



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Université Claude Bernard  Lyon 1

UFR DE MÉDECINE LYON EST

ANNÉE 2017

N°13

**VÉCU DE LA SEXUALITÉ DES PERSONNES
ÂGÉES DE 85 ANS ET PLUS. PLACE DU
MÉDECIN GÉNÉRALISTE.**

Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 17
personnes âgées de 85 à 97 ans

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 31 Janvier 2017

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

DERIGON Constance Renée Eugénie

Née le 30 Juin 1987 à LYON 9^{ème}

UFR DE MÉDECINE LYON EST

ANNÉE 2017

N°13

**VÉCU DE LA SEXUALITÉ DES PERSONNES
ÂGÉES DE 85 ANS ET PLUS. PLACE DU
MÉDECIN GÉNÉRALISTE.**

Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 17
personnes âgées de 85 à 97 ans

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 31 Janvier 2017

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

DERIGON Constance Renée Eugénie

Née le 30 Juin 1987 à LYON 9^{ème}

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président

Frédéric FLEURY

Président du Comité de
Coordination des Etudes Médicales

Pierre COCHAT

Directrice Générale des Services

Dominique MARCHAND

Secteur Santé

UFR de Médecine Lyon Est

Doyen : Gilles RODE

UFR de Médecine Lyon Sud-
Charles Mérieux

Doyen : Carole BURILLON

Institut des Sciences Pharmaceutiques
Et Biologiques (ISPB)

Directrice : Christine VINCIGUERRA

UFR d'Odontologie

Directeur : Denis BOURGEOIS

Institut des Sciences et Techniques
De Réadaptation (ISTR)

Directeur : Xavier PERROT

Département de Biologie Humaine

Directrice : Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie

UFR de Sciences et Technologies

Directeur : Fabien de MARCHI

UFR de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives (STAPS)

Directeur : Yannick VANPOULLE

Polytech Lyon

Directeur : Emmanuel PERRIN

I.U.T.

Directeur : Christophe VITON

Institut des Sciences Financières
Et Assurances (ISFA)

Directeur : Nicolas LEBOISNE

Observatoire de Lyon

Directrice : Isabelle DANIEL

Ecole Supérieure du Professorat
Et de l'Education (ESPE)

Directeur : Alain MOUGNIOT

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants 2016/2017

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophthalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie

Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques

Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophthalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Crouzet	Sebastien	Urologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray	François	Neurologie
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquín-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Thaumat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori	Marie
Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier
-------	--------

Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Mauguière	François	Neurologie
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

Benchabib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie

Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Phan	Alice	Dermato-vénérologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe

Le Serment d’Hippocrate

Je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité dans l’exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Composition du jury

Président : Pr Sylvie ERPELDINGER

Assesseurs : Pr Jean-Louis TERRA

Pr Xavier LAINE

Dr Elise BENEDINI

Dr Elodie BEZANSON

Invité : Dr Gérard RIBES

Remerciements

Aux membres du jury :

- **Au Président, le Professeur Sylvie ERPELDINGER :**

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Merci de l'intérêt que vous avez porté à mon travail et de vos remarques judicieuses lors de ma soutenance de mémoire d'initiation à la recherche. Soyez assurée de ma profonde gratitude.

- **Au Professeur Jean-Louis TERRA :**

Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse sans me connaître. Votre expérience de psychiatre est importante pour la transdisciplinarité de ce travail.

- **Au Professeur Xavier LAINE :**

Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

- **Au Docteur Elise BENEDINI :**

Merci d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail et de m'avoir ouvert les portes du cercle de thèse. Merci pour ton implication et ton investissement pendant ces longs mois. Je suis honorée d'être l'une de tes dernières thésardes sur LYON et je te souhaite d'en avoir beaucoup d'autres à la faculté de MONTPELLIER.

- **Au Docteur Elodie BEZANSON :**

Merci d'avoir accepté de m'aider et de t'investir avec moi dans ce travail. Merci pour ton écoute, tes conseils et ta disponibilité. Je suis honorée d'être ta deuxième thésarde. J'espère que tu en auras beaucoup d'autres et je te souhaite bonne chance dans ton nouveau cercle.

- **Au Docteur Gérard RIBES :**

Merci de me faire l'honneur de siéger dans mon jury de thèse. Votre regard expert sur la sexualité des personnes âgées est essentiel pour cette soutenance. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A ceux qui m'ont formée et ont contribué à ce travail :

- **Aux Docteurs VIRARD Philippe et DOLE Jean-Yves :**

Merci de m'avoir guidée dans la découverte de la spécialité et de m'avoir fait aimer la médecine libérale. J'essaierai d'appliquer le même investissement que vous avez auprès de vos patients et la même exigence que vous développez chaque jour à faire évoluer votre pratique. Merci d'avoir été attentifs à mes difficultés et de votre bienveillance à mon égard.

- **Aux Docteurs LEFEBVRE Sophie, LIVERNOIS Laëtitia, STRUTYNSKI Corinne :**

Merci pour ce semestre partagé ensemble. Merci de m'avoir fait aimer la gériatrie et sa transdisciplinarité. Merci de votre aide pour me lancer dans ce travail. Travailler avec vous a été très formateur et je reviendrai avec plaisir.

- **A mes rencontres lors de mes stages :**

Chefs (Fabien, Olivia, Florence, Sylvaine, Benjamin, Hélène, Ouarda, Myriam, Carole, Florent, Yannick, etc.)

Co-internes (Adriane, Estelle, Nico, Max, Marion, Antonin, Laurent, Aude, Marine, etc.)

Patients

Merci pour tous ces moments de partage et de rencontre. Vous avez tous contribué au médecin que je suis devenue.

- **Au Cercle, aux anciens et aux thésards actuels :**

Merci pour ces deux longues années difficiles. Merci pour votre soutien, vos conseils, votre enthousiasme et votre bonne humeur !! Sans vous et votre motivation, je n'aurais pas pu aller au bout. Bonne continuation aux suivants.

- **Aux Docteurs GRAND Florence, SIMONOT Claire et à tous les membres du Pôle de santé de Chautagne :**

Merci de m'avoir donné la chance de travailler avec vous. J'apprécie cette ambiance chaleureuse et bienveillante. Pourvu que ça dure !

- **A la ville d'Aix Les Bains, Monsieur TIRADON, Madame LOPEZ, le Docteur MURRAY :**

Merci de votre aide lors de ce travail et particulièrement lors du recrutement. Merci de l'intérêt que vous avez porté à mon travail et de m'avoir permis de réaliser sereinement les entretiens.

- Merci tout particulièrement aux **personnes âgées** qui m'ont fait confiance, ont accepté de se confier et de participer à ce travail de thèse.

A ma famille :

- **A mes parents :**

Merci de votre soutien et de votre amour sans failles. Merci de m'avoir donné la chance de n'avoir à me préoccuper de rien d'autre que de mes études. Merci de m'avoir donné un coup de pied aux fesses quand j'en avais besoin ! Désolée pour toutes les fois où je râle, où je boude, où je fais « le pitbull » au lieu de vous remercier...

Vous êtes mes modèles, mes exemples, mes héros. Je vous aime.

- **A mon frère, Antoine :**

La communication n'est pas notre fort à tous les deux. On préfère être « chien et chat » plutôt que de s'embrasser. Je ne te remercie pas de m'avoir abandonnée, si rapidement, toute seule chez les parents pour vivre tes propres aventures...mais je suis fière de toi et je t'aime mon Toinou !!

- **A mes grands parents :**

Mamie Renée, Papy Yves, Mémé Eugénie et Pépé Louis parti trop tôt

Merci pour votre gentillesse et votre générosité. Votre amour est un exemple de longévité à suivre, même si je ne suis pas sûre de vivre assez longtemps pour égaler vos années de mariage !!

- **A tous mes cousins, cousines, oncles, tantes et à ma filleule :**

Merci pour tous les moments de partage en famille, les vacances, les bons repas, les fêtes à l'ambiance inégalable dont on a eu un exemple récemment ! Bon courage aux nouveaux venus : on est encore plus fous que ce qu'on vous laisse croire au premier abord !

Je suis impatiente de vivre la suite au sein de notre tribu.

- **A ma « future » belle-famille :**

A Marc et Véro : Merci pour votre accueil chaleureux au sein de votre famille. Malgré mon enthousiasme débordant au Times Up, vous avez su me mettre à l'aise et me permettre de me sentir comme « chez moi » auprès de vous. Vivement le mois de Juin que je devienne à mon tour une « Bubu » !

A Gogo : Tu es ma future belle-sœur préférée ! Merci pour tous ces bons moments passés ensemble, nos discussions, nos séances de shopping et nos victoires au Times Up !

A Doudou : Merci pour tes talents artistiques et ton aide précieuse dans ces préparatifs. Merci pour ton humour et tes moqueries (n'en abuse pas quand même !), qui nous permettent à chaque fois de passer de bons moments !

A tous les Bubus, à Paulette et à Django.

A mes amis :

- **A mes 3 futures témoins :**

A Claire : Ma grande « petite sœur » ! Que de belles années ensemble, à tout partager : les bons moments comme les moins bons, les joies comme les peines, les réussites comme les défaites. Merci pour ton soutien et ton amitié indéfectibles, une de celle qu'on ne rencontre qu'une fois dans sa vie.

A Margaux : Quel chemin parcouru depuis la cour de récré de Montaigne ! Les années, les déménagements et même les voyages à l'autre bout du monde n'auront pas réussi à nous séparer. A nos 25 prochaines années ensemble (et plus encore) !!

A Clémence : Le lycée nous a réunies et depuis on ne s'est plus quitté. Merci pour ta gentillesse, nos soirées étudiantes et nos bons moments entre filles. N'oublie pas de te rebeller de temps en temps (pas contre moi bien sûr !). Et à ton tour maintenant : on attend ta thèse (entre autres) !!

Merci de me faire l'honneur d'être mes témoins et de partager avec moi les moments de bonheur qui s'annoncent.

A vos hommes aussi : Martin, Antoine et Bérenger.

- **A mes amies du lycée :**

A Camille : Merci pour ta joie de vivre et ton enthousiasme à toute épreuve. A toutes nos prochaines aventures ensemble !

A Elodie, Sébastien, Ludovic et Jérémy : Merci pour tes récits loufoques, toujours très équivoques ! A nos « dimanche barbecue » chez vous et à votre merveilleuse petite famille. A quand le 3^{ème} ?!

Merci pour nos soirées entre filles toujours très divertissantes ! Vivement qu'on mette au monde des petits potes pour les 2 premiers anges, de quoi bien occuper les hommes en notre absence.

- **A mes amies de l'internat :**

Je me souviens de ce jour de Novembre 2012, en arrivant au CPA dans la pénombre et la brume (pour changer), où j'étais terrifiée à l'idée de commencer l'internat puis, je me souviens de nos premiers « apéros-soirées » et bizarrement mes craintes s'étaient envolées !

A Lucie : Ton écoute attentive et ton empathie font de toi une psychiatre et une personne incroyable ! Tu es un modèle de réussite et je suis très fière de tout ce que tu as accompli depuis qu'on se connaît. Continue à m'appeler quand tu as un doute sur le somatique : je me sens un peu utile comme ça !

A Nathalie : On a traversé ces 3 années d'internat ensemble. On a partagé nos doutes, nos ras-le-bol et nos réussites ! Maintenant place à la vie personnelle et aux bons moments à venir (jacuzzi-mojitos ou caïpirinha entre autres !). **A Gorge et Lucas.**

A tous nos prochains « ventriglisse » !!

- **A nos amis du Macônnais et de la Bresse :**

Hugo, Anne, Martin, Claire, Alex, Estelle, Seb, Pascaline, Friz, Lucie, Ben, Jette

Merci de m'avoir aussi bien accueillie dans votre groupe « les Shrabs » ! On commence à être tous un peu dispersés et ne pas vous voir assez souvent est un de nos regrets mais vous savoir chacun épanoui nous ravit. Aux Shrabs et « Shrabinettes » !

Et surtout à toi, mon Bilou :

Merci pour ton soutien, ta patience, tes conseils et tes petits coups de boost pour me remotiver.

Avec toi je partage tout : mon quotidien, mes doutes, mes larmes mais aussi, mes réussites, mes joies et mes rêves. Merci pour tous ces moments de bonheur dont tu me combles depuis quelques années...

Tu es mon pilier, ma force. Ensemble, rien n'est impossible !

Je suis fière de devenir ta femme prochainement.

Je t'aime tellement.

Pour toi Daniel, mon parrain, mon héros, avec toute ma tendresse.

**VÉCU DE LA SEXUALITÉ DES PERSONNES
ÂGÉES DE 85 ANS ET PLUS. PLACE DU
MÉDECIN GÉNÉRALISTE.**

Table des matières

LE SERMENT D'HIPPOCRATE	10
COMPOSITION DU JURY	11
REMERCIEMENTS	12
ABREVIATIONS	21
RESUME	22
INTRODUCTION	23
MATERIEL ET METHODES	28
1) MATERIEL :	28
2) METHODES :	28
a) <i>Type d'étude et objectifs</i> :	28
b) <i>Revue de la littérature</i> :	29
c) <i>Elaboration du guide d'entretien</i> :	29
i) Description du canevas d'entretien :	30
ii) Notes durant l'entretien :	31
iii) Test du canevas d'entretien :	31
d) <i>Constitution de l'échantillon et recueil des données</i> :	31
i) Le recrutement :	31
ii) Difficultés de recrutement :	34
iii) Les critères de sélection :	35
iv) La réalisation des entretiens :	36
e) <i>Les aspects éthiques et réglementaires</i> :	38
i) Législation :	38
ii) Confidentialité :	39
iii) Information et consentement :	39
iv) Archivage des données :	39
RESULTATS	40
1) DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON :	40
2) DESCRIPTION DES RESULTATS :	42
a) <i>Adaptation du couple</i> :	42
i) Une sexualité qui évolue :	42
ii) Un nouvel équilibre relationnel :	47
iii) Une ambivalence certaine :	50
b) <i>Une communication difficile autour de la sexualité</i> :	53
i) Les représentations négatives des participants :	53
ii) Une communication difficile en société :	57
iii) Une relation de soins compliquée :	61
c) <i>Une perspective d'efficience en santé sexuelle</i> :	65
i) Une souffrance à détecter :	65
ii) Une fatalité à combattre :	67
DISCUSSION	72
1) DISCUSSION DE LA METHODOLOGIE :	72
a) <i>Équipe de recherche et de réflexion</i> :	72
i) Caractéristiques personnelles :	72
ii) Relations avec les participants :	73
iii) Caractéristiques de l'enquêteur :	73
iv) Posture du chercheur :	73
b) <i>Conception de l'étude</i> :	76
i) Cadre théorique :	76

ii)	Sélection des participants :	77
iii)	Contexte :	78
iv)	Recueil des données :	79
c)	<i>Analyse et résultats</i> :	80
i)	Analyse des données :	80
ii)	Rédaction :	81
2)	ANALYSE DES DONNEES CONFRONTEES A LA LITTERATURE :	82
a)	<i>Adaptation du couple</i> :	82
i)	Une sexualité qui évolue :	82
ii)	Un nouvel équilibre relationnel :	85
ii)	Une ambivalence certaine :	87
b)	<i>Une communication difficile autour de la sexualité</i> :	89
i)	Représentations négatives des participants :	89
ii)	Une communication difficile :	91
ii)	Une relation de soins compliquée :	92
c)	<i>Une perspective d'efficience en santé sexuelle</i> :	95
i)	Une souffrance à détecter :	95
ii)	Une fatalité à combattre :	96
	BIBLIOGRAPHIE	101
	ANNEXES	107
1)	ANNEXE 1 : CANEVAS D'ENTRETIEN INITIAL	107
2)	ANNEXE 2 : CANEVAS D'ENTRETIEN FINAL	108
3)	ANNEXE 3 : FICHE EXPLICATIVE DE L'ETUDE	109
4)	ANNEXE 4 : TEST CODEX	110
5)	ANNEXE 5 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE	112
6)	ANNEXE 6 : DECLARATION CNIL	113
7)	ANNEXE 7 : CARTES HEURISTIQUES DES THEMES	114
a)	<i>ADAPTATION DU COUPLE</i> :	114
b)	<i>COMMUNICATION DIFFICILE ATOUR DE LA SEXUALITE</i> :	116
c)	<i>PERSPECTIVE D'EFFICIENCE EN SANTE SEXUELLE</i> :	118
8)	ANNEXE 8 : GRILLE COREQ (VERSION ORIGINALE)	119
9)	ANNEXE 9 : RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS SUR CD	123

Abréviations

- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **MG** : Médecin généraliste
- **INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- **OCDE** : Organisation de Coopération et de Développement Economique
- **DocCiSMef** : Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française
- **SUDOC** : Système Universitaire de Documentations
- **CH** : Centre Hospitalier
- **CODEX** : Cognitive Disorders Examination
- **CCAS** : Centre Communal d'Action Sociale
- **EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
- **COREQ** : Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
- **INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- **DIU** : Diplôme Inter-Universitaire
- **INPES** : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- **ENQUÊTE CSF** : Contexte de la Sexualité en France

Résumé

Contexte : Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, c'est au médecin généraliste qu'est attribuée la compétence de garantir un bon état de santé de ses patients, incluant la santé sexuelle. Les personnes âgées représentent une proportion de plus en plus importante de la société. Leur santé sexuelle reste très rarement évoquée en soins premiers. L'étude s'est intéressée au vécu de la sexualité des personnes âgées de 85 ans et plus et à leurs attentes envers leur médecin généraliste.

Matériel et Méthodes : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de 17 personnes âgées de 85 ans et plus, non atteintes de démence, jusqu'à obtenir une saturation des occurrences. Une analyse thématique des résultats a été réalisée indépendamment par trois chercheurs et confrontée lors d'une triangulation.

Résultats : L'évolution de la sexualité était marquée par une baisse de la sexualité physique. Elle nécessitait une adaptation du couple, aboutissant à un nouvel équilibre relationnel. La sagesse acquise avec le vieillissement permettait au couple de se satisfaire de cette évolution. La vision normative des participants était empreinte de préjugés, compliquant la communication et la relation de soins avec le médecin généraliste. Les participants faisaient preuve de méconnaissances sur leur sexualité. L'enjeu de santé était mal compris et leurs attentes d'une sexualité épanouie peu exprimées. Une souffrance, liée à la solitude et à l'arrêt subi de la sexualité, était évoquée. Une information sur les ressources disponibles en santé sexuelle était souhaitée. Le médecin généraliste était perçu comme un interlocuteur possible.

Conclusions : Cette étude permet de mieux comprendre l'ambivalence des personnes âgées face à leur sexualité, entre vision normative et attente d'une sexualité épanouie. Elle a montré qu'un accompagnement du médecin généraliste en santé sexuelle est souhaité. Elle apporte des pistes pour donner une place plus importante à l'information dans la prise en charge des personnes âgées.

Introduction

En 2004, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la première stratégie en matière de santé reproductive, invitant les pays à renforcer la capacité de leurs systèmes de soins à promouvoir et protéger la santé sexuelle et reproductive de la population¹. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), c'est au médecin généraliste (MG) qu'est attribuée la compétence de garantir un bon état de santé de ses patients, défini comme un état de complet bien-être physique, mental et social².

L'OMS définit la santé sexuelle comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité mais la diversité des définitions de cette dernière témoigne de la complexité et de la subjectivité de cette notion. La définition du dictionnaire Larousse³ comme un ensemble des phénomènes sexuels ou liés au sexe que l'on peut observer dans le monde vivant, contraste avec l'approche psycho-sociale de Courtois, selon laquelle sexualité et culture apparaissent indissociables⁴. D'après ce psychiatre, la sexualité est en partie régie par la communauté et est étroitement liée à la socialisation des individus; mais elle est aussi une donnée intime, corporelle et psychoaffective du sujet, renvoyant à l'imaginaire, la séduction, la sensualité et au concept de plaisir.

Les représentations dont la sexualité fait l'objet dépendent du contexte social, culturel et historique d'une société.

Du IIe siècle au début du XXe siècle, la sexualité a été désapprouvée par l'Eglise catholique, ne lui reconnaissant comme seule raison d'être que le pouvoir de procréation, en excluant le plaisir et l'amour. Dans la culture orientale et notamment en Chine ancienne, sa place était toute autre, source de vitalité de l'être, contribuant à sa santé, à sa longévité, voire à son immortalité⁵.

Depuis la révolution sexuelle des années 60, les représentations ont changé dans le monde occidental. La sexualité est devenue une source de plaisir à part entière. Elle représente un moyen de communication, s'affichant librement dans les médias. Les sociologues Bajos et Bozon soulignent cette sexualisation de la société mais également l'existence de stéréotypes et d'une vision normative de la sexualité⁶.

Parallèlement à une permissivité plus grande vis-à-vis de la sexualité et à une diversification des trajectoires de vie et des pratiques sexuelles⁶, le tabou de la sexualité des personnes âgées a persisté.

L'OMS définit les personnes âgées comme celles âgées de 60 ans et plus. Elles représentent quelques 600 millions dans le monde actuellement⁷.

Grâce aux progrès de la médecine, l'espérance de vie s'est considérablement allongée ces vingt dernières années. Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), la proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus progressera fortement jusqu'en 2035, notamment en lien avec le passage à ces âges des générations du *baby-boom*⁸.

Cette proportion de plus en plus importante de personnes âgées pousse à s'intéresser à leur place dans la société. La difficulté de cette interrogation repose sur l'hétérogénéité de cette classe d'âge, en lien avec la dispersion de leur état de santé, de leurs revenus et de leur qualité de vie. Selon Crenner, les générations les plus jeunes ont un niveau de vie à la retraite plus élevé que celui de leurs aînées⁹.

Dans les sociétés occidentales fondées sur le travail, sortir de la vie active (autour des 60 ans selon les politiques actuelles européennes) signifie systématiquement quitter la sphère centrale de ces sociétés, qui assure un revenu mais aussi un statut, et donne une structure à la vie quotidienne¹⁰. Cette analyse participe selon Walker à une discrimination fondée sur l'âge¹¹, s'appuyant sur une vision du vieillissement source de maladie, dépendance et inactivité.

Pour contrecarrer les effets néfastes du vieillissement sur l'économie d'un pays, l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) a utilisé le vieillissement actif comme stratégie politique alternative¹². Permettre aux personnes âgées de mener une vie productive dans la société et l'économie, c'est reconnaître leur capacité d'indépendance et de participation active au développement de la société, notamment par leur travail bénévole ou salarié, la transmission de leur expérience et de leur savoir.

Pour Zelenev, le vieillissement de la population représente non seulement un défi mais aussi une avancée sociale témoignant du progrès de l'humanité¹³.

Selon I. Thomas, psychologue, le regard porté sur la sexualité des personnes âgées dépend à la fois de la place qu'on leur accorde dans la société et des conceptions sur la sexualité⁵.

La sexualité des personnes âgées reste un sujet tabou dans notre société empreint de nombreux préjugés, parfois enracinés depuis de nombreuses années. Selon Auguste Debay en 1857, la vieillesse serait condamnée à une abstinence indispensable à sa survie¹⁴.

Il est difficile pour les plus jeunes, d'imaginer que nos ascendants puissent s'épanouir dans la sexualité. Ribes le souligne en précisant que les représentations sociales inscrivent plus la sexualité du vieillard dans le cadre d'une déviance de la morale et dans le registre de la perversion que dans celui du développement et de l'épanouissement personnel¹⁵.

Or, une part non négligeable de la population des plus de 80 ans est toujours sexuellement active. Bretschneider et Mc Coy ont montré, dans une étude explorant le comportement sexuel de 100 hommes et 102 femmes âgés de 80 à 102 ans, que 62% des hommes et 30% des femmes avaient des relations sexuelles¹⁶.

Selon une étude anglaise, l'âge en soi n'a pas d'impact direct sur la priorité donnée au sexe dans la vie¹⁷. Les participants voient le sexe comme un élément important d'une relation émotionnelle proche.

En 2008, dans un article visant à réaliser un inventaire des recherches sur la question de la sexualité des personnes âgées menées au Québec, Dupras rappelle que le désir, l'activité et la satisfaction sexuels sont grandement influencés par le bien-être physique¹⁸.

En France, la vision de ce sujet reste dominée par une désexuation des aînés¹⁵. Selon Ribes, cette désexuation marque le fossé entre le monde des « adultes » et celui des « vieux », ce dernier n'ayant plus d'identité sexuée. Il n'aurait droit qu'à des plaisirs dénués de toute connotation sexuelle.

Si l'activité sexuelle génitale n'est plus possible avec l'entrée dans le grand âge selon les idées reçues, Charlotte Mémin rappelle qu'il reste l'affectivité, autre versant de la sexualité souvent oubliée et qui prend une place croissante en vieillissant¹⁹.

Une étude française récente montre qu'une certaine proportion de la population des personnes âgées de 65 ans et plus a réussi à se libérer des normes sociétales, intégrant la notion de plaisir

dans leur vie. L'acceptation du corps vieillissant comme étant un corps transformé est difficile mais devient possible, comme le dialogue avec le médecin généraliste²⁰.

Au 1^{er} Janvier 2014, le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus était de 1,86 millions d'individus soit 2,9% de la population en France⁸. A la même période, il y a 102 140 médecins généralistes en France dont 69 226 en libéral. L'incidence par médecin serait donc de 27 patients par an soit environ 2 patients par mois.

Le médecin généraliste, médecin de premier recours est confronté à la question de la santé sexuelle. Il n'existe pas d'enseignement spécifique au cours des études médicales, sources de difficultés dans l'exercice au quotidien. Malgré la fréquence des consultations concernant cette population²¹, la santé sexuelle des personnes âgées reste un sujet que très rarement évoqué en soins premiers. Pourtant, les personnes âgées désignent leur médecin traitant comme étant l'interlocuteur privilégié pour discuter de problèmes ayant attrait à la sexualité²².

Une étude française concernant 16 hommes âgés de 18 à 67 ans, a montré que les patients souhaitent que le médecin adopte une attitude proactive et amorce le dialogue sur la sexualité²³. Les freins des médecins à aborder le sujet de la sexualité avec leurs patients ont été étudiés. Ils seraient principalement, un temps de consultation trop court²⁴, la peur de sexualiser la consultation avec un patient de sexe opposé²⁵, la peur de choquer le patient ou qu'il pense être jugé, la peur de manque de compétences et de connaissances²⁶.

Comment aborder ce sujet délicat? Comment accompagner au mieux les patients dans l'accomplissement de leur santé sexuelle? Quel est leur vécu de la sexualité à cet âge avancé?

Très peu de données sont disponibles dans la littérature sur la classe d'âge la plus élevée de cette population. A ce jour, il n'existe en France aucune étude explorant le vécu de la sexualité chez les personnes très âgées.

Afin de pouvoir améliorer le dialogue entre patients et médecins autour de la sexualité et atteindre une prise en charge plus globale des personnes âgées, il est nécessaire de connaître le vécu de la sexualité des patients et de savoir leurs attentes vis-à-vis du médecin généraliste.

Comme le dit Enos²⁷, aborder la sexualité sous la forme rigoureuse des statistiques c'est se priver du contenu précieux des confidences; cette étude qualitative a donc pour objectif d'explorer le vécu de la sexualité chez les personnes âgées de 85 ans et plus.

MATERIEL ET METHODES

1) MATERIEL :

Un ordinateur avec le logiciel de traitement de texte Word[®] a été utilisé.

Un dictaphone analogique puis un smartphone ont permis l'enregistrement des entretiens avec les personnes âgées, facilitant leur retranscription intégrale dactylographiée.

Les sources bibliographiques ont été classées à l'aide du logiciel Zotero[®] afin de simplifier la retranscription de la bibliographie.

2) METHODES :

a) Type d'étude et objectifs :

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, menée jusqu'à obtenir une saturation des occurrences.

La recherche qualitative avait pour but d'étudier les représentations et les comportements (ainsi que leurs déterminants), via une démarche interprétative. Il ne s'agissait pas de convertir des opinions en nombre, ni de quantifier des comportements, mais de saisir le sens que les individus attribuaient à leurs actions. Il s'agissait de prendre en compte des dynamiques, des processus et des modes de compréhension²⁸. Ce type de recherche était particulièrement adapté lorsque les facteurs observés étaient difficiles à mesurer objectivement.

L'étude explorait le vécu de la sexualité de personnes âgées de 85 ans et plus. Elle avait pour objectif de comprendre les spécificités du vécu de la santé sexuelle à cet âge, pour améliorer la communication patient - médecin généraliste autour de ce sujet et atteindre une prise en charge plus globale de la personne très âgée.

b) Revue de la littérature :

La recherche bibliographique a débutée par la lecture de deux ouvrages intitulés Amours de vieillesse²⁹ et, Sexualité et vieillissement – Comprendre et anticiper les évolutions¹⁵ afin d'explorer les données générales connues sur le thème de la sexualité des personnes âgées. L'étude de la bibliographie de ces deux ouvrages a également servi de point de départ aux recherches sur internet.

Ces dernières se sont déroulées sur le portail de recherche de l'université Lyon 1 avec les moteurs de recherche à disposition : DocCISMef, EM Premium, Pubmed, Web of Science et le SUDOC. La base de données CAIRN a été utilisée pour enrichir les données sur le plan psycho-social avec les mots clés francophones « sexualité », « vieillissement » ou « sujet âgé » selon une logique booléenne. Au fur et à mesure de l'exploration des bases de données, l'équation de recherche a été modifiée avec l'utilisation des *Mesh terms* suivants: « Sexuality », « Elderly », « 80 and over », « Personal narratives » (topic).

Des difficultés ont été rencontrées dans la construction de la bibliographie. L'utilisation du terme sexualité de façon isolée menait à une multitude de résultats non pertinents, traitant notamment des pathologies de la sexualité telles que les troubles de l'érection. Le terme « vécu » traduit en anglais par « personal narratives » était quand à lui très sélectif, ne permettant pas de regrouper tous les résultats pertinents pour notre étude.

L'équation de recherche la plus pertinente était *sex* AND elderly OR 80 and over AND/OR personal narratives*.

c) Elaboration du guide d'entretien :

A l'issue de la recherche bibliographique, des hypothèses ont été formulées et ont permis l'élaboration d'un canevas d'entretien (Annexes 1 et 2). Ce guide d'entretien a été utilisé comme support afin d'explorer les différentes sphères du vécu de la sexualité des personnes âgées. Il a été enrichi d'un entretien à l'autre en fonction des nouveaux thèmes abordés.

L'entretien semi-dirigé a semblé être l'outil le plus adapté pour explorer le vécu et les différentes opinions des participants, et pour obtenir des informations sur des thèmes définis à l'avance par le canevas d'entretien.

Une soirée de formation au sein d'un cercle de thèse³⁰ avait été organisée par la directrice de thèse avec l'intervention d'une psychothérapeute, afin d'initier l'investigateur à l'utilisation des techniques de reformulation, de relance et de questions ouvertes. L'objectif était d'acquérir des compétences d'écoute active et d'aboutir à une posture et un discours plus naturels lors des entretiens, permettant l'installation d'un climat de confiance propice au dévoilement.

i) Description du canevas d'entretien :

L'entretien débutait par une présentation de l'investigateur et de son travail de thèse centré sur le vécu de leur sexualité actuelle, après leurs 85 ans. Les données anthropométriques étaient recueillies de façon déclarative par des questions fermées.

L'interview commençait par une question ouverte afin que le participant se présente et que des informations d'ordre général soient recueillies. C'était l'occasion pour le participant de parler librement de sa vie, de son état de santé actuel et de ses préoccupations.

La première partie commençait par une question ouverte sur le thème de l'amour. Il s'est avéré important après les entretiens tests de ne pas débiter par une question sur la sexualité. Cette entrée en matière pouvait entraîner un blocage des participants. Le thème de l'amour leur permettait d'évoquer spontanément leurs représentations du couple, de la famille et de la sexualité permettant à l'investigateur de rebondir.

La deuxième partie concernait la sexualité et la santé sexuelle. Le lien entre santé et sexualité était abordé. Ensuite, la place du médecin généraliste a été explorée.

A tout moment durant l'entretien, les participants pouvaient parler librement et rebondir sur un autre sujet au fil de leur réflexion. L'entretien se terminait en laissant la possibilité aux participants de s'exprimer librement, notamment sur leur vécu de cet échange.

L'ordre des questions et leurs formulations n'étaient pas figés mais adaptés au déroulement de l'entretien. L'investigateur pouvait relancer les participants dans leur narration pour explorer des sujets ou en développer d'autres, en évitant dans la mesure du possible l'emploi de questions

fermées pouvant les influencer. Il n'y avait pas de contrainte de temps, l'entretien se terminant à l'issue des questions et des différentes ouvertures évoquées.

ii) Notes durant l'entretien :

Quelques notes sur la communication non verbale des participants pendant les entretiens ont été relevées par l'investigateur. Elles ont été limitées afin de ne pas les interrompre dans leur récit et de respecter le cheminement de leur pensée en les soutenant du regard. Ces notes ont été retranscrites dans les entretiens et intégrées entre parenthèse, en italique.

iii) Test du canevas d'entretien :

Le canevas d'entretien a été testé auprès de quatre personnes âgées répondant aux critères d'inclusion lors de la réalisation du mémoire de stage praticien de niveau 1 de médecine générale. L'analyse de ces entretiens test a été faite en double lecture. L'investigateur a fait une première autocritique, et la directrice de thèse une seconde critique.

Le canevas initial comportait une liste trop détaillée de questions. Il empêchait l'écoute active de l'investigateur qui ne rebondissait pas lors de propos intéressants. Avec l'aide de la directrice de thèse, il a été modifié après ces entretiens, réduit et enrichi des nouveaux thèmes abordés (Annexe 1).

Tout au long de l'étude, le canevas d'entretien est resté évolutif au fil des entretiens, alimenté par les nouvelles questions soulevées par les participants (Annexe 2). Ces derniers n'ont pas remis en question le canevas.

d) Constitution de l'échantillon et recueil des données :

i) Le recrutement :

L'échantillon a été constitué selon la technique d'échantillonnage raisonné, qui ne recherche pas la représentativité statistique. Le recueil de la diversité des opinions et comportements exige

classiquement un échantillonnage dit « en recherche de variation maximale » visant à couvrir la diversité des représentations des individus²⁸.

Le recrutement a débuté en Mai 2015 et s'est terminé en Juillet 2016. Il a été réalisé auprès de la patientèle de cabinets de médecine générale dans les départements de l'Ain, la Savoie et le Rhône, et des foyer-logement, EHPAD et CCAS de la ville d'Aix-Les-Bains.

Les patients répondant aux critères d'inclusion ont été sollicités par leur médecin généraliste traitant, notamment dans le département de l'Ain. L'étude leur était présentée et une fiche explicative leur était fournie (Annexe 3). Si leur accord était obtenu, leurs coordonnées étaient transmises à l'investigateur qui les recontactait pour fixer une date d'entretien. Sur les 11 participants recrutés par leur médecin généraliste, 3 ont refusé de participer à l'étude lors du contact avec l'investigateur et 1 personne lors de l'arrivée de l'investigateur à son domicile. Entre l'information donnée par le médecin traitant et le rappel de l'investigateur, un diagnostic de démence avait été réalisé chez l'un des patients.

Certaines personnes âgées ont été directement recrutées par l'investigateur dans des cabinets de médecine générale dans le département de la Savoie suivant la même méthodologie. 6 personnes âgées avaient donné leur accord suite au premier contact. 2 ont finalement refusé de participer la veille du rendez-vous fixé.

Un mail a été envoyé à des médecins généralistes installés dans les départements de la Savoie et du Rhône. Une seule réponse a été obtenue après plusieurs mois de latence, n'ayant pas permis de recruter de nouveaux participants. La réponse était encourageante mais le médecin ne souhaitait pas recruter ses patients pour des raisons déontologiques qu'il n'a pas détaillées.

Une personne âgée a été sollicitée lors d'une hospitalisation au service de Post-Urgence Gériatrique du Centre Hospitalier (CH) de Villefranche-sur-Saône. Elle n'a pas souhaité participer à l'étude. D'autres personnes ont été informées de l'étude au cours de leur hospitalisation au service de Court Séjour Gériatrique du CH de Villefranche-sur-Saône mais aucune n'a donné son accord. Au cours du recrutement hospitalier, il a été mis en évidence que

l'hospitalisation était un évènement important pour les patients accaparant leurs pensées et qu'ils n'étaient pas disposés à s'interroger et réfléchir sur le thème de l'étude.

Un contact par mail puis téléphonique a été réalisé avec un assistant du service de gériatrie de l'Hôpital Edouard Herriot à Lyon. Il a été convenu que les personnes âgées répondant aux critères d'inclusion pourraient être informées de l'étude au moment de leur sortie d'hospitalisation et que leurs coordonnées seraient transmises à l'investigateur avec leur accord. Ce contact n'a pas permis de recruter des participants.

Après avoir parlé de l'étude à son entourage, de nombreuses pistes ont été explorées par l'investigateur. 1 personne âgée n'a pas pu être recrutée, son état de santé s'étant rapidement dégradé et nécessitant une hospitalisation prolongée. 2 autres personnes âgées ont été recrutées mais la première a été exclue après le test CODEX³¹ dépistant les troubles cognitifs (Annexe 4) et la seconde a finalement retiré son accord. L'investigateur a recruté un participant via le bouche-à-oreille.

L'investigateur est rentré en contact par mail avec Monsieur TIRADON, directeur des établissements publics d'hébergement pour personnes âgées de la ville d'Aix-les-Bains. Une rencontre individuelle a permis de présenter l'étude au directeur afin d'obtenir son accord. Il a été convenu ensemble de présenter l'étude aux personnes âgées hébergées dans ces structures lors des conseils de vie sociale respectifs. Une présentation succincte et didactique a été réalisée le 4 Juin 2015 à l'EHPAD Les Grillons et une autre le 10 Juin 2015 au foyer-logement L'Orée du Bois devant les représentants des résidents, du CCAS et des structures d'accueil des personnes âgées de la ville d'Aix-les-Bains.

Après accord des différents représentants, l'investigateur a eu accès à la liste des résidents du foyer-logement l'Orée du Bois. Une première sélection a été réalisée par rapport aux critères d'inclusion, notamment l'âge suivant les dates de naissance. Sur les 42 résidents âgés de 85 ans et plus, 10 ont été prospectés de manière fortuite. 7 personnes ont refusé; 1 des participants a été exclu du fait de troubles cognitifs et 2 entretiens ont pu être réalisés.

L'investigateur a été mis en relation avec le médecin coordonnateur de l'EHPAD Les Grillons, le Docteur MURRAY. L'investigateur n'a pas eu accès à la liste des résidents mais aux statistiques générales des résidents. Sur 56 personnes éligibles selon l'âge, l'investigateur n'a eu la possibilité de rencontrer que 2 résidents, choisis par le médecin coordonnateur. Ces personnes ont accepté de participer à l'étude.

Un contact par mail avec Madame LOPEZ, responsable vie sociale et animation gérontologie au Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de la Ville d'Aix-les-Bains a permis de présenter l'étude. La fiche d'information a été diffusée au sein du service. Les différents intervenants dont notamment Madame GELLON ont prospecté personnellement les personnes âgées bénéficiant de ces aides et répondant aux critères d'inclusion. 3 personnes avaient donné leur accord pour participer à l'étude. 2 entretiens ont été réalisés.

ii) Difficultés de recrutement :

Peu de réponses positives ont été obtenues lors du recrutement par rapport au nombre de personnes sollicitées. Il n'est pas possible d'en calculer le ratio car la diffusion a été réalisée en partie par d'autres personnes que l'investigateur et le nombre de personnes exactes ayant pris connaissance de l'étude n'est pas connu.

Suite aux difficultés de recrutement et devant un nombre élevé de refus, l'investigateur et les directrices de thèse se sont interrogées sur les freins à participer à l'étude. Après un échange avec une personne âgée de l'entourage de l'une des directrices de thèse, il s'est avéré nécessaire de ne pas évoquer le mot sexualité lors de la présentation de l'étude aux éventuels participants. Cette entrée en matière pouvait entraîner un blocage de ces derniers.

Sur avis de cette personne âgée, le terme amour a été préféré pour présenter l'étude et faciliter le recrutement. Débuter l'entretien par le thème de l'amour permettait aux participants d'évoquer leurs représentations du couple, de la famille et de la sexualité, l'investigateur pouvant ensuite rebondir sur ce dernier sujet.

Sur les 15 personnes âgées sollicitées directement ayant refusé de participer à l'étude, 3 se sont retirées après un premier consentement oral sans explication.

iii) Les critères de sélection :

Les critères d'inclusion ont été un âge supérieur ou égal à 85 ans, la capacité à suivre un entretien pendant environ 30 minutes et l'absence de traitement contre la démence. Il n'a pas été retenu de critères concernant le statut marital (célibataire, en couple, marié, veuf...), l'origine des participants ni leur orientation sexuelle afin d'obtenir un échantillon le plus varié possible.

Cinq critères d'exclusion ont été formulés: la barrière de la langue (ne pas maîtriser la langue française et/ou aphasie), une pathologie démentielle connue et/ou traitée, le fait d'être en hospitalisation lors de l'entretien, une mesure de protection par tutelle et le refus de participer à l'entretien.

L'âge de 85 ans a été retenu afin de se démarquer des études précédemment réalisées. La définition de l'OMS des personnes âgées se limitant aux personnes âgées de 60 ans et plus³², beaucoup d'études ont intégré cette définition comme limite d'âge inférieure. Ceci explique que la population plus âgée, qui prend de plus en plus d'importance avec l'évolution démographique n'est pratiquement pas étudiée. Étant donné que l'âge moyen à l'accouchement des femmes en 1955 et avant (soit il y a 60 ans et plus) se situe autour des 28 ans³³, et pour des raisons de faisabilité de l'étude, il a été décidé de retenir l'âge de 85 ans comme limite inférieure (soit un écart de 25 ans) afin d'étudier la génération précédente.

La démence a été exclue car elle a été considérée comme un sujet de thèse à part entière apportant d'autres facteurs influençant le vécu de la sexualité. La mise sous tutelle a été exclue pour des raisons de faisabilité de l'étude, l'obtention de l'accord du tuteur ou de la tutrice rendant plus difficile le recrutement.

Les entretiens se sont déroulés dans l'ordre des acceptations. Le sexe, le milieu de vie et les catégories socio professionnelles n'ont pas été des critères de sélection du fait des difficultés de recrutement. Les caractéristiques des participants ont été retranscrites dans un tableau (Tableau 1).

iv) La réalisation des entretiens :

(1) L'investigateur :

Un seul investigateur a réalisé les entretiens afin de garantir un maximum de cohérence. Il prenait à la fois le rôle de modérateur et d'observateur, tout en assurant le bon fonctionnement de l'enregistrement. Les rendez-vous des entretiens ont été fixés en fonction des disponibilités de l'investigateur et de chacun des participants.

L'identité et le statut de l'investigateur sont : Mademoiselle DERIGON Constance, étudiante à la faculté de médecine LYON-EST, interne en médecine générale puis médecin généraliste remplaçant et auteur de ce travail.

(2) Durée et lieu des entretiens :

Le recueil des données a débuté le 19 Juin 2015 et s'est achevé le 13 Juillet 2016. Les entretiens ont duré entre 21 minutes et 92 minutes. 17 entretiens ont été réalisés.

Le premier entretien s'est déroulé avec un couple de participants. La consigne avait été donnée de ne pas se couper la parole afin de laisser à l'autre participant la possibilité de s'exprimer librement et faciliter la retranscription par la suite. Cet entretien a constitué un test permettant de mettre en évidence les limites de l'investigateur et de la méthode. Les difficultés à mener à bien les entretiens de couples ont poussé l'investigateur et les directrices de thèse à choisir comme méthode de référence les entretiens individuels.

Les rencontres étaient ensuite individuelles. Il n'y a pas eu de tiers. Elles avaient lieu dans un endroit calme permettant d'instaurer un climat de confiance. Ce dernier était choisi d'un commun accord entre les participants et l'investigateur, soit au domicile des participants, soit au cabinet médical pour l'un d'entre eux. Les échanges ont été dérangés une fois par l'arrivée impromptue du fils d'un des participants et une autre fois par une sonnerie de téléphone. Les participants pouvaient s'exprimer librement sans gêne ni retenue. Il n'existait pas de contrainte de lieu ni de temps.

(3) Déroulement de l'entretien et consentement éclairé :

Un premier temps a été consacré à la présentation de l'investigateur, de son identité et de son statut. Il exposait l'objet de son étude et de l'entretien ainsi que les modalités de sa mise en oeuvre. Ces explications ont été adaptées à chaque participant. Avant de débiter chaque entretien, l'investigateur insistait sur l'importance de donner son opinion et ses propres représentations, sans viser les bonnes réponses.

Le consentement écrit et daté de chaque participant (Annexe 5) a été recueilli en double exemplaire (un pour le participant et un pour l'investigateur) pour l'enregistrement audio de l'entretien, la retranscription littérale de l'interview, l'utilisation des verbatim dans le travail de thèse et le recueil des informations sociodémographiques relatives à chacun (âge, sexe, lieu de domicile).

Le caractère confidentiel des données recueillies et le respect de l'anonymat ont été garantis aux participants et rappelés en début d'entretien. A ce titre, les participants ont été nommés dans ce travail par la première lettre de leur nom de famille et leur entretien associé à un numéro qui correspond à l'ordre chronologique des entretiens (E1 pour l'entretien numéro 1).

Pendant les entretiens, l'investigateur a cherché à être en position d'écoute active en utilisant des techniques de reformulation et de relance, en respectant les temps de silence, sans risquer d'influencer l'échange source de biais qui aurait rendu ininterprétable l'étude. Il a veillé au respect de la grille d'entretien tout en s'adaptant au fil des pensées de chacun des participants. De rares notes écrites étaient prises au cours de l'entretien. Il s'agissait de thèmes à relancer ultérieurement ou de certaines réactions non verbales du participant (gestuelle, attitude).

Aucune relecture des entretiens par les participants n'a été organisée. Il s'agissait d'éviter une éventuelle autocensure à posteriori, au risque d'une approximation acceptée par l'auteur.

L'enregistrement s'est fait à l'aide d'un smartphone et d'un dictaphone analogique pour plus de sécurité. Malgré ces précautions, un entretien n'a pas pu être retranscrit car les données n'ont pas pu être sauvegardées.

(4) Analyse des entretiens :

L'écoute des premiers enregistrements dans un but d'autocritique a permis d'améliorer la technique d'entretien et de progresser dans le recueil des données.

Les entretiens ont été analysés au fur et à mesure du recueil. La première étape consistait en une analyse verticale des données selon une méthode d'analyse intuitive du contenu thématique; c'est-à-dire un travail entretien par entretien pour permettre à l'investigateur de se saisir et de s'imprégner des logiques individuelles et du caractère unique de chaque participant. Elle reposait sur une lecture répétitive de chaque entretien. L'investigateur relevait les verbatim des participants, appelés unités d'analyse, et les classait par thèmes. Les thèmes et sous-thèmes ont été répertoriés puis classés au sein d'un document réalisé à la main. Une analyse horizontale a ensuite été réalisée pour repérer les occurrences des thèmes et sous-thèmes de l'ensemble des entretiens.

De nouvelles thématiques ont été relevées jusqu'au 15ème entretien. Le recueil de données a donc été poursuivi sur 2 nouveaux entretiens afin de s'assurer de la saturation des occurrences marquant la fin du recueil.

Deux autres chercheurs, la directrice de thèse, et la directrice de thèse junior, ont réalisé parallèlement chacune de manière indépendante une analyse thématique des résultats. Ces analyses ont été mises en commun et discutées afin de développer une arborescence de différents thèmes. La confrontation des trois analyses lors de la triangulation a permis d'assurer la crédibilité des résultats.

e) Les aspects éthiques et règlementaires :

i) Législation :

L'étude a été conduite conformément à la Loi n°78-17 du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Une déclaration simplifiée de recherche biomédicale au CNIL a été déposée le 03/08/2015 sous le numéro 1879770 v 0 (Annexe 6).

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

ii) Confidentialité :

Selon le code de la Santé Publique, toutes personnes appelées à collaborer ou prendre connaissance de l'étude sont tenues au secret professionnel.

iii) Information et consentement :

Les participants ont été informés de l'étude, du temps de passation et de l'utilisation des données dans un langage clair par une fiche descriptive (Annexe 3). Les formulaires manuscrits de consentement n'étaient pas anonymes et ont été conservés de manière sécurisée par l'auteur. Le consentement de chaque participant pouvait être retiré à tout moment sans motif.

iv) Archivage des données :

Aucune donnée brute ou nominative informatisée ne sera conservée à l'issue du travail par les auteurs. Seul le format papier et anonymisé sera conservé au bureau des thèses et référencé.

RESULTATS

1) DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON :

L'échantillon se composait de 17 personnes âgées de 85 à 97 ans, dont la moyenne d'âge était de 89,8 années.

Parmi les participants, il y avait 10 femmes et 7 hommes. 10 d'entre eux se sont déclarés en couple et les 7 autres célibataires.

Les lieux de vie étaient diversifiés. 11 participants habitaient dans leur résidence privée, 4 en foyer-logement et 2 autres en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Les participants ont été recrutés dans les départements de l'Ain, de la Savoie et du Rhône. Les modalités de recrutement sont explicitées au paragraphe « Constitution de l'échantillon et recueil des données » de la partie Matériel et Méthodes.

10 des participants ont été recrutés via leur médecin généraliste ; 4 via les établissements d'hébergement publics de la ville d'Aix Les Bains (foyer-logement l'Orée du Bois et EHPAD Les Grillons) ; 2 via le CCAS de la ville d'Aix-Les-Bains et 1 via le bouche-à-oreille au sein du cercle de thèse.

Les entretiens ont duré entre 21 et 92 minutes. L'entretien le plus court était le numéro 14 et le plus long le numéro 12. Les entretiens numéro 1 et 2 correspondaient aux entretiens test, effectués auprès d'un couple.

La description de l'échantillon est représentée dans le tableau ci dessous.

Tableau 1 : Description de l'échantillon

Ordre	Dénomination	Sexe	Âge	Statut marital	Lieu domicile	Recrutement
N°1	E1	F	89	Mariée	Privé	MG
N°2	E2	M	93	Marié	Privé	MG
N°3	E3	F	87	Veuve / Seule	Foyer logement	MG
N°4	E4	M	89	Marié	Privé	MG
N°5	E5	F	89	Séparée / Seule	Foyer Logement	FL
N°6	E6	F	94	Veuve / Seule	Foyer Logement	FL
N°7	E7	M	93	Veuf / En couple	Privé	Bouche-à-oreille
N°8	E8	F	86	En couple	Privé	MG
N°9	E9	M	88	Divorcé / En couple	Privé	MG
N°10	E10	M	85	Veuf / Seul	EHPAD	EHPAD
N°11	E11	F	88	Divorcée / Seule	EHPAD	EHPAD
N°12	E12	F	90	Veuve / Seule	Privé	CCAS
N°13	E13	F	87	Veuve / Seule	Privé	CCAS
N°14	E14	F	92	Mariée	Privé	MG
N°15	E15	M	97	Marié	Privé	MG
N°16	E16	F	85	Mariée	Privé	MG
N°17	E17	M	95	Veuf / En couple	Foyer Logement	MG

M = Masculin; F = Féminin

EHPAD = Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

MG = Médecin Généraliste; FL = Foyer-Logement; CCAS = Centre Communal d'Action Sociale

2) DESCRIPTION DES RESULTATS :

Les résultats ont été regroupés en trois thèmes. Premièrement, l'adaptation du couple se référait à la capacité d'ajustement relationnel vis-à-vis de l'évolution de la sexualité afin d'obtenir un nouvel équilibre. Ensuite, la communication difficile autour de la sexualité reprenait les représentations négatives des participants dans ce domaine et leurs difficultés de communication aussi bien en société que dans la relation de soins.

La troisième partie faisait le constat d'une souffrance liée au manque affectif et, révélait les attentes des participants vis-à-vis de la sexualité et de la relation avec leur médecin généraliste.

a) Adaptation du couple :

i) Une sexualité qui évolue :

Les participants ont relaté l'évolution de leur sexualité au cours des années.

(1) Une baisse de la sexualité physique :

Ils reconnaissaient une baisse de leur sexualité, sur son versant physique. Cette baisse affectait aussi bien la sexualité personnelle que celle du couple.

E 11 : « je n'ai pratiquement pas eu, pas de relations sexuelles depuis des années et des années. »

E 15 : « Mais maintenant les coups sont rares !! »

E 15 : « masturbation écoutez. Je dis pas avant le mariage mais depuis ça a disparu ! »

E 9 : « Le « popol », il est en retraite ».

Cependant, le désir sexuel persistait.

E 15 : « on a toujours des idées si vous voulez mais...les occasions sont rares »

E 11 : « les désirs sont peut-être moins, moins constants si vous voulez mais, mais on ressent quand même un petit peu de ce côté-là »

E 17 : « J'en connais comme moi: « Oh et oh, on regarde les femmes, on regarde les jolies femmes mais c'est tout ce qu'on peut faire hein! ». »

E 15 : « c'est plus l'envie qui manque, c'est les pouvoirs voilà! »

Les participants ont exprimé plusieurs freins au maintien d'une sexualité physique similaire à celle antérieure.

Pour certains, l'âge justifiait à lui seul la baisse de la sexualité.

E 14 : « C'est bien normal que ça diminue en vieillissant non ? »

E 17 : « Moi je connais que ça. C'est la vieillesse hein! On a beau dire ci, on a beau dire là mais c'est la vieillesse. »

E 14 : « Oh ben avec l'âge vous savez. Quand même, heu à 92 ans... *Rires* et 97, il me semble que, il y a la fatigue »

D'autres imputaient les maladies ou s'interrogeaient sur le lien entre celles-ci et leur sexualité.

E 13 : « je pouvais pas lui dire: « j'ai envie de toi ». Ben je sais qu'il était malade. »

E 16 : « Depuis encore que j'ai été malade et que j'ai eu l'opération du coeur, on pense pas à l'amour. »

E 13 : « vous savez ce que ça fait le diabète. Ben voilà! Des fois on essayait d'avoir un rapport, ben il ne pouvait pas. »

La crainte d'un impact sur leur santé était évoquée.

E 15 : « Est-ce que ça peut agir sur nos maladies? Est-ce que ça peut en procurer une autre?»

L'influence des actes chirurgicaux, notamment gynécologiques chez les femmes et urologiques chez les hommes, avait été mise en avant.

E 12 : « Je lui ai dit: « Est-ce que si vous m'opérez, est-ce que je serai encore femme et que je pourrais jouir de la vie? ». »

E 15 : « J'ai entendu un Monsieur moi, qui m'avait dit, il avait été comme moi opéré... *Pause* opéré, ohhhhh le nom ne me revient pas. Prostate! (...) Il m'a dit: « tout a disparu! ». »

A plusieurs reprises, les participants ont incriminé la perte de leur conjoint. L'idée d'une fidélité après son décès était omniprésente.

E 12 : « Dans mon idée, j'allais jamais le tromper et là, il était mort je l'aurais trompé »

E 3 : « J'ai l'impression que j'aurais eu mon mari devant moi »

E 12 : « C'est difficile quand on a vécu 50 ans avec un homme et se remettre avec un autre heu... »

Certains évoquaient la difficulté à combler leurs attentes en matière de sexualité.

E 12 : « Je n'ai pas trouvé ce qui m'aurait plu. »

E 8 : « Comme c'était pas vraiment ce que j'aurais aimé avoir, ben j'ai laissé tomber. »

E 8 : « au point de vue sexuel moi ça n'a pas été bien parce que j'avais eu un amant qui était formidable bon. Alors après j'ai été un peu déçue quoi, c'était plus (...) C'est pour ça, peut être que j'y trouvais pas de plaisir hein !! »

E 11 : « j'ai jamais rencontré quelqu'un qui puisse me faire vibrer si on peut dire »

L'évolution de la sexualité incluait un changement dans la part affective de leur relation.

(2) La recherche sentimentale :

La part affective des relations était pour beaucoup animée par la recherche de compagnie.

E 13 : « il y a des personnes qui ont besoin d'avoir un compagnon. »

E 17 : « en ce moment j'ai une femme de, comment on appelle ça? Une femme de, une femme de compagnie, c'est tout. »

E 17 : « on mange ensemble, on sort ensemble. On sort ensemble... oui pfff. Mais on est ensemble quoi! »

Cette compagnie permettait de lutter contre la solitude.

E 16 : « Quand tu as quelqu'un à côté, ça veut dire qu'on n'est pas seul. (...) Il y a quelqu'un qui nous protège »

E 7 : « Je n'aime pas la solitude. Si j'étais comme ça tout le temps, non ! Je chercherai, je chercherai quelqu'un ; ça c'est sûr. »

L'importance de l'entraide dans leur relation de couple était source de bien-être.

E 4 : « le don, c'est, c'est le service, c'est l'entraide. C'est le, c'est le...le petit coup de main de tous les jours, de longueur de journée, de s'aider, de s'apporter quelque chose »

E 4 : « si je n'ai pas pu lui apporter beaucoup de, de plaisir sexuel, je crois que je lui suis, je lui suis d'un grand secours »

E 8 : « Si il y en a un qui est malade, il s'occupe de l'autre ».

E 16 : « ça veut dire, elle prend soin de moi. Alors moi dans mon coeur, ça m'a fait du bien.»

Ce soutien mutuel était un signe d'attachement, indispensable au maintien de leur relation au fil des années.

E 9 : « Même à la morgue je ne veux pas me séparer d'elle. »

E 9 : « Quand on a aimé quelqu'un, faut le garder jusqu'au bout. »

E 14 : « Ben on s'aime toujours autant. Oui, toujours autant pareil (...) peut-être même plus en vieillissant, en prenant de l'âge ».

Les participants témoignaient de cet attachement par des manifestations d'affection.

E 9 : « il faut donner des sentiments sincères et profonds »

E 7 : « comme affection, ça se limite pour moi à lui embrasser la tête, ses cheveux »

E 12 : « Avec mon mari, tu vois, des fois en vieillissant, il n'était pas très en forme mais il était tendre quoi! Il m'embrassait »

E 13 : « on s'aimait bien. On s'embrassait! »

La relation évoluait vers des sentiments d'amitié et d'affection qui complétaient le sentiment amoureux.

E 9 : « C'est plus pareil ! Mais oui, on s'aime d'une autre façon »

E 14 : « c'est toujours de l'amour. Une grande affection ! »

E 8 : « en vieillissant, on est vraiment deux bons copains. On s'entend bien»

E 13 : « Parce que maintenant, c'est de la tendresse, c'est de l'amitié. »

L'évolution de la sexualité et les ajustements de la vie affective avaient abouti à une transformation de la part corporelle dans la relation conjugale.

(3) Une corporalité transformée :

La part corporelle de la relation de couple s'était adaptée à l'évolution de la sexualité.

E 9 : « les relations, ça se passe autrement »

E 14 : « c'est faire l'amour mais seulement après 85 ans, c'est, c'est plus comme à 20 ans ! »

Les rapports coïtaux avaient diminué.

E 10 : « les personnes jeunes ont une sexualité disons plus active que celle des, que celles qui sont moins jeunes, qui sont vieilles hein. »

E 14 : « on fait l'amour moins, moins souvent qu'à 40 ans... (...) Mais ça existe toujours ! Moins souvent bien sûr ! »

La diminution des rapports sexuels avait souligné l'importance accordée à la tendresse.

E 10 : « l'amour avec les rapports sexuels mais c'est aussi... La sexualité c'est aussi les rapports en dehors des rapports sexuels »

E 12 : « Il y a une grande tendresse. La tendresse c'est, ça fait partie de l'amour hein ! »

E 7 : « avec ma femme, parce que quand on se couchait, (...): on était dans les bras l'un de l'autre; j'aimais bien ça moi ! ».

Cette tendresse se manifestait principalement par des contacts physiques.

E 17 : « on se caresse un peu c'est tout quoi. *Rires* »

E 12 : « Il me tient la main. »

E 16 : « ça me fait du bien. Comme quand il me touche »

Cet ensemble de transformations de la vie affective avait conduit à la création d'un nouvel équilibre du couple.

ii) Un nouvel équilibre relationnel :

Une adaptation avait été nécessaire pour permettre au couple d'accepter l'évolution de leur sexualité.

(1) L'adaptation relationnelle :

Les participants évoquaient l'adaptation, l'acceptation...nécessaires à la préservation de leur relation de couple.

E 7 : « pour moi, c'est une adaptation »

E 9 : « C'est plus pareil ! Mais oui, on s'aime d'une autre façon »

E13 : « j'ai accepté. C'est pas moi qui ai fait heu, un drame »

Ils avaient dû faire des compromis.

E 9 : « les relations, ça se passe autrement »

E 13 : « je m'en passais! »

Cette évolution progressive avait amené à revoir la place accordée à la sexualité dans le couple. Si les participants reconnaissaient un rôle important à la sexualité dans leur relation, ils précisaient que cette importance diminuait progressivement pour devenir accessoire.

E 11 : « c'est quand même indispensable, enfin indispensable dans un couple (...) Mais pas primordial non plus pour moi! »

E 8 : « Après je n'y attachais plus d'importance. »

E 5 : « l'acte d'amour ? Ben si c'est juste pour ça, c'est pas ça qui compte le plus. »

E 5 : « j'ai fini par me dire que ce n'était pas l'essentiel »

E 5 : « Ça peut passer dans le, dans le, dans la colonne des choses pas indispensables. »

L'acceptation de l'évolution de la sexualité du couple avait permis la création d'un nouvel équilibre relationnel.

E 10 : « l'amour c'était le fait de vivre ensemble, tout simplement.»

E 5 : « vaut mieux une bonne relation autrement que, ça et puis rien du tout à côté ».

Cet équilibre relationnel nouvellement construit était source de satisfaction.

(2) Une satisfaction globale :

Les participants ressentaient un bien-être. Ils exprimaient des émotions positives, telles que la joie et le bonheur.

E 15 : « Le bonheur je sais pas, de s'aimer et d'être toujours d'accord tous les deux »

E 14 : « On est heureux tous les deux. »

E 9 : « Moi je suis bien, je suis heureux. C'est l'essentiel! »

Ils se sentaient épanouis.

E 11 : « Je me sens bien comme ça »

E 11 : « Je suis à peu près épanouie maintenant »

Ces manifestations de bonheur et ces émotions positives révélèrent une satisfaction globale de leur situation actuelle.

E 16 : « On a fait une belle vie. »

E 9 : « Moi je suis content de mon sort »

E 15 : « J'ai jamais été aussi heureux depuis que j'ai été marié »

Ce contentement malgré les modifications de la sexualité et l'adaptation de la relation conjugale témoignait de la maturité acquise avec l'âge.

(3) Vers la sagesse ? :

Les participants décrivaient l'évolution qu'ils avaient vécu dans leur manière d'appréhender la sexualité au cours du vieillissement.

Ils précisèrent qu'ils avaient pu jouir des plaisirs de la vie dans leur jeunesse.

E 5 : « on se rencontre, on est un peu ébloui »

E 9 : « Faut bien en profiter, parce que ça dure pas tant que les impôts. Les impôts même en retraite, faudra les payer alors profite parce que les filles, tu ne les auras pas tout le temps ! »

E 15 : « Jusqu'à 41, où ma femme a été opérée d'un fibrome et que le docteur nous a dit: « Maintenant vous ne risquez plus rien. Vous ne pouvez plus avoir d'enfants. ». C'est là qu'on en a profité! »

Ils soulignaient que par la suite leurs besoins vis-à-vis de la sexualité s'étaient modérés.

E 11 : « mes sens sont bien apaisés »

E 12 : « J'avais moins envie quoi! Moins envie bien sûr »

E 9 : « le désir, il est passé là! »

E 11 : « parce que je n'en éprouve pas le besoin déjà, d'avoir heu, d'avoir une relation plus poussée.»

Cette évolution était d'autant mieux vécue qu'elle avait été accompagnée d'une communication dans le couple.

E 5 : « On attend qu'il y ait des échanges, des échanges importants dans tous les domaines »

E 5 : « je crois qu'il faut avoir la possibilité d'en parler avec le, avec le conjoint »

E 16 : « si on est toujours d'accord à deux, on est toujours là »

Cette communication était source de compréhension, tolérance et confiance.

E 15 : « la seule chose que je souhaite moi, c'est de rester, comment, bien d'accord, amis jusqu'au bout. »

E 7 : « la base c'est la tolérance »

E 12 : « Fallait me témoigner une longue amitié, que je pouvais me reposer sur lui tu vois et lui donner mon amour »

Ce climat d'apaisement et de contentement s'accompagnait d'un relativisme acquis avec les années.

E 15 : « On n'a, on n'a jamais eu ces idées de, l'idée de oui de vouloir plus que ce qu'on pouvait avoir! »

E 16 : « On sait bien qu'on n'est pas très heureux, mais il vaut mieux comme ça qu'être moins que ça! »

E 8 : « le sentimental, c'est, c'est mieux hein. Oui c'est mieux que sexuellement »

De ce fait, ils n'exprimaient pas de regrets par rapport à ces changements.

E 7 : « Ça ne me manque pas »

E 13 : « je ne peux pas me plaindre »

E 15 : « on en a assez profité. »

L'acquisition d'une certaine sagesse avec le vieillissement permettait au couple de se satisfaire de l'évolution de sa sexualité. Cependant, ce scénario n'était pas synonyme d'une vision unique de la sexualité.

iii) Une ambivalence certaine :

Malgré le contentement exprimé, le discours sur la sexualité était ambigu.

(1) La notion de norme :

Le discours était empreint de la notion de norme.

E 3 : « la sexualité, ben on était bien ! »

E 4 : « je pense que j'ai vécu un peu comme, j'étais comme tout le monde. »

E 12 : « Moi je me suis toujours considéré comme une femme normale hein! »

La norme justifiait l'arrêt de la sexualité avec l'âge.

E 14 : « C'est bien normal que ça diminue en vieillissant »

E 17 : « D'après l'âge! Parce que tous, tous les malins, à cet âge là c'est fini hein! »

E 13 : « Alors faut pas chercher là l'impossible ! »

La norme appliquait le modèle d'un partenaire de vie unique.

E 3 : « Je n'ai jamais eu l'intention ni envie d'avoir quelqu'un d'autre. »

E 12 : « Il n'était pas question de changer de partenaire! »

E 16 : « Quand quelqu'un qui t'aime, qui t'a fait les bons souvenirs, qui t'a tenu à deux mains, et demain tu le lâches? C'est pas normal... »

Elle nécessitait une fidélité, même après la perte de son conjoint.

E 3 : « C'est mort en même temps je crois »

E 3 : « J'avais plus mon mari, je n'ai plus pensé à ça »

E 13 : « même il y a quelques années en arrière, je n'aurais pas voulu fréquenter quelqu'un.»

Bien que la norme fût acceptée par les participants et qu'ils s'en disaient satisfaits, la possibilité d'un autre mode de vie était évoquée.

(2) Un droit commun à reconnaître :

Les participants évoquaient avec un certain recul le droit à poursuivre une sexualité avec l'avancée en âge.

E 10 : « c'est un peu ridicule parce que j'estime que les personnes âgées ou, ont le droit d'avoir une sexualité »

E 13 : « Quand on est un couple qui s'aime, ça fait partie de la vie ! »

E 10 : « ils ont bien le droit d'avoir une sexualité »

Ce droit à une sexualité évolutive donnait une légitimité à leurs attentes qui différaient de la vision normative.

E 8 : « non, moi je dis que pour les vieux c'est bien aussi »

E 13 : « Tant qu'ils peuvent, c'est pas mal »

E 10 : « mais la sexualité ça peut s'adresser aux personnes, aux personnes d'âge mûr ou heu séniors »

L'accomplissement de leurs attentes avec une sexualité poursuivie malgré l'avancée en âge était source de plaisir et de bien-être.

E 15 : « Mais si ils sont en pleine santé, soit l'un soit l'autre, au contraire, c'est un plaisir! »

E 12 : « j'étais heureuse quand je faisais l'amour! »

E 4 : « La sexualité est l'expression de l'amour ! »

E 15 : « c'est un plaisir que j'ai toujours eu avec ma femme »

La sexualité représentait un droit commun à reconnaître, y compris pour les personnes âgées, fort de ses bienfaits psychologiques.

(3) Un enjeu de santé mal compris :

Malgré les bienfaits évoqués de la sexualité, le lien avec la santé n'était pas parfaitement compris.

Les participants concédaient un lien entre la santé physique et la sexualité.

E 7 : « la limite d'âge elle est fonction de, de la santé de la personne »

E 16 : « Si la santé, elle est là, tout bouge, pour l'homme, pour la femme (...) ça veut dire le corps il a envie de tout. Le corps il a besoin. Il bouge! Tu as envie d'avoir un mari; tu as envie de faire l'amour; tu as envie de faire quoique ce soit! »

E 14 : « Santé sexuelle c'est quand on est en bonne forme non? »

Ils attribuaient à la sexualité un rôle sur la santé psychologique.

E 5 : « j'en avais pas tellement envie hein. Ça dépendait de ce qui s'était passé aussi à côté hein. Parce que tout est lié hein, là-haut »

E 7 : « c'est très variable suivant l'état du ménage. Si vous vous entendez bien ça passe. Si vous êtes en train de vous engueuler, ça, ça ne passe pas, surtout chez la femme »

E 16 : « ça me fait du bien. Comme quand il me touche »

E 3 : « Dans le caractère, ben qu'on est bien par exemple, après avoir fait l'amour »

Ils reconnaissaient une intrication entre les santé physique, psychologique et sexuelle.

E 10 : « ça me faisait penser à quelque chose qui est complet quoi »

E 14 : « C'est tout un ensemble hein! »

E 11 : « c'est certainement exact et judicieux disons, de penser à ces 3 éléments pour être heu, pour être bien dans sa tête et dans son corps »

La notion de santé sexuelle restait méconnue.

E 3 : (*Santé sexuelle*) « ça veut dire quoi ? »

E 10 : « Santé sexuelle ? *Silence* »

E 13 : « Santé sexuelle... Ben je vous pose la question moi. »

Ces imprécisions autour de la définition de la sexualité et de son enjeu de santé pouvaient découler d'une communication difficile autour de ce thème.

b) Une communication difficile autour de la sexualité :

i) Les représentations négatives des participants :

Les participants avaient exprimé ouvertement leurs représentations de la sexualité.

(1) Une vision empreinte de préjugés :

Certains participants manifestaient une vision négative du vieillissement, source de maladie, de douleur et de handicap.

E 13 : « Je suis sale, j'ai un déambulateur, je lui fais honte ! »

E 17 : « Je vous dis quand on peut plus rien faire, qu'on est là comme des, comme des automates là... Pffff. »

E 16 : « Quand on a la douleur à un certain âge, on ne peut pas s'occuper de nous mêmes.»

Vieillir était alors synonyme de perdre sa jeunesse. Les participants soulignaient la différence entre les personnes jeunes et les personnes plus âgées.

E 11 : « Ces personnes-là ne sont pas arrivées dans l'âge précis où il y a, où il y a cette différence entre la jeunesse et ce qu'on appelle la vieillesse... »

E 17 : « Je vous dis quand on peut plus rien faire (...) ça vaut pas nos 25 ans hein! »

E 16 : « ça se fait pour les jeunes, c'est pas pour nous! »

E 11 : « on nous classe hors, hors des choses bien souvent »

Ils faisaient part d'une vision assez fataliste du vieillissement, dans laquelle aucune action humaine ne pouvait influencer l'avancée du temps.

E 17 : « Bien trop tard! Non à 95 ans, c'est vieux! »

E 16 : « C'est trop tard pour moi »

E 8 : « Maintenant, je suis...maintenant c'est foutu hein »

E 17 : « Quand on peut plus, on peut plus. Qu'est-ce que vous voulez y faire ? »

L'impact des préjugés exprimés par les participants les avait conduits à accepter la baisse voire l'arrêt de leur sexualité avec l'avancée en âge.

(2) La question de l'âge de la sexualité :

La forte empreinte des représentations négatives des participants les poussait à accepter la notion d'un âge à la sexualité.

E 6 : « j'ai dit pour ce travail là, faut être jeune »

E 4 : « 50 ans heu...c'est déjà pas mal »

E 17 : « moi, j'en connais guère, guère, qui peut faire l'amour à 90 ans! (...) J'en connais point qui sont capables. Aucun! »

Ils s'interrogeaient tout de même sur le positionnement de cette limite.

E 3 : « Je ne sais pas si on est encore à un âge à faire l'amour »

E 8 : « non, moi je dis que pour les vieux c'est bien aussi »

E 4 : « il y a des vieux qui ont encore des choses à faire et puis des jeunes qui peuvent plus »

La limite d'âge n'était pas fixe selon le participant interrogé.

Certains évoquaient le lien avec la santé globale de l'individu.

E 7 : « la limite d'âge elle est fonction de, de la santé de la personne »

E 13 : « Il y a l'âge ou, ou un peu la maladie aussi. »

E 17 : « C'est aucun, à 90 ans, 80 et quelques années, c'est terminé! »

E 15 : « Ohhh oui jusqu'à l'âge de 90 ans, ça a toujours bien marché! »

D'autres mettaient en avant l'âge de leur conjoint. La notion de jeunesse était abordée comme ouverture à une sexualité.

E 9 : « Je ne sais pas s'il faudrait pas que je prenne quelqu'un, une jeune, une jeune peut être !! *Rires* De 20 ans, peut être ! Pour le faire bouger ! »

E 15 : « peut-être que si on a un jeune, une jeune devant soit, peut-être que ça changerait. (...) Peut-être que ça nous donnerait des idées »

E 15 : « Faudrait tomber sur une jeune, je sais pas moi! Pour que ça arrive quelque chose! »

Pour beaucoup des participants, la limite d'âge à la sexualité relevait de croyances personnelles.

E 16 : « *une bonne santé physique, psychologique et sexuelle. Qu'est-ce que vous en pensez ? Sexuelle mais maintenant elle est finie. C'est trop tard pour moi* »

E 11 : « Oh ben non, 88 ans hein, ce serait de la folie douce ! »

E 12 : « j'ai l'impression que heu, je ne pourrais pas »

Cette idée d'incapacité à la sexualité avec l'âge révélait une certaine ignorance sur ce sujet.

(3) Une certaine ignorance des participants :

Les participants exprimaient une vision assez stéréotypée de leur sexualité.

Il s'agissait principalement d'une sexualité de couple.

E 3 : « C'est dans le couple que ça se passe. »

E 9 : « quand l'homme s'en va pendant 2 ou 3 mois comme les militaires, hé ben la femme elle s'en privait ou alors fallait qu'elle cherche quelqu'un, si elle avait des envies »

E 13 : « Quand on est un couple qui s'aime, ça fait partie de la vie ! »

La sexualité et le plaisir individuels n'avaient que peu de place.

E 6 : « Ben si on est tout seul qu'est ce qu'il faut faire ? »

E 13 : « Jamais! Alors ça, ça ne m'est jamais venu à l'idée, jamais! » (*la masturbation*)

E 3 : « Seul !!!! Ben comment qu'on ferait ? »

Le modèle du partenaire de vie unique était de nouveau omniprésent. Seule l'orientation hétérosexuelle était envisagée.

E 12 : « Il n'était pas question de changer de partenaire! »

E 3 : « Je n'ai jamais eu l'intention ni envie d'avoir quelqu'un d'autre. »

E 12 : « Il ne s'est pas trouvé l'homme qui était comme mon mari si tu veux. »

E 17 : « Je suis marié oui, avec une femme! *Rires* » (*participant masculin*)

Les participants avouaient leurs faibles connaissances en matière de sexualité.

E 5 : « on savait rien du tout »

E 10 : « j'en sais rien parce que j'ai pas eu tellement d'expérience là-dessus »

E 14 : « Vous savez, on s'est marié, je vous dis bien on était déjà âgés, mais on ne savait rien de, ni de l'amour ni de rien hein. On ne savait rien du tout ! »

Cette vision conventionnelle était le reflet d'une éducation sexuelle peu développée, où la communication n'était pas aisée.

ii) Une communication difficile en société :

Au cours des entretiens, la difficulté de communication sur le sujet de la sexualité avait été mise en avant.

(1) En famille :

Les participants révélèrent que le sujet de la sexualité n'était que très rarement abordé au sein de leur famille.

E 11 : « mes parents n'étaient pas non plus heu, disons heu à se cacher de tout mais c'était pas la conversation... »

E 5 : « Les parents, silence là-dessus (...) c'était pas le moment qu'on pose des questions là-dessus »

E 7 : « Moi j'ai vécu toute ma jeunesse avec le, le refus de tout, toute allusion »

E 3 : « on ne parlait pas de sexualité devant nous »

E 14 : « On nous en parlait pas ! (...) Autrefois les parents ne parlaient pas de ça, à leurs enfants. Ils ne parlaient pas de, de rien du tout hein ! »

La place accordée à l'éducation sexuelle dans l'éducation des enfants était minime voire inexistante.

E 5 : « l'éducation là-dessus, sur là-dessus, on en n'avait pas ! »

E 14 : « Oh vous savez autrefois on ne parlait pas de... *Rires* de sexe, d'éducation sexuelle»

E 3 : « on ne savait pas comment on faisait les bébés »

E 5 : « on n'avait même pas les organes dans le ventre à l'école, à ce qu'on apprenait. »

Cette absence de communication autour de la sexualité s'expliquait par l'existence d'un tabou à l'époque.

E 10 : « à notre époque, oui il y avait une réserve à parler de ces choses là »

E 11 : « il y a quand même un bon nombre d'années quand j'étais enfant et ça ne se faisait pas beaucoup. »

E 7 : « maintenant c'est galvaudé, mais à l'époque pffff c'était, c'était interdit »

E 5 et E 6 : « c'était tabou ! »

Certains participants avaient reproduit le même schéma d'éducation quand ils sont devenus parents à leur tour.

E 3 : « je n'ai jamais parlé de rien à mes enfants »

E 5 : « moi je ne leur ai rien expliqué non plus parce qu'on ne m'avait rien expliqué hein »

D'autres exprimaient des attentes différentes en terme d'éducation par rapport à celle qu'ils avaient connu.

E 5 : « c'est quand même un peu plus intelligent quand on sait ce qu'on a et comment que ça se passe. »

E 5 : « On attend qu'il y ait des échanges, des échanges importants dans tous les domaines »

E 5 : « on n'en parle pas assez, c'est dans les familles »

Des constations similaires à celles relevées au sein de la structure familiale étaient observées au niveau des cercles de relations (amical, professionnel, etc.) des participants.

(2) Entre amis :

Le tabou entourant la sexualité avait marqué la jeunesse des participants expliquant leurs difficultés ultérieures à parler de ce sujet.

Les discussions en société n'abordaient pas la sexualité.

E 3 : « j'ai jamais parlé de sexualité entre...quand j'avais des conversations »

E 13 : « J'ai jamais eu beaucoup de, de, des personnes qui m'en parlaient comme ça sur l'Amour »

E 7 : « J'ai des amis, on ne parle jamais de ça, ni, ni même allusion (...) de toute ma vie, tous les amis que j'ai, que j'ai eu, jamais on a parlé de ça à tous âges ! »

E 14 : « On n'en parle pas en public »

Un sentiment de pudeur régnait à l'évocation de la sexualité en public.

E 15 : « ça c'est des trucs qu'on garde pour nous ça! »

E 14 : « souvent les gens ne veulent pas que ce soit dit »

E 11 : « je suis d'une génération où le « qu'en dira-t-on » comptait beaucoup (...) dans les rapports avec les gens. »

E 10 : « il y a toujours, toujours une certaine, une certaine, un certain, une certaine réserve des gens à parler de ça »

Les attentes des participants concernant le dialogue en société étaient diverses.

Certains gardaient un discours marqué par ce qu'ils avaient connu.

E 15 : « question de sexualité, ohhh chacun fait comme il veut chez lui »

D'autres restaient ouverts à de nouvelles possibilités.

E 13 : « avec une amie, on en parlait un peu comme ça »

E 11 : « je trouve que c'est très bien hein d'avoir évoqué cela »

Les difficultés éprouvées par les participants en matière de communication autour de la sexualité, aussi bien au niveau familial que sociétal, n'avaient pas facilité la communication au sein de leur couple.

(3) Au sein du couple :

Certains participants révélèrent pouvoir parler de sexualité avec leur compagnon alors que pour d'autres la discussion semblait plus difficile, parfois source de conflits.

E 4 : « On en discute entre nous mais on n'en a jamais parlé à personne »

E 5 : « Là vous venez pour parler sexualité et ben ça me fait rigoler. Avec lui, il n'y avait pas moyen d'en parler ! »

E 9 : « il y a des fois que ça provoque des séparations, des divorces »

Les freins à une communication dans le couple étaient abordés, rappelant le sentiment de pudeur précédemment évoqué.

E 14 : « Est-ce que c'était par pudeur ? Je sais pas »

E 17 : « Parce qu'on ose peut être pas »

Certains participants exprimaient une certaine déception vis-à-vis de la situation rencontrée dans leur couple. La communication était perçue comme une possible ouverture vers une amélioration.

E 5 : « il faudrait avoir un compagnon avec lequel on peut discuter ça serait un peu mieux déjà »

L'absence d'éducation sexuelle des participants et leur pudeur vis-à-vis de la sexualité expliquaient leur attitude au cours de l'étude.

(4) Pendant l'étude :

L'attitude et les réactions des participants au cours de l'étude reflétaient leur éducation en terme de sexualité.

Certains faisaient preuve de difficultés à s'exprimer sur ce sujet.

E 10: « Ah je ne sais pas trop comment vous expliquer ça. »

E 14: « c'est très bien mais c'est difficile hein! »

D'autres reconnaissaient ressentir une gêne lors de discussions abordant la sexualité.

E 14 : « C'est difficile là. ça doit être gênant, hein! »

E 3 : « Ça me gênait de répondre ou de pas répondre mais ça me gênait qu'elle me dise ça. »

Compte tenu de la pudeur entourant ce sujet, certains participants remettaient en cause la sincérité des propos tenus.

E 5 : « Vous croyez que tous les gens vous ont dit la vérité ? (...) C'est pas certain »

Les difficultés des participants à s'exprimer sur le sujet de la sexualité permettaient de concevoir la complexité de leur relation avec le corps médical.

iii) Une relation de soins compliquée :

La relation des participants avec leur médecin généraliste concernant la santé sexuelle était entravée par leur pudeur.

(1) L'absence de communication :

La relation de soins autour de la santé sexuelle était marquée par l'absence de communication entre les deux protagonistes.

Les participants révélèrent le manque de communication de la part du corps médical.

E 11 : « il ne m'a jamais parlé de la sexualité proprement dite. »

E 3 : « on m'a jamais posé la question là dessus. »

E 5 : « Ils m'ont jamais demandé si ça allait de ce côté-là »

E 13 : « Il m'en a jamais parlé »

Ils reconnaissaient ne pas communiquer de leur propre chef non plus.

E 7 : « je ne lui en ai pas parlé parce que j'ai pas eu envie d'en parler. »

E 10 : « Je l'ai jamais abordé ! »

E 16 : « je parle pas. C'est pas le sujet. »

E 17 : « Je lui en ai jamais parlé »

Les réactions qu'ils auraient pu avoir face à une question de leur médecin sur la santé sexuelle étaient diverses.

Certains reconnaissaient un intérêt à cette discussion et répondraient avec franchise.

E 7 : « si il pense que ça peut rendre service, ça va ! »

E 9 : « Franco, pareil ! Ben je lui dis, c'est terminé. C'est au rencard ! »

D'autres évoquaient une curiosité de la part du médecin.

E 5 : « j'aurais trouvé qu'ils étaient curieux »

E 14 : « Je lui aurais dit mais de quoi il se mêle! *Rires* »

Ces attitudes laissaient présager une mise en jeu de mécanismes de défense, freins à la discussion avec le médecin.

(2) Les freins à parler de sexualité dans la relation de soins :

Les participants avaient identifié certains freins à parler de sexualité avec leur médecin généraliste.

Ils rappelaient la notion de pudeur entourant ce sujet.

E 17 : « Parce qu'on ose peut être pas »

Certains mentionnaient la peur de choquer leur médecin.

E 14 : « on n'en aurait pas parlé pour pas le, pour pas le choquer! »

D'autres n'y voyaient pas d'intérêt ou estimaient que ce sujet ne faisait pas partie de la fonction du médecin généraliste.

E 15 : « ça marchait bien. Pourquoi en parler? »

E 17 : « ça lui regarde pas! »

Une des participantes évoquait certaines caractéristiques démographiques du médecin généraliste ou la durée de la relation de soins.

E 12 : « j'aimerais mieux un homme qu'une femme tu vois. »

E 12 : « Je ne le connais pas depuis très longtemps d'abord »

Les participants soulignaient également les freins de leur médecin généraliste à évoquer la sexualité avec eux.

Ils pointaient le contexte socio-éducatif entourant l'activité du médecin.

E 10 : « peut-être que c'est la société dans laquelle il a vécu et fait toute sa carrière qui, qui l'empêche de parler librement de ce problème là »

E 10 : « je crois que chez les médecins c'est comme l'ensemble de la société, heu suivant, suivant l'âge du médecin, ils ont, ils ont, ils ont peut être de la difficulté à aborder ce problème là avec leurs patients »

E 10 : « Peut-être que les jeunes médecins comme vous, vous aurez moins de difficultés »

Cette participante mentionnait le manque de formation des médecins.

E 10 : « peut-être en lien avec les études qu'il a fait, où on a peut-être pas abordé suffisamment ce problème là, ce problème de sexualité »

D'autres participants relevaient un manque de temps au cours des consultations pour aborder la sexualité ou le manque de précaution portée par le médecin pour ce domaine de santé.

E 13 : « Est-ce qu'il n'avait pas le temps? Ou qu'il n'y pensait pas... »

E 11 : « peut-être qu'il n'éprouve pas le besoin de m'en parler »

Ces troubles de la communication entre les deux protagonistes étaient à l'origine de lacunes dans l'abord de la santé sexuelle en consultation.

(3) Des occasions manquées :

Malgré l'absence de communication avec leur médecin généraliste, certains des participants considéraient que l'abord de la santé sexuelle faisait partie intégrante du rôle de soignant.

E 7 : « je pense que un docteur peut toujours suivant la tête de la personne ou, ou des questions qui s'approchent, qui s'approchent (...) si il pense que ça peut rendre service, ça va ! »

E 10 : « C'est peut-être une chose qu'on, qu'on n'aurait peut-être pas considérée être dans son rôle il y a une cinquantaine d'années ou, mais maintenant c'est différent »

E 13 : « normalement il aurait du m'en parler (...) Un docteur c'est fait pour ça ! »

Ils formulaient des attentes en rapport avec cette mission en santé sexuelle.

E 11 : « je trouve que c'est très bien hein d'avoir évoqué cela » (*la sexualité dans le livret d'accueil de l'EHPAD*)

E 11 : « il (*le médecin généraliste*) pourrait aborder par heu, déjà, approfondir ce que je ressens »

E 12 : « Je crois qu'un médecin faut qu'il se mette un peu à la portée de la, de la (...) du patient »

E 13 : « il aurait du m'en parler »

Ce décalage entre les attentes des participants et l'attitude de leur médecin était à l'origine d'occasions manquées.

E 17 : « Il nous ausculte, il regarde mais on a jamais parlé d'amour ni de sexualité, ni de rien du tout »

E 17 : « J'aurais accepté bien sûr! » (*L'aide du médecin si elle avait été proposée*)

E 11 : « Même pas quand je faisais encore des examens gynécologiques, jamais les médecins ne m'ont jamais interrogée là-dessus. Et ça, ça m'a toujours surprise d'ailleurs. »

E 13 : « normalement il aurait du m'en parler (...) Un docteur c'est fait pour ça! »

E 12 : « j'arrivais même avec mon mari à avoir moins de plaisir hein. (...) Mais j'avais été voir une gynéco; je lui avais expliqué et tu sais ce qu'elle me dit: « Faut changer de partenaire! ». Oh ben *Rires* c'est tout ce qu'elle a trouvé à me dire! C'est pas ça qu'il fallait! »

Les discordances relevées étaient à l'origine de carences dans la relation de soins.

c) Une perspective d'efficience en santé sexuelle :

i) Une souffrance à détecter :

Le décalage exprimé entre les attentes des participants et l'attitude de leur médecin était à l'origine d'incompréhension et d'inaction médicale.

(1) Le célibat, source de solitude :

Les participants manifestaient un réel besoin de compagnie voire d'être en couple.

E 7 : « J'aime mon indépendance mais je n'aime pas la solitude ! (...) je n'aime pas la solitude. Si j'étais comme ça tout le temps, non ! Je chercherai, je chercherai quelqu'un ça c'est sûr. »

E 8 : « quand je suis arrivée à 50 ans (...) « pfff, faut que tu trouves quelqu'un ! » (...) Ah je l'ai pris par intérêt hein !!! »

E 15 : « Moi je me suis mariée pour la compagnie »

E 17 : « en ce moment j'ai une femme de, comment on appelle ça? Une femme de, une femme de compagnie, c'est tout. »

Le célibat était source d'isolement et de solitude.

E 17 : « Puisque je vous dis que pas mal de personnes ici: « Oh le temps est long. La journée est longue! ». Ils savent pas que faire, pas que branler... »

E 12 : « je me parle toute seule »

E 16 : « Quelqu'un qui vit tout seul comme le diable! Tu as les mauvais rêves »

E 17 : « Parce que manger tout seul, tout seul, tout le temps tout seul...c'est dur hein!»

Les participants célibataires ressentait un manque affectif.

E 11 : « En fait, où on ressent le manque de compagnon, c'est souvent pendant les vacances»

E 16 : « Il y a, c'est vide »

Cette situation entraînait une souffrance difficile à exprimer.

E 17 : « j'attends quoi, la mort! C'est tout ce qu'on peut attendre hein! »

E 11 : « Il y a eu quelques fois où j'ai ressenti une souffrance »

E 10 : « pas parfaitement heureux parce que, parce que je suis seul d'abord »

Le célibat était l'une des causes évoquées d'interruption de la sexualité.

(2) Un arrêt de la sexualité désolant :

Les participantes avaient éprouvé des difficultés à maintenir leur sexualité au moment de la ménopause.

E 8: « Mais après (...) j'avais des problèmes, j'avais (...) parce que j'étais toute resserrée. (...) Alors tu parles d'un plaisir hein pffff! Après on n'a plus envie hein! »

E 8: « Puis je vous dis malgré les ovules, la crème, c'était pas tellement efficace hein! »

E 9: « Elle, la porte est tout le temps fermée! C'est la grande sécheresse, c'est comme au Sahara quand j'y étais! »

E 12: « j'arrivais même avec mon mari à avoir moins de plaisir »

Les hommes étaient victimes de dysfonction érectile.

E 7: « Il arrive un moment où on n'a même, on n'a même plus d'érection »

E 8: « D'abord moi, ça marche plus parce que c'est tout, c'est tout fermé! Bon, lui le pauvre
Rires un petit zizi comme ça, qu'est-ce que tu veux faire avec ça?!! *Rires* »

E 9 : « je lui dirai « le petit frère, il est parti, c'est fini ! ».»

E 17: « on peut plus bander quoi, à cet âge là! (...) la bête veut pas lever! »

Cet arrêt subi de la sexualité engendrait une souffrance.

E 4 : « elle en a peut être même souffert dans les débuts que je ne lui apporte pas suffisamment de sexualité! »

E 8 : « Alors tu parles d'un plaisir hein pffff ! Après on n'a plus envie hein! (...) Lui il en a peut-être un peu souffert »

E 11: « j'ai déjà ressenti la tristesse de ne pas avoir de relations sexuelles quand même »

E 11: « Il y a eu quelques fois où j'ai ressenti une souffrance »

Certains participants évoquaient un véritable handicap sexuel.

E 4: « impuissants ou je sais pas quoi. Ou qui sont anormaux sur le plan sexuel »

E 14 : « Il peut plus, plus faire ses fonctions ben normalement »

E 17: « ça veut dire que je peux plus, je peux plus rien, je peux pas faire l'amour hein!»

Cette situation vécue comme un handicap et source de souffrance intime, était acceptée.

ii) Une fatalité à combattre :

La fatalité qui marquait cet arrêt de la sexualité relevait de l'ignorance des participants.

(1) Une ignorance, source de fatalité :

Les participants faisaient preuve de méconnaissances sur les solutions possibles face à cet arrêt de la sexualité.

E 9 : « je pense que pour certains hommes (...) ça doit être un handicap, des hommes qui n'arrivent plus à contenter leur femme »

E 12 : « Je savais pas, enfin beaucoup de choses. »

E 8 : « Lui il en a peut-être un peu souffert mais enfin ma foi, qu'est-ce que tu veux faire ?! »

E 17 : « Quand on peut plus, on peut plus. Qu'est-ce que vous voulez y faire? »

Leur situation était déterminée par une certaine part de fatalité.

E 16 : « *Santé* (...) Sexuelle mais maintenant elle est finie. C'est trop tard pour moi »

E 17 : « Bien trop tard! Non à 95 ans, c'est vieux! »

E 13 : « Alors faut pas chercher là l'impossible ! »

E 8 : « Maintenant, je suis...maintenant c'est foutu hein »

E 17 : « Qu'est-ce que vous voulez faire? ça veut plus marcher! »

Ils ignoraient la compétence du médecin généraliste dans ce domaine.

E 9 : « Non ! Et puis je vais pas lui en parler, pour quoi faire ? »

E 17 : « Vous voulez en parler à qui, et faire comment...qu'est ce que vous voulez faire? »

E 7 : « parce que j'ai pensé qu'il ne pouvait rien faire »

E 17 : « Je lui en ai jamais parlé mais ça lui donne quoi à lui? Qu'est ce qu'il peut faire? »

Cette fatalité pouvait être combattue par le corps médical et les solutions existantes.

(2) Une aide acceptée à postériori :

Les participants ignoraient l'aide médicale existante en cas de troubles sexuels ou n'en avaient qu'une connaissance réduite.

E 9 : « Il va me dire : « prends du Viagra » »

E 7 : « Oh ben si on peut prendre des pilules (...) ça devient artificiel »

E 17 : « Hé ben c'est peut être bien trop tard pour en prendre hein ?! *Rires* »

E 8 : « Puis je vous dis malgré les ovules, la crème, c'était pas tellement efficace hein !»

Leurs réactions suite à l'interview laissaient envisager qu'ils seraient favorables à une aide médicale.

E 8 : « c'est bien de savoir ce que les gens pensent. »

E 13 : « C'est un sujet normal, c'est la vie! C'est vivant hein! »

E 11 : « ça peut être très utile »

E 7 : « si il pense que ça peut rendre service, ça va ! »

E 17 : « J'aurais accepté bien sûr! » (*L'aide du médecin*)

Les participants restaient ouverts aux solutions proposées par le corps médical pour combattre cette fatalité.

(3) Le médecin généraliste, un interlocuteur possible :

Les participants affirmaient leur droit à une santé sexuelle accomplie.

E 10 : « j'estime que les personnes âgées (...) ont le droit d'avoir une sexualité »

E 10 : « quelqu'un qui a eu une vie sexuelle accomplie heu, avec un, un partenaire qu'il aime bien et qui n'a pas de, de de gros problèmes psychologiques quoi »

E 15 : « Mais si ils sont en pleine santé, soit l'un soit l'autre, au contraire, c'est un plaisir!»

E 15 : « j'ai toujours entendu dire qu'un homme il est bon pendant qu'il peut mâcher du beurre!»

Certains lui prêtaient une place subsidiaire.

E 8 : « Moi du moment que je sois pas malade hein ! Tant pis pour la sexualité! »

E 10 : « j'ai plus, plus eu l'occasion de lui parler de mes autres problèmes de santé et de mon problème de vessie, plutôt que de mes problèmes de sexualité quoi (...) ce n'était pas ça qui m'inquiétait le plus quoi »

E 4 : « la santé sexuelle ne serait pas sur le même plan (...) La santé physique ou la santé mentale, bon c'est le principal »

Tous reconnaissaient à la sexualité un rôle certain dans leur bien-être.

E 11: « c'est certainement exact et judicieux disons, de penser à ces 3 éléments pour être heu, pour être bien dans sa tête et dans son corps »

E 14: « c'est un tout! Tout ensemble hein. Il faut tout! Il faut tout pour être bien! »

E 16 : « ça me fait du bien. Comme quand il me touche »

E 3 : « Dans le caractère, ben qu'on est bien par exemple, après avoir fait l'amour »

E 12: « j'étais heureuse quand je faisais l'amour! »

Les participants déclaraient ne pas instaurer de dialogue autour de la sexualité avec leur médecin.

E 10: « Je l'ai jamais abordé! (...) Parce que j'ai jamais eu la, la, l'occasion d'en parler avec lui »

E 13: « c'est pas moi qui allait lui poser la question. »

E 14: « on n'en aurait pas parlé pour pas le, pour pas le choquer! »

Ils admettaient cependant des attentes vis-à-vis de celui-ci, en tant qu'interlocuteur possible.

E 10 : « C'est peut-être une chose qu'on, qu'on n'aurait peut-être pas considéré être dans son rôle il y a une cinquantaine d'années ou, mais maintenant c'est différent quoi »

E 13 : « Que normalement il aurait du m'en parler. (...) Un docteur c'est fait pour ça!»

E 9 : « Hé ben mon vieux, faut me donner des cachets pour que je puisse vivre au bout. »

E 17 : « J'aurais accepté bien sûr! » (*l'aide du médecin*)

Tableau 2 : Résultats synthétiques de l'analyse thématique

<p>ADAPTATION DU COUPLE</p>	<p>Evolution de la sexualité Un nouvel équilibre relationnel Une ambivalence certaine</p>
<p>COMMUNICATION DIFFICILE AUTOUR DE LA SEXUALITE</p>	<p>Des représentations négatives Une communication difficile en société Une relation de soins compliquée</p>
<p>PERSPECTIVE D'EFFICIENCE EN SANTE SEXUELLE</p>	<p>Une souffrance à détecter Une fatalité à combattre</p>

Ces résultats sont présentés sous forme de cartes heuristiques (Annexe 7).

DISCUSSION

1) Discussion de la méthodologie :

La discussion de la méthode a été réalisée à l'aide de la grille COREQ: Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research qui permet d'évaluer la qualité d'un rapport en recherche qualitative grâce à ses 3 domaines et ses 32 items (Annexe 8).

a) Équipe de recherche et de réflexion :

i) Caractéristiques personnelles :

L'enquêtrice était interne de médecine générale puis remplaçante au moment de la réalisation des entretiens. Elle seule a réalisé les entretiens individuels et était novice dans la recherche qualitative. Elle a bénéficié d'une formation à la faculté de médecine de Lyon pendant le DES de médecine générale organisée par le Département de Médecine Générale.

Cette inexpérience a été contrebalancée par les connaissances de la directrice de thèse qui avait suivi plusieurs formations sur l'étude qualitative et qui avait dirigée plusieurs thèses qualitatives. Elle a été renforcée par les échanges lors des Cercles de thèse dans lesquels chaque thésard présent apportait ses connaissances méthodologiques. La codirection par une jeune directrice de thèse a également enrichi les échanges.

Le manque d'expérience de l'enquêtrice dans la réalisation des entretiens semi-dirigés était une limite dans l'investigation. La réalisation d'une rencontre avec une psychothérapeute, organisée par la directrice de thèse avait permis d'acquérir des outils pour les entretiens individuels, dans la formulation de questions ouvertes, de relances et dans le décryptage des postures de l'interviewé.

Le manque d'expérience de l'enquêtrice a pu également constituer une limite d'influence. L'absence d'entraînement à la réalisation d'entretiens semi-dirigés a pu influencer la réponse des participants par la personnalité, la subjectivité, la façon de poser les questions et la façon de reformuler ou de relancer. Cette limite a été atténuée par la réalisation d'un guide d'entretien détaillé avec des questions de relances multiples.

ii) Relations avec les participants :

L'enquêtrice ne connaissait pas les participants aux entretiens semi-dirigés. Le recrutement s'est fait selon plusieurs modes: un mode indirect, limitant le risque d'une relation établie préalablement à l'étude et, un mode direct pour certains participants, après une consultation avec l'enquêtrice en tant que médecin généraliste remplaçante.

Les participants n'avaient pas connaissance de la question de recherche. Ils savaient qu'ils allaient participer à une étude sur le thème de l'amour après 85 ans. La notion de sexualité n'ayant pas été précisée, cela empêchait les participants de se documenter au préalable sur le sujet.

iii) Caractéristiques de l'enquêteur :

L'enquêtrice était interne en médecine générale puis remplaçante lors des entretiens. Ce statut a pu constituer une limite et influencer la direction des entretiens en inhibant la réponse des personnes âgées avec une peur d'être jugé par un médecin généraliste.

L'âge de l'enquêtrice a pu également constituer une limite. Les participants pouvaient avoir peur d'être jugé par une personne plus jeune, parfois de l'âge de leurs propres petits-enfants, avec des représentations et un vécu de la sexualité différents. L'enquêtrice devait oublier ses *a priori* de personne trentenaire et de médecin sur les comportements sexuels des personnes âgées pour pouvoir guider chaque participant sur son propre vécu et ses représentations. L'élaboration préalable d'un guide d'entretien a été un élément-clé pour limiter cette influence.

iv) Posture du chercheur :

(1) Pourquoi le choix de ce sujet ?

Le sujet a été proposé par l'enquêtrice et discuté avec la directrice de thèse, qui était sa tutrice à la faculté de médecine Lyon Est. Il entrait en résonance avec des réflexions personnelles et concomitantes avec un stage hospitalier en service de gériatrie.

J'observais la prise en charge « globale » des patients par les gériatres et m'interrogeais sur sa transposition éventuelle en médecine libérale, dans la pratique des médecins généralistes, n'ayant pas encore réalisé de stage ambulatoire.

Je fus très surprise de découvrir que l'OMS incluait la santé sexuelle dans la définition de la bonne santé des individus, n'ayant jamais rencontré de médecin qui lors d'un interrogatoire ou d'une consultation abordait ce sujet avec ses patients. Les premières questions qui me sont venues à l'esprit ont été:

- « Pourquoi les médecins n'abordent pas la santé sexuelle avec leurs patients âgés ? »,
- « Comment peut-on aborder ce sujet sensible en consultation avec les patients âgés sans paraître trop intrusif ? »,
- « Quelle place occupe la santé sexuelle pour les patients âgés ? ».

(2) Ma posture initiale :

Je pensais que les personnes âgées n'avaient pas ou très peu de sexualité. Cette représentation venait peut être de ma difficulté à imaginer la sexualité de mes propres grands-parents et a certainement été influencée par des propos tenus par certains de mes chefs hospitaliers:

- « Tu crois vraiment qu'ils ont encore des rapports à leur âge ? »
- « C'est vraiment le cadet de leurs soucis la sexualité ! »

Lors de mes expériences en structures d'hébergement pour personnes âgées, je constatais que l'organisation ne permettait pas ou très peu d'intimité pour les résidents: pas de mixité dans les chambres, pas de lit double, portes des chambres souvent ouvertes, multiples passages des équipes soignantes, etc.

De plus, j'avais déjà lu certaines des citations suivantes:

- « La vieillesse délivre des passions et des désirs de la chair. » (Voltaire) ;
- « C'est une grande difformité dans la nature qu'un vieillard amoureux. » (Jean de La Bruyère) ;

- « Les jeunes veulent être fidèles et ne le sont pas, les vieillards veulent être infidèles et ne le peuvent plus. » (Oscar Wilde) ;

(3) Mes freins à réaliser cette étude :

Avant de commencer mon travail, j'avais beaucoup d'a priori. C'était difficile pour moi de parler de sexualité avec une personne qui pourrait être l'un de mes grands-parents, que j'affectionne particulièrement.

Je craignais d'être mal perçue et j'avais peur d'être maladroite sur un sujet qui me paraissait si intime. J'avais l'impression que ma demande de rencontrer des personnes âgées et de les questionner sur leur sexualité était malvenue, intrusive, déplacée.

Ces craintes se sont confirmées lors de la constitution de l'échantillon puisque j'ai essuyé beaucoup de refus, freinant pendant quelques temps l'avancée de mon travail. Ces difficultés étaient en lien avec la formulation de mon sujet et l'éclairage d'une personne âgée de l'entourage de la directrice de thèse s'est révélé essentiel pour la poursuite de mon travail.

(4) Ce que ça a changé dans ma pratique :

Cette expérience a changé ma pratique professionnelle sur plusieurs aspects. Depuis ces entretiens, j'ai accordé une place plus importante au dialogue avec les patients, en utilisant davantage de questions ouvertes, en reformulant et en respectant les silences.

Je me suis rendue compte de l'importance de s'interroger sur ses propres représentations. Le sujet de la sexualité est-il difficile à aborder pour moi en tant que jeune femme à peine trentenaire, petite-fille aux grands-parents octo- et nona-génaires; pour moi en tant que médecin généraliste ou pour eux en tant que patients?

Il est important d'aborder en consultation tous les sujets mêmes les plus sensibles, sans forcément les développer. Il faut que ce soit une volonté du patient de détailler, avec sa temporalité mais qu'il soit informé que son médecin généraliste peut être une personne ressource s'il en ressent le

besoin. Le fait d'évoquer avec les patients des sujets sensibles permet de rompre le tabou, de libérer la parole et d'ensuite les accompagner. Cela permet de montrer au patient que la consultation peut être et doit être un lieu sans tabou.

Tout tabou parasite la relation médicale et l'aide que l'on peut apporter à son patient. Depuis cette étude, j'ai moins d'appréhension à aborder certains sujets sensibles.

b) Conception de l'étude :

i) Cadre théorique :

La description de l'étude a été expliquée dans la partie Matériel et Méthodes de ce travail. Le choix de réaliser une étude qualitative était le plus approprié pour répondre aux objectifs. Cette méthode permettait aux participants de se raconter à travers un récit, un comportement, un point de vue et d'explorer toutes les facettes de leur vécu de la sexualité après 85 ans. Une autre méthode n'aurait pas permis de répondre à la question posée.

L'entretien individuel était approprié à la question de recherche. Il a permis aux personnes âgées de s'exprimer librement et de se dévoiler en oubliant le cadre de l'étude. Cette méthode a été préférée à celle du focus group qui n'aurait pas favorisé la confidentialité dans ce contexte de vécu personnel, ni l'affranchissement de considérations liées à l'image que les participants souhaitaient donner d'eux-mêmes et qui aurait pu entraîner une pression psychologique de la part d'autres participants. Un entretien test s'est déroulé avec un couple de participants. Il a permis de mettre en évidence les limites de l'investigateur et de la méthode : difficultés à relancer les participants, participants qui se coupaient la parole, manque de confidentialité, jugement d'un des participants sur le vécu de l'autre.

ii) Sélection des participants :

La sélection des participants, la prise de contact et la taille de l'échantillon ont été décrits dans la partie Matériel et Méthodes de ce travail.

L'échantillon a été constitué selon la technique d'échantillonnage raisonné, qui ne recherche pas la représentativité statistique. C'est une caractéristique propre à la méthode qualitative qui vise à découvrir les atypies, les exceptions. Le choix s'est porté sur des profils de personnes âgées variés selon l'âge, le sexe, le statut marital et le lieu de résidence (Tableau 1). Il s'agissait de rechercher des opinions, des comportements ou attitudes et des vécus différents en vue d'obtenir un recueil exhaustif des données.

Le recrutement a été très difficile. Il est impossible de savoir le nombre exact de refus et de non-répondants. Plusieurs personnes âgées sollicitées directement ont refusé de participer à l'étude. Certains des motifs de refus ont été recueillis par la chercheuse:

- La pudeur : « c'est trop difficile pour moi »;
- Une mauvaise compréhension de la temporalité du sujet : « je préfère oublier le passé » ;
- La peur de mal répondre : « je n'aurais rien d'intéressant à vous dire », « Je ne saurais pas quoi vous répondre » ;
- Un manque d'intérêt pour le sujet : « ça ne m'intéresse pas du tout », « Je ne m'occupe pas de ça », « Je suis fatiguée, je suis fatiguée en ce moment. Je peux pas vous répondre alors hein! » (*m'a raccroché au nez*) ;
- Un a priori sur la motivation de la chercheuse : « je ne vois pas ce que ça vous apporte. », « Mes enfants m'ont dit de ne pas me faire embringuer là dedans » ;
- La peur de se dévoiler à une inconnue : « J'ai trop souffert. J'ai rien à dire. ».

3 personnes âgées se sont retirées après un premier consentement oral sans explication.

Les professionnels qui n'ont pas souhaité proposer l'étude à leurs patients pouvaient présenter une limite d'interprétation. Leurs motifs de refus n'ont pas pu être recueillis dans le cadre de

l'étude sauf dans un seul cas, où le médecin n'avait pas souhaité recruter ses patients pour des raisons déontologiques qu'il n'avait pas détaillées. Les hypothèses que l'on peut évoquer concernant les non-réponses sont les suivantes:

- Un manque d'intérêt ;
- Un manque de temps ;
- Un oubli de répondre au mail ;
- Des a priori : quelle légitimité a la chercheuse à aborder ce sujet ?, aucun de leur patient n'aurait envie d'en parler à une inconnue;
- Des difficultés personnelles à évoquer ce sujet avec leur patientèle âgée.

iii) Contexte :

(1) Le cadre de la collecte de données :

L'entretien individuel était approprié à la question de recherche. Il n'y a pas eu de tiers, non-participant à l'étude. Les échanges ont été dérangés une fois par l'arrivée impromptue du fils d'un des participants et une autre fois par une sonnerie de téléphone.

Les entretiens avaient lieu dans un endroit calme, par souci de confort pour aborder ce thème intime dans les meilleures conditions possibles. Le lieu était choisi d'un commun accord entre les participants et la chercheuse: soit au domicile des participants, soit au cabinet médical pour l'un d'entre eux en dehors des heures de consultation. Aucun entretien n'a été effectué dans un lieu public. Il n'existait pas de contrainte de lieu ni de temps.

(2) Description de l'échantillon :

La description des caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon est représentée dans le Tableau 1 de la partie Résultats.

La proportion des femmes dans notre échantillon était plus importante que celle des hommes, ce qui s'expliquait par une proportion plus importante de femmes dans la population. L'analyse

démographique de la population française par l'INSEE au 1^{er} Janvier 2016 montrait que la population des personnes âgées de 85 ans et plus représentait 1,99 millions de personnes et était composée à 68,7% de femmes³⁴.

La proportion de personnes mariées était faible dans notre échantillon: 6 participants sur les 17 interrogés. Selon l'INSEE, au 1^{er} Janvier 2013, 31,9% des personnes âgées de 85 à 90 ans étaient mariées³⁵.

Un des participants avait un passé d'homme religieux, ce qui peut peut-être représenter une limite de part son abstinence sexuelle exigée par sa foi. Le recueil des données aurait pu être enrichi avec des participants aux croyances religieuses différentes: une des participantes s'était déclarée comme musulmane mais peu pratiquante.

iv) Recueil des données :

(1) Guide d'entretien et seuil de saturation :

Un guide d'entretien a été réalisé par la chercheuse et discuté avec la directrice de thèse (Annexe 1). Les questions ont été rédigées afin de répondre à la question de recherche, suite à une revue de la littérature. Il a été testé lors des 4 premiers entretiens permettant de vérifier sa bonne compréhension et d'ajuster sa composition. Il a ensuite été enrichi et modifié tout au long de ce travail.

17 entretiens ont été réalisés, d'une durée de 21 à 92 minutes. Les entretiens n'ont pas été répétés.

Une analyse progressive du contenu des entretiens a permis d'extraire les thèmes et sous-thèmes développés par les participants. Il est apparu une redondance des idées formulées à partir du quinzième entretien. Les entretiens ont été poursuivis jusqu'au dix-septième pour s'assurer de l'absence d'apparition de nouvelles thématiques, mettant fin au recrutement de l'étude.

(2) Retour des retranscriptions :

Comme expliqué dans la partie Matériel et Méthodes de ce travail, les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone analogique puis d'un smartphone. Les fichiers audio ont été détruits après retranscription des entretiens pour garantir l'anonymat des participants.

Quelques notes sur la communication non-verbale des participants pendant les entretiens ont été relevées par la chercheuse. Elles permettaient aussi de noter les idées émises par les interviewés à explorer pendant l'entretien. Elles ont été limitées afin de ne pas les interrompre dans leur récit et de respecter le cheminement de leur pensée en les soutenant du regard. Ces notes ont été retranscrites dans les entretiens et intégrées entre parenthèse, en italique.

La retranscription des entretiens n'a pas été retournée aux participants afin d'éviter le phénomène d'auto-censure à posteriori qui aurait pu nuire à la validité de l'étude, au risque d'une approximation acceptée par la chercheuse. Le retour des participants aurait pu cependant valider la crédibilité de l'étude en confirmant que la retranscription correspondait bien à ce qu'ils voulaient exprimer.

c) Analyse et résultats :

i) Analyse des données :

(1) Nombre de personnes codant les données et logiciel :

Les données ont été analysées par trois chercheuses: la directrice de thèse, la directrice de thèse junior et la chercheuse. Chacune a procédé indépendamment à un codage manuel et progressif au fur et à mesure des entretiens. La confrontation des trois analyses a été réalisée à la fin des entretiens lors d'une triangulation des données permettant de faire ressortir les thèmes et sous thèmes, non pré-établis, qui répondaient à la question.

L'analyse des trois chercheuses n'a pas été partagée avant la triangulation pour ne pas induire une limite d'interprétation²⁸. Les thèmes et sous thèmes qui sont ressortis ont été retrouvés par

chacune permettant de vérifier la cohérence des idées exprimées. Les 3 analyses distinctes ont permis de réduire la perte d'information.

La pertinence de développer les idées a été discutée en fonction des données de la littérature; les éléments les plus inattendus étaient mis en avant. Le plan a été validé d'un commun accord, en cohérence avec la question posée au début de l'étude. Les idées jugées non-pertinentes, c'est à dire ressortant des entretiens mais ne répondant pas à la question posée pour l'étude, n'ont pas été retranscrites dans les résultats.

(2) Description de l'arbre de codage :

L'analyse transversale, classifiant les thèmes et sous-thèmes, a été retranscrite sous forme de cartes heuristiques avec le logiciel SimpleMind[®] (Annexe 8).

(3) Vérification par les participants :

Le travail n'a pas été retourné aux participants pour validation.

ii) Rédaction :

(1) Citations présentées et cohérence des résultats :

Les résultats ont été décrits selon les thèmes et sous thèmes définis lors de la confrontation des analyses et répondant à la question de l'étude. Ils ont été étayés par les verbatims des participants qui illustraient de manière la plus pertinente les idées développées. Chaque verbatim était identifié par le numéro de l'entretien auquel il appartenait; numéro correspondant à l'ordre chronologique des entretiens.

Le lien établi lors de la rencontre avec les participants a pu faciliter ou au contraire inhiber l'approfondissement de leur vécu. La narration a pu être amputée par un phénomène d'autocensure par peur du regard d'autrui. Il pouvait exister une limite d'investigation dans le recueil de données puisque le thème abordé était un sujet intime, sensible.

(2) Clarté des thèmes principaux et secondaires :

Les résultats ont été regroupés en trois thèmes dans la partie Résultats de ce travail. Chacun des trois thèmes principaux a été décrit, structuré par des sous-thèmes et illustré par des verbatims des participants.

2) Analyse des données confrontées à la littérature :

a) Adaptation du couple :

i) Une sexualité qui évolue :

(1) Baisse de la sexualité physique :

Les personnes âgées reconnaissent une baisse de leur activité sexuelle, sur son versant physique. Cette baisse affectait aussi bien la sexualité personnelle que celle du couple. Ces résultats diffèrent de ceux obtenus dans une étude américaine quantitative, pratiquée chez des personnes âgées de 80 à 102 ans¹⁶, montrant que 72% des hommes et 40% des femmes se masturbaient. L'étude de Bortz et Wallace sur des sujets âgés de 50 à 94 ans révélait que 17% d'entre eux avaient des relations sexuelles plus d'une fois par semaine et que 35% se masturbaient régulièrement³⁶. Les données de ces études laissent suggérer que la fréquence de masturbation et des relations sexuelles ne change pas avec le grand âge. Ces contrastes de résultats pourraient s'expliquer par la différence de méthodologie utilisée (gêne à avouer une sexualité persistante en entretien ou au contraire, facilité à surévaluer l'activité sexuelle sur un questionnaire).

L'évolution du désir sexuel n'était pas uniforme dans notre étude, en concordance avec les résultats de la littérature. Dans l'enquête de Bacon, qui a suivi pendant 4 ans une cohorte masculine de 31 742 professionnels de santé, seuls 26% des plus de 80 ans affichaient un désir conservé³⁷. Cette tendance se retrouvait également dans une étude anglaise auprès de 44 participants âgés de 50 à 92 ans¹⁷. A l'inverse, Bretschneider et Mc Coy montraient que 88% des hommes et 71% des femmes avaient toujours des fantasmes sexuels, et un désir sexuel intact¹⁶. L'âge en soi n'avait pas d'impact sur le désir éprouvé.

De nombreux freins au maintien de la sexualité ont été évoqués dans les entretiens. La baisse de la sexualité pourrait ne pas être exclusivement attribuée à l'âge mais plutôt à l'augmentation des événements de vie conduisant à réévaluer la priorité accordée à la sexualité¹⁷. Cette dernière était devenue moins importante à la lumière de l'expérience de la maladie ou du décès du conjoint par exemple. Les problèmes physiques seraient responsables d'une perte d'importance de la vie sexuelle mais n'affecteraient pas les besoins ni le désir¹⁷.

Une des croyances mise en lumière par les entretiens était celle de l'arrêt de la sexualité après un veuvage, révélatrice d'une culpabilité. La culpabilisation atteindrait la personne âgée à travers la symbolique de l'adultère. On n'a pas le droit de tromper le défunt ou la défunte³⁸. Le décès du conjoint était une raison fréquente d'arrêt de la sexualité³⁹.

L'influence des actes chirurgicaux, notamment gynécologiques chez les femmes et urologiques chez les hommes, était évoquée lors des entretiens. Dans une récente étude qualitative danoise, le traitement chirurgical du cancer de la prostate avait une influence négative sur la sexualité des hommes, en affectant aussi bien leur activité sexuelle, que leurs relations intimes et leur estime de soi⁴⁰.

Ces freins à la sexualité évoqués dans notre travail, se révèlent être pérennes. Une étude suédoise a comparé le contexte relationnel et sexuel de 560 hommes de 70 ans entre 1971 et 2001⁴¹. En 30 ans, les raisons de l'arrêt de la sexualité ne changeaient pas, et concernaient principalement l'absence de partenaire, la mauvaise santé physique, ainsi que les fausses croyances et le manque d'information sur la sexualité.

(2) Recherche sentimentale :

En dépit de la baisse de l'activité sexuelle, les participants décrivaient un attachement profond à leur partenaire. Charlotte Mémin évoquait la notion de l'affectivité: « Cet autre versant de la sexualité difficile à définir, reconnu comme [...] moyen de se maintenir en bonne santé tout au long de l'existence, prend une place de plus en plus importante dans l'avance en âge»¹⁹. Évoquer sa place dans la sexualité, c'est parler de la relation à l'autre, des sentiments amoureux, mais aussi de l'émotion, du plaisir, de la tendresse¹⁹.

Marie Hélène Colson trouvait dans cet attachement le fondement de l'intimité affective qui existait dans le partage des pensées, des sentiments et des émotions, et dans les manifestations

d'affection dans le couple⁴². L'intimité donne à la sexualité sa dimension de partage. Le lien intime, une fois établi au sein du couple, pourra continuer d'exister et se conjuguer autrement, même si la sexualité se retire ou se modifie.

Au cours du vieillissement, la génitalité corporelle diminuait la première, avant la génitalité psychique⁴³. La sexualité était alors moins physique mais acquierait davantage de résonance émotionnelle³⁸. Être ensemble, c'est partager tous les plaisirs qu'offrent les sens, ces derniers pouvant apporter un plaisir, quand il est partagé, aussi fort que le plaisir sexuel via la sublimation¹⁹.

(3) Corporalité transformée :

Le vieillissement sexuel était multifactoriel, mal connu, asynchrone, variable d'un sujet à l'autre et d'une fonction à une autre⁴⁴. Les réactions sexuelles dans les deux sexes ne disparaissaient pas, mais elles étaient comme amorties, décalées dans le temps⁴². La réponse sexuelle était amoindrie, marquée par une diminution des phases d'excitation, de plateau et orgasmique, et par une augmentation de la phase de résolution lié à un allongement de la période réfractaire^{45, 46}.

Ces modifications nécessitent une adaptation de la part de la personne âgée. Si les rapports coïtaux étaient tout de même moins fréquents qu'à un âge plus jeune⁴⁷, l'activité sexuelle sous diverses formes se poursuivait^{16,17,20,47}. La vue restait un sens très déclencheur de l'excitation, sans modification avec l'âge, y compris chez les plus âgés, et dans les deux sexes⁴⁸. La sexualité du sujet âgé se construisait autour d'une dynamique entre ruptures et investissements nouveaux⁴². Il a été observé dans les entretiens des manifestations d'affection variées dont certaines passaient par la sensualité. Le sens du toucher était celui qui se modifiait le moins avec l'avance en âge¹⁹. La peau est un lieu d'échanges, de plaisir et de communication. L'activité sexuelle la plus fréquente était les gestes de tendresse avec le toucher et les caresses (82% des hommes et 64% des femmes)¹⁶. Ce résultat se confirmait dans l'étude américaine citée précédemment. Le maintien de l'intimité physique via les caresses et le contact apparaissait comme l'élément le plus important dans le bien être des participants¹⁷.

ii) Un nouvel équilibre relationnel :

(1) Adaptation relationnelle :

Maintenir intacte sa capacité d'aimer, de partager, d'avoir une relation intime avec l'autre nécessite une indispensable adaptation aux marqueurs concrets du vieillissement. Marie Hélène Colson estimait que la capacité personnelle à adapter sa sexualité aux circonstances et aux épisodes de la vie jouait un grand rôle dans le maintien de l'intimité sexuelle⁴².

Cette adaptation va se conjuguer différemment selon les grands traits de personnalité de chacun. Hallström notait en 1990 l'importance des facteurs sociaux, de la santé mentale, de l'état relationnel du couple, et des traits du caractère dans le déclin ou non de la sexualité avec l'âge. Il soulignait que les femmes dynamiques et actives avaient moins de baisse de la sexualité que les autres⁴⁹.

Les participants à notre étude reconnaissaient un rôle important à la sexualité mais précisaient avoir réévalué progressivement la place qu'ils lui accordaient. Plusieurs événements de vie conduisaient à réévaluer la priorité accordée à la sexualité notamment la maladie, les problèmes de santé du conjoint(e) ou la perte de ce dernier(e)¹⁷.

Cette priorité diminuait progressivement pour devenir accessoire chez certains participants. Dans l'étude de Gott, les participants septuagénaires et octogénaires avaient évalué le sexe comme moins important que ceux quinquagénaires ou sexagénaires¹⁷. Cette baisse n'avait pas été attribuée au vieillissement en soi mais plutôt au fait que la fréquence des événements de vie aboutissant à réévaluer la priorité accordée à la sexualité, avait augmenté et était devenue plus insurmontable avec l'âge¹⁷. Dans l'enquête de Laumann⁴⁷, 79% des hommes et 65% des femmes de 60 à 69 ans estimaient que la sexualité restait pour eux un centre d'intérêt important. Cela restait le cas pour 64% des hommes et 37% des femmes de 70 à 79 ans. L'idée importante demeurait que l'âge en soi n'avait pas d'impact direct sur la priorité accordée à la sexualité^{17, 36}.

(2) Satisfaction globale :

Un élément clé pour la persistance d'une sexualité à un âge avancé est la satisfaction globale du couple. Les paramètres les plus significatifs de la satisfaction sexuelle conjugale étaient la qualité des érections, le sentiment amoureux ou affectueux, la fréquence coïtale et la persistance d'une excitation sexuelle⁴⁴.

La satisfaction sexuelle des hommes vieillissants avait été sous-estimée par de nombreuses études dans la littérature³⁶. L'enquête ACSF sur le comportement sexuel des français⁵⁰ montrait que par rapport aux sujets plus jeunes, l'âge ne diminuait que très modérément la satisfaction sexuelle. Cette dernière aurait même tendance à augmenter au fil des générations pour une même tranche d'âge puisque dans l'étude de Beckman, les hommes qui se disaient satisfaits de leur sexualité étaient passés de 58% en début d'étude à 71% en fin d'étude⁴¹.

(3) Vers la sagesse ? :

Dans notre étude, l'acquisition d'une certaine sagesse avec le vieillissement permettait au couple de se satisfaire de l'évolution de sa sexualité. L'âge représentait un facteur facilitant l'acceptation quand le sexe devenait moins fréquent, ou s'arrêtait¹⁷.

Ces constatations rejoignent en partie la théorie de développement de l'individu d'Erickson. Selon cette dernière, le chemin de vie s'élabore au cours de l'existence, par périodes successives interrompues de phases de ruptures, chacune marquée par une crise. Lors de la dernière période, la huitième et celle de la fin de vie, la tension entre l'intégrité et le désespoir ouvre sur la sagesse définie comme « une sorte d'intérêt détaché pour la vie en tant que telle, face à la mort en tant que telle »⁵¹.

Face à ces évolutions dans la vie, la communication paraissait comme un élément facilitateur d'acceptation, source de compréhension, tolérance et confiance. Le couple moderne ne peut exister que dans un système de communication élaboré, qui « permet à chacun d'entendre et de se faire entendre, [...] de préserver les désirs de chacun tout en s'inscrivant dans un projet commun ». La perte de la communication entraînait la perte d'intimité affective et sexuelle⁴².

ii) Une ambivalence certaine :

(1) Notion de norme :

Le discours des participants était empreint de la notion de norme. Ribes¹⁵ évoquait à ce sujet l'influence sociale normative. Les normes sociales, souvent implicites, déterminaient ce qui était un comportement normal et attendu. Il rappelait qu'en matière de sexualité des séniors, les représentations sociales renvoyaient à l'image de la perversion.

L'étude de Winn et Newton⁵², comparant la sexualité des plus âgés dans 106 cultures, avait permis de mettre en évidence que les facteurs culturels représentaient l'une des causes déterminantes pour le prolongement ou l'arrêt de la sexualité. La société occidentale pouvait être considérée comme restrictive face à la sexualité des personnes âgées.

Les mythes les plus présents concernant cette sexualité étaient que les personnes âgées n'ont pas de désir sexuel, qu'elles ne pourraient pas faire l'amour même si elles le voulaient, qu'elles sont fragiles physiquement et que le sexe pourrait leur causer de la douleur, qu'elles ne sont pas attirantes physiquement, et que le sexe chez les personnes âgées est honteux et pervers⁵³.

Les stéréotypes ont la vie dure. Alors qu'en 1857, Auguste Debay écrivait : « La vieillesse est condamnée à une continence indispensable à sa survie »¹⁴, presque 150 ans plus tard, 70% des hommes et 64% des femmes pensaient encore que la capacité à avoir des relations sexuelles diminuait avec l'âge⁴⁷.

(2) Droit commun à reconnaître :

Les participants évoquaient avec un certain recul le droit à poursuivre une sexualité avec l'avancée en âge. Cette demande d'une vie sexuelle active ou potentielle jusqu'à un âge avancé était évoquée par Bondil⁴⁴. Ribes¹⁵ pensait que l'arrivée de la génération des baby-boomers accroîtrait considérablement cette demande. Cette dernière génération a un rapport très différent à la sexualité, ayant combattu dans sa jeunesse la censure et revendiqué une sexualité libérée.

Ce droit à une sexualité évolutive donnait aux participants une légitimité à leurs attentes, qui différaient de la vision normative. Ce « droit à l'orgasme et au désir »⁴⁴ s'inscrit dans un souhait de vieillissement réussi qui se caractérise notamment par le maintien ou l'altération modérée des capacités fonctionnelles et une vie relationnelle satisfaisante⁵⁴. Une approche intégrative du vieillissement réussi permettait d'identifier 6 facteurs (l'acceptation de soi, l'existence de bonnes

relations avec autrui, le maintien de son autonomie, la maîtrise de son environnement, la poursuite d'objectifs et la recherche d'un certain épanouissement personnel) participant au vécu de bien-être de la personne âgée¹⁵.

(3) Un enjeu de santé mal compris :

Le lien entre la santé physique et la sexualité n'est plus à démontrer. A tout âge, les hommes ayant un nombre d'orgasmes important avaient un risque de mort moitié moindre que ceux qui avaient une fréquence orgasmique inférieure à une fois par mois⁵⁵. Dans une étude portant sur 1529 hommes sains et 1079 atteints de tumeurs prostatiques, les hommes qui éjaculaient au moins 5 fois par semaine diminuaient leur risque de cancer d'un tiers par rapport à ceux qui étaient dans la moyenne de 4 à 7 fois par mois⁵⁶.

Le bénéfice de l'activité sexuelle sur l'aspect psychologique serait en lien avec la sécrétion d'endorphine et d'ocytocine provoquée par l'orgasme¹⁵. Les endorphines jouent un rôle dans la diminution du stress, dans les systèmes de récompense du cerveau et dans le contrôle de la douleur. Komisaruk⁵⁷ a démontré que l'activité sexuelle soulageait la douleur chronique, en particulier chez la femme. L'ocytocine, aussi appelée hormone de l'attachement, favoriserait l'attachement amoureux.

La santé sexuelle est, selon l'OMS, un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social dans le domaine de la sexualité. La sexualité était devenue un facteur d'épanouissement personnel et social¹⁵. Pour les participants, cette notion de santé sexuelle restait méconnue. L'approximation autour du lien santé sexuelle et santé globale se retrouvait dans une étude française qualitative récente, réalisée auprès de 15 personnes âgées de plus de 65 ans, autonomes à domicile²⁰, montrant qu'il existerait possiblement un lien entre santé sexuelle et santé globale, mais que celui-ci n'était pas clairement défini par les participants. Ceci pourrait être l'expression d'une évidence ne nécessitant aucune explication ou bien la conséquence d'une incompréhension de la question formulée par le chercheur.

b) Une communication difficile autour de la sexualité :

i) Représentations négatives des participants :

(1) Une vision empreinte de préjugés :

Certains participants manifestaient une vision négative et fataliste du vieillissement influencée par les normes sociétales. Spence⁵⁸ précisait que la vision des personnes âgées sur leur sexualité était influencée non seulement par les représentations sociales mais également par les comportements des soignants. La majorité des personnes âgées pensait qu'elle ne pouvait ni inspirer, ni éprouver du désir⁵⁹.

Beaucoup d'entre elles disaient à ce propos que « c'est trop tard », « c'est foutu » comme dans notre étude. Deux clans de personnes âgées se formaient : ceux qui se disaient enfin tranquilles et ceux qui gardaient la nostalgie du bon temps¹⁵. Ces deux clans pourraient rejoindre les deux profils de patients mis en évidence dans l'étude française précédemment citée²⁰ : ceux gardant une vision conforme aux normes préexistantes à Mai 68 avec lesquels le dialogue autour de la sexualité serait difficile lié à la mise en jeu de mécanismes de défense, et ceux percevant le corps vieillissant comme un corps transformé avec lesquels un dialogue serait plus aisé.

C'est peut être ce dernier profil de patients qui laisse penser à Ribes que nous sommes à l'aube d'une époque différente avec une évolution des représentations, liée à l'arrivée de la génération des *baby-boomers*.

(2) La question de l'âge de la sexualité :

Les entretiens révélaient la difficulté des participants à envisager le maintien d'une sexualité à un âge avancé, en accord avec des préceptes parfois anciens. En 1857, Auguste Debay, médecin écrivait: « La vieillesse est condamnée à une continence indispensable à sa survie »¹⁴. Il détaillait encore plus cette notion en 1862, en établissant des catégories d'âge: « La vie sexuelle de l'homme renferme trois périodes: la première [...] commence dès l'enfance et va jusqu'à vingt et un an – la seconde [...] de vingt et un à quarante ou quarante cinq ans – la troisième, celle de la décadence sexuelle, commence à quarante ou quarante cinq ans révolus et finit à soixante ans »¹⁴. Pour lui, la sexualité humaine s'arrêtait donc à la soixantaine.

Il a été observé dans les entretiens l'existence d'un lien entre sexualité et procréation, qui pourrait

trouver son origine dans la religion catholique⁵. Ce lien semble avoir marqué l'inconscient collectif avec la notion d'une limite d'âge à la sexualité humaine. La croyance que la sexualité des femmes s'arrête avec la ménopause était toujours bien ancrée, en particulier dans les milieux populaires (Deacon 1995)⁴².

Cette vision semble se perpétuer. Dans une étude sur la sexualité dans le monde⁴⁷, auprès de 26000 personnes de 40 à 80 ans dans 29 pays, 70% des hommes et 64% des femmes pensaient que la capacité à avoir des relations sexuelles diminuait avec l'âge. Les mêmes personnes interrogées sur l'âge auquel la sexualité devrait théoriquement s'arrêter, citaient la décennie qui suit celle de leur âge personnel, comme si ils ne se sentaient pas eux-mêmes concernés par cette évolution. Ribes disait à ce sujet: « Le « vieux », c'est l'autre. »¹⁵.

(3) Une certaine ignorance des participants :

Les participants exprimaient une vision assez stéréotypée et conventionnelle de leur sexualité, reflet de leurs faibles connaissances. Les travaux de Kaplan⁶⁰ en 1974 mettaient en évidence que la majorité des difficultés de la sexualité des adultes était due à un manque de connaissance sur l'évolution de la sexualité. Partant de ce constat, Hammond a évalué l'impact de l'acquisition de connaissances sur la sexualité et le vieillissement. La connaissance des personnes âgées sur leur sexualité induisait une attitude plus positive de ces dernières vis-à-vis de la sexualité⁶¹.

Pour palier à ce manque d'information, André Dupras proposait de promouvoir des interventions de sexogérontagogie⁶². L'objectif était de développer les connaissances des personnes âgées sur leur vieillissement, leur sexualité et leurs problématiques sexuelles. L'intervention éducative était nécessaire pour modifier les représentations, faire évoluer les stéréotypes négatifs, et favoriser l'expression sexuelle comme partie intégrante de l'équilibre des séniors¹⁵. Cette éducation à la sexualité des aînés nécessitait le développement des connaissances des professionnels et devait s'inscrire dans l'exercice de la sexologie gérontologique⁶³.

ii) Une communication difficile :

(1) En famille :

Il est retrouvé dans les entretiens une absence d'éducation sexuelle, fournie par les parents en lien avec un fort tabou générationnel. La sexualité pendant longtemps était un sujet réservé à la vie privée, intime dont on ne parlait pas¹⁹. Ce tabou était dicté par la religion et les règles sociales. La ligne de conduite des participants pourrait trouver racine dans le stoïcisme, qui encourageait la maîtrise de soi et la continence⁵.

Les préceptes concernant la sexualité variaient selon le courant religieux et, les condamnations d'origine spirituelle avaient été particulièrement présentes en Occident avec l'influence du catholicisme. Du IIe siècle au début du XXe siècle, l'Église catholique n'avait reconnu comme seule et unique légitimation à la sexualité que la procréation, en excluant le plaisir et l'amour⁵. Ce lien sexualité-procréation a marqué l'inconscient collectif avec la notion d'une limite d'âge à la sexualité humaine⁴².

(2) Entre amis et au sein du couple :

Des constatations similaires à celles relevées au sein de la structure familiale étaient observées au niveau des cercles de relations amicales et amoureuses des participants. Ce thème de la sexualité reste difficile à aborder en public pour les personnes de cette génération, tant il touche à la sphère intime de chaque individu et de chaque couple. Cette attitude se justifiait selon Charlotte Mémin, psychologue issue de la même génération que les participants à notre étude: « Les gens très âgés ont été conditionnés par cette notion : la pudeur. C'est-à-dire « la honte, la gêne qu'une personne éprouve à envisager des choses de nature sexuelle ou devant ce que sa dignité semble lui interdire»¹⁹.

Cette notion de pudeur semblait être un frein à la communication dans le couple lors de notre étude. Les participants avaient pourtant perçu la communication comme une possible ouverture vers une amélioration des difficultés sexuelles rencontrées. La communication pourrait être le liant de l'intimité affective et sexuelle⁴². Les points essentiels pour une bonne communication de couple étaient : oser s'exprimer, se positionner, négocier et accepter la critique¹⁵. Ribes rappelait

que l'intimité d'un couple passait par une intimité émotionnelle alimentée à la fois par le contact physique et la parole¹⁵.

(3) Pendant l'étude :

Le thème de la sexualité, et plus particulièrement de la sexualité des personnes âgées reste relativement peu abordé de nos jours. Il a été l'objet d'un tabou pendant de nombreuses années et reste difficile d'abord, tant il touche à la sphère intime de chaque individu et de chaque couple. Les études sur la sexualité dans le grand âge avaient tendance à être méthodologiquement difficiles du fait de la sensibilité du sujet¹⁷.

Il est perceptible à travers les réponses et les non-dits de certains participants que le sujet de ce travail reste sensible pour cette population. Cette attitude se justifiait par la notion de pudeur¹⁹, qui s'était particulièrement illustrée au cours du recrutement. Plusieurs personnes âgées avaient refusé de participer à l'étude avec des motifs divers tels que « je n'aurais rien d'intéressant à vous dire », « je préfère oublier le passé » ou encore « c'est trop difficile pour moi ».

Compte tenu de la gêne rencontrée lors des discussions autour de la sexualité, certains participants remettaient en cause la sincérité des propos tenus. La gêne ou l'embarras avait été identifié comme un frein important à l'abord des problématiques sexuelles par les patients avec leur médecin généraliste²². Selon Sylvie Fainzang, anthropologue spécialisée dans le domaine de la santé, la dissimulation de certaines conduites procèderait de la peur de révéler au médecin des comportements qu'il pourrait condamner⁶⁴. Le patient est à même de dissimuler toute conduite susceptible d'entraîner la désapprobation du médecin, par peur de se faire sermonner.

ii) Une relation de soins compliquée :

(1) Absence de communication :

La relation de soins autour de la santé sexuelle était marquée par l'absence de communication entre les deux protagonistes. Dans notre étude, aucun des participants ne dialoguait de sexualité avec son médecin généraliste.

La littérature ne retrouvait pas de résultats formels. Franck Benard dans sa thèse de doctorat en médecine⁶⁵ retrouvait que 95% des femmes ne souhaitaient pas que leur médecin traitant abordent spontanément ce sujet avec elles; tandis que Gérard Ribes cite que 84% des patients désireraient que leur médecin prenne l'initiative de poser des questions sur la sexualité¹⁵. Cette discordance reflète la disparité d'opinion de la population liée à la subjectivité du sujet²³. Chaque individu ne semble pas accorder la même importance à la sexualité et à sa place dans la relation de soins. La sexualité est un sujet intime, personnel dont l'abord en consultation doit s'adapter à chaque patient. Croire que les troubles sexuels sont problématiques pour tous serait une erreur⁶.

Les réactions évoquées par les participants face à une question de leur médecin sur la santé sexuelle étaient diverses et laissaient présager la mise en jeu de mécanismes de défense. Certaines attitudes, telles que le fait d'exprimer le franchissement de l'intimité, le refus de dialogue ou la dérision, laissaient peu de place à une alliance thérapeutique médecin-patient autour de la santé sexuelle²⁰. D'autres, comme le silence, le manque de prise de position ou l'évitement, représentaient une ouverture possible au dialogue²⁰.

(2) Les freins à parler de sexualité :

Plusieurs freins à la discussion autour de la sexualité ont été identifiés dans la littérature comme dans notre étude.

Du côté des patients, Gott et Hinchliff²² relevaient la gêne ressentie à l'évocation de la sexualité, l'attribution des problèmes sexuels au vieillissement normal ou encore la crainte du jugement du médecin. L'attitude du médecin envers la sexualité des personnes âgées est également un aspect important dans le dialogue avec le patient. Une autre étude menée par les mêmes auteurs, visant à explorer les attitudes des médecins généralistes anglais envers la santé sexuelle de leurs patients, distinguait deux profils de médecins: les médecins proactifs qui parlaient de sexualité dans un contexte approprié, et les médecins réactifs qui répondaient aux questions sans initier le dialogue. Plus les personnes étaient âgées, plus les médecins adoptaient une attitude uniquement réactive⁶⁶.

Les freins des médecins étaient le manque de temps, une connaissance plus personnelle que professionnelle de la sexualité et la peur de blesser le patient âgé qui perçoit la sexualité comme plus intime qu'un patient plus jeune⁶⁶. Le point de vue des participants de notre étude sur les

freins des médecins concordait globalement avec ceux identifiés par les médecins eux mêmes. Du point de vue des médecins, discuter de sexualité avec un patient de sexe opposé serait plus difficile⁶⁶. Cela reflèterait la peur de sexualiser la consultation; peur que l'on n'a pas retrouvée dans notre étude du point de vue des participants.

La crainte de défaut de connaissance de la part des médecins n'était pas spécifique aux pays de culture judéo-chrétienne²⁰. Une étude marocaine montre que 36% des gériatres doutaient de leurs connaissances sur la sexualité pour répondre à leurs patients⁶⁷. 42% des gériatres répondraient à leurs patients sans trop de conviction. En France, il n'existe pas d'enseignement spécifique en 2nd ni en 3^{ème} cycle sur la sexualité, en dehors de quelques notions sur l'andropause, la ménopause et la dysfonction érectile. Ceci peut expliquer que le médecin généraliste soit confronté à des difficultés face aux demandes à thématique sexuelle de ses patients. La sexologie est reconnue comme une compétence médicale. Un diplôme inter-universitaire (DIU) national de sexologie est délivré après 3 ans d'études complémentaires pour les médecins et est ouvert pour les autres professions de santé (psychologue, sage-femme). Il existe environ 1000 sexologues en France dont près des 2/3 sont médecins avec une activité souvent annexe⁶⁸. Le recours à un spécialiste n'est pas aisé.

(3) Des occasions manquées :

Ceux pour qui l'abord de la santé sexuelle faisait partie intégrante du rôle de soignant, formulaient des attentes en rapport avec cette mission en santé sexuelle. En 1990, dans une étude visant à évaluer les attentes des patients dans la prise en charge des troubles sexuels en soins premiers, Metz⁶⁹ montrait que les hommes recherchaient principalement des qualités de professionnalisme, d'empathie, de confiance et de confort chez leur médecin.

Si la problématique des troubles sexuels n'était pas abordée par le médecin, les patients avaient des difficultés à en parler^{15,69,70}. Selon Ribes, le médecin était la troisième personne vers laquelle les patients se tournaient en cas de difficultés sexuelles, après leur partenaire et un ami proche¹⁵. Le médecin généraliste était considéré comme la principale source d'aide professionnelle en cas de problèmes sexuels^{22,69,70}.

Pourtant, 77% des hommes et 34% des femmes relataient que leur médecin n'avait jamais abordé la sexualité⁷⁰. Ces résultats suggèrent un décalage entre les attentes des participants et l'attitude de leur médecin, à l'origine d'une sous-utilisation des soins en santé sexuelle.

c) Une perspective d'efficience en santé sexuelle :

i) Une souffrance à détecter :

(1) Le célibat, source de solitude :

Le célibat représentait une source d'isolement et de solitude dans notre étude. En sciences sociales, l'isolement est un phénomène mesurable, renvoyant à une situation concrète alors que le terme de solitude renvoie à un vécu, une expérience subjective⁷¹. La question de l'isolement des personnes âgées est un sujet d'actualité dans notre société, notamment suite à l'épisode caniculaire de 2003 en France.

Les normes sociétales dictent une vision négative du vieillissement. 46% des Français considéraient la perte d'autonomie et la dépendance comme l'évènement marquant le plus nettement le passage à la vieillesse, suivies de la maladie¹⁵. Cette vision négative participait à une certaine exclusion sociale des personnes âgées et contribuait à leur isolement⁷¹. Philippe Pitaud rappelait qu'isolement et solitude n'étaient pas consubstantifs de la vieillesse⁷¹.

Les participants célibataires ressentaient un manque affectif, un besoin de compagnie à l'origine d'une souffrance difficile à exprimer. Selon une étude de l'INPES de 2005, être célibataire (célibataire, veuf, divorcé ou séparé) augmentait le risque de dépression par rapport au fait de vivre en couple (concubinage, pacsé, marié ou remarié)⁷². La demande affective était la lutte la plus efficace contre la mort¹⁹.

D'après Mendras, toute vie sociale est faite d'échanges. L'échange renvoie à la notion de fraternité, s'enracinant dans le partage de valeurs morales qui vont constituer le fondement commun de la dynamique de l'entraide, point de départ de la vie en société⁷¹. Rompre l'isolement et stimuler chaque jour le contact social seraient essentiels à la bonne santé psychique des seniors¹⁵.

(2) Un arrêt de la sexualité désolant :

Certaines participantes avaient éprouvé des difficultés à maintenir leur sexualité au moment de la ménopause alors que les hommes souffraient de dysfonction érectile. Dans une étude portant sur des patients âgés de 18 à 60 ans (seulement), Laumann⁷³ notait une régression des difficultés sexuelles, en particulier féminines, avec l'âge. Les dyspareunies et les troubles du plaisir aussi bien chez les femmes que chez les hommes avaient tendance à s'améliorer. Les troubles de l'érection augmentaient avec le vieillissement, passant de 7% chez les 18-29 ans à 18% chez les 50-59 ans.

Ces résultats ne sont pas unanimes dans la littérature. Le Docteur Marie Chevret-Measson s'appuyant sur les résultats d'une étude de 1992, déclarait que la fonction sexuelle féminine déclinait avec l'âge et la ménopause⁷⁴. Dans une étude australienne citée par Ribes¹⁵, seules 5,7% des femmes âgées déclaraient avoir des problèmes sexuels à des taux inférieurs à celui des femmes plus jeunes.

Les problèmes sexuels étaient le plus souvent associés à une mauvaise qualité de vie, à un niveau d'études faible, à une estime de soi basse et à une mauvaise image du corps⁷³. Avoir des problèmes sexuels peut également provoquer des troubles psychologiques tels que l'inquiétude, la dépression ou l'atteinte de l'image de soi. Ceci représentait un double mécanisme où la place du psychologique restait importante¹⁵.

Le célibat était une cause d'arrêt subi de la sexualité. De nombreuses études montraient l'envie des hommes de garder une activité sexuelle après 70 ans, avec une souffrance à l'idée que cette fonction ne soit pas conservée¹⁵. Pour Trudel, les personnes âgées qui avaient une sexualité bénéficiaient d'une importante source de renforcement personnel et de plaisir aidant à préserver un bien-être physique et psychologique⁷⁵.

ii) Une fatalité à combattre :

(1) Une ignorance, source de fatalité :

Les participants faisaient preuve de méconnaissances sur les solutions à apporter à leur situation, laissant place à une certaine part de fatalité. La majorité des difficultés de la sexualité des adultes était due à un manque de connaissances sur l'évolution de la sexualité⁶⁰. Cette non-connaissance peut être une source d'interrogation faisant confondre évolution normale avec pathologie.

L'incertitude concernant le fonctionnement sexuel de l'âgé et l'évolution mal comprise des capacités sexuelles pourraient devenir des obstacles à la satisfaction sexuelle et aboutir à l'arrêt de toute activité sexuelle¹⁵. Or, un élément clé pour la persistance d'une sexualité à un âge avancé reste la satisfaction globale du couple.

Connaître ce qui arrive et se connaître est un moyen d'affronter ses craintes¹⁵. C'est à partir de ce constat que s'était développée la sexogérontagie⁶². Elle cherchait à fournir aux personnes âgées les connaissances nécessaires pour appréhender sereinement les différentes évolutions de leur corps et de son fonctionnement. Cette méthode pédagogique semblait importante pour accompagner au mieux l'adaptation, personnelle et relationnelle, que nécessite le vieillissement¹⁵.

(2) Une aide acceptée à posteriori :

Les participants ignoraient l'aide médicale existante en cas de troubles sexuels ou n'en avaient qu'une connaissance réduite. Seul le premier médicament utilisé dans les troubles de l'érection était cité. Depuis quelques années, l'offre thérapeutique s'est considérablement étendue et ne comporte pas que la prescription médicamenteuse. Les stratégies thérapeutiques devraient être multidisciplinaires et inclure des interventions médicales et psychothérapeutiques¹⁵. Le nombre de demandes de thérapie par des couples de 65 ans et plus restait faible, de l'ordre de 2% de l'ensemble des demandes de thérapie conjugale¹⁵. Il n'existe pas de prise en charge formalisée concernant la sexualité des couples âgés.

Les participants semblaient ignorer la compétence du médecin généraliste dans ce domaine. Pour certains, la place de ce dernier n'était pas prépondérante, la sexualité relevant plus de la sphère intime du couple que du domaine médical. Ces résultats diffèrent de ceux de l'étude française CSF⁶, qui montrait qu'en cas de difficultés sexuelles cumulées et répétées les hommes consultaient des médecins généralistes et les femmes des gynécologues. Cette divergence pourrait s'expliquer par un effet générationnel, les participants à l'enquête CSF étant âgés de 18 à 69 ans.

Ces résultats suggèrent une sous-utilisation des soins de santé sexuelle. Le rôle du médecin généraliste en tant que fournisseur de soins en santé sexuelle est à soutenir. Le dialogue autour de la sexualité n'étant principalement pas instauré par les patients⁷⁰, une attitude plus proactive en santé sexuelle serait souhaitable de la part des médecins en général, et des médecins généralistes en particulier²².

(3) Le médecin généraliste, un interlocuteur possible :

Le médecin généraliste était désigné comme le premier interlocuteur professionnel des patients en cas de troubles sexuels⁷⁰. Cette position nécessitait une meilleure formation des professionnels en sexologie et des connaissances professionnelles de l'évolution sexuelle au fil du vieillissement⁶². Parmi la population des sexologues en France, les médecins généralistes sont déjà prépondérants⁶⁸.

Le médecin devrait expliquer les modifications physiques et psychologiques liés à l'âge¹⁵. Il devrait gommer la pression normative et s'adapter aux souhaits personnels en fonction du rythme de chaque couple vieillissant afin de le rassurer. L'évolution des représentations classiques de la relation sexuelle apparaît indispensable.

Il faut tenir compte des spécificités, de l'évolution des mentalités, sans imposer de modèle de la bonne sexualité⁷⁶. Il convient de permettre à la personne vieillissante de faire évoluer ses repères et d'éviter une « autocastration préventive » devant la crainte de défaillir. Il semble important de ne pas rentrer dans une nouvelle forme de stigmatisation où « l'obligation de « bien vieillir » (avec une sexualité présente et épanouie) ferait de ceux qui vieillissent « comme ils peuvent » des individus » n'ayant pas fait preuve d'efforts suffisants d'adaptation¹⁵.

Une étude australienne montrait que les facteurs les plus étroitement associés aux dysfonctionnements sexuels étaient: une maladie cardiovasculaire, un diabète, une dépression, des « ennuis prostatiques » ou encore une insomnie¹⁵. Ces résultats laissaient suggérer que l'abord systématique par le médecin généraliste du retentissement des pathologies chroniques sur la sexualité pourrait représenter une porte d'entrée dans la prise en charge en santé sexuelle.

Nom, prénom du candidat : DERIGON Constance

CONCLUSIONS

Selon l’OMS, le médecin généraliste a la compétence de garantir un bon état de santé à ses patients. La santé sexuelle est définie comme un état de bien-être en relation avec la sexualité. Les représentations sur la sexualité sont liées au contexte social, culturel et historique d’une société.

Selon l’INSEE, la proportion des personnes âgées de 60 ans ou plus progressera fortement jusqu’en 2035. Le regard porté sur leur sexualité dépend à la fois de la place qu’on leur accorde dans la société et des conceptions autour de la sexualité. Malgré l’évolution des sociétés actuelles, le tabou sur la sexualité des personnes âgées persiste. En dépit de la fréquence des consultations concernant cette population, leur santé sexuelle reste un sujet très rarement évoqué en soins premiers.

Au regard de la bibliographie, une part non négligeable de la population âgée était toujours sexuellement active. Les personnes âgées désignaient leur médecin traitant comme l’interlocuteur privilégié pour aborder la thématique de leur sexualité. Très peu de données étaient disponibles dans la littérature sur la classe d’âge la plus élevée de cette population. Notre hypothèse était que le vécu de la sexualité des personnes très âgées (+ de 85 ans) était différent de celui des personnes de plus de 60 ans.

L’objectif de ce travail était d’explorer le vécu de la sexualité de patients âgés de 85 ans et plus, et de connaître leurs attentes vis-à-vis de leur médecin généraliste. Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, auprès de 17 personnes âgées de 85 à 97 ans.

La sexualité évoluait avec le vieillissement. La sexualité physique était moins fréquente. Le désir persistait, témoin de manifestations d’attachement et de tendresse. Un nouvel équilibre relationnel se créait avec une adaptation et une acceptation de chacun entraînant tolérance, confiance et épanouissement personnel. Une ambivalence reflétait le conflit entre la notion de norme omniprésente et leurs attentes légitimes d’un droit à la sexualité. Un rôle était reconnu à la sexualité sur la santé psychologique mais l’enjeu global de santé restait incompris, notamment la notion de santé sexuelle.

La communication autour de la sexualité était difficile. La vision des personnes âgées était empreinte de

Nom, prénom du candidat : DERIGON Constance

préjugés et de méconnaissances, les poussant à s'interroger sur la question de l'âge de la sexualité. Elles reconnaissaient une absence de dialogue avec les soignants liée à certains freins comme leur pudeur ou la peur de choquer le médecin. Elles attendaient dans certaines situations une attitude pro- active de leur médecin.

L'arrêt éprouvé de la sexualité physique était source d'une souffrance difficile à exprimer. Certains participants, dont les connaissances sur les aides médicales au maintien d'une sexualité physique étaient faibles, vivaient cette situation comme une fatalité. L'attitude des personnes âgées laissait présager qu'elles seraient favorables à un accompagnement médical. Le médecin généraliste et certains spécialistes étaient perçus comme des interlocuteurs possibles.

Informar les personnes âgées sur la santé sexuelle permettrait d'améliorer leur vécu et pour celles qui le souhaitent, d'accéder à un accompagnement médical. L'abord systématique du retentissement des pathologies chroniques sur la sexualité pourrait être une piste à explorer.

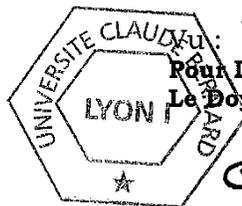
Suite à ce travail, nous pouvons nous interroger sur l'évolution du vécu de la sexualité des personnes très âgées issues des générations à venir. Ces générations auront vécu dans un contexte socio-éducatif et culturel tout à fait différent.

Le Président de la thèse,

Nom et Prénom du Président

Signature

FRÉDÉRIQUE SYLIE
[Signature]



**Pour Le Président de l'Université
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est**

Professeur Gilles RODE

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le

13 DEC. 2017

Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé. Santé sexuelle et reproductive: compétences de base en soins primaires. 2012. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77743/1/9789242501001_fre.pdf?ua=1 [Consulté le 19 Août 2016]
2. Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé de New York des 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats et entré en vigueur le 7 avril 1948. Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°.2, p.100.
3. Encyclopédie Larousse en ligne - sexualité [Internet]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/sexualit%C3%A9/91643>
4. Courtois R. Conceptions et définitions de la sexualité: les différentes approches. Elsevier Masson; 1998.
5. Thomas I. Une verte vieillesse : l'Europe et la Chine face à la sexualité des personnes âgées. NPG. juin 2007;(39):36-45.
6. Bajos N, Bozon M, Beltzer N, Godelier M, éditeurs. Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé. Paris: La Découverte; 2008.
7. OMS | Thèmes de santé | Vieillesse [Internet]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/ageing/fr/>
8. Blanpain Nathalie OC. Projections de population à l'horizon 2060: un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. Insee première; 2010.
9. Crenner E. Le niveau de vie des retraités. Conséquences des réformes des retraites et influence des modes d'indexation. Retraite et société. avr 2008;(56):41-69.
10. Hinrichs K, Aleksandrowicz P. Le vieillissement actif et la réforme des régimes de retraite en Europe. Revue internationale des sciences sociales. avr 2006;(190):631-47.
11. Walker A. A strategy for active ageing. International Social Security Review. janv 2002;55.
12. OECD. Préserver la prospérité dans une société vieillissante. 17 juill 1998;156.
13. Zelenev S. Vers une société pour tous les âges: saurons-nous relever le défi ou allons-nous manquer le coche? Revue internationale des sciences sociales. avr 2006;(190):649-66.

14. Debay A. Hygiène et physiologie du mariage: histoire naturelle et médicale de l'homme et de la femme mariés dans ses plus curieux détails. Paris: E.Dentu; 1857.
15. Ribes G, Costa P. Sexualité et vieillissement: comprendre et anticiper les évolutions. Lyon, France, Canada: Chronique sociale; 2009. 144 p.
16. Bretschneider JG, McCoy NL. Sexual interest and behavior in healthy 80- to 102-year-olds. Arch Sex Behav. avr 1988;17(2):109-29.
17. Gott M, Hinchliff S. How important is sex in later life? The views of older people. Soc Sci Med. avr 2003;56(8):1617-28.
18. Dupras A, Soucis P. La sexualité des personnes âgées : bilan des recherches québécoises. Sexologies. 16 sept 2008;17(3):190-8.
19. Memin C. Sexualité - affectivité - sensorialité et grand âge. Gérontologie et société. sept 2001;(98):189-96.
20. Meyrignac L. Représentations des personnes âgées de leur sexualité et de leur corps vieillissant: approche phénoménologique et psycho-dynamique [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier.
21. Vionnet-Fuasset J. Fréquence et nature de la polymédication chez la personne âgée en médecine générale. Société Française de Médecine Générale. mars 2005;(60):3-32.
22. Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. Fam Pract. déc 2003;20(6):690-5.
23. Bartoli S. Aborder la sexualité masculine en médecine générale: attentes, opinions et représentations des hommes. Exercer. 2016;(124):52-9.
24. Sunhary de Verville A. Problèmes posés par la sexualité des sujets âgés en soin primaire: enquête réalisée auprès de 122 médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Marseille, France]: Université d'Aix-Marseille II.
25. Gott M, Hinchliff S. General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. Soc Sci Med. juin 2004;58(11):2093-103.
26. Buffat J. Comment aborder les problèmes sexuels en cabinet médical? Revue médicale suisse. 2006;58(31149):798-801.
27. Enos G. La sexualité des personnes âgées : approche réflexive et clinique. Praticiens et 3^{ème} âge. sept 2000;(168):150-3.

28. Frappé P. Initiation à la recherche. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. La revue du praticien; 2011. 216 p.
29. Fèvre M, Riguiedel N. Amours de vieillesse. Presses de l'EHESP; 2014. 212 p.
30. Benedini E, Pipard T., Bezanson E. Le cercle des thésards. présenté à: 15ème Congrès national de CNGE; nov 2015; Dijon.
31. Belmin J, Pariel-Madjlessi S, et al. The cognitive disorders examination (Codex) is a reliable 3-minute test for detection of dementia in the elderly (validation study on 323 subjects). La Presse Médicale. sept 2007;36(9):1183-90.
32. Test CODEX [Internet]. Disponible sur: <http://www.testcodex.org/Pages/default.aspx>
33. Daguet F, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris. FRA. La fécondité en France au cours du XXe siècle. INSEE PREMIERE. déc 2002;(873):4p.
34. INSEE. Tableaux de l'économie française - Edition 2016. Insee références; 2016.
35. INSEE. Projections de population 2013-2070 pour la France [Internet]. Insee résultats; 2016. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2524484>
36. Bortz WM, Wallace DH. Sexual function in 1,202 aging males: differentiating aspects. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. mai 1999;54(5):M237-241.
37. Bacon CG, Mittleman MA. Sexual function in men older than 50 years of age: results from the health professionals follow-up study. Ann Intern Med. 5 août 2003;139(3):161-8.
38. Quentin B. Grand âge et sexualité: d'une modernité à l'autre ou démocratisme contre société des images. Gérontologie et société. janv 2012;(140):63-77.
39. Favre-Bonvin E. Sexualité en maison de retraite: représentations et attentes des personnes âgées [Thèse d'exercice]. [Montpellier, France]: Faculté de médecine; 2012.
40. Schantz Laursen B. Sexuality in men after prostate cancer surgery: a qualitative interview study. Scand J Caring Sci. 14 avr 2016.
41. Beckman N, Waern M. Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: cross sectional survey of four populations, 1971-2001. BMJ. 8 juill 2008;337:a279.
42. Colson M-H. Âge et intimité sexuelle. Gérontologie et société. 1 sept 2007;122(3):63-83.
43. Le Gouès G. L'âge et le principe de plaisir. Dunod. 2000. 176 p.
44. Bondil P. Vieillissement sexuel: mythes et réalités biologiques. J.sexol. 16 sept 2008;17(3):152-73.

45. Masters WH, Johnson VE. Sex and the aging process. *J Am Geriatr Soc.* sept 1981;29(9):385-90.
46. Graziottin A. Similarities and differences between female and male sexual functions and dysfunctions. *The Journal of Men's health & gender.* 2004;(1 (1)):71-6.
47. Laumann EO, Nicolosi A, et al. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research.* févr 2005;17(1):39-57.
48. Colson M-H, Lemaire A. Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France. *J Sex Med.* janv 2006;3(1):121-31.
49. Hällström T, Samuelsson S. Changes in women's sexual desire in middle life: The longitudinal study of women in Gothenburg. *Arch Sex Behav.* juin 1990;19(3):259–268.
50. Spira A, Bajos N, Groupe ACSF. Analyse des comportements sexuels en France. *L'enquête ACSF: présentation générale.* 1993.
51. Erickson EH. Identity and the life cycle. Selected papers: with a historical introduction by David Rapaport. International Universities Press. New York; 1994. 171 p.
52. Winn RL, Newton N. Sexuality in aging: A study of 106 cultures. *Arch Sex Behav.* août 1982;11(4):283–298.
53. Sherman B. Sex, Intimacy and Aged Care. *Ageing and Society.* 1999;20(01):123–134.
54. Le Deun P, Gentric A. Vieillesse réussie. Définitions, stratégies préventives et thérapeutiques. *Médecine thérapeutique.* 2007;13(1):3–16.
55. Brewer S. Intimates relations: Living and loving in later life. Age Concern Books. 2004. 160 p.
56. Leitzmann M. Ejaculation Frequency and Subsequent Risk of Prostate Cancer. *JAMA.* 2004;292-329.
57. Komisaruk B. The suppression of pain by genital stimulation in females. *Annual Review of Sex Research.* 1995;6(1):151-86.
58. Spence SH. Psychosexual Dysfunction in the Elderly. *Behaviour Change.* juin 1992;9(2):55-64.
59. Butler RN, Lewis MI. Love and sex after 60: how physical changes affect intimate expression. A roundtable discussion: Part 1. *Geriatrics.* sept 1994;49(9):20-7.

60. Kaplan HS. The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions. Psychology Press; 1974. 568 p.
61. Hammond DB, Bonney WC. Results of Sex Education for Support Persons Working with the Elderly. *Journal of Sex Education and Therapy*. 1 sept 1985;11(2):42-5.
62. Dupras A, Viens MJ. L'éducation à la sexualité des aînés : éléments de sexogérontologie. *J.sexol*. 16 sept 2008;17(3):135-42.
63. Dupras A, Ribes G. La sexologie gérontologique. *J.sexol*. juill 2008;17(3):121-3.
64. Fainzang S. Pathologies sociales de la communication. La communication d'informations dans la relation médecins-malade. Une approche anthropologique. Nancy: Presses universitaires de Nancy; 2009. 279-295 p.
65. Bénard F. Affectivité et sexualité des personnes âgées de plus de soixante cinq ans vivant en couple à domicile [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2006.
66. Omole F, Fresh EM. How to discuss sex with elderly patients. *J Fam Pract*. avr 2014;63(4):E1-4.
67. Fassi-Fihri MA. La sexualité des personnes âgées vue par les gériatres. *NPG*. 18 févr 2008;6(36):23-30.
68. Giami A, Chevret-Méasson M. Les professionnels de la sexologie en France: quelques évolutions. Premiers résultats de l'enquête nationale (2009). *Sexologies*. oct 2009;18(4):238-42.
69. Metz ME, Seifert MH. Men's expectations of physicians in sexual health concerns. *J Sex Marital Ther*. 1990;16(2):79-88.
70. Costa P, Avances C. Dysfonction érectile: connaissances, souhaits et attitudes. Résultats d'une enquête française réalisée auprès de 5099 hommes âgés de 18 à 70 ans. *Prog Urol*. 2003;13(1):85-91.
71. Pitaud P. Solitude et isolement des personnes âgées. *Erès*. 2007. 272 p. (Pratiques du champ social).
72. Morvan Y, Prieto A. La dépression: prévalence, facteurs associés et consommation de soins. *Baromètre santé 2005*. 2005;487-506.
73. Laumann EO. Sexual Dysfunction in the United States Prevalence and Predictors. *JAMA*. févr 1999;281(6):537-44.
74. Chevret Measson M. Sexualité, âge et ménopause: quelle santé sexuelle? Réalités en gynécologie obstétrique. 2006;114:1-5.

75. Trudel G, Turgeon L. Marital and sexual aspects of old age. *Sexual and Relationship Therapy*. août 2010;25(3):316-41.

76. Abraham G. Psychothérapie et sexualité. *Psychothérapies*. 2003;23(3):177-83.

Annexes

1) Annexe 1 : Canevas d'entretien initial

- Pouvez-vous vous présenter ?
(*âge, marié, célibataire, divorcé, veuf, enfants, profession, lieu de vie et depuis quand*)
- Si je vous dis amour après 85 ans qu'est ce que cela vous évoque ?
- Pour vous, la sexualité c'est quoi ?
(*Bien leur faire évoquer où ils en sont actuellement...*)
- Si je vous dis « santé sexuelle », à quoi pensez vous ?
(*L'OMS définit une bonne santé sur 3 plans ... qu'en pensez vous ?*)
- Comment abordez vous ce sujet avec votre médecin généraliste ? A quelles occasions ?
- Qu'avez-vous pensé de cet entretien ? Qu'en retirez vous ?

2) Annexe 2 : Canevas d'entretien final

- Pouvez-vous vous présenter ? (*âge, marié, célibataire, divorcé, veuf, enfants, profession, lieu de vie et depuis quand*)
 - Quelle éducation sexuelle avez-vous reçue lors de votre enfance ?*
 - Quelle place a occupé la religion dans votre vie ?*
 - C'est quoi pour vous mal ou bien vieillir ?*
- Si je vous dis amour après 85 ans qu'est ce que cela vous évoque ?
 - Qu'est ce qui a changé dans votre sexualité depuis vos 60 ans ?*
 - Quels sont les autres facteurs qui ont diminué votre sexualité à part la maladie ?*
 - Qu'attendriez vous d'une relation amoureuse aujourd'hui ? « Folie douce », c'est à dire ?*
 - C'est quoi une « amitié profonde » ? Quelle est la différence entre une relation amicale et amoureuse ?*
- Pour vous, la sexualité c'est quoi ?
 - Quelle importance accordez-vous à l'intimité physique ?*
 - Comment avez-vous vécu le changement de votre corps (vis à vis de votre sexualité) ?*
 - Quelle influence a eu la ménopause sur votre sexualité ? Comment la contraception a influencé votre vie sexuelle ?*
 - Si je vous parle de masturbation, qu'est ce que ça vous évoque ? A propos des sextoys: qu'est ce que ça vous évoque ? A quoi ça pourrait servir ?*
- Si je vous dis « santé sexuelle », à quoi pensez vous ? (*L'OMS définit une bonne santé sur 3 plans ... qu'en pensez vous ?*)
 - On entend souvent dire que la sexualité c'est réservé aux personnes jeunes, qu'est ce que vous en pensez ?*
 - Quand on parle de la sexualité des personnes âgées, c'est souvent avec une connotation négative, comme si c'était malsain, vous en pensez quoi ?*
- Comment abordez vous ce sujet avec votre médecin généraliste ? A quelles occasions ?
 - Comment souhaiteriez-vous que ce sujet soit abordé par votre médecin généraliste ? Comment auriez-vous aimé que votre médecin aborde ce sujet ?*
 - Quelle place occupe le dialogue dans la prise en charge médicale ?*
 - Pourquoi votre médecin ne vous en a jamais parlé à votre avis ?*
 - Qu'est ce qui, selon vous, influence l'attitude de votre médecin vis-à-vis de cette question de la sexualité ?*
- Qu'avez-vous pensé de cet entretien ? Qu'en retirez vous ?

3) Annexe 3 : Fiche explicative de l'étude

Titre de l'étude :

Vécu de l'amour des personnes âgées de 85 ans et plus

Contexte de l'étude :

Pour l'OMS, la bonne santé se définit sur les plans physique, psychique et sexuel. Il a été démontré que les personnes âgées sont sexuellement actives et accordent une place importante à la sexualité dans leur vie.

Cependant, la définition de l'OMS des personnes âgées se contente de celles âgées de plus de 60 ans, ce qui explique que les personnes âgées de 85 ans et plus ont très peu été étudiées.

Cette étude rentre dans le cadre de ma thèse de médecine générale.

Objectifs de l'étude :

- Connaître le vécu qu'ont les personnes âgées de leur sexualité ;
- Améliorer le dialogue patient – médecin autour de la sexualité ;
- Accompagner au mieux le patient très âgé dans le domaine de la santé sexuelle ;
- Atteindre une prise en charge plus globale de la personne très âgée et améliorer sa qualité de vie.

Droits des participants :

- Anonyme (entretien enregistré par un dictaphone mais je ne vous demanderai pas votre nom ni votre prénom) ;
- Droit d'accepter ou de refuser de participer à l'étude ;
- Droit de ne pas répondre à certaines questions ;
- Droit de stopper l'entretien à tout moment ;
- Droit de connaître les résultats de l'étude (me contacter par mail ou par téléphone).

En cas de questions ou de revendications, contacter :

Melle DERIGON Constance
constance.derigon@wanadoo.fr
06 79 59 02 56

Directrice du projet de thèse :

Dr BENEDINI Elise

4) Annexe 4 : Test CODEX

Evaluation cognitive ultra-rapide par le test CODEX

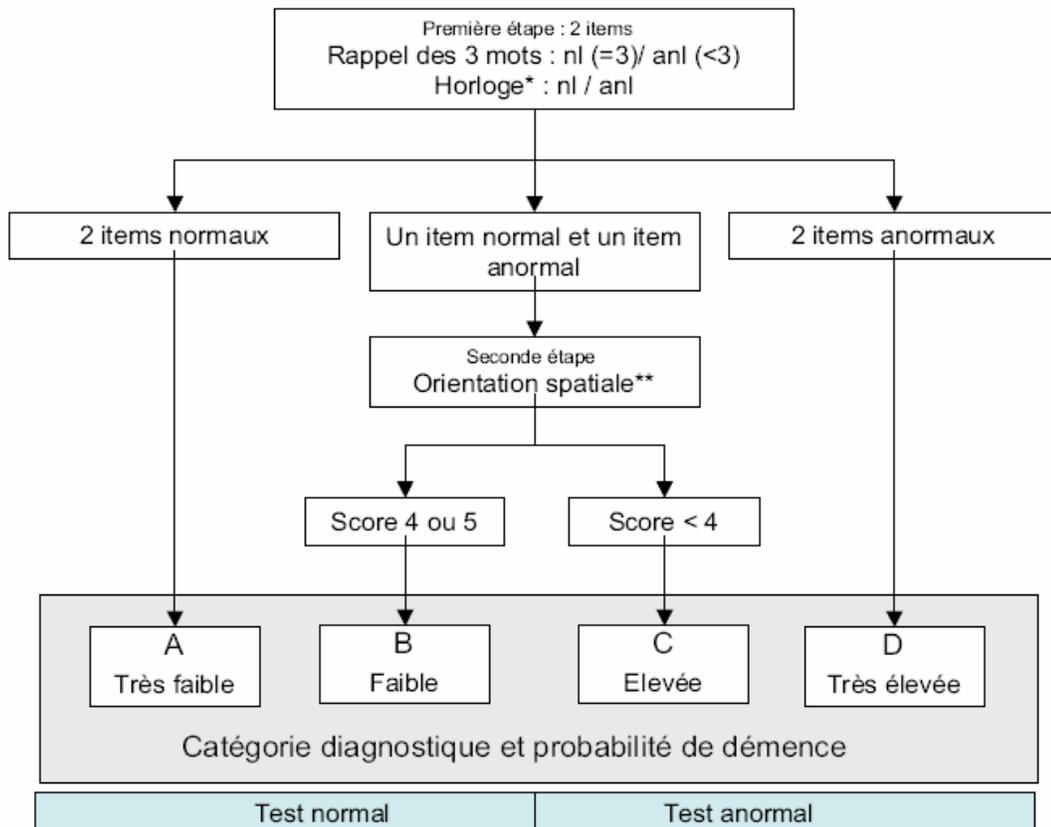
Page à imprimer pour les dossiers médicaux

Nom :

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

Prénom :

Evaluateur :



Cotation du test CODEX

1. Cotation du test de l'horloge :

Les nombres sont-ils tous présents ? Oui-Non
Sont-ils correctement placés ? Oui-Non
Y a-t-il une petite et une grande aiguille ? Oui-Non
Leurs directions sont-elles convenables ? Oui-Non

**4 OUI =
horloge normale
sinon anormale**

2. Cotation du rappel des 3 mots

Les 3 mots sont bien rappelés = *Rappel des 3 mots normal*

3. Utilisez l'arbre de décision pour savoir si la seconde étape est nécessaire

Horloge et 3 mots normaux = CODEX normal (Catégorie diagnostique A)
Horloge et 3 mots anormaux = CODEX anormal (Catégorie diagnostique D)
Autres cas = faire la seconde étape

4. Cotation de la seconde étape :

Comptez 1 point par bonne réponse
Somme = 4 ou 5 : = CODEX normal (Catégorie diagnostique B)
Somme = 0, 1, 2 ou 3 = CODEX anormal (Catégorie diagnostique C)

5) Annexe 5 : Formulaire de consentement éclairé

ACCORD ECRIT DE PARTICIPATION A UNE OBSERVATION DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Je soussigné, exerçant à/ domicilié(e),
accepte de participer à la thèse d'exercice de docteur en médecine de..... Interne en
médecine générale ayant pour thème lors d'un entretien enregistré le
.....

Je déclare avoir été informé de façon loyale et claire que cet entretien est confidentiel.

J'accepte que l'intégralité de cet entretien anonymisé soit retranscrite et que les données soient
utilisées dans le cadre exclusif de cette thèse et d'une publication scientifique.

J'ai noté que je pouvais retirer mon consentement à tout moment.

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

Fait à

Le

Signature:

6) Annexe 6 : Déclaration CNIL

RÉCÉPISSÉ

Madame DERIGON Constance

94 RUE DE GENEVE
73100 AIX LES BAINS

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À UNE MÉTHODOLOGIE DE RÉFÉRENCE

Numéro de déclaration

1879770 v 0

du 03 août 2015

A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Organisme déclarant

Nom : Madame DERIGON

Service :

Adresse : 94 RUE DE GENEVE

Code Postal : 73100

Ville : AIX LES BAINS

N° SIREN ou SIRET :

Code NAF ou APE :

Tél. : 0679590256

Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : MR1 - Recherches biomédicales

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 03 août 2015

Par délégation de la commission

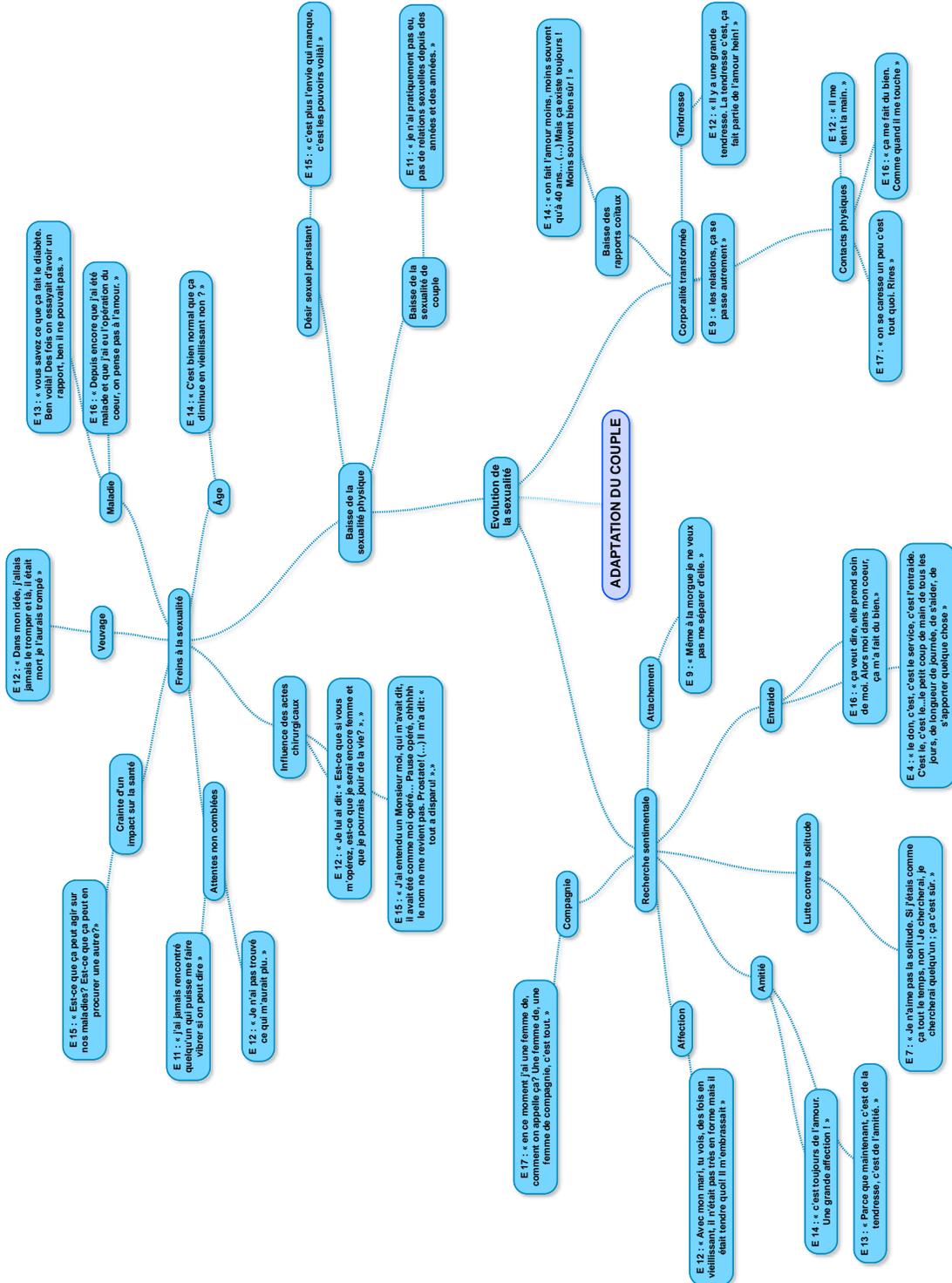


Isabelle FALQUE PIERROTIN

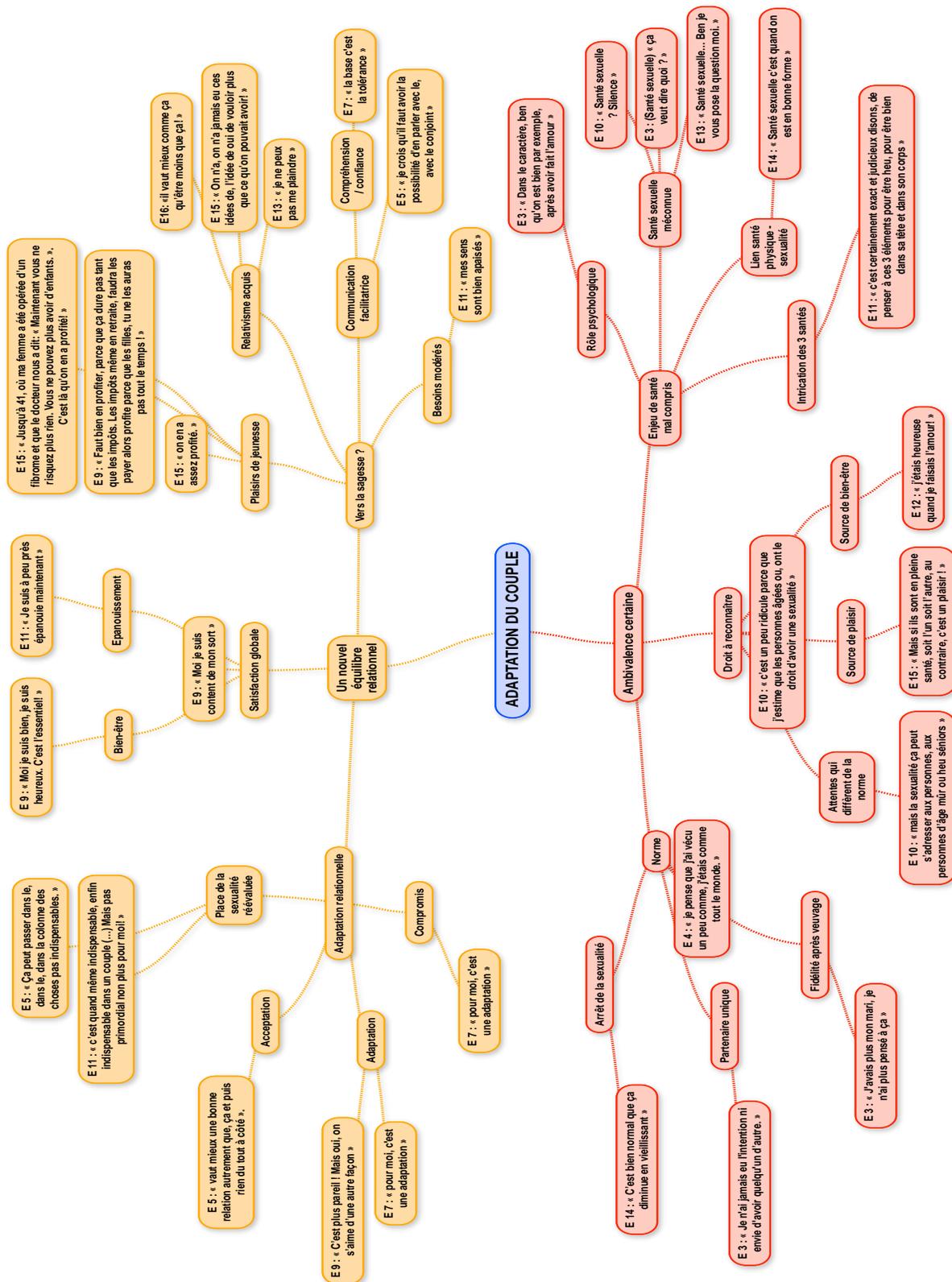
Présidente

7) Annexe 7 : Cartes heuristiques des thèmes

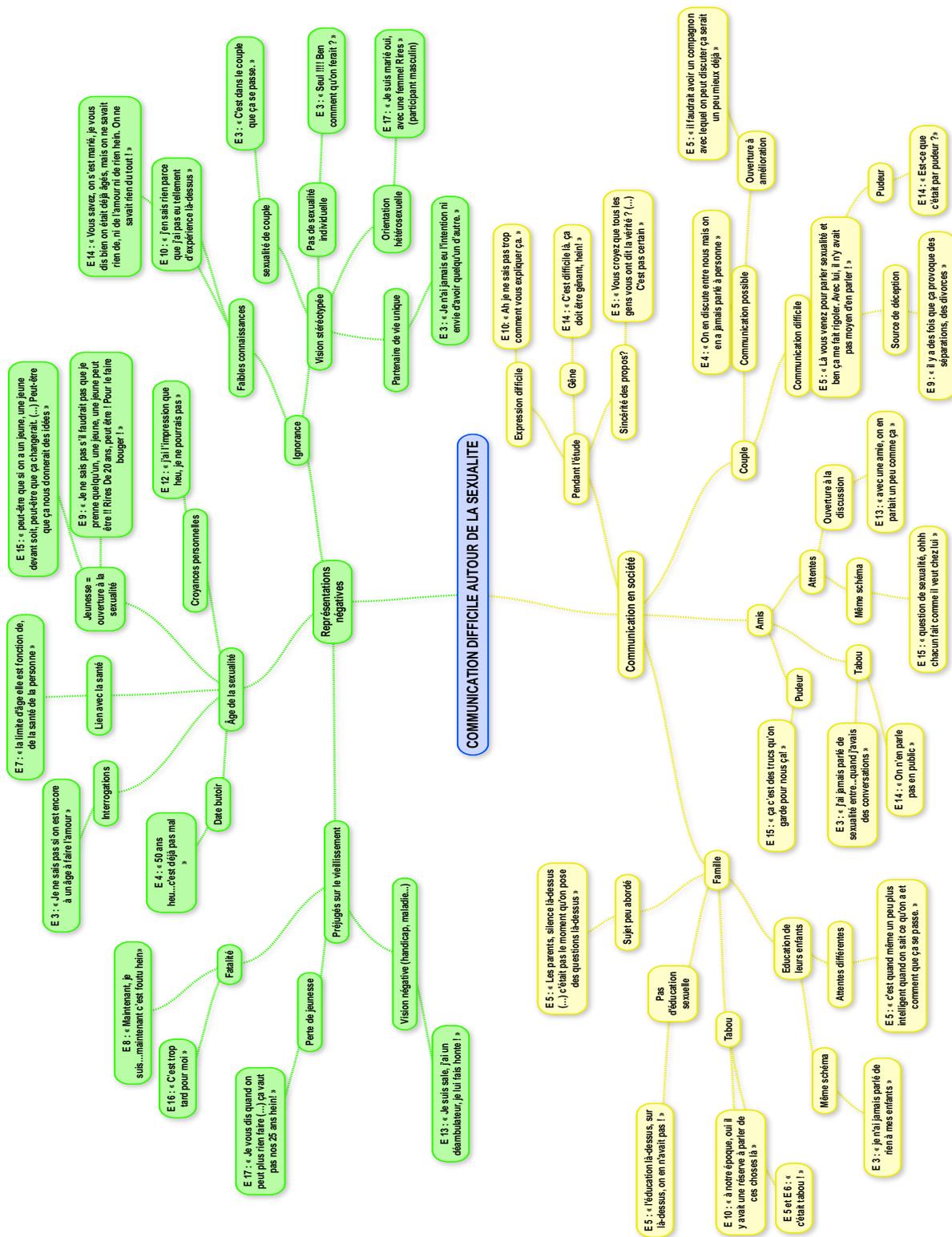
a) ADAPTATION DU COUPLE :



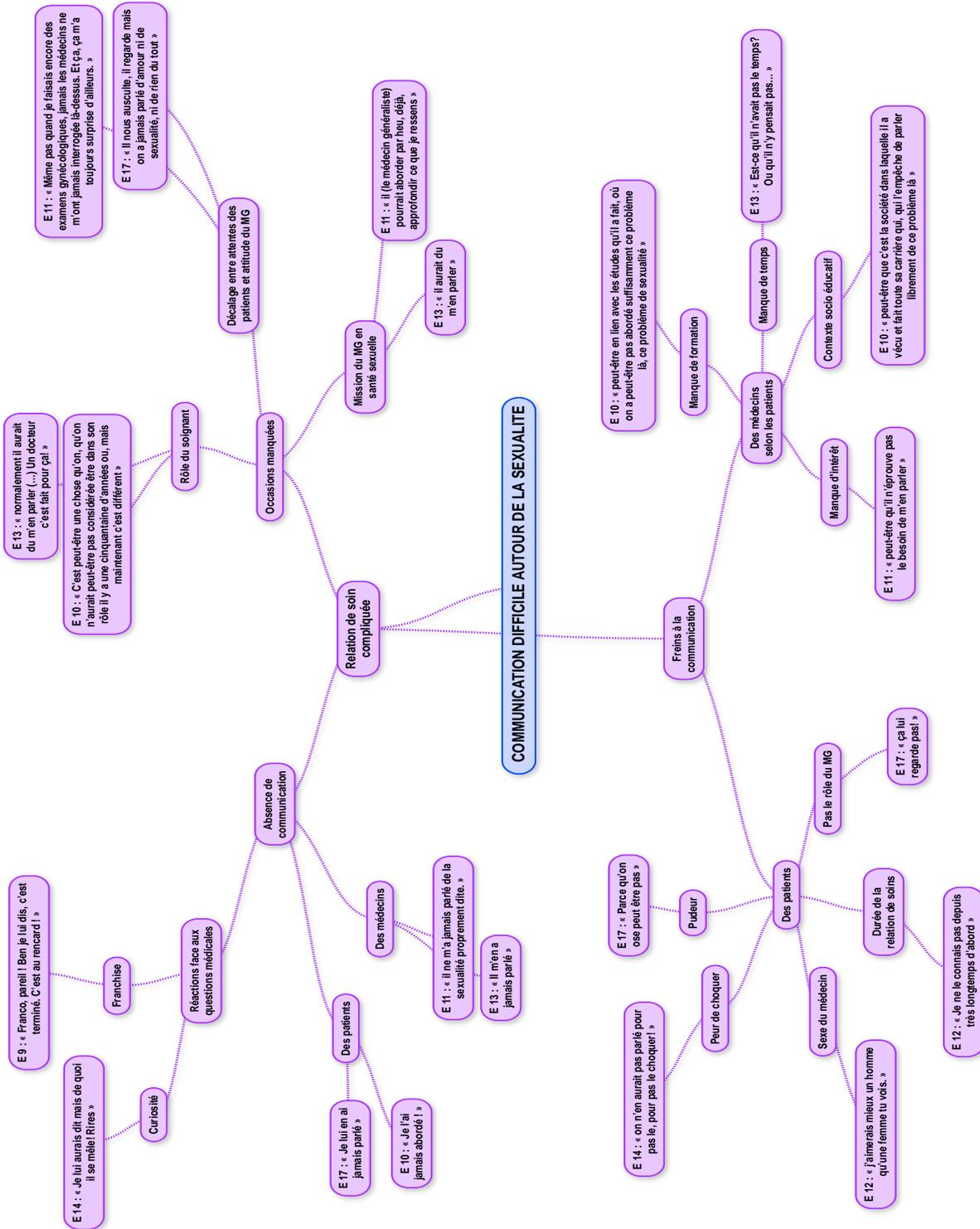
ADAPTATION DU COUPLE :



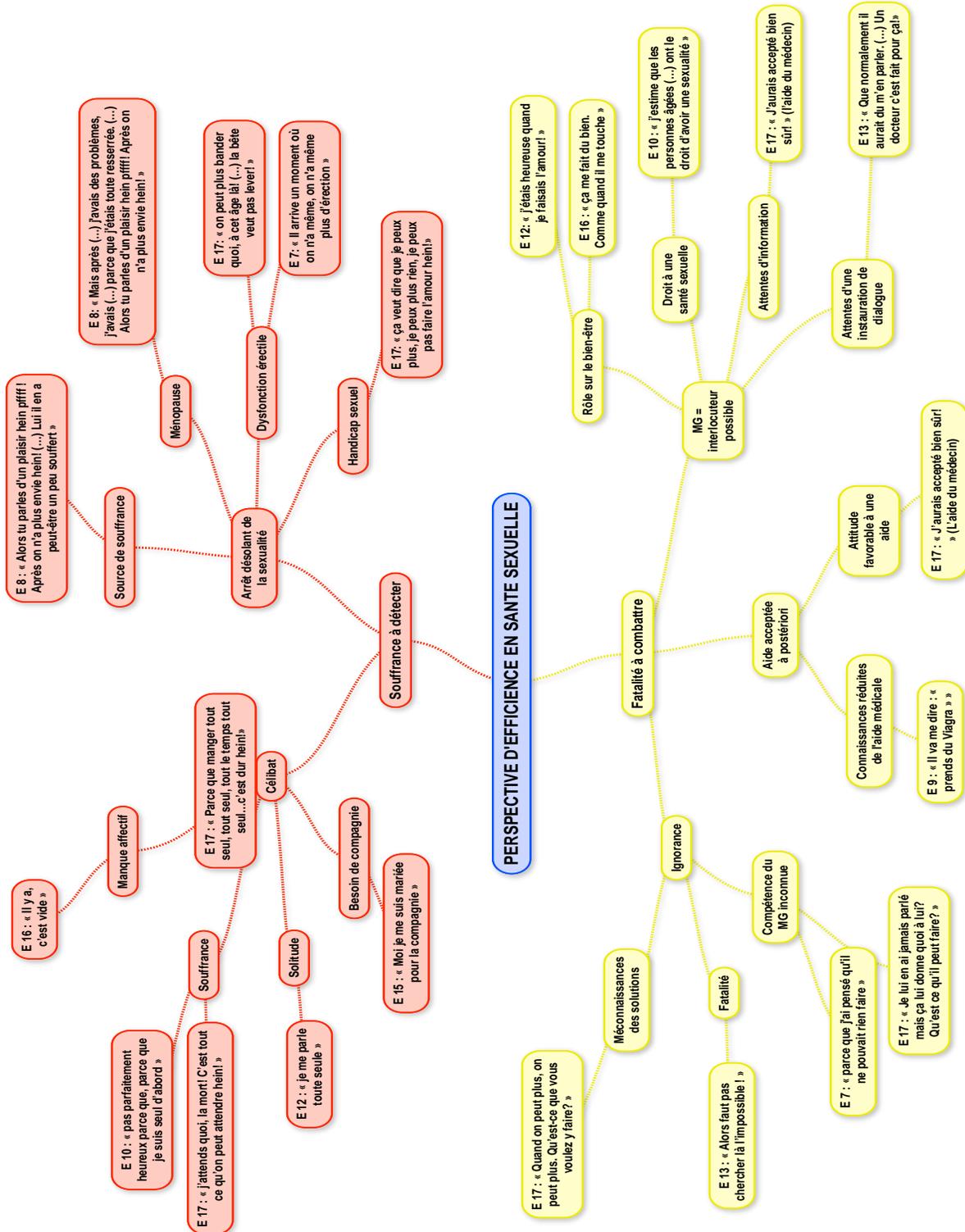
b) COMMUNICATION DIFFICILE AUTOUR DE LA SEXUALITE :



COMMUNICATION DIFFICILE AUTOUR DE LA SEXUALITE :



c) PERSPECTIVE D'EFFICIENCE EN SANTE SEXUELLE :



8) Annexe 8 : Grille COREQ (Version Originale)

No	Item	Guide questions/description
Domain 1: Research team and reflexivity		
Personal Characteristics		
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? <i>E.g. PhD, MD</i>
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?
4.	Gender	Was the researcher male or female?
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?
Relationship with participants		
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? <i>e.g. personal goals, reasons for doing the research</i>
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? <i>e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic</i>
Domain 2: study design		
Theoretical framework		
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? <i>e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</i>
Participant selection		
10.	Sampling	How were participants selected? <i>e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball</i>
11.	Method of approach	How were participants approached? <i>e.g. face-to-face, telephone, mail, email</i>
12.	Sample size	How many participants were in the study?
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
Setting		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? <i>e.g. home, clinic, workplace</i>
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? <i>e.g. demographic data, date</i>
Data collection		
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?

Domain 3: analysis and findings

Data analysis

24. Number of data coders

How many data coders coded the data?

25. Description of the coding tree

Did authors provide a description of the coding tree?

26. Derivation of themes

Were themes identified in advance or derived from the data?

27. Software

What software, if applicable, was used to manage the data?

28. Participant checking

Did participants provide feedback on the findings?

Reporting

29. Quotations presented

Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? *e.g. participant number*

30. Data and findings consistent

Was there consistency between the data presented and the findings?

31. Clarity of major themes

Were major themes clearly presented in the findings?

32. Clarity of minor themes

Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes

Annexe 8 : Grille COREQ (Version française)

Tableau 1. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

9) Annexe 9 : Retranscription des entretiens sur CD

DERIGON Constance Renée Eugénie

Vécu de la sexualité des personnes âgées de 85 ans et plus. Place du médecin généraliste. Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 17 personnes âgées de 85 à 97 ans.

124 pages, 4 tableaux, 6 schémas

Th.Méd : Lyon 2017 n°13

RESUME

Contexte : Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, c'est au médecin généraliste qu'est attribuée la compétence de garantir un bon état de santé de ses patients, incluant la santé sexuelle. Les personnes âgées représentent une proportion de plus en plus importante de la société. Leur santé sexuelle reste très rarement évoquée en soins premiers. L'étude s'est intéressée au vécu de la sexualité des personnes âgées de 85 ans et plus et à leurs attentes envers leur médecin généraliste.

Matériel et Méthodes : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de 17 personnes âgées de 85 ans et plus, non atteintes de démence, jusqu'à obtenir une saturation des occurrences. Une analyse thématique des résultats a été réalisée indépendamment par trois chercheurs et confrontée lors d'une triangulation.

Résultats : L'évolution de la sexualité était marquée par une baisse de la sexualité physique. Elle nécessitait une adaptation du couple, aboutissant à un nouvel équilibre relationnel. La sagesse acquise avec le vieillissement permettait au couple de se satisfaire de cette évolution. La vision normative des participants était empreinte de préjugés, compliquant la communication et la relation de soins avec le médecin généraliste. Les participants faisaient preuve de méconnaissances sur leur sexualité. L'enjeu de santé était mal compris et leurs attentes d'une sexualité épanouie peu exprimées. Une souffrance, liée à la solitude et à l'arrêt subi de la sexualité, était évoquée. Une information sur les ressources disponibles en santé sexuelle était souhaitée. Le médecin généraliste était perçu comme un interlocuteur possible.

Conclusions : Cette étude permet de mieux comprendre l'ambivalence des personnes âgées face à leur sexualité, entre vision normative et attente d'une sexualité épanouie. Elle a montré qu'un accompagnement du médecin généraliste en santé sexuelle est souhaité. Elle apporte des pistes pour donner une place plus importante à l'information dans la prise en charge des personnes âgées.

MOTS CLES : sexualité, vieillissement, sujet âgé, vécu, médecine générale, médecin généraliste

JURY

Président : Madame le Professeur Sylvie ERPELDINGER

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Louis TERRA

Monsieur le Professeur Xavier LAINE

Madame le Docteur Elise BENEDINI

Madame le Docteur Elodie BEZANSON

Monsieur le Docteur Gérard RIBES

DATE DE SOUTENANCE : 31 Janvier 2017

ADRESSES DE L'AUTEUR : 94 rue de Genève 73100 AIX LES BAINS ; constance.derigon@wanadoo.fr
DERIGON
(CC BY-NC-ND 2.0)