forme d'âgisme, comme cela avait été noté par I. Fojcik (31). En effet, là où l'abord de la sexualité avec les sexagénaires ou septuagénaires

est admis, la simple imagination d'une consultation sur ce sujet au delà de 80 ans paraît inconcevable. Il existe donc, au-delà de 80 ans un « trou représentationnel », c'est à dire une lacune dans la conception d'une sexualité des aînés. Cette attitude est bien propre à l'âgisme ; on entend par là, comme nous le décrit l'OMS, le fait d'avoir des préjugés ou un comportement discriminatoire envers des personnes ou des groupes en raison de leur âge. L'âgisme divise la société entre les jeunes et les vieux.

#### d) Deux postures-types comme conséquence des représentations : les évitants et les experts

L'ensemble des représentations que nous avons retrouvées influence forcément la prise en charge de la sexualité et les attitudes adoptées par les médecins face à leurs patients. A. Giami dans son article sur la spécialisation informelle des médecins généralistes (32) a mis en évidence 4 profils types de médecins quant à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale : la posture d'évitement de la prise en charge des problèmes liés à la sexualité ; la posture de gestion de la problématique sexuelle sur le modèle de l'appropriation médicale ; la posture consistant en une approche globale et holistique de la sexualité d'un patient, et enfin, la quatrième posture, qui serait la prise en charge en tant que sexologue.

Dans notre étude, deux postures se distinguent. L'une d'elles peut correspondre à la quatrième posture décrite par A. Giami. Il s'agit de ce que nous appellerons par analogie les « médecins experts ». Ils se sont intéressés particulièrement au sujet de la sexualité des aînés et se sont formés en conséquence pour répondre à leur questionnement, soit de manière autodidacte, soit en participant à un diplôme universitaire reconnu de médecine sexuelle. La deuxième posture, est celle des « médecins évitants ». Elle comprend les médecins ayant perdu leurs spécificités décrites dans les 3 premières postures d'A. Giami. Cette distinction est retrouvée puisque nous avons interrogé les médecins spécifiquement sur l'abord avec leurs patients âgés. Ainsi, encore une fois, la difficulté représentationnelle de la sexualité des aînés mise en évidence mettrait à mal les attitudes habituelles des médecins lorsqu'il s'agit de parler « sexe » dans leur cabinet, et privilégierait l'évitement.

### B) Les représentations contredites par la réalité

#### a) La transformation d'une sexualité

Selon notre étude, il apparaît que les médecins se représentent la sexualité des personnes âgées comme différente. Ils n'ont pas tort, de part les modifications physiologiques normales auxquelles doivent faire face les personnes âgées, il découle des changements. Voici les évolutions décrites :

- Avec l'âge la sexualité dans sa dimension génitale devient de moins en moins fréquente (33),

- Le rapport sexuel, qui nécessite un lâcher-prise, une abstraction à son corps vieillissant, devient parfois difficile (8),
- L'échange se joue davantage en terme de tendresse (5),
- Et enfin il existe une baisse de désir sexuel au fil des ans (34).

Mais l'erreur serait d'imaginer que ces bouleversements entraînent inéluctablement un deuil de la sexualité. Ce qui semble parfois être l'amalgame fait par les médecins interrogés.

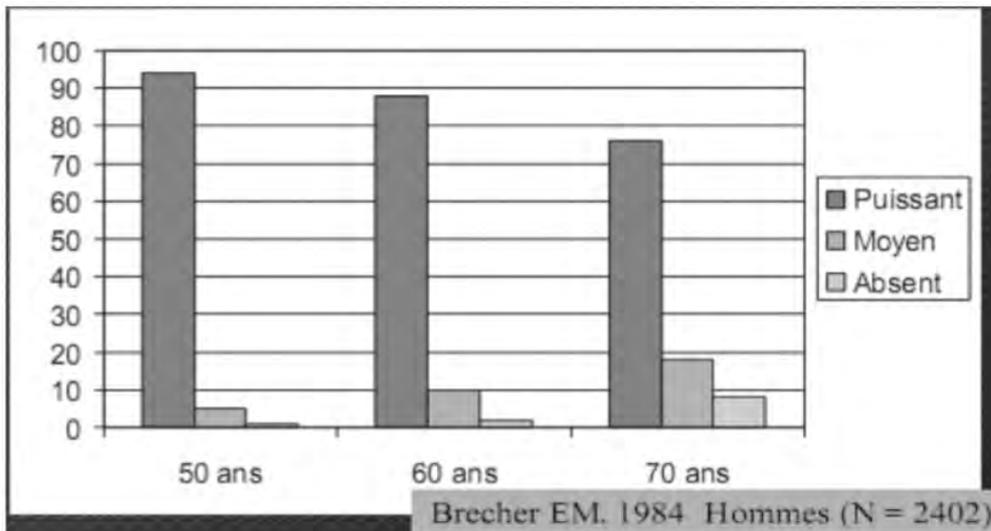
#### b) La persistance d'une sexualité

Alors que plusieurs études sont formelles : la sexualité chez les personnes âgées existe toujours. Citons pour exemple la dernière enquête de l'INSERM (35) sur le comportement sexuel des français en 2006. On retrouve chez les 60-69 ans que 62,6 % des femmes et 84 % des hommes ont eu un partenaire sexuel dans les 12 derniers mois. En ce qui concerne la satisfaction sexuelle, on retrouve même une amélioration des chiffres chez les hommes qui sont à 31 % très satisfaits dans la tranche d'âge 50-59 ans et à 34 % chez les 60-69 ans. Ce qui corrobore bien les dires de certains médecins interviewés, nous spécifiant que la sexualité pouvait être améliorée à la soixantaine, avec le gain de temps libre : la retraite professionnelle.

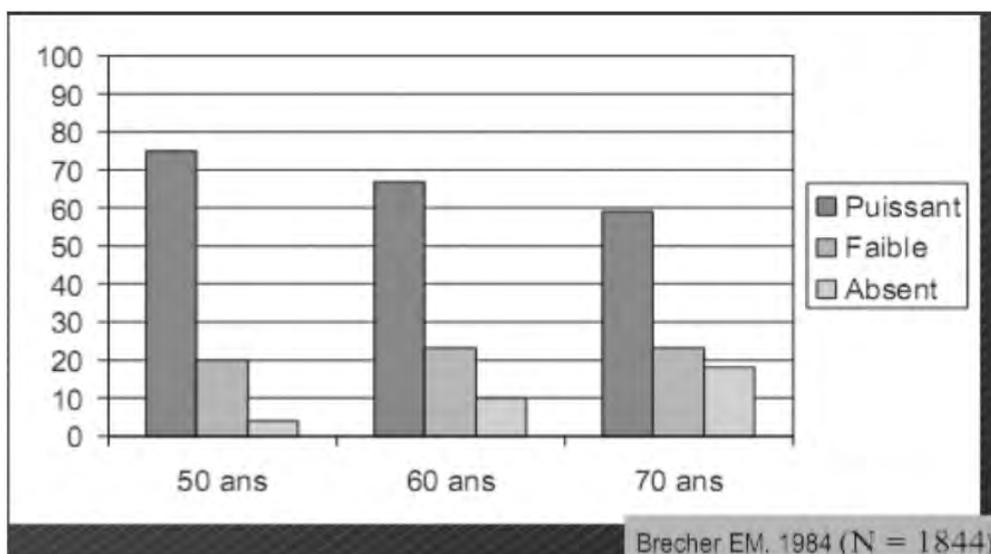
Toutefois on peut déplorer que cette étude française s'arrête à 69 ans ; âge, comme nous l'avons vu, correspondant aux seniors actifs pour lesquels une sexualité pérenne semble communément admise de nos jours. Qu'en est-il alors pour les tranches d'âge supérieures, les très, voire « trop » âgés. Elles aussi ne sont pas en reste dans ce domaine ! Rappelons l'étude de Bretschneider et Mc Coy (5), qui a tenté de quantifier la sexualité des plus de 80 ans. Elle porte sur 202 personnes âgées de 80 à 102 ans et révèle que 82 % des hommes et 64 % des femmes avaient des rapports de tendresse, 72 % des hommes et 40 % des femmes se masturbaient, 63 % des hommes et 30 % des femmes avaient des rapports sexuels.

#### c) L'intérêt persistant pour une sexualité

Nous voulons également revenir sur certains dires des médecins interrogés, en ce qui concerne l'intérêt que les personnes âgées portent à ce sujet, qui pour plusieurs était relégué au second voire au dernier plan des questions de santé. Voici l'illustration en graphique de l'enquête menée par Brecher (3), auprès des lecteurs d'une revue américaine s'adressant aux consommateurs. Elle comporte l'échantillon le plus imposant et le plus varié jusqu'à présent, soit 4246 personnes âgées de 50 à 93 ans.



*Étude sur l'intérêt persistant pour la sexualité chez l'homme*



*Étude sur l'intérêt persistant pour la sexualité chez la femme*

Les tableaux parlent d'eux-mêmes : la diminution en vieillissant de l'intérêt pour la sexualité est relativement faible tant chez les hommes que chez les femmes.

## **II. Vers une nouvelle norme de la sexualité vieillissante pour les médecins généralistes**

A) Le paradoxe entre la prise de conscience de l'intérêt du sujet et le sentiment d'illégitimité de l'abord par les médecins

a) L'intérêt reconnu par les médecins de la sexualité des personnes âgées

Les médecins interrogés nous ont pratiquement tous affirmé que l'intérêt à aborder ce

sujet avec leurs patients âgés est incontestable. Et plusieurs nous ont fait part de leur récente prise de conscience de leurs propres représentations sur ce sujet. L'attention que les médecins généralistes portent sur la sexualité des « vieux » s'accroît donc aujourd'hui. Cela est bien en concordance avec la place que l'OMS accorde à la santé sexuelle depuis 1974. De plus, si on se réfère à la définition européenne de la Médecine Générale élaborée par la Wonca (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) en 2002, les médecins généralistes ont toutes les compétences pour ce type d'abord (36). En effet, 6 compétences fondamentales sont décrites chez le médecin généraliste, parmi lesquelles l'adoption d'un modèle holistique. Ce modèle est défini comme suit : savoir utiliser une dynamique biopsychosociale qui prenne en considération les dimensions culturelles et existentielles du patient. Pour nous, il est évident que l'abord de la sexualité rentre dans ce champ de compétences. Enfin, certains médecins nous ont également dit vouloir prendre part à ce sujet dans une démarche de prise en considération du bien vieillir. Cette cause avait fait l'objet d'un plan national de santé publique en 2007-2009 par le ministère de la santé, dans lequel il était intégré l'éducation à la sexualité vieillissante. L'OMS a également consacré sa « Journée mondiale de la Santé » en avril 2012 au thème de la santé et du vieillissement. En effet, outre le fait de vieillir plus longtemps, la médecine est désormais interpellée pour permettre aux personnes âgées de vieillir mieux. Les médecins généralistes commencent à s'inscrire dans cette mouvance.

#### b) La « révolution » sexuelle des âgés en marche

On ne peut qu'encourager les médecins généralistes à suivre ce chemin. Surtout qu'ils sont déjà bien devancés par les personnes âgées elles-mêmes, qui ne les ont pas attendus pour s'emparer de la question. En effet, les « vieux » ont déjà enclenché une nouvelle révolution sexuelle. Comme nous le dit G. Ribes l'arrivée dans le troisième âge de la génération 68 et la poussée démographique des seniors sont des facteurs de changement majeurs. Pour la génération du baby-boom, l'épanouissement sexuel fait partie du développement personnel et semble garder une dimension importante (8). En chef de file pour défendre cette « révolution », nous retrouvons Thérèse Clerc, 86 ans, militante féministe et créatrice de la Maison des Babayagas, qui décrit avec ferveur la sexualité après la soixantaine dans le film de Jean-Paul Raynaud, L'art de vieillir, ou encore Éliane Cariou, auteur du livre Les seniors sont sexy (37), qui proclame dans son ouvrage : pas de retraite pour les galipettes! Nous occupons le terrain, on ne reviendra pas en arrière. Le troisième âge ne sera plus jamais comme avant. Je déclare advenu le temps des seniors érotiques.

Les études quantitatives, elles aussi ne laissent plus de doute quant à cette évolution, pour preuve la comparaison entre les enquêtes nationales sur les comportements sexuels menées en France en 1970 (enquête SIMON) (38), en 1992 (enquête ACSF : analyse du comportement sexuel des français) (4), et en 2006 (enquête CSF : contexte de la sexualité en France) (35). On met en évidence une prolongation, une intensification et une diversification

de la vie sexuelle après 50 ans au fil du temps, ainsi qu'un rapprochement des femmes et des hommes. Pour exemple, les femmes en couple de plus de 50 ans n'étaient que 53 % à déclarer une activité sexuelle dans les 12 derniers mois dans l'enquête de Simon en 1970, elles étaient 77 % dans l'enquête ACSF de 1992 et sont près de 90 % dans l'enquête CSF de 2006.

#### c) L'illégitimité de l'abord pour les médecins

Pourtant, nous l'avons décrit, les médecins généralistes, au cœur de cette santé « holistique » se disent démunis pour aborder cette sexualité vieillissante.

Lorsque nous les interrogeons, ils exposent plusieurs arguments pour légitimer leur absence d'initiation de ce sujet au sein de leur cabinet. Ceux que nous avons retrouvés dans notre travail et décrits dans la partie « résultats », sont similaires aux motifs invoqués par les médecins généralistes refusant de prendre en charge les dysfonctions sexuelles ; de l'étude de S. Godet (39). Ils sont l'absence de formation pour 76 %, l'embarras pour 24 %, les consultations trop longues pour 12 %, l'absence de cotations de la sécurité sociale pour 6 % ou encore le fait d'adresser leurs patients à quelqu'un jugé plus compétent en la matière pour 59 % d'entre eux.

Au delà de ces raisons mentionnées, on retrouve une difficulté des médecins généralistes à communiquer sur ce sujet. Il s'est avéré en comparant à la littérature que ce phénomène est retrouvé communément lorsqu'il s'agit d'aborder la sexualité ; sans distinction de classe d'âge. Ainsi, Marie Barais dans sa thèse sur l'éjaculation précoce (40) retrouve que les médecins manquent de technique de communication et font alors preuve face à l'embarras et à la gêne ressentis chez leurs patients de stratégies comme l'humour ou l'expression d'une vision fonctionnaliste de la sexualité.

#### d) Un cercle vicieux

Nous avons en outre pu mettre en exergue plusieurs types d'outils assez insolites utilisés par les médecins lors de cet abord. Ainsi en est-il de la séduction ou de la grivoiserie. Ils sont employés mais aussi redoutés lorsqu'ils sont utilisés par les patients. En somme, c'est un véritable cercle vicieux. N'ayant pas les outils adéquats pour aborder ce sujet, les médecins voient leur impression d'illégitimité empirer. Et ceci constitue un évitement de l'abord de la sexualité. Car cela les renvoie à un sentiment de dévalorisation professionnelle, voire à leur propre sexualité. Ils craignent, qu'à l'abord de ce sujet intime, ils n'arrivent pas à garder une certaine distance et la neutralité nécessaire.

Ainsi, comme nous le dit S. Oriol dans sa thèse (25) les perceptions de thématiques « taboues » ou « illégitimes » interviennent dans le ressenti d'une gêne lors de la production d'un discours sur la sexualité, en l'absence de formation à la communication dans ce domaine. Même constat dans cette étude grecque réalisée en 2006 (41), parmi les quatre facteurs prédictifs de l'implication des médecins face aux pathologies liées à la sexualité,

l'entraînement aux techniques de communication est le facteur le plus fort.

## B) Les facteurs d'amélioration de l'abord

### a) Le développement de la formation

Comme nous l'avons vu auparavant les carences des médecins dans la maîtrise des techniques de communication ainsi que le manque de savoir théorique freinent leur abord. Mais ils nous ont dit aussi placer l'acquisition de ces compétences au centre de leurs préoccupations : ils réclament des outils ! En effet, les médecins généralistes interrogés nous ont signalé n'avoir eu aucun enseignement sur la sexualité, a fortiori des personnes âgées, aussi bien dans leur cursus universitaire initial que dans les programmes de formation continue. Le même constat revient dans la thèse de S. Oriol (25): les médecins formés en France constatent l'absence de formation sur la sexualité humaine et les difficultés associées. Notons qu'il en serait de même en Roumanie, pays où l'un des médecins interviewé a fait ses études.

On comprend alors bien la difficulté qu'ils peuvent avoir à aborder un sujet qu'ils ne maîtrisent pas, par manque de connaissance. Dans une société avide de normativité où c'est le médecin qui définit le sain et le malsain, le bon et le mauvais, le bénin et le malin, le normal et le pathologique, le risque est que ce manque de connaissances et les représentations erronées qui en découlent deviennent la norme. Surtout qu'encore de nos jours, comme le soulève E. Catenacci, les patients âgés ou très âgés intériorisent les conceptions que les autres, et en particulier le corps médical, leur imposent plus ou moins inconsciemment (29).

Il paraît alors évident que le développement de formations sur ce sujet servirait à mettre à mal les fausses croyances sur la sexualité des aînés et à dédramatiser son abord lors des consultations de médecine générale. Ainsi nous devons repenser l'enseignement universitaire, et inclure la sexologie dans les programmes des études médicales, aussi bien dans le socle commun que dans celui du DES (diplôme d'études spécialisées) de médecine générale. Bien que certaines initiatives aient déjà vu le jour comme c'est le cas d'un enseignement dispensé par le DUMG de Toulouse s'intitulant « Violences conjugales et troubles de la sexualité ».

Surtout que l'enjeu de santé publique n'est pas vain. La prise en charge des dysfonctions sexuelles pourrait être à l'origine de nombreuses préventions primaires ou secondaires pour d'autres maladies. En effet, si la médecine générale prenait plus en compte les problématiques sexuelles dès leurs prémisses, il se peut, précisément chez les aînés, que l'on décèle plus précocement des pathologies cardio-vasculaires ou encore que nous obtenions une meilleure observance thérapeutique. Selon l'AIHUS (Association Inter Hospitalo Universitaire de Sexologie) réunie en 2005, et la seconde conférence de consensus de Princeton en 2006, les troubles de l'érection peuvent être considérés comme un facteur de risque cardio-vasculaire. De plus, la connaissance des troubles sexuels est un facteur majeur d'observance thérapeutique dans les maladies chroniques. Voici les conclusions d'un article américain repris

dans la revue Médecine sexuelle de janvier 2007 ; la plupart des hommes qui arrêtent un traitement au long cours le font car ils présentent des troubles de l'érection : 43% de ceux qui arrêtent un traitement antidiabétique, 87% pour les traitements antihypertenseurs et 54% pour les hypolipémifiants (42).

#### b) La coordination du réseau pour faciliter l'adressage

Le but du développement de la formation n'est pas que tous les médecins généralistes soient des experts en sexologie, mais plutôt qu'un regard plus aiguisé leur permette d'orienter aussi plus facilement leurs patients. Ce qui semblait effectivement être une réelle difficulté chez les médecins interrogés dans notre étude, aux vues des multiples interlocuteurs retrouvés et obstacles à adresser. Pourtant, dans l'étude de S. Godet, l'intérêt pour les troubles de la sexualité n'est pas aussi évident chez tous les spécialistes d'organe cible. Prenons comme exemple les gynécologues, qui ne se sentent concernés qu'à 36 %. De ce fait, il existe un manque de cohérence dans une discipline partagée par différents corps de métiers, ce qui explique que les médecins généralistes ne savent pas spécifiquement vers qui se tourner pour adresser leurs patients.

#### c) Pour la création d'une spécialité en médecine sexuelle

Les conclusions de l'étude de S. Godet nous apprennent que la majorité des praticiens apparaît favorable à la reconnaissance d'une spécialité et de cotations dédiées à la médecine sexuelle. Certains médecins interrogés nous ont aussi énoncé cette envie, dans le but d'améliorer la prise en charge. S. Godet évoque également la création d'une spécialité en médecine sexuelle, par le biais d'un DESC (diplôme d'études spécialisé secondaire), notamment ouvert aux généralistes, qui permettrait d'ouvrir de nouveaux horizons pour la sexologie médicale. La légitimité autoriserait alors peut-être l'ouverture d'une cotation dédiée aux consultations longues. L'instauration d'une cotation pourrait également ouvrir le débat sur le remboursement des thérapeutiques (39).

### **III. Les forces et les faiblesses de l'étude**

#### **A) Les forces de l'étude**

##### a) Choix de l'entretien semi-dirigé

La sexualité des patients âgés est un thème perçu comme intime. Nous avons pour objectif d'étudier l'abord de ce sujet au cours d'une consultation de médecine générale. Il nous a donc semblé pertinent de privilégier une technique de recueil de données respectant aussi l'intimité des sujets interrogés. Aussi nous avons choisi l'entretien semi-dirigé pour cette qualité d'accès vers le discours du médecin interrogé là où un focus groupe aurait pu bloquer

ou inhiber certaines confidences.

Cependant, le focus groupe offre une dynamique de groupe, non nécessairement inhibitrice. On peut par exemple imaginer une dédramatisation des impressions de lacunes ou d'incompétences. Le fait que chacun soit confronté aux mêmes difficultés peut justement favoriser la mise en commun de stratégies différentes, et stimuler les critiques positives ou négatives de chaque intervenant. Un autre éclairage aurait donc pu être donné par une méthode différente comme un focus groupe de médecins, dans une étude ultérieure.

#### b) Critères de validité interne

La validité interne consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité (43). Nous savons que l'analyse de type thématique implique une part subjective d'interprétation : la segmentation du texte en multiples catégories résulte d'un choix actif de notre part. Cette part de subjectivité offre une interprétation particulière de ce que les généralistes ont exprimé. Il s'agissait alors, pour limiter ce biais, d'apporter une fiabilité dans le codage thématique. Elle se retrouve à deux niveaux :

- fiabilité diachronique (44) : une révision des codages des différents entretiens a été réalisée au fur et à mesure,
- fiabilité synchronique (44) : une double lecture, avec deuxième codage, a été assurée (par l'étudiant et son directeur de thèse). Elle nous a rassuré par la proximité des résultats retrouvés.

Notons toutefois que malgré l'écoute audio de chaque entretien par le second analyste, une différenciation de ressentis des dires des médecins interviewés s'est parfois ressentie. En effet, l'intervieweur, présent pour recevoir le discours du médecin, pouvait également capter l'ambiance générale du moment, difficile à décrire, même par didascalie.

Par ailleurs, la fiabilité et la reproductibilité inter-entretien nous ont paru respectées.

Ainsi notre étude nous a paru répondre aux critères de validité interne dans la mesure où nos hypothèses de départ ont figuré dans les résultats, aux côtés de nouvelles hypothèses émergentes.

#### c) Critères de validité externe

La validité externe consiste à généraliser les observations recueillies à d'autres objets ou contextes. Pour se faire, l'échantillon utilisé doit être ciblé et représentatif de la problématique (43). Elle repose entre autre sur l'échantillonnage théorique qui suppose la saturation théorique (le fait qu'aucune donnée nouvelle ne ressorte du matériel-entretien ou observation) et une riche description du contexte et des sujets de la recherche (45).

Nous avons tenté de limiter ce biais en diversifiant les caractéristiques de notre échantillon de médecins interrogés lorsque nous avons commencé à avoir une certaine

répétition des propos d'un enquêté à l'autre.

## B) Les faiblesses de l'étude

### a) Biais de sélection

Nous avons expliqué dans la partie « méthodes » que le recrutement des médecins interviewés s'est fait de proche proche. Parfois, ils avaient été informés au préalable par ces mêmes proches que nous allions les contacter pour un entretien. Toutefois, aucun n'a été informé en amont du sujet précis de notre étude.

De plus, certains médecins généralistes sont des maîtres de stage universitaire, accueillant des internes de niveau I et II dans leur cabinet. Nous pouvons voir ici un autre biais en supposant que la pratique de médecins généralistes s'investissant dans la formation de leurs pairs peut être en quelques points différente de celle de leurs confrères.

### b) Biais de déperdition d'information

Cette recherche était la première expérience d'enquêtrice qualitative de la chercheuse ayant mené chaque entretien. Bien que la lecture de manuels sur les techniques de communication offre les connaissances théoriques quant à la conduite d'un entretien. Les mettre en œuvre « in vivo » a été un exercice hautement plus difficile. Trouver les relances adéquates quand l'interviewé ne parle plus, recentrer la discussion sur le sujet, rester spontanée et réactive à ce qui est dit pour rebondir ont été les principaux obstacles. Le dialogue a pu également être parasité par un arrêt de l'enregistrement pendant quelques minutes, à une ou deux reprises, suite à un appel téléphonique reçu par le médecin interrogé. Enfin, un problème de compréhension a été retrouvé lors d'un entretien avec un médecin d'origine étrangère, mettant à mal la fluidité de la discussion, par des demandes de répétitions des questions posées.

La retranscription des verbatims puis leur lecture a été parfois frustrante. On aimerait que l'interlocuteur approfondisse certaines idées mais malheureusement nous nous rendons compte que le chercheur peut lui faire, par des questions inappropriées à l'instant précis, prendre un autre chemin.

Notons également que notre étude était basée sur l'abord de la sexualité par les médecins généralistes avec leurs patients âgés. Quelques médecins interviewés ne semblaient pas à l'aise avec le sujet lors de l'entretien et parlaient davantage de la sexualité chez les adultes, nous devions recentrer assez souvent la discussion sur les aînés. Parfois c'était la non réponse, traduisant une absence totale d'expérience sur ce sujet qui pouvait mettre à mal l'entretien.

### c) Biais de désirabilité de l'information

Il arrive parfois au cours de l'entretien que le répondant ait tendance à être sur la défensive lorsque des questions risquent de nuire à l'image qu'il veut donner. C'est qu'il a le souci de se conformer aux stéréotypes sociaux, d'apparaître comme « normal », voire de se valoriser en donnant de lui une image flatteuse. Il faut alors établir un climat permissif pour montrer qu'on juge normal un comportement reconnu comme statistiquement marginal ou dévalorisant (46). Nous avons en effet retrouvé ce biais à plusieurs reprises, et nous doutons avoir réussi à ne pas influencer une réponse attendue du médecin. Soit car ce type de réponse n'avait encore jamais été évoqué, soit parce que nous percevions inconsciemment que ce médecin en particulier répondrait de telle ou telle façon.

Dans certains entretiens par exemple, il apparaissait que les médecins semblaient inquiets de « mal-faire », et demandaient à l'intervieweur son avis, ou encore ce que ses confrères avaient répondu à la même question. Dans ces cas là, il s'agissait d'essayer de mettre en confiance le médecin, et de lui assurer qu'il ne s'agissait pas d'une évaluation de sa pratique.

### d) Biais d'interaction

La conduite de l'entretien peut également s'avérer difficile quand s'installe un rapport hiérarchique plus que collaboratif. Ce qui était parfois le cas dans notre étude puisque les médecins interrogés connaissaient le statut d'interne de l'enquêteur qui les interrogeait. Pour limiter ce biais, nous aurions dû nous annoncer au médecin comme « chercheur », et ne pas stipuler que cette étude était une thèse.

Dès lors, le sujet de l'entretien pouvait passer au second plan, derrière cette asymétrie dans la relation entre l'intervieweur et l'interviewé. Les réponses lacunaires et le ton parfois péremptoire de certains indiquent que nous n'avons pas toujours pu dépasser ces facteurs relationnels qui parasitent l'échange.

## CONCLUSION

La sexualité des personnes âgées est encore aujourd'hui empreinte de multiples préjugés séculaires largement décrits et relayés par les médias. Alors que les médecins généralistes se disent à l'aise pour parler de ce sujet en consultation, et que les patients âgés sont en demande, ce sujet se fait rare dans les cabinets. Nous voulions rechercher dans quelle mesure cette tâche leur semble délicate et répertorier leurs difficultés, leur vécu, leurs ressentis face à la sexualité de leurs patients âgés.

La recherche qualitative est apparue comme la méthode de choix pour répondre à notre questionnement. Elle repose sur l'étude sémantique du discours de 12 médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées. Ils ont été sélectionnés selon des critères évoluant au cours de l'étude afin d'avoir les profils les plus variés possibles. Les données obtenues sont représentatives des médecins généralistes dans le contexte de la sexualité en France au début du XXIème siècle et ne sont pas à considérer comme universelles et a-culturelles.

Nous avons retrouvé, qu'en plus d'être un sujet rare, la sexualité n'est majoritairement pas un sujet initié par les médecins en consultation avec leurs patients âgés. Nous avons identifié des représentations en partie erronées qui subsistent et peuvent expliquer le frein à l'abord par les médecins généralistes. Parmi lesquelles : la sexualité des personnes âgées est perçue comme différente, elle déclinerait, elle disparaîtrait, elle serait platonique, excluant les rapports sexuels pénétrants, il n'y aurait plus de plaisir ni de désir chez les personnes âgées...

On comprend alors mieux qu'une sexualité imaginée par les médecins, comme vouée à disparaître, n'a pas besoin d'être évoquée dans un cabinet. Son abord peut donc paraître inutile, futile, ou même malsain, puisqu'il renverrait les personnes âgées à cette dure perte. Néanmoins, malgré ces représentations, la satisfaction sexuelle n'est pas annihilée par le vieillissement physiologique. Ainsi il nous faut en finir avec le mythe de l'asexualité des aînés. Même jusqu'au plus grand âge. La preuve nous a été fournie par les études statistiques qui montrent que les personnes âgées ont su s'adapter. Le rôle des médecins généralistes pourrait alors être de les accompagner dans cette évolution.

Surtout que nous avons retrouvé que l'intérêt de ce sujet est indiscutable pour les médecins généralistes. Dans une perspective d'amélioration de leur pratique professionnelle, ils réclament une formation dédiée. Tant dans leur cursus initial que continu. Certains ont également mentionné l'envie d'une meilleure coordination des soins sur ce sujet. Elle pourrait passer par la création d'une spécialité reconnue en médecine sexuelle ; afin de mieux identifier les correspondants auxquels ils pourraient adresser leur patient.

Une perspective de recherche serait d'aller recueillir les mêmes données, mais cette fois-ci du côté des patients âgés, pour mettre en évidence leurs propres représentations. Mettent-elles, elles aussi, des barrières, des freins à cet abord ? À la lumière de ces deux travaux nous pourrions mieux comprendre ce qui se joue dans la relation médecin-patient sur ce sujet intime et encore tabou.

  
**Dr Yves ROLLAND**  
Médecine Interne et Gériatrie Clinique  
Praticien 1 R. JONCQ - C.I.L.U. TOULOUSE  
TEL. 05 61 77 74 65  
Eglise LAURENT-CASSIARDIT  
170 Avenue de Cassiardi  
31000 TOULOUSE Cedex

Toulouse le 23.01.15

  
Vu permis d'imprimer  
Faculté de Médecine  
Toulouse-Rangueil  
Le Doyen.  
E. SERRANO

## BIBLIOGRAPHIE

1. Robert-Bobée I. Projections de population 2005-2050 : vieillissement de la population en France métropolitaine. *Econ Stat.* 2007;408(1):95-112.
2. Robine J-M, Cambois E. Les espérances de vie en bonne santé des Européens. *Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques. Popul Sociétés.* 2013;(499).
3. Brecher EM. Love, sex, and aging: A Consumers Union report. Mt. Vernon, N.Y: Consumers Union; 1984. 441 p.
4. Spira A., Bajos N. ACSF Les comportements sexuels en France. Paris: la Documentation française; 1993.
5. Bretschneider JG, McCoy NL. Sexual interest and behavior in healthy 80- to 102-year-olds. *Arch Sex Behav.* avr 1988;17(2):109-29.
6. Newman G, Nichols C R. Sexual activities and attitudes in older persons. *J Am Med Assoc.* 7 mai 1960;173:33-5.
7. Mulligan T, Palguta RF Jr. Sexual interest, activity, and satisfaction among male nursing home residents. *Arch Sex Behav.* avr 1991;20(2):199-204.
8. Ribes G, Cour F. La sexualité du couple âgé : état des lieux, prise en charge. *Prog En Urol.* juill 2013;23(9):752-60.
9. Smith LJ, Mulhall JP, Deveci S, Monaghan N, Reid MC. Sex after seventy: a pilot study of sexual function in older persons. *J Sex Med.* sept 2007;4(5):1247-53.
10. Hinchliff S, Gott M. Seeking medical help for sexual concerns in mid- and later life: a review of the literature. *J Sex Res.* mars 2011;48(2-3):106-17.
11. Albou P. L'image des personnes âgées à travers l'histoire. édition Glyphe. 2008.
12. Butler J. Bodies that matter: on the discursive limits of « sex ». Abingdon (UK): Routledge; 1993. Traduction française par C. Nordmann : Ces corps qui comptent ; de la matérialité et des limites discursives du « sexe ». Paris: Éditions Amsterdam; 2009.
13. Mairesse S. Qu'en est-il de la sexualité des personnes âgées en institution ? DU gérontologie- Université du Sud Toulon Var; 2007.
14. Faragou Voisin C. Sexualité en médecine générale: enquête auprès de 191 médecins généralistes en Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2008.
15. Sundquist K, Yee L. Sexuality and body image after cancer. *Aust Fam Physician.* févr 2003;32(1-2):19-23.
16. Temple-Smith M, Hammond J, Pyett P, Presswell N. Barriers to sexual history taking in

- general practice. *Aust Fam Physician*. sept 1996;25(9 Suppl 2):S71-4.
17. Humphery S, Nazareth I. GPs' views on their management of sexual dysfunction. *Fam Pract*. oct 2001;18(5):516-8.
  18. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. « Opening a can of worms »: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract*. oct 2004;21(5):528-36.
  19. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84(19):142-5.
  20. Miller W., Rollnick S. L'entretien motivationnel. Aide la personne à engager le changement. InterEdition-Dunod. Paris; 2006.
  21. Sauvayre R. Les méthodes de l'entretien en sciences sociales. Paris: Dunod; 2013. 156 p.
  22. Santiago Delafosse M, Rouon G et coll. Les méthodes qualitatives en psychologie. Dunod. Paris; 2001. 221 p.
  23. Gauthier B et al. Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données. Presse de l'université du Québec, 4ème édition. Québec; 2003. 619 p.
  24. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinesither Rev*. 2014;15(157):50-4.
  25. Oriol S. Abord de la sexualité en consultation de médecine générale: méthodes, expériences et représentations utilisées par les médecins [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2009.
  26. Debay A. Hygiène et physiologie du mariage : histoire naturelle et médicale de l'homme et de la femme mariés, dans ses plus curieux détails, hygiène spéciale de la femme enceinte et du nouveau-né. 29ème édition. Paris: E. Dentu; 1862.
  27. Trivalle C. Sexualité du sujet âgé - Littérature et sexualité des personnes âgées. *NPG*. 2006;6(31):7-9.
  28. Meuris S. La sexualité de la personne âgée. Elderly people's sexuality. *Rev Med Brux*. 2007;28:356-8.
  29. Catenacci É. Le médecin, le vieillard et la sexualité. Sexualité, handicaps et vieillissement. ERES « Pratiques du champ social »; 2011. p. 207-19.
  30. Wunsch S. Comprendre les origines de la sexualité humaine - Neurosciences - ethologie - anthropologie. Le Bouscat: Esprit du temps; 2014. 250 p.
  31. Fojcik I. La sexualité de nos aînés : persistance des tabous et croyances. *Ethique Santé*. 17 févr 2008;2(3):159-61.
  32. Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. *Singul Généralistes Sociol Médecins Généralistes Press EHESP*. 18 févr 2010;147-67.

33. Bergström-Walan M, Nielsen HH. Sexual expression among 60–80-year-old men and women: A sample from stockholm, sweden. *J Sex Res.* 1 mai 1990;27(2):289-95.
34. Trudel G, Goldfarb MR. L'effet de l'âge sur le répertoire et le plaisir sexuel. *Sexologies.* oct 2006;15(4):266-72.
35. Bajos N, Bozon M, Godelier M. Enquête sur la sexualité en France. Paris: La Découverte; 2008. 609 p.
36. WONCA Europe, Société Européenne de Médecine générale - médecine de famille. Définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généralistes – médecin de famille. 2002.
37. Cariou E. Les seniors sont sexy : Tant qu'il y a de la vie, il y a de l'amour. Paris: François Bourin Editeur; 2012. 144 p.
38. Simon J., Gondonneau, L., Mironer, A.-M. Dourlen-, Rollier. Rapport sur le comportement sexuel des français ou Rapport Simon. éditions Julliard; 1970.
39. Godet S. Prise en charge médicale des dysfonctions sexuelles, quelle place pour une spécialité de médecine en santé sexuelle ? *Sexologies.* avr 2013;22(2):56-64.
40. Barais M. Ejaculation prématurée: stratégies pour aborder le sujet en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2009.
41. Tsimtsiou Z, Hatzimouratidis K, Nakopoulou E, Kyra E, Salpigidis G, Hatzichristou D. Predictors of physicians' involvement in addressing sexual health issues. *J Sex Med.* juill 2006;3(4):583-8.
42. Lowentritt B, Sklar G. The effects of erectile dysfunction on patient medication compliance. 2004;(171-231).
43. Oude-Engberink A., Lognos B., Clary B., David M., Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exercer.* 2013;105:4-11.
44. Roussel P, Wacheux F, Collectif. Management des ressources humaines : Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales. Bruxelles, Belgique: De Boeck; 2005. 440 p.
45. Gohier C. De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Rech Qual.* 2004;Vol. 24:pp. 3-17.
46. Berthier N. Les techniques d'enquête en sciences sociale : méthodes et exercices corrigées. Armand Colin, 4ème édition. 2010. 352 p.

## ANNEXES

Toutes les données sources sont disponibles intégralement sur demande à cette adresse  
mail : c\_leila79@hotmail.com

### I. Annexe 1 : Formulaire de consentement

#### **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

Je soussigné(e), Dr ....., donne mon consentement à  
Leïla Cousseau, interne de médecine générale de l'université Paul Sabatier de  
Toulouse, pour l'enregistrement audio de notre entretien pour ses travaux de  
recherche de thèse qualitative.

Elle pourra conserver, retranscrire puis analyser les données recueillies par notre  
entretien, toujours de manière anonyme ; afin de faire avancer son étude.

Fait le,

Signature,

Leïla Cousseau  
Interne Médecine générale  
Université Paul Sabatier - Toulouse  
06 47 12 25 35  
c\_leila79@hotmail.com

## II. Annexe 2 : Formulaire d'information adressé aux médecins

### **FORMULAIRE D'INFORMATION**

Chère consœur, cher confrère,

Actuellement en fin d'étude de médecine générale, je réalise mon travail de thèse sur l'abord de la sexualité avec les patients âgés en médecine générale. Ce sujet de thèse, validé par le DUMG de l'université Paul Sabatier de Toulouse, est dirigé par les Dr André Corman et Anne Freyens.

La méthode de recherche qualitative choisie pour cette étude nécessite la réalisation d'entretiens semi-dirigés avec des médecins généralistes du Midi-Pyrénées.

Les entretiens durent entre 20 minutes et 1 heure et sont réalisés, à la convenance du médecin à son cabinet ou à son domicile.

Ces entretiens seront enregistrés, retranscrits puis analysés. Ils sont rendus anonymes pour assurer la confidentialité des informations données par les médecins généralistes ayant la gentillesse de participer à ce travail de thèse.

Je vous ai contacté afin de nous entretenir sur ce sujet et je vous remercie dès lors de l'attention que vous y avez portée.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement ou toute question concernant mon travail de recherche aux coordonnées mentionnées ci-dessous.

Je vous joins la fiche de consentement stipulant l'anonymat des données.

Je vous prie d'agréer, chère consœur, cher confrère, l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Leïla Cousseau  
Interne Médecine générale  
Université Paul Sabatier - Toulouse  
06 47 12 25 35  
c\_leila79@hotmail.com

### III. Annexe 3 : Fiche d'information administrative

#### **FICHE INFORMATIVE**

**Initiale nom :** .....

**Âge :** .....

**Sexe :** féminin  masculin

**Situation familiale :** célibataire  marié  pacsé  ne se prononce pas

**Enfant(s) :** oui  non  ne se prononce pas

**Orientation sexuelle :** hétérosexuel  homosexuel  bisexuel  ne se prononce pas

**Croyant :** oui  non  ne se prononce pas

**Pratiquant :** oui  non  ne se prononce pas

Informations professionnelles :

**Années d'exercice :** .....

**Situation géographique :** rural  semi-rural  urbain

**Mode d'activité présent :** cabinet seul  cabinet en groupe  centre de santé   
maison médicale pluridisciplinaire  temps hospitalier

**Spécificité médicale (DU, DESC...) :** .....

**Liens universitaires :** maître de stage  enseignant DUMG

## IV. Annexe 4 : Guide d'entretien initial

### GUIDE D'ENTRETIEN

*Les médecins traitant parlent-ils de sexualité avec leurs patients âgés ?*

- I) Pouvez-vous me raconter comment vous parlez de sexualité avec vos patients âgés ?
  - a. Comment ces discussions se mettent-elles en place ?
  - b. Comment vous-sentez vous en l'abordant, quels sont vos émotions ressenties quand vous en parlez, de quelle façon cela retentit en vous ?
  - c. Avez-vous des outils pour l'aborder ?
  - d. Quelle est votre disponibilité à en parler ?
  - e. Quelles sont vos difficultés à aborder ce sujet ?
  
- II) Dans quelles circonstances en parlez-vous ?
  - a. Lors de quels motifs de consultations en parlez-vous ?
  - b. En parlez-vous sans motif particulier ?
  - c. Abordez-vous ce sujet de votre propre chef ou en réponse à une demande ?
  - d. Qu'attendez-vous de votre patient concernant l'abord de sa sexualité ?
  
- III) Quelles sont vos représentations de la sexualité des personnes âgées ?
  - a. Qu'est-ce que la sexualité de vos patients âgés vous évoque ?
  - b. Comment l'abord de la sexualité de vos patients âgés fait résonance à votre propre sexualité ?
  - c. Quelle place accordez-vous à la conjugalité dans l'abord de la question sexuelle ?
  - d. Dans quelle mesure pensez-vous que l'abord de ce sujet serait bénéfique à vos patients âgés ? En terme de prévention, d'éducation, d'observance, de soin ?
  
- IV) Comment réglez-vous les problèmes concernant la sexualité de vos patients âgés ?
  - a. Comment trouvez-vous vos interlocuteurs ?
  - b. Comment abordez-vous avec votre patient le fait que vous l'adressez à un confrère pour son problème lié à la sexualité et comment le vivez-vous ?
  
- V) Qu'est-ce qui pourrait améliorer selon vous votre prise en charge de la sexualité de vos patients âgés ?
  - a. Comment pourrait-on faciliter la communication sur ce sujet ?
  - b. Quelles sont vos attentes, vos demandes par rapport à ce sujet ?

S'assurer en fin d'entretien que nous avons bien concerné l'interviewé :  
âge, années d'exercice, exercice seul ou en cabinet, situation familiale, religion

## V. Annexe 5 : Guide d'entretien final

### GUIDE D'ENTRETIEN

#### *Comment les médecins généralistes abordent-ils la sexualité avec leurs patients âgés ?*

**Introduction :** Rappeler anonymat, se présenter en tant que chercheuse, question brise glace qui nous permet d'avoir quelques informations sur le talon sociologique de l'interviewé et le mettre à l'aise. Exemple : « vous exercez dans cette région depuis longtemps ? »

- VI) Pouvez-vous m'expliquez comment vous parlez de sexualité avec vos patients âgés ?
  - a. Comment ces discussions se mettent-elles en place ? comment cela se passe-t-il en pratique ?
  - b. Comment vivez-vous ce genre de discussions en consultation ?
  - c. Ressentez-vous des difficultés ou des facilités à aborder ce sujet ?
  
- VII) Dans quelles circonstances en parlez-vous ?
  - a. Lors de quels motifs de consultations en parlez-vous ? En parlez-vous sans motif particulier ?
  - b. Abordez-vous ce sujet de votre propre chef ou en réponse à une demande ?
  - c. Utilisez-vous des outils pour aborder le sujet ?
  - d. Pouvez-vous me racontez les moments particuliers où vous en parlez ?
  - e. Quelle est selon vous la place du genre du médecin et du patient dans l'abord de ce sujet ?
  
- VIII) Selon vous, quel serait l'intérêt d'aborder ce genre de sujet avec vos patients âgés ?
  
- IX) Comment avez-vous mis en place votre réseau pour résoudre les questions de sexualité chez vos patients âgés ?
  
- X) Qu'est-ce qui pourrait améliorer selon vous l'abord de la sexualité chez vos patients âgés ?
  - a. Comment pourrait-on faciliter la communication sur ce sujet? Quelles sont vos suggestions pour améliorer cet abord ?
  - b. Quelles sont vos attentes, vos demandes, vos besoins par rapport à ce sujet ?
  - c. Que pensez-vous personnellement de votre formation à ce sujet ? initiale et continue ?

S'assurer en fin d'entretien que nous avons bien concernant l'interviewé : âge, années d'exercice, exercice seul ou en cabinet, situation familiale, religion, orientation sexuelle, signature accord enregistrement et anonymat.

## **VI. Annexe 6 : Verbatim de l'entretien 1**

### **ENTRETIEN n°1** : (33 minutes 52 secondes)

I : Si vous voulez bien, voilà on peut commencer.

E1 : On y va, allez !

I : Donc en fait la question globale c'est : comment les médecins généralistes abordent-ils la sexualité avec leurs patients âgés ? Voilà.

E1 : Ah j'avais pas entendu au téléphone, j'avais pas entendu que c'était sur la sexualité.

I : Donc comment vous pouvez m'expliquer comment vous parlez de sexualité avec vos patients âgés ?

E1 : Beh difficilement, et beh en plus c'est justement c'est une question que je me suis posée récemment, par rapport à ça, euh, quasiment, j'en parle, alors, c'est quoi les patients, les personnes âgées, les patients âgés pour vous ?

I : On commence à plus de 60 ans, les « seniors » sont caractérisés en général à plus de 60 ans maintenant, donc c'est vrai que c'est vaste.

E1 : Ah oui, c'est pas très âgé quand même, d'accord. Moi j'en parle rarement spontanément.

I : Spontanément jamais ?

E1 : Quasiment.

I : Ok.

E1 : Je me rends compte, euh, faut qu'y ait un motif de consultation, qui soit dans, dans ce thème là pour qu'éventuellement ça soit moi qui pose la question, ou sur un suivi de diabète, mais j'ai pas beaucoup de diabétiques. Mais sinon, c'est vrai que j'en parle, euh, assez peu de la sexualité spontanément, aux, aux patients, sauf voilà, si c'est un symptôme pour la, pour un diagnostic de dépression (silence).

I : Et en général, elles se mettent comment en place, ce style de discussions ?

E1 : C'est-à-dire ?

I : Euh beh comment vous amenez à en parler quand vous en parlez ?

E1 : Beh le, euh, quand, si c'est une demande de la part du patient, on l'aborde pas mal par le biais de la demande des troubles de l'érection chez l'homme. Euh, chez la femme, éventuellement, sur la consultation gynéco, mais alors, moi j'ai une patientèle très jeune, donc j'ai pas énormément de patients âgés, donc dans, chez la femme, les femmes que je suis en gynéco, il n'y en a pas beaucoup plus qui ont plus de 60 ans, donc j'ai rarement l'occasion, euh, ou alors, les patientes que je suis pour autre chose, et qui à un moment donné ont un

problème gynéco, on va poser la question surtout de la douleur au moment des rapports sexuels. Après sur certains types de médicaments, éventuellement, de ceux qu'on des effets secondaires, mais, mais c'est assez rare effectivement.

I : Et du coup, par rapport aux effets secondaires, plus à la demande du patient ou vous, vous l'abordez en sachant qu'il y a des effets indésirables ?

E1 : Rarement, très rarement.

I : Donc si je reprends bien, vous en parlez quand même lors de certaines pathologies dont vous, vous savez qui vont impacter sur la sexualité comme ce que vous me disiez par rapport à la ménopause...

E1 : Oui, la dépression, la ménopause.

I : Voilà, ou alors, vous attendez que le patient vous pose la question de lui-même. Ça arrive assez fréquemment ?

E1 : Mmm assez régulièrement, mais fréquemment, je ne dirais pas, parce que après, une fois que ça a été abordé, assez souvent, euh, ça bifurque sur une prescription médicamenteuse et on ré-aborde pas la question. C'est, « vous pouvez me renouveler mon Viagra » et voilà. Donc y'a plus, les, c'est vrai que les, voilà, la discussion elle est abordée une première fois au moment de la, éventuellement, de la demande de thérapeutique ou en tous cas de prise en charge et puis assez peu après.

I : Et puis finalement après ça se fait comme un renouvellement et le patient lui-même n'a, ne vous réenclenche pas sur...

E1 : Alors moi je le fais dans ces cas là, pour certains patients, pour savoir beh si le traitement est efficace, et puis comment il s'en sert, et puis effectivement s'il ne le demande qu'une fois par an, est-ce que voilà, est-ce que, euhh, donc je peux, là je peux poser la question, « vous m'avez pas demandé de Viagra depuis longtemps, euh, comment ça se, est-ce que c'est parce que ça va mieux, comment ça se passe », et puis là bon... Après les gens ils répondent, euh, 'fin, soit ils creusent le sujet, soit ils passent vite. Mais ceci dit je pense que moi je le, je l'aborde pas suffisamment.

I : Ouais donc vous faites le geste là (balaie de la main) mais en fait, souvent c'est parce qu'ils aiment bien quand même, que vous leur donniez la prescription sans forcément rentrer dans les détails ?

E1 : Oui aussi.

I : Et en général c'est des patients que vous connaissez bien ou qui viennent vous voir euh alors que ce n'est pas forcément votre patient ?

E1 : Nan c'est des patients que je connais. Dans cette tranche d'âge là oui, euh oui. Chez

les plus jeunes j'en voyais beaucoup plus quand j'étais remplaçante.

I : Et selon vous c'est parce que c'est plus facile pour eux ?

E1 : Pour les patients âgés ?

I : Oui en tout cas que ça soit des patients qui vous connaissent bien ?

E1 : Je sais pas si c'est plus, je ne suis pas sûre que ça soit plus facile, je ne pense pas que ça soit plus facile, après voilà c'est, je suis leur médecin, alors ils ne pensent pas forcément à aller en parler à quelqu'un d'autre, après peut-être qu'ils y en a qui le font, et je ne le sais pas, mais je ne suis pas sûre que, ce soit, ça dépend, en fait ça dépend de leur relation, plus de leur relation à eux, à la sexualité et à la parole autour de ça que de ma position à moi, parce que je ne suis pas sûre que je mette forcément les gens à l'aise sur ce thème là.

I : Vous ressentez des difficultés vous personnellement à l'aborder ? Qu'est-ce que, ça vous amène quoi comme ressentis en fait de parler de sexualité ?

E1 : Je ne me sens pas suffisamment formée, j'ai peur de ne pas savoir mener un entretien de façon pertinente, du coup c'est vrai que, spontanément je, euh, c'est pour ça que j'y vais pas non plus tellement, euh, et oui, c'est ça, et je ne me sens pas suffisamment, euh, ni formée à la éventuelle réponse à donner, même ni formée à la réalité de la sexualité des seniors, en terme, je sais pas, de, je sais pas si y'a des études, j'ai l'impression de pas avoir beaucoup de billes là-dessus. Donc après du coup c'est un peu, même si, effectivement, on va toujours chercher à rassurer les gens, à dire que y'a pas de sexualité normée dans laquelle il faut forcément rentrer, en terme de ressentis, de fréquence... Mais en même temps, j'ai l'impression de manquer de

repères pour justement plus accompagner ce questionnement.

I : Ouais. Et quand ça arrive, ce style de conversations, de discussions, vous le vivez comment ?

E1 : Alors ça dépend (rire), parce que la dernière fois que ça s'est passé je l'ai très très mal vécu, mais c'est parce que je la connaissais la personne, et que je, je pense que j'ai projeté un nombre de choses beaucoup plus large que la consultation en elle-même.

I : Et vous pouvez me décrire un petit peu la consultation, c'est difficile...

E1 : Si si je peux vous décrire, mais pour le coup c'était assez particulier, parce que c'est un patient que je n'ai pas depuis très longtemps, qu'est arrivé au cabinet parce que je le connais par ailleurs, parce que c'est le prof de guitare de ma fille. Euh... et que il cherchait un médecin, et que finalement il est arrivé là, déjà au départ, j'étais un peu embêtée de me retrouver dans la situation où, à la fois, il était lui, le prof de ma fille, donc j'avais des relations presque de salarié, pas de salarié mais bon, de, d'employeur entre guillemets, et puis sur un terrain, voilà, artistique, du loisir, et puis de me retrouver, voilà, aussi dans un, dans

une autre relation qu'une relation professionnelle. Donc il est venu lui avec sa femme, et puis bon finalement, en fait euh, ça s'est bien passé, jusqu'à ce qu'il aborde, effectivement, ce, ce thème là, ou je me suis, j'ai eu, j'ai eu du mal à me positionner juste dans le terrain professionnel, euh... Mais dans le cadre de cette relation particulière, c'est parce que, euh, je me posais par ailleurs des questions, sur, sur, euh, sur la raison pour laquelle il était venu vers moi en tant que médecin traitant, euh, et que ça réactivait un peu, ce, ces questionnements là (silence).

I : Et vous pensiez qu'il était venu pour quoi ?

E1 : Alors, je n'en sais rien, mais à un moment je m'étais posée la question de, d'un truc de drague, vraiment. Et c'est pour ça que du coup, d'une approche un peu comme ça, en rapport avec, euh, d'autres choses que j'avais pu entendre sur la personne par ailleurs, sur, euh, peut être des films que je m'étais fait... mais du coup y'avait, y'a toujours eu, un peu en arrière plan, ce doute, qui finalement, que j'avais fini par balayer parce que, parce que finalement dans la relation thérapeutique, c'était comme dans toute autre relation thérapeutique. Et quand ça c'est venu sur le terrain, ça m'a, ça a réveillé ce truc là, en me disant, ohlala pourquoi il vient m'en parler, en fait, pourquoi pas, 'fin, mais du coup, j'étais hyper mal à l'aise à cause de ça parce que je me pos..., je me demandais si ce qui y'avait derrière, en fait, ce, voilà ce, cette entrée en matière sur ce, sur ce sujet là... Après je l'ai revu et on a réussi à en reparler, et..., et voilà, je me suis dit que finalement je m'étais peut-être fait des films, mais, en tout cas il y a toujours, cette espèce d'interrogation, qui rendait cette consultation, particulièrement là, euuh, assez, parti', assez particulière, mais, en même temps qui exacerbe aussi une difficulté sans doute par ailleurs par rapport à ça.

I : Et la présence d'un tiers lors de cette consultation, parce que si j'ai bien compris, c'était une demande de sa part à lui, euh, qu'il venait en couple...

E1 : Non non, je vous dit, en fait quand ils ont changé de médecin, ils ont changé tous les deux et je les suis tous les deux mais je les ai jamais vu ensemble, ils n'étaient pas venus ensemble

I : Ah ok, et sinon ça vous est déjà arrivé...

E1 : C'est ce que j'étais en train de me demander, euuuuuuuuh.... Récemment j'ai eu une patiente qui s'est plaint, effectivement, de ça, enfin de, euh, en présence de son, effectivement de son mari, euh, mais y'avait pas, 'fin, ça faisait parti d'un élément qu'elle m'apportait, au milieu de beaucoup d'autres questionnements qu'elle avait sur, par rapport à son mari. Mais c'est vrai qu'à deux ou trois reprises elle l'a re-signalé.

I : Ok.

E1 : Sinon, c'est quand même plutôt quand, non, dans une situation, de duel, quoi...

I : Et lors de cette consultation il s'est passé quoi précisément ?

E2 : En fait, alors là c'était une patiente qui venait avec euh, dont je suis le mari, qui a, euh, c'est un patient coronarien, euh, euuh, qui a fait un AVC, qu'était passé inaperçu, alors, euh, histoire un peu à rebondissement, on a découvert qu'il avait fait un AVC, parce qu'on, on cherchait, euh, sur un bilan de surdité. Donc il est venu parce qu'il avait un bouchon de cérumen. J'ai pas réussis à lui enlever le bouchon, je l'ai envoyé chez l'ORL. L'ORL a enlevé le bouchon mais en même temps a fait un audiogramme, et il s'est aperçu qu'y'avait un déficit auditif, qu'au départ moi j'aurais juste pris la cause pour un bouchon. Du coup il a fait faire un IRM, et l'IRM a montré qu'il avait fait un AVC cérébelleux et de là, on est remonté tout un fil pour se rendre compte qu'il avait des facteurs de risque cardio-vasculaire majeurs, euh, qu'il avait une coro qui était pathologique, qu'il avait, quoi également... et donc depuis je le suis pour son renouvellement de traitement coronarien, et là, sa femme vient, pour l'accompagner, et me dit, écoutez, cette, je viens parce que je ne reconnais plus mon mari, je trouve qu'il a changé, euh, alors c'est que c'était, euh, le patient pour lequel on était, pour le médecin c'est pratique, c'est des consultations qui vont très vite, tout va toujours très bien, quand on lui pose des questions, c'est des réponses monosyllabiques. J'essaie quand même de creuser de temps en temps mais bon parfois quand on est pressé on trouve ça toujours très, très agréable. Sauf, que, évidemment c'est jamais complètement anodin (rires). Et donc elle était venue en me disant, moi je ne le reconnais plus, il ne me parle plus, il a l'air complètement absent, elle était assez inquiète sur un trouble neurologique débutant, et parmi les symptômes qu'elle décrivait, elle disait, en plus, on ne fait plus l'amour,  a elle l'a dit à plusieurs reprises, après elle lui tendait des perches, « c'est pour me montrer que c'est parce que tu m'aimes plus », donc on était dans une, là je servais de tiers, à la fois pour euh, sur un problème médical parce qu'effectivement, ce qu'elle disait c'était, on voyait bien que le monsieur il n'était plus dans la vie comme il devrait l'être. Alors est-ce que c'était pour une question psychologique ou de sentiments entre eux, auquel cas moi je n'étais pas tellement, (rire), je pouvais être juste la personne qui pouvait leur permettre d'en parler, mais je n'avais pas de directives à donner, ou alors effectivement si on partait sur quelque chose...

I : Du coup j'ai l'impression quand même que vous avez quand même des motifs de consultations assez variés qui abordent la sexualité chez les personnes âgées ?

E1 : Ouais 'fin, là, ça c'est quand même, c'est un cas un peu particulier, après effectivement, y'a des demandes des patients qui ont, qui disent, bon beh  a marche plus comme avant, euuh, bon après là j'ai, mais c'est pas plus de 60 ans, un monsieur plus jeune qui lui, pour une absence de désir, c'est plus compliqué je trouve.  a l'a beaucoup questionné.

I : Et donc sans motifs particuliers par contre, vous n'en parlez pas ?

E1 : Nan...mmh. Nan, parce que, mais ça je pense que, pour le coup c'est, euh, euuhhh, fin ça je pense que tous les thèmes ont euh, en effet ils sont fonction aussi de nous mais là dans ce domaine-là, j'ai peur d'être intrusive en fait.

I : Ok, et par contre quand vous pensez, quand vous percevez que c'est important d'en

parler, vous avez des outils, vous arrivez à facilement tendre des perches ?

E1 : Mmmmh, nan, j'ai pas tellement d'outils, et euuh, et effectivement c'est plus sur le, c'est pas très explicite forcément. C'est plus, pas sur le non-dit, mais en voyant qu'est-ce qu'ils comprennent d'une formulation qui peut être pas très, pas forcément très équivoque, pour voir, pour laisser un peu ouvert et voir, jusqu'où ça va et après... Nan j'ai pas tellement d'outils.

I : Et eux quand ils viennent vous en parler, est-ce que c'est plutôt euh, des consultations de poignées de porte, ou est-ce que vous ressentez que les gens arrivent facilement, est-ce que c'est facile pour eux ?

E1 : Nan c'est pas des consultations de poignées de porte, mmh, après je pense que, euh, on n'en entend pas les trois quarts de ces plaintes là, 'fin, on la décèle pas. C'est-à-dire que les gens qui en parlent c'est soit des gens pour qui y'a eu un changement tel qu'ils ont besoin d'avoir, soit une explication soit un remède entres guillemets, soit des gens pour qui c'est pas anodin de venir parler de leur sexualité à leur médecin, euhh, femme. Y'en a un autre, si je pouvais lui faire son injection intra-caverneuse dans le cabinet, (rire), ça lui aurait pas déplu. Soit c'est des gens pour qui ça fait, c'est une des fonctions, beh, c'est quelque chose d'assez naturel donc on en parle comme on parlerait d'autre chose, mais du coup, beh pour eux, voilà, c'est pas, ça a pas besoin d'être sur la poignée de porte. Après je pense que tous ceux pour qui c'est difficile, ils l'abordent pas.

I : Ouais, ok, et du coup ce que vous disiez là, qu'une fois un homme vous avait demandé des injections intra-caverneuses, vous avez l'impression que ce lien patient homme ou femme et médecin homme ou femme, ça peut potentiellement faciliter ou rendre plus difficile justement, par exemple l'abord en étant femme avec les femmes, ou en étant homme avec les hommes ou inversement ?

E1 : Je crois pas que ça soit une question de genre, de sexe, mais plus une question de ce que ça nous renvoie en tant qu'individu, 'fin, je veux dire qu'en tant que femme je peux me sentir à l'aise ou pas à l'aise avec certaines femmes, en fonction de ce qu'elles sont elles à l'aise ou pas à l'aise avec certains hommes en fonction de ce qu'ils, pas de ce qu'ils sont mais de la relation qu'on a. C'est plus lié, alors, qui est, qui est forcément genrée la relation, la relation elle l'est forcément. Mais euh, mais c'est pas du systématique du coup, 'fin c'est, c'est pas avec tous les hommes, ça sera comme ci et avec les femmes ça sera comme ça. C'est que avec les femmes pour avoir les, les euh... moi je fais beaucoup d'IVG médicamenteuse donc j'ai pour le coup, une discussion autour de la sexualité avec des femmes plus jeunes, et c'est là, là on est un peu obligé de rentrer dans le vif du sujet, et là c'est très net, y'a des jeunes femmes avec qui c'est très facile parce qu'elles sont très libres par rapport à ça, euh, et, alors que je sois une femme ou pas, je ne sais pas si ça change quelque chose mais en tout cas, c'est leur relation au sexe, à la sexualité, à elles, qui rend que c'est, qui rend la chose assez facile et parce que, 'fin j'espère que je l'écoute d'une façon qui est adaptée et avec

d'autres femmes on va être dans la pudeur, dans la retenue et moi je ne vais pas aller les chercher là-dessus. Et pour les hommes, c'est différent, ça dépend aussi bien de, de là, de l'intensité de la relation de séduction qu'il y a dans notre relation thérapeutique, que euh, qui est différente selon chaque médecin, mais je sais que pour ma part c'est quelque chose qu'est pas négligeable. Parce que euh, je sais que moi je peux jouer là-dessus et que les patients peuvent aussi jouer là-dessus et que je peux être réceptive à ça.

I : Et en quoi vous pouvez jouer là-dessus ?

E1 : Beh, euh, en étant moins, euh, en le prenant un peu de, sur le mode taquin, euh, beh c'est-à-dire que, euh, en acceptant d'en rire, d'en sourire, en acceptant aussi qu'y est des, qu'y est du sous-entendu, sans forcément être hyper, voilà, carré et brut, dans le, dans la désignation de, des choses.

I : Donc ça faciliterait la conversation finalement ?

E1 : Je ne sais pas si ça la facilite ou pas, c'est ma façon à moi de, (rire), de le, de le, de le vivre, parce que, en fonction de la relation que j'ai avec le, le patient. Mais c'est vrai que c'est des relations, c'est des consultations sur lesquelles je vais beaucoup plus sourire, je vais beaucoup plus parler, euh, lentement, ou rapproché, 'fin ou être un peu plus comme ça pour dire aux gens que je sais que c'est pas forcément facile d'aborder ça, je sais que, que euh, parce que souvent ça commence comme ça : « je ne sais pas comment vous le dire Docteur », 'fin, ils, on retrouve souvent cette phrase là, donc, pour ne pas être, beh alors allez-y (croise les bras et se met en retrait), mais d'être, d'être plutôt, voilà dans une écoute plus empathique et du coup, euh, plus euh, euuh, soit souriante, soit, plus proche. Du coup ça peut aussi être interprété comme euh, voilà, une façon, plus sécurisante. Mais du coup, je, 'fin par contre c'est évident que c'est très lié à, 'fin je pense que c'est très lié au médecin, quand même la façon d'aborder ça.

I : Et selon vous, euh, quel serait l'intérêt d'aborder ce genre de sujet avec vos patients âgés ?

E1 : Aheuh, beh, je pense que de la même façon que moi je ne me sens pas très informée, je pense qu'ils ne le sont pas non plus beaucoup, surtout pour certains, et que je pense que ça serait intéressant, euh, pour ceux pour qui y'a, y pourrait y avoir une demande ou des interrogations sur ce sujet, de poser des questions, soit pour les rassurer, soit pour les, euh, leur dire aussi que oui ça peut être important, que dans leur relation de couple ça peut jouer aussi... Et puis parce que je pense aussi qu'il y'a sans doute du dépistage à faire aussi chez les sujets âgés, 'fin âgés, 60 ans c'est pas âgé, sur d'éventuelles maltraitements. C'est vrai que de la, 'fin, aussi, même plus jeune, mais chez des, y'a, y'a sûrement aussi des choses à aborder.

I : Donc plus sur un plan psychologique finalement ?

E1 : Mmm...

I : Ok, et du coup vous me disiez que des fois c'était un peu difficile pour vous d'aborder ces questions là mais est-ce que vous avez réussi à mettre en place un réseau si vous aviez des questions sexuelles que vous n'arriviez pas à régler ?

E1 : Alors c'est non, justement pour mon monsieur là qui me disait avoir des troubles de la libido, euh, je, on est un peu, euh, ici, sur la région Xxxxx c'est pas très évident, avant j'avais une correspondante sexologue qui a pris sa retraite et du coup on se rabat un peu sur un seul nom, et on n'est pas, y se trouve que c'est, que c'est un peu difficile quand on a ce genre de problématique de savoir à qui adresser.

I : Et c'était une correspondante sexologue, médecin, spécialiste ?

E1 : Psychologue.

I : Ok, et ce qui vous « reste », quand vous me disiez qu'il vous restait un nom ?

E1 : C'est un médecin, mais alors je ne sais pas, c'est ma collègue qui m'a donné ses coordonnées, mais je sais pas s'il est de formation urologue ou psychiatre.

I : Vous avez donc un interlocuteur ?

E1 : Parce que les urologues... c'est moins du coup... 'Fin à part, si quand y'a, oui j'ai un patient qu'avait une malformation, un lichen qui faisait qu'y'avait un trouble de l'érection. Bon là, l'urologue l'a opéré, mais on était vraiment dans quelque chose de mécanique. Mais après on est quand même rarement dans des trucs très très mécaniques, à part euh, un grand diabétique, un grand coronarien...

I : Et qu'est-ce qui pourrait améliorer selon vous l'abord de la sexualité chez les patients âgés ?

E1 : Mmm, beh de savoir, plus, euh oui, comment en parler, quelles sont leurs représentations, quels seraient leurs, quels sont leurs éventuels questionnements, quelles inquiétudes, euh, (silence), ouais...

I : Du coup pour vous, en fait, pour faciliter la communication, c'est d'en savoir plus du côté des médecins quoi ?

E1 : Euh, pour ma part c'est déjà une première étape oui, parce que euh, y'a pas mal, y'a des, y'a pas mal de campagnes quand même, d'études dans les journaux, à la télé, « parlez en à votre médecin » etcetera, j'ai vu à la télé qu'il fallait que j'en parle à mon médecin, alors, qu'est-ce qu'on va bien pouvoir se dire (rire). Donc euh, 'fin on sait aussi que c'est une, c'est une demande qui est très en deçà de la réelle souffrance, euh. Les gens, entres ceux qui aimeraient bien en discuter et ceux qui le font réellement, y'a un grand fossé. Qu'est-ce qui pourrait plus faciliter les choses pour le patient... (silence), ouais je sais pas.

I : Et vous pensez qu'on est bien formé en tant que médecin généraliste à la sexologie et notamment chez les seniors ?

E1 : Du tout, pas du tout nan. Nan nan beh nan, parce que c'est un peu ce qui est... elle disait à l'ANCIC, quand elle parlait des interventions en milieu scolaire ou autre autour de la, à la fois la sexualité et le, l'éducation pas sentimentale, vie affective, voilà l'éducation à la vie affective et sexuelle. Moi c'est du chinois pour moi, 'fin je, ça m'intéresserait vraiment de savoir comment, quels sont leurs outils pour euh, pour aborder ça. Alors c'est vrai que là elles en parlaient, 'fin la table ronde où moi j'étais c'était par rapport au public scolaire, mais c'est vrai que à tout âge, ça a un intérêt.

I : Ouais vous pensez qu'y aurait vraiment une utilité à tout âge ?

E1 : Ah oui oui.

I : Et on vous a jamais proposé de formation, euh, ça a jamais été un sujet soulevé ?

E1 : Beh pour le, euhhh, quand je regarde dans les programmes de formation je trouve que ça apparaît pas tellement, en tout cas sur les organismes pour lesquels, avec lesquels moi je fais des formations, euh, et donc non, à part proposer des soirées avec des labos dans des restos mais ça j'y vais pas donc je ne sais pas. Je dis ça parce que je pense qu'il y a eu un truc là-dessus il n'y a pas très longtemps, (rire), ça me dit quelque chose d'avoir reçu un carton pour une soirée sur la sexologie mais je ne sais plus trop où c'était ni quand, ni comment.

I : Vous, ça c'est quelque chose où vous ne participez pas ?

E1 : Non les formations payées par les labos pas trop (rire), c'est pas génial...

I : Je ne sais pas si vous auriez d'autres choses à me dire, quelque chose de votre expérience, qui vous aurait marqué par rapport à ce sujet là ?

E1 : Mmmh (silence), nan la comme ça. Après par rapport aux, aux seniors, ce qui m'interroge c'est comment, 'fin notamment par rapport à la maladie d'Alzheimer, euh, comment cette dimension là, 'fin quelle place elle peut avoir dans, dans le, dans l'histoire d'un couple où euh, ils se reconnaissent, les deux ne se reconnaissent plus, est-ce que ça peut, est-ce que ça pourra rester un moyen de continuer à, à avoir quelque chose en commun, ou un moment ou le reste, 'fin c'est la question que je m'étais posée un peu sur la pathologie. Ou est-ce que c'est d'emblée, en premier ce qui, pffuit, ce qu'y disparaît, ou je sais pas, pour le coup je sais pas.

I : Vous voyez d'autres pathologies comme ça où ça serait difficile... ?

E1 : Alors quand vous me dites patients âgés moi je vois 85 ans, alors forcément j'imagine des gens vraiment âgés, après entre 40 et 60 ans, je sais pas si c'est très différent pour les hommes en tout cas, après pour les femmes y'a bien sur l'entrée dans la ménopause où, euh, effectivement on aborde de, la sexualité différemment, d'ailleurs je trouve que par rapport à ça, on, euh, à part à interroger les femmes justement là-dessus pour savoir poser une indication d'un THS, euh, on, même on n'en parle pas très souvent. Après, j'ai pas non plus la patientèle, j'ai surtout de la pédiatrie (rire). J'ai pas la patientèle pour laquelle je suis très

confrontée à ça...

I : Et vous pensez qu'il y aurait un intérêt à l'aborder systématiquement ?

E1 : Non! Nan je ne pense pas, parce que, euh, d'abord, 'fin on peut décider d'aborder tout systématiquement, mais ça fait des consultations de trois heures, l'alcool, euh, voilà les addictions, la sexualité, la, le, les troubles du comportement alimentaire, la violence, on peut poser 25 000 questions, donc quand la personne vient pour une angine, je pense pas que, d'abord ça peut être un peu déstabilisant, et puis euh, ou alors faut savoir ce qu'on en, moi je crois que c'est comme tout, quand on pose une question faut savoir ce qu'on en attend, comme quand on prescrit un examen, donc ouvrir 25 portes en même temps je vois pas tellement l'intérêt. Après c'est sûr qu'on peut dans une démarche de prise en charge au long cours, on peut se dire que ce serait bien qu'y ait au moins un moment dans l'année où on est quand même réglé la question du suivi gynéco, la question du sevrage tabagique, 'fin, de la possibilité d'un sevrage tabagique, la question d'une éventuelle dépendance à l'alcool, et éventuellement pourquoi pas celle-là, mais, 'fin, c'est des exemples mais je pense pas qu'on ait le temps sur une consultation, 'fin, j'imagine assez mal, en revoyant les gens tous les deux mois pour leur renouvellement leur proposer systématiquement, et la sexualité ?

I : Mais en tout cas ça ne vous choque pas qu'un généraliste puisse avoir cette place là, ce rôle là, d'aborder ce thème là ?

E1 : Si ce n'est pas lui qui l'a je ne vois pas qui c'est qui peut l'avoir parce que, à part, y'a quand même pas grand monde qui s'empare de la question. Comme pour beaucoup de choses d'ailleurs, mais si ce n'est pas nous qui allons là-dessus... (interruption par la personne chargée de l'entretien qui frappe à la porte).

I : Oui, vous aviez rien d'autre à me dire de plus ?

E1 : Non.

I : Je le coupe alors, merci.

## VII. Annexe 7 : Analyse longitudinale de l'entretien 2

### 1- Le cadre et le médecin interrogé :

Alors que je venais d'interroger une médecin femme en zone péri-urbaine d'une très grande ville et installée depuis longue date, je recherchais à interroger toujours une femme, mais en zone rurale ou semi-rurale, et nouvellement installée. Ceci afin de diversifier au mieux le talon sociologique des interviewés, et ce dès mes premiers entretiens. C'est dans ces circonstances que ma maître de stage m'a parlé d'une de ses consœurs qui venait de reprendre la patientèle et le cabinet d'un médecin homme d'une cinquantaine d'années.

J'ai l'ai contacté par téléphone et elle a tout de suite accepté de me recevoir un soir de semaine, à la fin de ses consultations. Il était alors 20 heures.

Le Docteur 2 est une médecin de 33 ans, qui exerce dans un cabinet de groupe (deux médecins dont elle, et un cabinet de kinésithérapie juste à côté), en zone semi-rurale. Son installation est récente puisqu'elle date de 2 ans. Elle n'a pas de spécificité particulière dans sa pratique de la médecine générale. Elle a repris la patientèle d'un médecin homme d'une cinquantaine d'années. Selon elle, son prédécesseur « avait une approche assez familière » avec ses patients.

### 2- Le résumé :

Le Docteur 2 laisse ses patients aborder eux-mêmes le sujet. Elle a remarqué que ce n'est pas un sujet qu'elle aborde spontanément.

*« En général la sexualité c'est les patients qui l'abordent, euh, avec moi. »  
« C'est pas une habitude que j'ai, c'est vrai, je pourrais le faire, mais je le fais pas. »*

La plupart des demandes auxquelles elle est confrontée vient des patients de sexe masculin. Majoritairement pour un renouvellement de médicaments sexoactifs.

*« Alors souvent ce sont des hommes (rire), qui demandent euh, qui demandent un traitement euh, style, de renouveler du Sialys, du Viagra, du, voilà. Ça rentre souvent dans le, un renouvellement de traitement. »*

Elle pense que dans l'abord, l'âge et le sexe du médecin que le patient a en face de lui va jouer un rôle déterminant. Et partant de ce postulat, elle redoute qu'un patient âgé puisse se sentir jugé lors de ce type de conversation avec un médecin jeune et qui plus est, de sexe féminin.

*« L'âge et le sexe du médecin moi je pense que ça joue... »  
« Et encore une fois moi ce que je ressens comme difficulté c'est que moi je suis une femme jeune (rire). Ils ont l'impression, je pense qu'ils ont l'impression que je les juge. Euh, par rapport à, par rapport euh, à ça ! »*

Elle pense qu'il y a un intérêt à aborder ce sujet pour l'épanouissement des personnes

âges. Surtout parce qu'elle estime que l'âge à partir duquel on parle de vieillesse est bien jeune.

*« Pour leur épanouissement personnel, dans leur couple, dans leur vie. »*

*« (soupir) Oui alors, âgé si c'est plus de 60 ans oui parce que y'a tous les 60, 70 ans, 75 ans, c'est jeune hein. Oui certainement que y'aurait un intérêt (silence). »*

Elle éprouve des difficultés pour adresser ses patients à des confrères/consœurs sexologue. Elle manque de réseau dans ce domaine. Qu'elle n'a pas mis en place car elle pense que ses patients sont réticents à se déplacer et parce qu'elle manque de demandes.

*« Beh oui, 'fin qu'on ai quelques référents, 'fin voilà mais ce qui est pénible c'est la distance, quoi. Mais qu'on ai quelques référents pour pouvoir aller, savoir à qui s'adresser, adresser les patients qui sont en difficulté et qui sont en demande. »*

### 3- Les points essentiels :

Le Docteur 2 ressent un clivage entre ses patients pour qui le sujet est facile à aborder, et ceux présentant des difficultés. Elle n'arrive pas à débloquer la situation avec ceux qui sont mal à l'aise.

*« après ça dépend des gens qu'on a en face aussi, y'en a qui... quand on sent les gens mal à l'aise, 'fin voilà, c'est difficile à... c'est... et puis y'a des gens avec qui on sait qu'on peut pas aller trop loin, on bloque en fait. »*

De son côté, elle se sent très à l'aise dans ce sujet et n'éprouve aucune gêne.

*« Oui, 'fin oui, moi après je suis très cool pour poser des questions hein euh, j'ai pas de blocage particulier par rapport à ça donc je vais aller, les interroger ça me gêne pas. »*

Elle proscrit l'emploi de la familiarité comme outil pour aborder plus sereinement ce sujet. Elle estime que les patients ne sont pas ses amis et s'efforce de rester professionnelle dans chaque prise en charge, encore plus lorsqu'il s'agit de sexualité afin que les patients ressentent que ce sujet est au même plan que d'autres dans une consultation médicale.

*« Mais nan la familiarité c'est pas du tout un truc que j'ai mis dans aucune consultation 'fin donc euh. C'est je... je mets (signe de prendre de la distance) [...] Oui. C'est pas mes copains, c'est pas mes copains, (rire) c'est mon travail ! »*

Elle a paru amusée qu'on puisse penser qu'il existait une formation universitaire initiale en sexologie, et notamment chez les personnes âgées.

*« La formation en sexologie, dans mon cursus universitaire (rire), c'est une blague ? »*

### 4- Les points nouveaux ou inattendus :

Le Docteur 2 a été surprise d'avoir beaucoup de demandes de renouvellement de médicaments sexoactifs pendant qu'elle était remplaçante. Elle pense qu'il est parfois plus facile pour les patients de s'adresser à un médecin qu'ils ne reverront pas pour aborder ce sujet

délicat.

*« Mais moi j'étais étonnée parce que c'était pas du tout le genre de truc que je m'attendais à entendre en tant que remplaçante. »*

*« Alors, moi je trouvais que quand on est remplaçante, justement y'a des patients qui n'oseraient peut être pas l'aborder avec leur médecin traitant et le fait que ça soit quelqu'un d'étranger le font. Parce que, parce que euh, parce que c'est quelqu'un qui se disent, je la reverrais plus celle-là. Voyons ce qu'elle va me raconter »*

Le Docteur 2 aimerait qu'il existe plus de médiatisation sur ce sujet pour améliorer l'abord. Même si elle redoute que ses patients aient accès à ce type d'information en zone rurale.

*« C'est la campagne profonde ici vous savez... l'information euh, pfff... »*

## VIII. Annexe 8 : Avis favorable du conseil d'éthique

 <p>Département Universitaire Médecine Généralie</p> <p>Faculté de Médecine de Toulouse 132 rue de Narbonne 31062 Toulouse Cedex Université Paul Sabatier Toulouse III</p>	<h3>Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées</h3> <p>Secrétariat : <i>Dr Serge BISMUTH</i> 59 rue de la Providence – 31500 Toulouse Tél. : 05.61.80.01.23 – 06.82.63.45.70- Fax 05.61.34.61.16 – <a href="mailto:dr-bismuth@wanadoo.fr">dr-bismuth@wanadoo.fr</a></p>
---	--

**Président : Mme Laurencine VIEU**

**Secrétaire : M Serge BISMUTH**

### AVIS DE LA COMMISSION ETHIQUE DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

#### Renseignements concernant le demandeur :

Nom : Cousseau Leïla

Qualité : Interne de médecine générale

Adresse : appt 106A, 1 rue du libre échange 31 500 Toulouse

Courriel : [c\\_leila79@hotmail.com](mailto:c_leila79@hotmail.com)

Numéro de téléphone : 06 47 12 25 35

#### Renseignements concernant le promoteur :

Nom : Corman André / Freyens Anne

Qualité : Médecin généraliste – Sexologue / Médecin généraliste

Adresse : 10 rue de la Trinité, 31 000 Toulouse / Ccal Moulin A Vent rte Toulouse  
31700 MONDONVILLE

Courriel : [ancorman@numericable.fr](mailto:ancorman@numericable.fr) / [anne.freyens@gmail.com](mailto:anne.freyens@gmail.com)

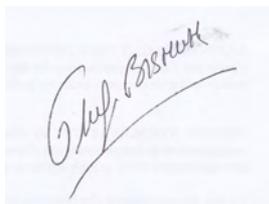
Numéro de téléphone : 05 61 21 90 60 / 05 61 85 88 91

#### IDENTIFICATION E LA RECHERCHE

Titre complet de la recherche : Comment les médecins généralistes abordent-ils la sexualité avec leurs patients âgés ?

AVIS DE LA COMMISSION – Avis favorable

Le secrétaire – Serge BISMUTH



## IX. Annexe 9 : Tableau du talon sociologique

	E1	E2	E3	E4	E5	E6
<b>sexe</b>	femme	femme	femme	homme	homme	femme
<b>âge</b>	40	33	57	59	54	31
<b>situation familiale</b>	mariée	mariée	ne se prononce pas (NSP)	marié	marié	mariée
<b>enfants</b>	oui	oui	oui	oui	oui	oui
<b>orientation sexuelle</b>	hétérosexuelle	hétérosexuelle	hétérosexuelle	hétérosexuel	hétérosexuel	hétérosexuelle
<b>croyant</b>	oui	oui	non	non	oui	non
<b>croyant pratiquant</b>	non	non	non	non	non	non
<b>années d'exercice</b>	7	5	29	34	23	3
<b>situation géographique</b>	urbain	Semi-rural	urbain	urbain	urbain	rural
<b>mode d'activité actuel</b>	cabinet en groupe	cabinet en groupe	cabinet seule Temps hospitalier en orthogénie	cabinet en groupe	cabinet seul	cabinet en groupe
<b>spécificités médicales</b>	capacité de gériatrie	aucune	médecine du sport	médecine spatiale	médecin ordonnateur d'EHPAD	aucune
<b>liens universitaires</b>	enseignant DUMG maître de stage	aucun	maître de stage	aucun	aucun	aucun
<b>nationalité</b>	française	française	française	française	française	française

	E7	E8	E9	E10	E11	E12
<b>sexe</b>	homme	homme	homme	homme	femme	homme
<b>âge</b>	65	58	39	54	46	59
<b>situation familiale</b>	marié	marié	pacsé	marié	mariée	pacsé
<b>enfants</b>	non	oui	non	oui	oui	non
<b>orientation sexuelle</b>	hétérosexuel	hétérosexuel	hétérosexuel	hétérosexuel	hétérosexuelle	homosexuel
<b>croyant</b>	oui	oui	non	oui	oui	non
<b>croyant pratiquant</b>	non	non	non	NSP	oui	non
<b>années d'exercice</b>	35	29	8	28	14	30
<b>situation géographique</b>	rural/semi-rural	urbain	urbain	rural	urbain	rural
<b>mode d'activité actuel</b>	cabinet seul	cabinet seul	cabinet en groupe	cabinet seul	cabinet en groupe	cabinet seul
<b>spécificités médicales</b>	urgences, retraité	sexologue	aucune	aucune	micronutrition, Homéopathie	médecine du sport
<b>liens universitaires</b>	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun
<b>nationalité</b>	française	française	français	roumain	française	français

## X. Annexe 10 : Extrait du tableau de codage

Catégories	Sous-catégories	Sous-sous-catégories	Sous-sous-sous-catégories	Sous-sous-sous-sous-catégories	Codes	Verbatim
RESEAU DE CORRESPONDANTS	Le médecin généraliste adresse ses patients à différents confrères sur ce sujet	À des Sexologues			Adresse ses patients à des sexologues	E5 « et des sexologues, »
			Également médecins	Généraliste	Adresse à un médecin généraliste ayant une formation de sexologue	E6 « après y'a un médecin généraliste sur Xxxx, qui fait un peu de sexologie. »
				Généraliste ou urologue	Adresse à un sexologue, soit généraliste, soit urologue	E7 « A un sexologue. Un médecin oui, un médecin, ou un généraliste ou un urologue avec une orientation sexologique. »
				Urologue ou psychiatre	Adresse plutôt ses patients à un médecin sexologue	E1 "C'est un médecin, [...]mais je sais pas s'il est de formation urologue ou psychiatre."
				Urologue	Adresse à un urologue sexologue si problème d'ordre « mécanique »	E11 « ou c'est vraiment un problème, on dira, mécanique, on ira, comment il s'appelle, chez le Dr Xxxx, qui est sexologue et urologue en même temps. »
				Confrère de promotion	Adresse à un médecin sexologue avec qui il a fait ses études	E8 « Oui, à Xxxx (ville). Xxx (nom d'un médecin). Comme je le connais, on a fait les études ensemble, hop, Xxx, point. »
				Psychiatre	Peut adresser ses patients à des confrères psychiatres ayant une formation en sexologie	E4 "y'a les copains psychiatres, y'a les copains, voilà, psychiatres à orientation sexologique."
			Impérativement un médecin		Adresse impérativement à un médecin	E7 « Mais après voilà, qu'il soit médecin, »
			Plutôt médecins spécialistes d'organe (autres médecins que médecins généralistes)		Préfère adresser ses patients à des sexologues spécialistes	E5 « Plutôt spécialistes en général. et à ce moment là on fait appel à nos confrères spécialistes qui eux ont l'habitude d'un type de problèmes et d'un type d'examen. »
			À des psychologues formés en sexologie		A adressé ses patients à un psychologue sexologue	E1 "avant j'avais une correspondante sexologue qui a pris sa retraite [...]. Psychologue." E9 « c'est plutôt des psychologues, » E9 « je pense qu'il y a une psychologue qui fait de la sexologie, »
		Jamais à des Sexologues			N'adresse jamais ses patients à un sexologue	E3 " Jamais, jamais, clairement, jamais, jamais." E3 " j'envoie jamais chez un sexologue. " E3 " mais j'envoie pas à un sexologue. " E10 « Non, non jamais. »
			Car pense que la prise en charge des sexologues ne correspond pas à sa façon de faire		N'adresse pas à un sexologue car ce n'est pas sa façon de fonctionner	E3 " Et puis parce que je pense que c'est plutôt des prises en charge un peu plus comportementalistes dans la, et c'est pas du tout ma façon de fonctionner, donc jamais. "

---

**Des représentations aux résistances des médecins généralistes à aborder la sexualité avec leurs patients âgés**

**Contexte** : Les patients âgés aimeraient que la sexualité soit abordée par leur médecin généraliste. Pourtant ce sujet se fait rare en consultation, alors que les médecins généralistes se disent à l'aise pour en discuter. **Objectifs** : Identifier les émotions et le vécu des médecins afin de comprendre leurs représentations et leurs comportements face à ce sujet empreint de paradoxe. **Méthode** : Nous avons réalisé une enquête qualitative menée par entretiens semi-directifs auprès de 12 médecins généralistes installés, de Midi-Pyrénées ; par analyse transversale thématique. **Résultats** : Les résultats révèlent que la majorité des médecins généralistes sont encore sous l'emprise de quelques représentations erronées concernant la sexualité des aînés. Outre le fait qu'ils la perçoivent comme différente, elle serait vouée à diminuer puis à disparaître. Cependant, ils s'accordent tous pour dire que l'intérêt d'aborder ce sujet est incontestable et que leur rôle de médecin généraliste présente les compétences pour s'y confronter. Ils ont conscience de la place de la santé sexuelle dans le bien-vieillir. **Conclusion** : Les représentations constituent le socle des résistances et renforcent le sentiment d'illégitimité que les médecins ont sur l'abord de la sexualité avec leurs patients âgés. Un enseignement dédié, réclamé par les médecins tant dans leur cursus universitaire initial que continu, ainsi qu'une meilleure coordination du réseau de correspondants permettraient d'améliorer leur abord.

---

**From representation to resistances of general practitioners to approach the sexuality with elderly patients**

**Context** : Old patients would like sexuality to be approached by their family doctor. However this subject is seldom dealt with in consultation, though general doctors say they feel comfortable discussing it. **Objectives** : To identify the emotions and personal experience of the doctors in order to understand their representations and their behaviors in front of this subject full of paradoxes. **Method** : We have done a qualitative survey by semi-directed talks with 12 family doctors installed in Midi-Pyrenees, in France ; by thematic transversal analysis. **Results** : The results reveal that the majority of family doctors are still under the influence of some false representations concerning sexuality of the seniors. Besides the fact they perceive it as different, it would be doomed to decline and then disappear. However, they all agree to say that the interest to tackle this subject is undeniable and that their role of family doctor gives them skills to confront it. They are aware of the place of sexual health in aging well. **Conclusion** : The representations constitute the base of resistances and reinforce the feeling of illegitimacy that the doctors have on the approach of sexuality with their old patients. A dedicated teaching called for by doctors in their initial university course as well as in their continuous formation, and a better coordination of the network of correspondents would improve their approach.

---

**Discipline administrative** : MEDECINE GENERALE

---

**Mots-Clés** : sexualité – personnes âgées – médecins généralistes – relation médecins-patients – étude qualitative

---

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

---

Directeur de thèse : Docteur André CORMAN, codirectrice : Docteur Anne FREYENS