

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
le 29 Septembre 2017 à Poitiers

par **Lucile GERMAIN**

Représentations et problématiques de la sexualité et du vieillissement sexuel
par les hommes de plus de soixante ans :

Etude qualitative

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Luc-Philippe Christiaens

Membres :
Madame le Professeur Christine Silvain
Madame le Docteur Valérie Victor-Chaplet
Monsieur le Docteur Fabrice Schneider
Monsieur Le Docteur Thomas Charles

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pierrick Archambault

INTRODUCTION.....	3
MATERIEL ET METHODE.....	9
I. RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES.....	9
II. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE.....	9
A. La méthode qualitative.....	9
B. Sélection des participants.....	10
C. Mode de recueil des données.....	11
D. Méthode d'analyse.....	13
E. Considérations éthiques.....	13
RESULTATS.....	14
I. POPULATION ETUDIEE.....	14
A. Constitution de l'échantillon.....	14
B. Causes de refus.....	14
C. Déroulement des entretiens.....	14
D. Caractéristiques des hommes interrogés.....	14
II. SEXUALITE : GENERALITES ET DEFINITIONS.....	16
A. La sexualité appartient à la sphère du privé et du couple.....	16
B. Une sexualité naturelle, nécessaire au bien-être.....	16
C. Aspects socio-comportementaux.....	18
III. LES MODIFICATIONS DE LA SEXUALITE.....	19
A. Modifications générales.....	19
B. Modifications de la fréquence des rapports.....	19
C. Modifications de la libido.....	20
D. Modification de la réponse sexuelle.....	20
IV. LES CAUSES IDENTIFIEES.....	21
A. Les causes physiologiques.....	21
B. Les causes pathologiques.....	22
C. Les causes psychologiques.....	23
D. Les causes externes.....	23
V. CONSÉQUENCES ET VÉCU.....	25
A. Effets d'une sexualité épanouie (H1 à H10).....	25
B. Effets liés à l'absence ou à la baisse de la sexualité.....	25

VI. AVENIR ET PROJECTIONS.....	27
A. Projections négatives.....	27
B. Optimisme et espérance	28
C. Absence de projection.....	28
D. Santé sexuelle et santé générale	28
VII. SOLUTIONS POSSIBLES	29
A. Solutions médicales	29
B. Place du partenaire.....	32
C. Adaptation des pratiques sexuelles	33
D. Besoin réel d'une solution ?.....	33
E. Des affects centrés sur la famille	34
DISCUSSION	35
I. RAPPEL DES PRINCIPAUX RÉSULTATS	35
II. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE	35
A. Originalité des résultats.....	35
B. Pertinence de la méthode.....	35
C. Validité interne.....	36
D. Validité externe	36
E. Biais de sélection	37
F. Biais d'information.....	38
G. Biais d'investigation	40
III. DISCUSSIONS DES RÉSULTATS.....	40
A. L'importance de la sexualité pour et sa place essentielle dans la qualité de vie	40
B. Vieillesse sexuelle et modifications de la sexualité liées à l'âge.....	41
C. Autres causes que le vieillissement	43
D. Conséquences du vieillissement sexuel et projections	45
E. Santé sexuelle et santé générale	46
F. Place du couple.....	48
G. Une modification des pratiques obligatoire mais non suffisante.....	50
H. Place de la médecine.....	51
I. Des réponses différentes selon les générations	56
CONCLUSION	57
BIBLIOGRAPHIE	58
ANNEXES	64

LISTE DES ABREVIATIONS

AARP	:	American Association of Retired Persons
ADIRS	:	Association pour le Développement de l'Information et de la Recherche sur la sexualité
ADK	:	Adénocarcinome
CISMef	:	Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française
DE	:	Dysfonction érectile
DNID	:	Diabète Non Insulino-Dépendant
EI	:	Effets indésirables
GSSAB	:	Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors
HAS	:	Haute Autorité de Santé
HBP	:	Hypertrophie Bénigne de la Prostate
HTA	:	Hypertension artérielle
IIEF	:	International Index of Erectile Function
INPES	:	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSEE	:	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM	:	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
IPDE5	:	Inhibiteurs de la Phosphodiesterase de type 5
IRC	:	Insuffisance Respiratoire Chronique
MMAS	:	Massachusetts Male Aging Study
MI	:	Membre Inférieur
MSHQ	:	Male Sexual Health Questionnaire
NEJM	:	New England Journal of Medicine
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PIED	:	Psychological Impact of Erectile Dysfunction
SUDOC	:	Service Universitaire de Documentation

INTRODUCTION

La santé sexuelle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « *un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence* » (1). Celle-ci s'intègre pleinement au bien-être général : physique, émotionnel, mental et social qui définit la santé, toujours selon l'OMS.

C'est une problématique importante en santé publique et en particulier pour le médecin généraliste car celui-ci est le premier acteur de prévention et de santé, son rôle en matière de santé sexuelle est tout à fait légitime (2). L'OMS a par ailleurs édité un guide des compétences de base en soins primaires en matière de santé sexuelle et de reproduction (3).

Bien que cela soit un sujet important, il reste délicat à étudier. En s'intéressant à la sexualité, on explore le domaine de l'intime, de la sphère privée. En effet, la sexualité est un sujet difficile à aborder pour les patients, ainsi que pour les médecins, et ce, d'autant plus que les patients sont âgés (4-7).

Depuis toujours, la sexualité chez le sujet âgé a été condamnée (8). Cicéron, en -44 avant J-C, louait les plaisirs de l'esprit lors de l'avancée en âge et blâmait ceux de la chair (9). La Bruyère, philosophe des Lumières affirmait : « *C'est une grande difformité de la nature qu'un vieillard amoureux.* »(10).

De nos jours, ces préjugés concernant la sexualité des seniors sont encore tenaces. L'intérêt pour la sexualité de la personne âgée est moindre et dans l'imaginaire commun, le vieillissement est associé à une baisse voire une disparition de l'activité sexuelle (8).

Le vieillissement sexuel chez la femme est marqué par la ménopause, associée dans les esprits, au déclin sexuel. Cependant, il n'y a pas de majoration importante des troubles de la sexualité liés au vieillissement chez la femme et les facteurs psycho-sociaux seraient plus fortement corrélés aux modifications de la sexualité féminine (11). D'après l'étude de Laumann en 2004, 65% des femmes de 60 à 69 ans estiment que la sexualité reste un centre d'intérêt important (12).

Concernant les hommes, la prévalence des troubles sexuels semble augmenter de manière plus importante avec l'avancée en âge (11). Bien que la sexualité se modifie, elle ne disparaît pas. Pourtant, on considère encore que l'activité sexuelle s'arrête à la soixantaine avec la baisse des érections (13).

Cependant, l'homme âgé a des revendications en matière de sexualité. Il ne devient pas asexué en vieillissant et il est donc important de s'en préoccuper (14). Afin de prendre en charge au mieux les « problèmes sexuels » de l'homme âgé, il est nécessaire d'identifier les représentations et les attentes que les hommes ont.

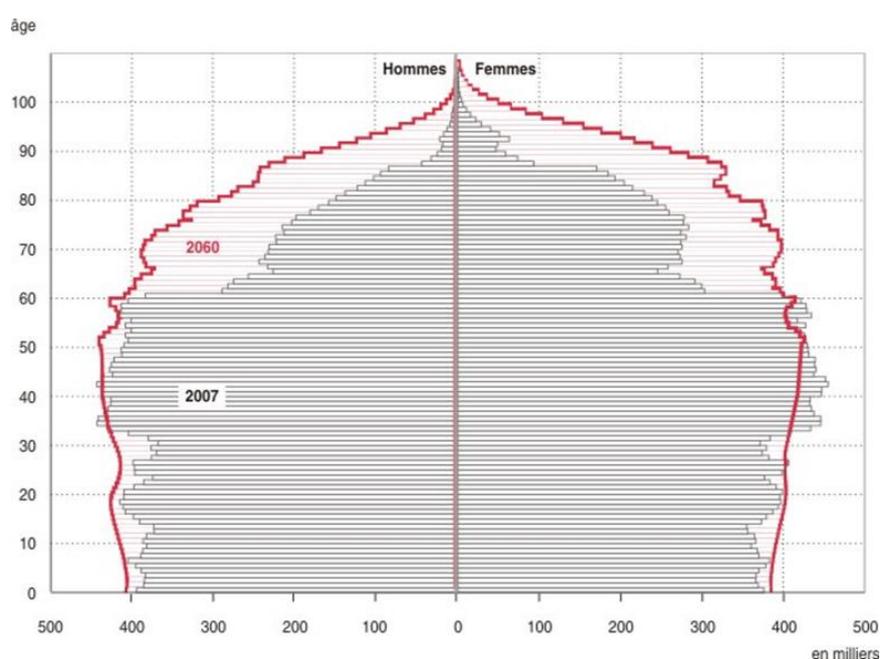
L'OMS définit comme personnes âgées, les individus âgés de 60 ans et plus, cela reste, toutefois, une notion relative et les définitions sont variables (15).

Nous avons donc réalisé une étude qualitative s'intéressant à la sexualité des hommes de plus de 60 ans issus de la population générale.

L'objectif de notre étude est d'identifier les représentations du vieillissement sexuel et le vécu de ce phénomène chez les hommes âgés de plus de 60 ans, afin d'adapter la pratique du médecin généraliste en consultation de soins primaires. Nous nous attacherons également à rechercher les causes identifiées par les hommes des modifications de leur sexualité et d'évaluer leurs conséquences au niveau personnel et dans leur relation intime avec leur partenaire. Aussi, nous chercherons à évaluer les expériences et les attentes que les hommes ont de la prise en charge médicale.

➤ Evolution démographique

Selon l'INSEE, la population française continue de vieillir, du fait du double effet de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'avancée en âge des générations issues du *baby-boom* (1947-1973). En 2011, l'âge moyen des hommes français était de 38,9 ans, selon les projections de population, celui-ci passera à 43,6 ans en 2040 (16).



Graphique 1 : Pyramide des âges en 2007 et 2060.

Source : Insee (2005)

Le nombre de personnes de 60 ans et plus augmentera, à lui seul, de 10,4 millions entre 2007 et 2060, si bien qu'une personne sur trois aura ainsi plus de 60 ans.

Année	Population au 1 ^{er} janvier (en milliers)	Proportion (%)				
		0-19 ans	20-59 ans	60-64 ans	65-74 ans	75 ans et +
1960	45 465	32,3	51	5,1	7,3	4,3
1970	50 528	33,1	48,8	5,2	8,1	4,7
1980	53 731	30,6	52,4	3	8,3	5,7
1990	56 577	27,8	53,2	5,1	7,1	6,8
2000	58 858	25,6	53,8	4,6	8,8	7,2
2007	61 795	24,8	53,8	4,9	8,1	8,5
2015	64 514	24,2	51	6,2	9,3	9,3
2020	65 962	23,9	49,6	6	11	9,4
2025	67 285	23,5	48,4	6,1	11,1	10,9
2030	68 532	23	47,5	6	11,1	12,3
2035	69 705	22,6	46,7	5,9	11,1	13,6
2040	70 734	22,4	46,6	5,3	11,1	14,7
2050	72 275	22,3	45,9	5,6	10,2	16
2060	73 557	22,1	45,8	5,4	10,5	16,2

Tableau 1 : Évolution de la population de la France métropolitaine de 1960 à 2060.

Source : Insee. Estimations de population et statistiques de l'état civil jusqu'en 2007 et projection de population 2007-2060.

Il y a un net vieillissement de la population, les seniors vont prendre une place importante dans la société. Il est donc nécessaire d'adapter notre façon d'exercer et de porter un regard nouveau et plus pertinent sur cette catégorie de la population (17).

➤ Evolutions sociétales

- Modifications du mode de conjugalité

De ce vieillissement démographique, on conclut que la population est plus longtemps en couple, d'où un allongement des relations conjugales et une nécessité de maintien d'une sexualité active (18).

Aussi, il existe une modification de l'état d'esprit quant au veuvage et à la séparation et on retrouve une recomposition croissante des couples après 60 ans (13). Comme le suggèrent certains articles de la littérature, la formation de ces nouveaux couples entraîne une nécessité de performance physique et sexuelle (8,13,18).

Cette notion de deuxième vie de couple introduit la notion de jeunisme et de performance.

- Les années soixante-huit et la libération sexuelle

De profonds changements sociétaux, notamment avec la période soixante-huitarde, ont modifié les représentations de la sexualité. L'épanouissement sexuel fait partie du développement et de l'accomplissement personnels (19). Les hommes issus de cette génération sont les nouveaux seniors et ils ont vécu avec l'idée d'un épanouissement personnel

qui passerait, entre autres, par une sexualité accomplie. Cet accomplissement de vie se prolonge après la retraite (20). Cette notion de « droit à l'orgasme et au plaisir » est maintenant acceptée pour les personnes âgées : la demande sexologique est alors légitime (8).

- Enjeux économiques, place du jeunisme et obligation de performance

L'augmentation de la représentation des seniors dans la population fait de cette tranche d'âge la nouvelle cible publicitaire. Cette publicité plébiscite le jeunisme. Le nouveau senior est une personne dynamique, s'entretenant physiquement et par extrapolation, le senior a une sexualité active et les capacités physiques nécessaires pour avoir une vie sexuelle satisfaisante (8,21).

De plus, nous vivons dans une société de performance (22). Le maintien d'une activité sexuelle devient un enjeu pour la personne âgée (21,23). Aujourd'hui, le nouveau challenge est d'avoir un vieillissement réussi et maintenir une activité sexuelle est une des composantes principales de ce souhait.

Aussi avec l'apparition des traitements de la dysfonction érectile, les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (IPDE5), la sexualité masculine est devenue un objet médiatique (8). L'homme d'âge mûr est alors devenu une cible de marché, avec comme nouveau leitmotiv publicitaire : « *Le senior a le droit à une sexualité active...* ».

Toutes ces nouvelles images du vieillissement et du senior actif physiquement, entretiennent la nécessité de performance dans cette société de jeunisme, entraînant parfois une certaine anxiété de ne pas représenter l'idéal imposé par la société de consommation.

➤ Evolutions médicales

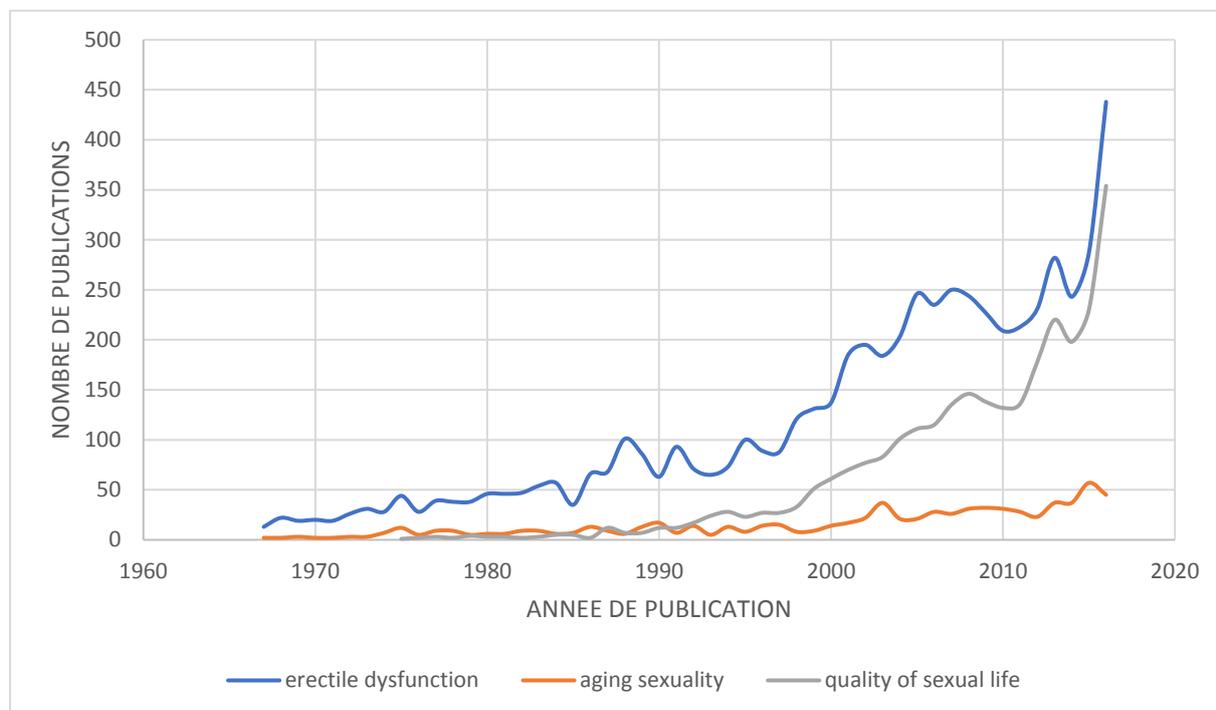
Le vieillissement sexuel physiologique se fait au niveau vasculo-tissulaire ainsi qu'au niveau neuro-hormonal : ce vieillissement altère la vie sexuelle (13).

Comme nous l'avons vu précédemment, avec l'essor des IPDE5, la sexualité des seniors est devenue un objet médiatique mais avant cela, un objet thérapeutique. La médecine s'est donc intéressée de près à la sexualité vieillissante.

L'intérêt ne s'est d'abord concentré qu'autour de la dysfonction érectile (DE). En effet, les études s'intéressent largement à la DE et aux causes de ces troubles (24–26).

Il est plus habituel en médecine de ne s'attacher qu'à la pathologie. Cependant lorsqu'un changement a des conséquences aussi bien psychologiques que physiques, ne faut-il pas s'y intéresser ?

La sexualité prise dans un sens large du terme est beaucoup moins explorée et les études de qualité de vie sont rares. Aussi, on remarque que ces études se raréfient d'autant plus que les sujets sont âgés. En effet, à la recherche de certains mots clés sur les principaux moteurs de recherche, les résultats concernant le mot clé « erectile dysfunction » retrouvent plus de 20000 articles alors que les mots clés « aging sexuality » ou « quality of sexual life » en identifient moins de 3000.



Graphique 2 : Publications annuelles à partir des mots clés : « erectile dysfunction », « aging sexuality » et « quality of sexual life ».

Source : GoPubMed (2017)

Cependant, on remarque une évolution de l'intérêt pour le vieillissement sexuel ces dernières années. Les études concernant le vieillissement sexuel général ou la qualité de vie sexuelle se développent. Aussi l'abord médical n'est plus le seul axe de recherche. Les études au niveau psycho-social sont devenues fondamentales afin d'apporter une analyse complète de ces modifications liées à l'âge.

Il y a donc une nette promotion de l'intérêt que le médecin doit porter à la sexualité et au vieillissement sexuel. L'abord de la sexualité doit être favorisé au cours de la consultation et des outils d'aide se sont développés [Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ), International index of Erectile Function (IIEF)...]. Cependant ceux-ci n'ont été élaborés que sur les considérations des médecins et le point de vue des patients n'est pas exploré (27–29).

Il est donc pertinent de rechercher les ressentis de l'homme d'âge mûr concernant sa propre sexualité afin d'adapter au mieux son abord et sa prise en charge en médecine.

MATERIEL ET METHODE

I. RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES

La recherche bibliographique a été réalisée avec des mots clés en langue française ainsi qu'en langue anglaise. Les mots clés utilisés au début de l'étude étaient variés puis se sont spécialisés au cours de l'avancement du travail. Les mots clés en langue française étaient en accord avec la base de données du Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française (CISMeF). La traduction a été faite en anglais à partir de ces mots clés.

Les bases de données utilisées étaient :

- Le DocCISMeF
- PubMed
- Medline
- Science direct
- INSERM
- SUDOC
- La revue en ligne du service commun de documentation de l'université de Poitiers.

Les sites officiels consultés étaient l'HAS, l'INPES et Le site de l'OMS.

Les moteurs de recherche utilisés étaient : Google et Google scholar.

Une littérature grise ou dite non conventionnelle a été exploitée avec un aspect critique d'autant plus important.

II. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

A. La méthode qualitative

Nous avons réalisé une étude qualitative transversale, avec analyse d'entretiens semi directifs auprès d'hommes de plus de soixante ans, recrutés au sein de la population générale.

La sexualité est une problématique de santé complexe alliant les sciences sociales et les sciences médicales, c'est pourquoi le choix de la méthode qualitative nous est apparu le plus judicieux.

Notre objectif étant de faire une analyse d'une problématique de santé, il était nécessaire de prendre en compte l'expérience et le vécu du patient, ainsi que les processus relationnels (conjoint, médecin), les processus décisionnels (volonté de prise en charge) et l'apparition de nouveaux phénomènes (changement sociétal, image du corps et de la sexualité, médiatisation) (30–32).

B. Sélection des participants

➤ Échantillonnage

La sélection de l'échantillon a été rigoureusement étudiée afin de permettre la diversification des données. Il était nécessaire de balayer les différents points de vue et représentations du phénomène à l'étude (33).

Nous avons utilisé la méthode de l'échantillon théorique ou raisonné. Celle-ci repose sur le jugement du chercheur, considérant les personnes comme intéressantes pour répondre à ce sujet.

Nous avons aussi tenté de sélectionner des cas déviants ou extrêmes, c'est-à-dire, des personnes qui se sont distinguées du fait de leurs expériences et qui auraient, *a priori*, une opinion particulière.

➤ Population étudiée

- Critères d'inclusion

Les patients étudiés étaient issus de la population générale, répondant aux critères d'inclusion qui étaient : l'âge supérieur à 60 ans et le volontariat à la participation de l'étude après information claire loyale et appropriée sur la recherche réalisée.

- Critères d'exclusion

Parmi la population de ces hommes de plus de 60 ans et volontaires, les critères de non inclusion étaient : les patients ne comprenant ou ne parlant pas ou mal le français, empêchant la bonne compréhension du questionnaire ainsi que les patients sous tutelle et curatelle.

➤ Recrutement

- Mode de recrutement

Le recrutement était réalisé lors de consultations de médecine générale par l'enquêtrice ainsi que par un médecin généraliste tiers, le Docteur Stéphanie Bacar.

À la fin de la consultation, le projet était expliqué aux hommes répondant aux critères d'inclusion et si une première réponse positive était émise par les patients, un entretien téléphonique était réalisé 3 à 7 jours après la consultation. Il permettait de s'assurer de la bonne compréhension de la démarche et de laisser un temps de réflexion adéquat. Si une deuxième réponse positive était donnée, un rendez-vous était fixé, au domicile des patients ou au cabinet médical.

Les horaires de rendez-vous étaient établis par les patients eux-mêmes, de manière à favoriser des conditions optimales de recueil.

- Nombre d'hommes sélectionnés

Le nombre d'hommes sélectionnés a été déterminé avec le principe de « saturation des données » (31). Afin de s'assurer de la saturation, deux entretiens supplémentaires ont été réalisés. Un objectif initial de 10 patients avait été estimé afin de garantir la représentativité.

- Lieux de recrutement

Le recrutement s'est réalisé sur les lieux de remplacement de l'enquêtrice, soit : Naintré (86) Châtellerault (86), Poitiers (86), Migné-Auxances (86), La rochelle (17), Fouras (17) et Rochefort (17), ainsi que sur le lieu d'exercice du médecin généraliste tiers : à Vouillé (86).

- Durée de l'enquête

L'enquête s'est déroulée de Février 2016 à Février 2017.

C. Mode de recueil des données

Le mode de recueil des données a été réalisé par le moyen d'entretiens individuels semi-directifs, méthodes que nous avons considérées comme les plus adaptées devant le thème délicat de la sexualité.

- Guide d'entretien

Initialement, le guide d'entretien a été construit à partir des principaux objectifs de l'étude éclairés par les données de la littérature (Annexe 1).

Les objectifs étaient reformulés sous forme de questions adaptées au niveau de compréhension des patients. Celles-ci ont été complétées par la création de sous-questions afin de garantir une compréhension optimale.

Les questions posées couvrant les objectifs étaient uniquement des questions ouvertes afin de laisser l'expression des patients libre et de ne jamais influencer sur leurs réponses.

L'entretien était débuté par des questions fermées, dites « brise-glaces » afin de mettre en confiance les intéressés et de faciliter la communication. Ces dernières ont été utilisées afin de caractériser la population étudiée.

De plus, afin d'être le plus pertinent possible, le guide a été adapté et complété au fil des entretiens et analyses, conformément aux règles de la méthode qualitative (34,35) (Annexe 2).

Aussi des techniques dites de relance, de reformulation et d'incitation ont été intégrées et adaptées à chacun des entretiens afin de faciliter la verbalisation des patients interrogés et les aider à aller au bout de leur réflexion sur le thème.

Une écoute active était nécessaire afin d'adapter au mieux ces interpositions, néanmoins les temps de paroles et les silences étaient respectés.

Enfin, toutes les questions n'étaient pas nécessairement posées avec un ordre précis et si le patient abordait spontanément un thème, le questionnaire était adapté.

Les thèmes abordés dans les entretiens correspondaient aux objectifs de l'étude :

- Les représentations que les hommes de plus de soixante ans se font de la sexualité et du vieillissement sexuel.
- Les expériences des hommes par rapport à leur sexualité et des modifications de leur sexualité.
- Les causes des modifications de leur sexualité et les conséquences.
- La projection des hommes quant à leur sexualité future.
- La place du conjoint dans la sexualité.
- La place du médecin dans la sexualité.

➤ Déroulement des entretiens

Les grands principes de l'entretien étaient :

- Les entretiens restaient privés, aucun tiers ne pouvait être présent afin de garantir une expression totalement libre sur les sujets abordés et de s'assurer de l'authenticité des réponses.
- Les entretiens étaient strictement anonymes.
- Il était possible de se retirer de l'étude à tout moment.
- La durée prévue et annoncée d'un entretien pouvait varier de 20 à 40 minutes.
- L'ensemble de l'entretien était enregistré de manière audio à l'aide d'un enregistreur numérique, après accord du patient.

Les patients ont donné leur accord après information claire loyale et appropriée pour la réalisation de l'entretien et de l'enregistrement.

Pour introduire l'entretien, une aide manuscrite était réalisée au préalable afin de n'omettre aucun renseignement (Annexe 1).

Pour faciliter la communication et rassurer les patients, il était bien précisé que les questions ne présentaient aucun « piège », qu'il n'y avait pas de mauvaise réponse et qu'il était possible de « sauter » une question pour y revenir ultérieurement s'ils le souhaitaient. De même, les patients étaient encouragés à dire s'ils ne comprenaient pas une question afin de la reformuler.

➤ Retranscription des entretiens.

La retranscription des entretiens était réalisée de manière quasi immédiate (dans les 3 à 6 heures après l'entretien). La retranscription s'est faite « au verbatim » c'est à dire intégralement en respectant les marqueurs d'hésitation ainsi que les marqueurs paralinguistiques tels que les rires et toussotement (Contextes d'énonciation et exemple de verbatim : Annexe 3 et 4).

Au fil des entretiens, une auto-critique des documents étaient réalisées afin, comme le veut la méthode qualitative, d'adapter le questionnaire et d'être le plus judicieux (36).

D. Méthode d'analyse

➤ Analyse des entretiens

La démarche d'analyse a été un processus évolutif et continu qui a débuté dès le premier entretien, en suivant les règles de la méthode qualitative (32,34,36).

Grâce à cette démarche, le guide d'entretien a pu être adapté et le nombre de patients pour lequel la saturation des données a été atteinte a pu être déterminé.

La première étape était la lecture du corpus ou dite « lecture flottante » dont le principe est de laisser venir à soi les impressions et certaines orientations (31,32).

Puis, nous avons réalisé un codage axial des verbatims appelé « travail de décontextualisation » : chaque partie du verbatim a été classée dans une catégorie représentant l'idée qu'elle véhiculait.

Ensuite chaque catégorie a été regroupée en thème, répondant à nos problématiques (36,37) (Annexe 5).

L'ensemble de ce travail a été réalisé de manière manuelle ainsi que complétée par le logiciel QDAminer4Lite (31).

➤ Triangulation des données

Afin d'augmenter la validité de notre étude, l'ensemble du verbatim a été analysé par l'enquêtrice, elle-même, ainsi que deux personnes indépendantes de la recherche, le Docteur Anaïs Boulinguez et le Docteur Pierrick Archambault (37,38).

E. Considérations éthiques

➤ Consentement écrit

Un consentement écrit a été signé par chacun des participants, après information orale et écrite, mentionnant qu'ils pouvaient se retirer de l'étude à tout moment (Annexes 6 et 7).

➤ Anonymisation des données

L'anonymisation des participants, des lieux et des personnes cités était effectuée lors de la retranscription de chaque entretien par l'utilisation des chiffres et de la lettre H (entretiens H1 à H12), ainsi que de l'utilisation des lettres au hasard de l'alphabet pour les lieux ou les personnes cités par les participants.

➤ Saisine du comité d'éthique

Une présentation au comité d'éthique de La Rochelle le 23 Juin 2016 a été faite, la commission a conclu favorablement.

RESULTATS

I. POPULATION ETUDIEE

A. Constitution de l'échantillon

Nous avons réalisé 12 entretiens auprès d'hommes de plus de 60 ans issus de la population générale en Vienne et en Charente-Maritime. Initialement, 20 patients avaient été sélectionnés.

B. Causes de refus

8 patients ont refusé de participer à l'étude, les causes étaient :

- Un patient ne se sentait pas à l'aise avec le sujet.
- 2 patients invoquaient le manque de temps.
- 3 patients ne sentaient pas concernés par le sujet.
- 2 patients affirmaient que leur femme ne souhaitait pas qu'ils participent à l'étude.

C. Déroulement des entretiens

La durée des entretiens variait de 10 à 21 minutes. La durée moyenne des entretiens était de 14 minutes. Concernant les lieux d'entretien : 10 d'entre eux se sont déroulés au domicile des patients et 2 au cabinet médical.

D. Caractéristiques des hommes interrogés

La saturation des données a été atteinte au dixième entretien, confirmé par la réalisation de deux entretiens supplémentaires.

L'échantillon était composé d'hommes âgés de 60 à 86 ans, pour une moyenne d'âge de 69,9 ans.

L'ensemble des patients interrogés étaient hétérosexuels, 9 étaient mariés, 2 étaient divorcés et vivaient en concubinage et 1 était célibataire suite à un divorce.

Toutes les catégories socioprofessionnelles définies par l'INSEE étaient représentées hormis une seule : les agriculteurs-exploitants (39). 10 patients étaient retraités.

5 patients vivaient en milieu urbain et 7 patients en milieu rural.

Nos patients présentaient des comorbidités dont certaines se relevaient intéressantes pour notre étude, telles que :

- Les pathologies cardio-vasculaires : 5 patients souffraient d'Hypertension artérielle (HTA), 1 patient présentait une artérite des membres inférieurs avec amputation du membre inférieur.
- Les pathologies uro-génitales : 1 patient avait été opéré d'une prostatectomie suite à un adénocarcinome de prostate (ADK prostatique), 1 patient présentait une hypertrophie bénigne de la prostate (HBP).

- Les pathologies endocrines : 1 patient souffrait de diabète non insulino-dépendant (DNID).
- Les pathologies psychiatriques : 3 patients présentaient un syndrome dépressif.
- Les pathologies rhumatologiques : 2 patients présentaient de l'arthrose et 1 de cervicalgies invalidantes.
- 1 patient présentait une insuffisance respiratoire chronique (IRC) sévère responsable d'un handicap lourd.

Les caractéristiques de la population étudiée sont résumées dans le tableau 2.

	AGE	ANNÉE DE NAISSANCE	DOMICILIATION	PROFESSION	RETRAITE	STATUT MARITAL	PATHOLOGIES A RETENIR	DURÉE D'ENTRETIEN
H1	60	1956	86 - rural	Ouvrier	Non	Divorcé puis Concubinage	HTA.	12
H2	69	1947	86 - rural	Militaire puis employé	Oui	Divorcé puis concubinage	HTA. DNID.	10
H3	67	1949	86 - rural	Militaire	Oui	Marié		18
H4	65	1951	86 - rural	Boulangier puis chauffeur- livreur	Oui	Marié	Syndrome dépressif. Arthrose.	18
H5	68	1948	86 - rural	Vendeur puis DJ puis auto- entrepreneur	Oui	Marié (3ème)		19
H6	68	1948	86 - rural	Trésorier	Oui	Marié (2ème)	ADK prostatique. Prostatectomie.	13
H7	63	1953	86 - urbain	Enseignant dans le supérieur	Oui	Marié	HTA.	11
H8	85	1931	17 - urbain	Militaire	Oui	Marié (2ème)	IRC sévère.	11
H9	70	1946	17 - urbain	Mécanicien	Oui	Divorcé	Amputation du MI sur artérite. Syndrome dépressif.	16
H10	73	1943	86 - urbain	Employé de banque puis commerçant	Oui	Marié	HTA. Syndrome dépressif.	21
H11	86	1930	86 – urbain	Ingénieur	Oui	Marié	Arthrose lombaire.	15
H12	65	1952	86 - rural	Artisan	Non	Marié	HBP. Cervicalgies.	15

Tableau 2 : Caractéristiques des hommes interrogés.

II. SEXUALITE : GENERALITES ET DEFINITIONS

Nous avons demandé aux hommes, quelles étaient leurs représentations et leur définition d'une sexualité normale.

A. La sexualité appartient à la sphère du privé et du couple

1- La sexualité : une affaire privée (H1, H2)

Les patients évoquent l'intimité de la sexualité et mettent en avant son aspect privé.

- H1 : « *La sexualité, c'est quelque chose de privé.* »
- H2 : « *Ça ne regarde que moi et ma partenaire et personne d'autre* »

2- La notion du couple (H1, H3 à H7, H9, H10)

Le couple apparaît comme une notion importante dans leurs représentations de la sexualité. Le partenaire sexuel semble avoir une place indispensable dans cette conception.

- H4 : « *Et puis, disons, **qu'il faut être deux**...Parce que si on s'entend pas, c'est même pas la peine.* » « *[la sexualité] en général, c'est quand on aime bien la partenaire, on est **complice**, c'est par réciprocité qu'on est ensemble.* »
- H10 : « *C'est un épanouissement à deux.* »

3- La sexualité est un partage et un échange (H3, H4, H6, H9)

À travers cette représentation du couple, on retrouve la mise en avant de la notion de partage entre partenaires autour de la sexualité. La sexualité de nos patients s'articule autour d'un échange avec leur partenaire.

- H3 : « *Y'a toujours **un accord quand on est à deux**. Obligatoirement, **la sexualité à deux**, il faut que ce soit **partagé**. [...] c'est l'échange.* »
- H6 : « *Une **sexualité normale**, c'est avoir des **rapports harmonieux et bien partagés** avec son épouse.* »

B. Une sexualité naturelle, nécessaire au bien-être

1- La sexualité : un élément naturel (H2, H3, H7)

La sexualité est définie comme quelque chose de tout à fait naturel par nos patients.

- H2 : « *C'est **normal que ça fasse partie de la vie**.* »
- H7 : « *Tout ce qui est la sexualité, ça me semble **normal, naturel**... » « *je vois ça comme **quelque chose de tout à fait naturel*** »*

2- Une sexualité nécessaire

(H1 à H7, H9 à H12)

Au-delà de l'aspect naturel de la sexualité, elle est même définie comme un besoin.

- H3 : « C'est pas une préoccupation, ce serait plutôt **un besoin**, ça fait partie du bien-être général. »
- H5 : « On en a **besoin, on peut pas s'en passer.** »
- H1 : « A 60 ans, on a encore **besoin de sexe**, on a encore besoin de le faire... »

Certains mettent en avant son côté indispensable.

- H3 : « La sexualité, c'est **indispensable** au couple, à la vie... »
- H6 : « [les rapports] sont **indispensables** car je pense que c'est très important. »

La sexualité est définie comme un élément essentiel de la vie, aussi fondamental que les besoins vitaux.

- H3 : « Ça fait **partie de la vie** » « presque **sur le même plan que de manger, dormir, faire quelque chose où l'on se sent bien...** »

Certains s'interrogent même sur l'absence de sexualité dans une vie.

- H9 : « Elle apporte beaucoup quand même... Elle apporte quelque chose, **on peut pas vivre sans ça... je sais pas, la personne qui vit sans ça, je sais pas comment elle fait avec...** »
- H12 : « C'est une part **importante** de la vie, euh, **je conçois difficilement la vie sans... sans sexe quoi...** »

La sexualité s'apparente alors à un besoin nécessaire à l'épanouissement personnel.

- H10 : « Ah, bah, pour moi, c'est un **épanouissement.** » « C'est quelque chose **d'absolument** nécessaire pour l'épanouissement de l'individu. »

3- Le plaisir et le bien-être qui en résultent

(H1, H2, H3)

Ce facteur d'épanouissement passe à travers le plaisir et le bien-être que procure la sexualité.

- H1 : « C'est quand même **un beau plaisir...** » « Bah, **on se sent mieux quand même, quand on a fait l'amour, quand on le fait...** »
- H3 : « [la sexualité] c'est pas seulement la fonction de procréation, **c'est aussi le plaisir, le bien-être.** » « Ça fait partie **du bien-être général...** »

C. Aspects socio-comportementaux

1- Fidélité

(H3, H9)

Cette notion de partenaire et de couple vue précédemment se retrouve dans les valeurs que les patients associent à la sexualité. La fidélité au sein de la relation semble être une notion importante dans la sexualité.

A la question sur la définition de la sexualité, H9 répond immédiatement :

- « *Quand on est marié, on trompe pas sa femme* » avant d'ajouter : « *J'aurais jamais été traîner ailleurs comme ça...* »

Cette notion de la fidélité est aussi réciproque :

- H3 : « *On a toujours été fidèle l'un à l'autre.* »

2- Valeurs morales

(H2 à H5, H7 à H10)

➤ Tolérance

Certains patients ont mis en avant leur tolérance et leur ouverture d'esprit quant à la sexualité.

- H7 : « *[la sexualité, j'en ai...] une image très libre, je n'ai aucun à priori sur n'importe quelle sexualité... Homosexualité... Bisexualité...* »
- H10 : « *Après chacun ses préférences, j'admets, je suis très tolérant. J'admets tout...* »

➤ Limites

Cependant en admettant des limites correspondant à leurs valeurs morales.

- H7 : « *Tout ce qui est en dehors de la sexualité, par exemple, des éléments comme le viol, c'est plus de la sexualité.* »
- H5 : « *On en a besoin, on peut pas s'en passer. C'est pas pour ça qu'on va attaquer des personnes...je vois, y'en a qui sont impolis... qui vont attaquer des femmes. J'ai un frère, mais il est terrible, mais même devant sa femme, comme ça...ils vont trop loin... Moi, jamais, jamais, jamais...* ».

➤ Responsabilités

Certains patients mettent en avant certaines responsabilités liées à la sexualité.

La responsabilité liée aux risques des rapports sexuels.

- H9 : « *Faut rester correct... Faut pas traîner à droite à gauche.* » « *Faut se couvrir...* »
- H2 : « *J'ai pas pu donner mon sang à cause de ça.* »

Certains de nos patients mettaient en avant leur religion et la dimension socio-culturelle qui en résulte, pouvant influencer leurs représentations de la sexualité.

- H10 : « dans une **tradition judéo-chrétienne, on subit ça aussi, on influence, c'est peut-être involontaire...** » « Je suis **très traditionnel.** »
- H3 : « On a cette **conception, peut être conserva-étriquée, mais pour moi qui est essentielle de se retrouver.** »

III. LES MODIFICATIONS DE LA SEXUALITE

Nous nous sommes intéressés aux changements ressentis avec l'avancée en âge, ces réponses nous ont permis de présenter les modifications identifiées par les patients.

A. Modifications générales

(H1 à H8, H10 à H12)

L'ensemble des entretiens témoigne d'une modification de la sexualité dans le temps.

En début d'entretien, certains ne déclaraient pas de changement.

- H3 : « Rien... **rien n'a véritablement changé...** »
- H5 : « aucun... **mais aucun... [changement].** »

Cependant, au fil de l'entretien, les discours se nuancent et des patients nous font part de certaines modifications.

- H3 : « Rien... **rien n'a véritablement changé, à part... moins de tonus... moins de... que quand on est jeune.** »
- H7 : « On s'aperçoit **quand même que les rapports sexuels sont un peu plus difficiles quand même à 63 ans...** »

La plupart des patients s'attache à faire la comparaison avec une période révolue.

- H1 : « La sexualité à mon âge, **ça marche encore mais plus comme à 20 ans.** »
- H5 : « Aucun... mais aucun...**Je fais pas la comparaison que quand j'avais 30 ans... A 30 ans c'était autre chose : on est plus puissant quand même.** »

B. Modifications de la fréquence des rapports

(H1, H2, H4 à H8, H12)

Les modifications de la fréquence des rapports sexuels sont souvent énoncées.

Pour certains, on retrouve seulement une baisse de celle-ci :

- H1 : « On le **fait moins, beaucoup moins.** »

- H5 : « Ça baisse pas, **sauf le nombre de fois qu'on fait l'amour...** Mais sinon c'est pareil quand on le fait... **On le fait pas beaucoup mais on le fait bien !** »

D'autres se désolent d'une disparition totale de leur activité sexuelle :

- H4 : « Je suis très heureux avec ma femme et tout, mais disons que... En sexualité, **on le fait plus jamais quoi...** »
- H8 : « Là, **c'est fini.** » « **On peut plus le faire mais on y pense encore.** »

C. Modifications de la libido (H1 à H3, H10 à H12)

Une modification également rapportée est la baisse de la libido et de l'envie.

- H11 : « Voilà, **plus de libido, plus rien du tout...** »
- H12 : « C'est euh, **la baisse... la baisse de désir...** » « **J'ai eu beaucoup moins de désir.** » « **J'ai une libido moins importante...** »

D. Modification de la réponse sexuelle

1- Modification de la Phase préparatoire (H1, H7)

Certains patients ont déclaré des modifications au niveau de la préparation de l'acte sexuel.

- H1 : « Y'a beaucoup **plus de préparation** maintenant que quand j'avais 20 ou 30 ans. »
- H7 : « Y'a **plus de difficulté à se mettre en train...** » « Ce sont des rapports réguliers, qui sont ... **un peu plus long, euh, au niveau euh... sur les phases de préparation...** » « **Le passage à l'acte est un peu plus compliqué quoi !** »

2- Difficultés érectiles (H1, H3, H4, H6, H7, H11)

On retrouve chez un certain nombre de patients des difficultés érectiles : du trouble érectile sporadique plus communément appelé la « panne sexuelle » à l'impuissance totale, les effets physiques de l'excitation se modifient.

- H1 : « Y'a des moments où on voudrait davantage mais **ça bloque, ça le fait pas, je bande pas...** »
- H7 : « Y'a une panne, c'est pas trop fréquent heureusement, **mais les pannes ça arrive...** »
- H11 : « A partir de 80 ans, je **suis devenu totalement impuissant...** [...] plus rien du tout. »

3- Troubles de l'éjaculation (H7)

Un patient nous a rapporté des problèmes au niveau éjaculatoire.

- H7 : « Et parfois, c'est plus difficile d'arriver jusqu'au bout, quoi... » « Des **problèmes d'éjaculation** sont plus du tout les mêmes, que quand on a 25, 30 ou 40 ans... »

Ce même patient se plaignait aussi de difficultés à enchaîner les rapports sexuels complets.

- H7 : « *Le premier changement, c'est la fréquence des rapports réussis [...] quand on arrive à un certain âge, c'est plus compliqué quoi...* » « *Quand on a 60 ans, faire 2 rapports réussis avec éjaculation c'est beaucoup plus long et plus compliqué !* »

IV. LES CAUSES IDENTIFIÉES

Les patients ont identifié de nombreuses causes à leur vieillissement sexuel.

Nous les avons classés en causes physiologiques, pathologiques et psychologiques ainsi que les causes liées à leur environnement.

A. Les causes physiologiques

1- Le vieillissement (H1 à H8, H11, H12)

Par définition, l'âge est la cause principale du vieillissement sexuel. Comme nous l'avons vu précédemment, les patients comparent leur sexualité à celle de leur jeunesse. L'âge apparaît comme la cause générale des modifications de la sexualité.

- H7 : « *Bah les modifications, c'est le fait que quand on avance en âge, même si à 63 ans, on n'est pas encore tout à fait vieux, [...] Y'a pas la même vitalité.* »
- H11 : « *Je suis âgé, c'est normal quoi.* » « *Bah, les causes, c'est l'âge, il y a un vieillissement.* »

Cependant, certains nuancent leur propos en affirmant que le vieillissement peut être différent d'un individu à l'autre.

- H7 : « *C'est un problème d'âge mais chacun vieillit à son rythme.* »

2- Une baisse de tonus et des difficultés physiques (H1, H2, H3, H5, H7)

Nos patients nous déclarent qu'une des conséquences de cette avancée en âge est une dégradation du physique et une baisse de tonus. Dans leurs discours, ces manifestations du vieillissement semblent avoir un impact au niveau de leur sexualité.

- H3 : « *Une baisse de tonus, ça c'est certain...* » « *On dit souvent : « L'esprit voudrait mais le corps ne suit plus... Et c'est valable pour n'importe quelle activité physique... »*
- H7 : « *Parce qu'on a moins... La puissance masculine est beaucoup moins importante [...] y'a pas la même vitalité...* »

3- Une baisse de l'attrance physique et esthétique (H1, H3)

Nos patients décrivent des modifications physiques au sens esthétique.

- H3 : « Plus on avance en âge, **moins on est attirant**, euh du moins pour les hommes, c'est **la qualité physique qui compte** à première vue... »
- H1 : « Et, euh, peut être que la partenaire est **moins séduisante** aussi, **et moi aussi**... Alors on le fait un petit peu moins. »

4- Causes hormonales (H3)

Un seul homme émet sans certitude l'hypothèse d'un trouble hormonal lié au vieillissement.

- H3 : « Les causes ? Bon, le vieillissement, **donc moins de testostérone**, ou je ne sais pas trop quoi... »

B. Les causes pathologiques

Différentes causes sont mises en évidence par nos patients, liées à des pathologies sous-jacentes ou bien aux traitements de certaines pathologies.

1- Pathologies associées (H6, H9, H11)

Certains de nos patients affirment que la cause de leurs modifications sexuelles serait liée à des pathologies sous-jacentes.

- H9 : « C'est quand **on m'a coupé la jambe** quoi... » « Moi ? Bah avec ma jambe, j'ai eu, euh... **deux pontages**, ici et là... (me montre le creux poplité), et ils ont pris là dans l'aine, le vaisseau là... ils m'ont sauvé la jambe presque dix ans avec ça, et ça fait que... et puis **quand ils m'ont coupé la jambe**, bah ça a gonflé (me montre de nouveau le creux poplité) c'est devenu dur, dur, dur, dur, dur, **ça m'a appuyé dessus et ça a tout bloqué**... »
- H11 : « Bon, est ce que j'ai une mauvaise irrigation, euh, quelque part, qui touche à ça. » « J'ai supposé, euh, j'ai **eu des problèmes de vertèbres lombaires** [...] Et je me suis dit que peut être à **cette occasion-là, il y a eu des modifications internes donc euh... Des modifications dans la région correspondante.** »

2- Les traitements (H6, H10, H12)

Dans nos entretiens, les causes des modifications de la sexualité peuvent être liées aux traitements de certaines pathologies : soit suite à des prises en charge chirurgicales, soit par iatrogénie médicamenteuse.

➤ Traitements chirurgicaux

Un patient ayant subi une prostatectomie nous rapporte les conséquences de cette chirurgie.

- H6 : « *Je me suis fait opérer de la prostate en 2000..., ah bah ça fait juste dix ans, en mars 2006 [...] une prosta... **Prostatectomie totale.** » « *J'ai été opéré en mars 2006, en effet, il y a eu des conséquences quand même importantes au niveau sexologique... Enfin sur ma sexualité.* »*

➤ Iatrogénie médicamenteuse

Les patients reconnaissent dans certains médicaments des effets indésirables au niveau sexologique :

- H10 : « *Mon médecin m'a trouvé une hypertension, **qui m'a amené à prendre des bêta-bloquants qui n'ont pas favorisé du tout mon épanouissement sur le plan sexuel, puisque cela ralentissait singulièrement ma libido.** » « *Les bêta-bloquants participent à minorer.* »*
- H12 : « *[...] Une libido fortement diminuée **par une prise de médicaments, depuis un certain temps et... Constamment.** » « *Avec mon mal aux cervicales, **ça me fait prendre plus de médicaments donc ça a des effets.** » « *Les médicaments pour la prostate ou pour la douleur, des choses comme ça, les effets secondaires sont... euh... importants. Ça améliore pas.* »**

C. Les causes psychologiques

(H7, H12)

Quelques patients mettent bien en avant les aspects psychologiques qui peuvent avoir une conséquence sur leur sexualité.

- H7 : « *Il peut y avoir un tas de causes... **le stress, ceci, cela...** »*
- H12 : « *Et puis **avoir moins de soucis de la vie, des soucis de tous les jours...** »*

D. Les causes externes

Les patients nous ont décrit des causes que l'on peut classer comme « environnementales ». Parmi nos patients, plusieurs ont défini des causes liées à leur partenaire. Certains ont mis en relation leur changement de mode de vie dans les modifications de leur sexualité.

1- Causes liées au partenaire

(H1 à H6, H10)

➤ Conjugopathie

Les relations complexes et tendues entre les deux partenaires sont une cause fréquemment citée par les patients dans les modifications de la sexualité.

Un patient étant dans une crise conjugale importante nous expliquait l'absence de relation avec son épouse.

- H10 : « *Mon retour ne s'est pas accompagné d'une euphorie, **puisque je fais chambre à part avec mon épouse.** » « *Si je n'avais pas quitté mon épouse, je n'aurais connu ni la rupture, ni le retour **dans ces conditions qui ne sont pas extrêmement favorable à l'épanouissement sexuel** »**

➤ Un partenaire moins concerné par la sexualité

Cependant, la conjugopathie n'est pas la seule cause énoncée qui soit liée au couple. Même si les relations au sein du couple sont apaisées et stables, parfois, c'est le partenaire sexuel qui ne répond pas aux attentes de l'autre.

En effet, de nombreux patients nous ont affirmé que leur partenaire sexuel ne se sentait plus concerné par la sexualité, ceci étant un frein à une activité sexuelle plus importante.

- H1 : « *De toute façon, **ça dépend de la partenaire aussi.** Ma femme, elle est peut-être moins câline, moins douce. »*
- H3 : « ***Mon épouse n'éprouve plus ce besoin là... donc ... bah je fais avec...** »*
- H6 : « *Comme **la libido de mon épouse n'est pas telle que... elle attende effectivement ce genre de chose...** »*

➤ Baisse de l'attirance physique pour le partenaire

Le vieillissement s'opère aussi bien chez l'homme que chez la femme. Comme nous l'avons vu précédemment, certains hommes se désolent de leur vieillissement physique et de la baisse de l'attrait physique qui en résulte mais font le même constat chez leur partenaire.

- H1 : « *et, euh, peut être que **la partenaire est un petit peu moins séduisante aussi ...** »*

2- Modifications du mode de vie : la retraite

(H3, H4, H12)

➤ La retraite : temps libre et temps à deux.

Avec l'avancée en âge, vient la période de la retraite qui octroie plus de temps libre et plus de temps passé en couple.

Certains de nos patients envisagent ce temps à deux comme favorable à un rapprochement sexuel.

- H3 : « *Le fait que je sois retraité n'influe en rien, c'est pas parce **qu'on a plus de temps libre** que l'on... Personnellement, **j'envisagerais plus volontiers ces choses-là dans ce sens...** d'autant qu'on se voit plus, c'est plus comme avant, quand y'avait juste les week-ends...**Mais ça se fait pas, ça se fait pas...** »*

D'autres se méfient de ce nouveau temps partagé, avec la crainte que la proximité ne dégrade

leur relation de couple.

- H4 : « *J'ai été en retraite alors j'ai eu très peur, comme beaucoup de couple, qu'on s'entende pas quand on est en retraite mais ça se passe très bien.* »

➤ Contraintes de vie et stress psychologique liés à la retraite.

Certains patients mettent en avant les troubles psychologiques liés à ce changement de mode de vie.

- H12 : « *La période de la retraite est un peu angoissante, c'est une question journalière, on pense comment on va faire pour la sécurité matérielle.* »

V. CONSÉQUENCES ET VÉCU

A. Effets d'une sexualité épanouie

(H1 à H10)

La sexualité est définie par nos patients comme un besoin, nécessaire à l'épanouissement personnel. Ils attribuent à cette sexualité des effets positifs.

1- Au niveau personnel

- H1 : « *Bah, on se sent mieux quand même, quand on fait l'amour, quand on le fait... Après dans la journée... On est peut-être moins agressif, plus gentil... Enfin, je pense...* »
- H2 : « *Avec elle, c'est bien... Parce que quand on a une sexualité, on se sent bien...* »

2- Sur la vie de couple

- H2 : « *C'est très important dans le couple.* » « *Et puis, là aussi dans le couple, ça permet de nous rapprocher...* »

B. Effets liés à l'absence ou à la baisse de la sexualité

1- Vécu négatif

(H4, H6, H8 à H12)

Beaucoup de nos patients regrettent ces changements dans leur sexualité.

On retrouve chez certains d'entre eux le sentiment de manque et de regret : regret de ne pas avoir su profiter pleinement de leur sexualité avant que n'opèrent ces modifications.

- H9 : « *Bah... Ça manque, je peux vous le dire, ça me manque...* »
- H8 : « *Je regrette de pas avoir fait plus...* »

Le sentiment de déception est majoritairement retrouvé. Certains évoquent aussi le sentiment

de frustration.

- H4 : « Bah, **c'est décevant**, enfin, un petit peu... parce que tout est plus difficile. Ça marche plus... » « Et moi, disons que bon, ça me fait un peu...bon, **par moment, ça me fait mal au cœur**, parce que, je me dis, en fin de compte, [...] qu'on ait plus de contact, quoi... »
- H6 : « Mais, **moi je suis un peu frustré**... »

La déception et la frustration que ces modifications provoquent sont parfois mal vécues.

Certains témoignent même d'un sentiment de dévalorisation :

- H9 : « Non, je m'y suis fait, enfin, **ça nous rabaisse un peu quoi... On se sent rabaisé, quoi ! Vis à vis des autres...** »

D'autres exposent certaines plaintes pouvant évoquer un syndrome dépressif :

- H12 : « Je suis **d'humeur beaucoup moins agréable** qu'il y a une dizaine d'années... Il y a des moments où je suis même **de mauvaise humeur**, Je suis d'une... euh, **quelque peu irascible**, ma femme me le reproche de temps en temps... » « Peut-être, je suis **moins sociable** aussi...par rapport à avant... » « C'est un peu comme **une petite mort** quoi... » « Il fait pas le lien entre ça [la baisse de sexualité] et **la baisse de moral** qu'on peut avoir. »

Enfin, plusieurs patients nous avouent une dépression avérée, ayant nécessité une prise en charge.

- H4 : « Ça a commencé il y a un petit moment déjà...Maintenant c'est l'habitude mais au début, c'était dur... Bah, **j'ai fait une petite dépression** y'a deux ans, même trois ans... Et puis, ça s'est passé. Parce que **je prends un cachet tous les matins** et depuis ça va très bien... »
- H9 : « Ah, bah moi, **je voudrais mourir**... [...] Moi, je voudrais mourir... parce que j'ai plus de femme, je suis tout seul là... »

2- Vécu neutre : minoration et absence de conséquence (H1 à H7, H10 à H12)

Bien que les changements dans leur sexualité puissent être délétères, certains hommes de notre étude ont un ressenti différent quant à ces modifications.

Ils ne retrouvent pas de conséquence à ces changements.

- H5 : « **Ça me pose pas de problème** parce que j'ai vécu. » « **Aucune répercussion de la sexualité sur la vie...** »
- H7 : « **Il n'y a pas eu de répercussions particulières.** »
- H12 : « Euh, non, j'ai pas de... **Y'a pas de conséquence négative...** »

Les possibles conséquences négatives consécutives au vieillissement sexuel apparaissent même

comme un problème d'ordre secondaire.

- H5 : « *Si c'est un problème de sexualité, on peut même pas dire que c'est un problème.* »
- H3 : « *C'est pas une préoccupation de tous les instants, même si c'est important...* »

Pour certains, l'adaptation au vieillissement sexuel est facilitée par la baisse des besoins et des attentes.

- H10 : « *Je ne pensais pas, d'ailleurs, que, euh... Cette sexualité, ce besoin pour moi, allait diminuer aussi facilement... La nuit dernière, par exemple, j'ai eu des pulsions [...] et ça passe donc euh... alors que, quand j'avais 10 ans de moins, ça aurait passé plus difficilement... enfin...* »
- H5 : « *Donc je m'en passe le soir, je m'en passe le matin...je vais faire ça pendant plusieurs jours, pour ma part... Mais j'aurais pas pu faire ça plus jeune... là, ça me gêne pas...* »

3- Vécu positif

(H11)

Chez un patient, on retrouve un effet positif d'une absence de sexualité. En effet, celui-ci s'amuse de la disparition de sa sexualité.

- H11 : « *Oui, ça me convient parfaitement !* » « *Je dirais même que ça m'a soulagé quoi ! Je suis plus tranquille, quoi ! (Rires)* »

VI. AVENIR ET PROJECTIONS

Nous avons demandé aux hommes de notre étude quelles étaient les projections qu'ils se faisaient de leur sexualité dans les années à venir.

A. Projections négatives

Certains de nos patients n'imaginent pas avec optimisme leur sexualité future.

1- Fatalisme et acceptation

(H1, H4, H8, H9, H11, H12)

Beaucoup, ayant déjà eu des changements plus ou moins conséquents de leur sexualité, ne se projettent pas favorablement.

Leur sexualité ne changera pas et ils ont accepté cette situation. Ils envisagent avec fatalisme ces changements.

- H8 : « *Je savais que ça allait arriver, c'est comme la mort, on sait que ça arrivera un jour, donc faut s'y faire...* »
- H11 : « *Je suis âgé, c'est normal quoi !* » « *Je laisse faire la nature...* » « *C'est inévitable, acceptons-le et puis voilà.* »

2- Pessimisme

(H1, H4, H8 à H10, H12)

Au-delà du fatalisme, certains sont plus profondément pessimistes dans leur discours.

Leur sexualité actuelle ne pourra que se détériorer, aucune issue ne leur paraît alors possible.

- H9 : « **Y'a plus rien à faire... Même si on faisait quelque chose, ça ne changerait rien...** »
- H12 : « **C'est un peu, euh, un peu philosophique, je euh, je ressens que... Je suis plutôt pessimiste de ce côté-là. C'est un peu comme une petite mort quoi...** »
- H10 : « **Pour moi, améliorer ma vie sexuelle, ça m'est tout à fait impossible...** »

3- Anxiété

(H1, H12)

Cette sombre vision de l'avenir fait de la sexualité un élément anxiogène pour certains.

- H1 : « **Oh ! Ça m'inquiète... Faut pas laisser ça de côté, donc c'est vrai que ça me fait un petit peu peur...** »
- H12 : « **C'est un peu une interrogation, euh... permanente... parce que, euh... On a peur de la perdre, disons... donc on y réfléchit... Ça peut tourner de temps en temps à l'obsession...** »

B. Optimisme et espérance

(H1, H2, H6, H7)

Certains sont optimistes par rapport à leur sexualité actuelle et le maintien de celle-ci dans les années à venir.

- H2 : « **Euh... J'espère que ça durera le plus longtemps possible !** »
- H6 : « **Je pense effectivement que la sexualité tel que l'on a avec mon épouse peut se prolonger...** »

Un autre patient envisage bien volontiers des solutions pour aider son vieillissement sexuel.

- H1 : « **Mais on peut y remédier peut-être... faut qu'il y ait des solutions...** »

C. Absence de projection

(H2 à H7, H10, H11)

Bien que la sexualité reste importante pour nos patients, le vieillissement sexuel et les projections futures ne sont pas des problématiques quotidiennes.

En effet, certains affirment qu'ils ne s'étaient jamais vraiment posé la question.

- H3 : « **La sexualité future ? Oh là là ! Je ne me suis jamais posé la question.** »
- H10 : « **Alors là, je n'y pense pas du tout, je n'y pense pas du tout...** »

D. Santé sexuelle et santé générale

(H1, H3, H4, H6, H7, H9, H10, H12)

Une grande partie de nos patients a mis en avant des préoccupations quant à leur santé générale plutôt que de leur santé sexuelle.

Le vieillissement sexuel est un reflet du vieillissement général et à travers ces changements, ils prennent conscience de leur avancée en âge. Cette constatation semble être une source d'anxiété.

- H1 : « **Ça m'inquiète moins que de vieillir et puis d'être grabataire.** Que je ne puisse plus me lever, que je ne puisse plus marcher... pour aller jusqu'à la table... Là, c'est plus inquiétant, le reste, même si ça compte, ça me tracasse pas... »
- H3 : « Je pense, que la crainte c'est qu'on devienne... euh... **C'est pas une impuissance simplement sexuelle mais, euh, le handicap physique, qui altère complètement... Et peut-être même pire, au niveau cérébral, parce que c'est l'esprit, si y'a pas d'esprit, y'a pas... Ça passe par là aussi... »**
- H4 : « Non, la sexualité c'est bien, mais disons que **la santé c'est encore mieux... »**

Certains ont fait le choix de privilégier leur santé générale plutôt que leur sexualité.

- « On m'avait changé le bêta-bloquant [devant des troubles de la libido], puis **on l'a remis en place c'était pas aussi nécessaire que ça me semblait, compte tenu de ma situation »**

VII. SOLUTIONS POSSIBLES

A. Solutions médicales

Les patients nous ont décrit leurs représentations et leurs attentes concernant les possibles solutions médicales

1- Place du médecin (H1 à H4, H6, H7, H9, H10, H12)

D'abord, la place du médecin quant à la prise en charge de la sexualité a été discutée.

- Le médecin, un interlocuteur pour parler de sexualité

D'après nos patients, le médecin a une place tout à fait légitime dans la prise en charge de la sexualité chez les seniors. En effet, ils s'accordent pour dire qu'il est nécessaire qu'un dialogue autour de la sexualité s'installe avec le médecin.

- H3 : « **Avec mon médecin, on parle, même si on notre petite pudeur, on doit s'ouvrir »**
« C'est bien que sur le plan médical, on s'intéresse, aussi bien en psychiatrie qu'en... »
- H10 : « **J'en ai parlé à mon médecin traitant [...] dans les plaintes exposées à mon médecin, il a bien pris en compte l'ensemble de mes plaintes, y compris sur le plan sexuel »**

Pour un patient, le médecin généraliste n'est pas l'unique interlocuteur légitime pour parler de sexualité. Le patient ayant subi une prostatectomie a trouvé dans son urologue l'interlocuteur

idéal.

- H6 : « *Le problème n'a pas du tout été abordé avec mon médecin généraliste, il n'a pas posé de question sur le sujet, et moi j'en n'éprouvais pas le besoin... non... Parce que j'avais comme interlocuteur mon urologue, donc j'avais pas besoin d'avoir un autre interlocuteur que lui...* »

➤ Le médecin doit être le déclencheur de la discussion

Certains de nos patients déplorent le fait que leur médecin n'aborde pas le sujet de la sexualité avec eux.

- H12 : « *Oui, moi je trouve, j'ai pas de grief contre mon médecin, je trouve qu'il aborde ça un peu... Il aborde pas ça en fait... Je sais pas si y'a un tabou... Mais les jeunes médecins, ils abordent pas ça...* » « *Il est pas très ouvert d'entrée. C'est à eux d'aborder ça en premier. Moi, mon caractère fait que je vais pas forcément en parler.* »

En effet, pour certains, une pudeur et une certaine forme de fierté les empêchent de s'exprimer librement sur le sujet.

- H4 : « *Elle m'a demandé... Donc je lui ai dit « Docteur, ça fait 3 ans que... on n'a plus rien ensemble quoi... » et c'est là qu'elle m'a donné le traitement... Elle m'a demandé « Pourquoi vous n'en aviez pas parlé avant ? J'ai pas osé. Pourtant le docteur, elle sait pas mal de choses sur moi... » « Non, j'en aurais pas parlé... bah, vous savez c'est une petite fierté... »*
- H3 : « *j'ai pas vraiment... Enfin, on a toujours notre petite pudeur...* »

Un patient nous fait part d'une méconnaissance quant aux possibilités du médecin dans la prise en charge de la sexualité.

- H1 : « *Je sais pas ce que mon médecin pourrait faire de plus...* »

➤ Le patient peut être le déclencheur de la discussion

Mais nos patients déclarent aussi être en capacité d'aborder eux même la sexualité et être les premiers à faire la démarche devant leur médecin.

Pour certains, avancer le sujet de la sexualité n'est pas tabou et la démarche leur sera facile.

- H7 : « *S'il y avait des pannes beaucoup plus fréquentes, trop fréquentes, bah j'irais en parler au médecin... mais j'attendrai pas qu'il m'en parle...* » « *J'irai en parler parce que ça me pose pas de problème particulier d'en parler.* »
- H3 : « *C'est pas un sujet qui est complètement tabou, la preuve, j'en parle ... sans trop... de retenue... s'il y a un problème, on doit s'ouvrir...* » « *Les pannes, si pannes il y a, je pense pas qu'il puisse le déceler, là, c'est plus de mon ressort de dire : « Là j'ai mal à la gorge, je ne bande plus... je... Enfin des choses comme ça... Y'a des choses qu'il faut dire à son médecin et quand ça pose vraiment problème [...] C'est à moi d'en parler et pas au médecin de découvrir par hasard... sauf pour une affection particulière... »*

Nos patients mettent en avant la relation de confiance avec le médecin généraliste comme facteur primordial dans la facilitation de l'expression de leur trouble.

- H7 : « Pour moi ce sont des choses tout à fait ordinaires, donc y'a pas de raison de dissimuler quoi que ce soit... **D'autant qu'on a un rapport de confiance avec le médecin ; donc... »**

2- Place des traitements

(H1, H4 à H6, H8 à H12)

➤ Connaissance

Nos patients décrivent certains médicaments utilisés dans les troubles de la sexualité et notamment ceux de la dysfonction érectile.

- H1 : « Bah, **des solutions, il y en a déjà, depuis quelques années, avec le viagra et tout ça... Est ce que c'est la seule solution, je sais pas...** »
- H12 : « **J'ai essayé le médicament, euh ; le sildénafil... ça améliore un petit peu mais c'est pas ça qui remplace le désir.** »

➤ Réticences

Une majorité des hommes de notre étude déclarent une certaine réticence quant à l'utilisation de traitement médicamenteux.

Cette réticence peut faire suite, pour certains, à une expérience de traitement qui ne les pas totalement satisfait.

- H4 : « Le docteur X m'a donné des cachets pendant 1 mois, **ça a rien fait du tout... alors pourquoi ?** »
- H12 : « Par exemple, **j'ai essayé le médicament, euh, le sildénafil... Ça a une influence, euh, ça améliore un petit peu mais c'est pas ça qui remplace le désir. Ce qui n'est pas complètement négligeable... En attendant, actuellement, je n'attends pas grand-chose de la médecine.** »

Des patients avancent le problème financier de ce type de traitement.

- H4 : « Le docteur m'a donné des cachets, **j'ai payé 36 euros qui n'étaient pas remboursés...** »
- H9 : « Et deuxièmement, **ça coûte cher. Je sais pas combien ça vaut mais à peu près 50 euros les 4, à ce qu'on m'a dit... hein ?** »

D'autres déclarent considérer les médicaments comme un moyen artificiel.

- H8 : « Mais, euh... **Je suis contre tous les produits pour euh... ce sont des saloperies ! Il faut laisser faire la nature.** »
- H9 : « Y' a la fameuse pilule comme ils disent là... Bah, non, je suis pas d'accord, parce que **je suis pas d'accord sur le fait de me droguer !** »
- H10 : « il m'a prescrit des **facilitateurs que je n'ai jamais utilisé. C'était pas du viagra mais un peu la même chose... C'est un moyen qui paraît un peu artificiel.** »

3- Amélioration des pathologies associées

(H12)

Nos patients déclarent qu'une possibilité d'amélioration de la sexualité serait une prise en charge optimale des pathologies sous-jacentes :

- H12 : « *Honnêtement, je sais pas moi... **Ne pas avoir mon mal particulier, ne pas avoir mal aux cervicales, ça me décontracterait.** »*

B. Place du partenaire

Comme nous l'avons vu précédemment, les patients peuvent voir en leur partenaire une cause de leur modification de leur sexualité. Cependant, le partenaire semblerait prendre une place toute particulière quant à l'amélioration du vécu.

1- La présence et le choix du partenaire (H2 à H6, H8 à H10, H12)

D'après nos patients, le fait d'avoir un partenaire et d'avoir une vie à deux semble apporter une satisfaction qui dépasserait les troubles liés à la sexualité.

- H4 : « *Vous savez, **du moment qu'on est tous les deux, qu'on est heureux ensemble...** Moi, je me sens heureux avec elle. C'est ma femme, j'ai qu'une crainte, c'est qu'il lui arrive quelque chose... »*

Comme nous expliquent certains patients, le célibat ne favoriserait pas l'épanouissement et la satisfaction de vie personnelle.

- H2 : « ***Quand j'étais célibataire, c'était plus difficile. Je vois j'étais moins bien...** »*
- H9 : « ***moi, je voudrais mourir... parce que moi j'ai plus de femme, je suis tout seul là...** »*

Cependant, certains mettent en avant l'importance du choix du partenaire.

- H10 : « *J'avais trouvé quelqu'un d'autre où je m'épanouissais pleinement notamment sur le plan sexuel [...] Et puis j'étais alors amoureux... » « **il fallait que j'aie la personne que je n'avais pas en face de moi... Que je n'ai plus, que je n'aurai plus...** » « *Enfin, personnellement, j'aurais été beaucoup plus heureux, sur ce plan là, si j'avais continué avec la personne que j'avais choisi après...* »*
- H5 : « ***J'ai une bonne personne, ça peut y faire aussi !** » « *Celui qui a une personne avec qui il s'entend pas bien... Ça serait un handicap de plus...* »*

2- Communication avec le partenaire (H2 à H7, H9, H12)

Certains de nos patients décrivent la communication avec le partenaire et au sein du couple comme un facteur essentiel au vécu de la sexualité.

- H2 : « *En fait, on est en accord avec ma compagne. On est content tous les deux ! On parle beaucoup de ça, on parle de choses, même pour l'avenir... Des choses à faire au lit... Y'a pas de tabou... Jusqu'à présent, y'aura peut-être des limites un jour...* »
- H6 : « *J'y retrouve mon compte parce qu'actuellement avec ma femme, il y a vraiment un partage, une compréhension...* » « *On avait beaucoup communiqué, qu'on a partagé ensemble les risques quoi ! on a dû plus s'ouvrir l'un à l'autre...* »

3- Un partenaire plus intéressé par la sexualité

(H1, H5)

Certains hommes déclarent qu'une solution possible quant à l'amélioration de la sexualité passerait par une majoration de l'intérêt pour la sexualité du partenaire.

- H1 : « *Et puis que la partenaire soit un petit peu plus demandeuse... ça y fait aussi... sexy... demandeuse... Au bout d'un moment, c'est pareil quand ça vient que de moi...* »
- H5 : « *Si j'avais une personne qui est plus portée sur la chose... Bien entendu... C'est ça, pour améliorer les problèmes sexuels, il faudrait quelqu'un qui serait plus porté là-dessus !* »

C. Adaptation des pratiques sexuelles

(H2 à H5, H7, H8, H10, H12)

Nos patients estiment que les pratiques sexuelles doivent être modifiées.

Pour certains, cela passe par la diversification du répertoire sexuel.

- H2 : « *Après, ça dépend de ma compagne, si elle est d'accord pour faire certaines choses...* »
- H3 : « *Euh, plus qu'on rentre dans les jeux sexuels peut être que là, ça... mais j'en sais fichtrement rien !* »

Pour d'autres, cela permettrait de s'adapter au vieillissement.

- H5 : « *Il faut savoir aussi, par rapport à son âge, calmer le jeu...* »
- H7 : « *On s'intéresse beaucoup plus à d'autres choses qu'on peut avoir que quand on a 20 ou 30 ans... On passe plus de temps à faire des caresses, des choses comme ça...* »

Cependant, certains patients considèrent que les modifications des pratiques sexuelles sont parfois insuffisantes.

- H4 : « *Je vois, des fois, elle me caresse, tout ça, bon moi aussi je la caresse et tout... C'est pas pareil, c'est pas l'autre chose !* »
- H12 : « *Ça peut pas toujours être compensé par la tendresse.* »

D. Besoin réel d'une solution ?

(H3, H5, H7, H8, H11)

Nos patients s'interrogent tout de même sur la nécessité d'améliorer leur vie sexuelle.

- H11 : « **Je cherche même pas à l'améliorer...** » « *J'ai pas été courir après un toubib pour ça... J'ai pas été cherché à prendre du viagra et tout ça...[...] Ça m'intéresse pas...* »
- H3 : « *Pour améliorer ma vie sexuelle ? Peut-être... boh, j'en sais rien moi... Euh, je sais pas... Faut-il l'améliorer d'abord ?* »

E. Des affects centrés sur la famille

(H3, H4, H8, H10, H11)

Certains de nos patients déclarent que la satisfaction retrouvée au sein de l'entourage familial est plus importante.

- H4 : « **J'ai deux filles, j'ai des petits enfants, disons que je suis comblé...** » « **Avoir une famille, c'est plus épanouissant...** »
- H8 : « *[la sexualité...] C'est pas le plus important dans la vie. C'est mieux, euh, la famille* » « **La femme et les enfants d'abord.** »
- H10 : « *« j'ai mis ma famille bien loin devant ces préoccupations » « Je reporte vers mes petits-enfants tout l'affect que j'avais par ailleurs. »* »

DISCUSSION

I. RAPPEL DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Les patients interrogés définissent la sexualité générale comme un partage au sein du couple nécessaire au bien-être personnel.

Il existe des modifications de la sexualité liées à l'âge, cependant d'autres causes principalement retrouvées sont liées à leur partenaire, aux pathologies sous-jacentes ainsi qu'aux traitements associés.

Le vécu de ses modifications est différent selon chaque patient et varie selon le lien qui existe dans le couple.

Bien que cela soit important, le vieillissement sexuel prend une place secondaire par rapport à la santé générale.

Les patients sont plutôt ouverts à l'abord de la sexualité avec leur médecin et aux possibilités médicales mais restent réticents sur les traitements médicamenteux.

La place de la relation de couple et la communication avec le partenaire restent la meilleure solution pour une sexualité épanouie malgré l'avancée en âge.

II. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE

A. Originalité des résultats

La revue de la littérature nous a permis de retrouver une quantité importante d'articles sur la sexualité masculine. Cependant, les sujets traités en priorité sont les pathologies telles que la dysfonction érectile (DE), pathologie pour laquelle des traitements médicamenteux sont importants (24–26,40). Rares sont les articles qui traitent de la sexualité en général et notamment qui prennent en compte la part psychosociale du vieillissement sexuel.

B. Pertinence de la méthode

Le choix de la méthode qualitative nous est apparu comme la méthode la plus adaptée. En effet, l'objectif était de recueillir des informations subjectives, des représentations, des ressentis, des attentes et des opinions.

Le but n'était pas de quantifier des opinions mais mettre en évidence une dynamique de pensée et des comportements, éléments facilitateurs de la relation médecin-patient, afin d'apporter un projet de soin adapté.

Afin de réaliser cette étude qualitative, nous avons utilisé les entretiens semi directifs plutôt que les focus groups. En effet, la confidentialité de l'entretien permettait de faciliter les réponses sur un sujet d'intimité et évitait les réponses socialement adaptées ou valorisantes.

C. Validité interne

Le déroulement séquentiel de l'étude, correspondant à des phases d'alternance entre la collecte et l'analyse des données, a permis la modification du questionnaire afin de réunir des informations plus fiables. En effet, à partir des résultats préalables, nous avons pu modifier le guide d'entretien et adapter certaines questions. Le but était d'avoir une meilleure compréhension des questions et de recueillir des réponses plus pertinentes. De même, l'adaptation du questionnaire a pu nous permettre d'explorer de nouvelles pistes.

1- Triangulation des données

Une triangulation des données a été réalisée par deux médecins extérieurs à l'étude. Le but était d'évaluer si l'analyse des informations par plusieurs enquêteurs indépendants retrouvait la même interprétation.

2- Méthode par validation et triangulation avec les sources

Une proposition de retour sur leur entretien après retranscription mot à mot a été proposé à chacun des patients, cependant aucun n'a souhaité avoir de retour, ni apporter de modification. Il n'y a donc pas eu de triangulation avec les sources. Bien qu'elle aurait pu augmenter la validité interne, cette triangulation aurait, peut-être, modifié la spontanéité des réponses de nos participants.

En effet, le risque d'une triangulation avec le patient n'induit-il pas des réponses trop réfléchies ? N'y a-t-il pas un risque que l'intéressé change ses propos afin de coller trop à la normalité, aux pressions sociétales ou renvoyer une image de lui plus valorisante ?

D. Validité externe

1- Saturation des données ou complétude

La saturation des données a été atteinte au 10ème entretien, cependant afin de confirmer la complétude, nous avons réalisé 2 entretiens supplémentaires.

2- Échantillonnage

La technique d'échantillonnage utilisée est la technique d'échantillonnage maximal ou d'échantillonnage raisonné. Elle consiste en une sélection d'un échantillon par laquelle la représentativité de l'échantillon est assurée par une démarche raisonnée.

3- Catégories d'âge représentées

Les âges des patients s'étendent de 60 ans à 86 ans. L'ensemble des tranches d'âge de 60 à 75 ans est représenté, avec un élargissement de 2 patients de plus de 75 ans.

4- Catégories socio-professionnelles

Quasi toutes les catégories socio-professionnelles sont représentées hormis les agriculteurs-exploitants.

5- Variable géographique

L'enquête a été essentiellement réalisée dans la Vienne avec une extension en Charente-Maritime permettant de diversifier l'échantillon concernant la variable géographique.

Du fait du lieu de recrutement lors de ses remplacements dans différents cabinets de médecine générale, l'enquêtrice a pu recruter des patients issus des milieux ruraux et urbains.

E. Biais de sélection

1- Lieu de sélection

Le lieu de sélection des participants était le cabinet médical, un espace qui favorisait l'enquêtrice dans l'argumentation de sa démarche scientifique. Un patient a été sélectionné à son domicile mais dans le cadre d'une visite médicale. Le temps de sélection était la fin d'une consultation médicale.

Cependant, toutes les consultations ne se portaient pas à la sélection. Par exemple, lors d'une consultation longue avec un retard sur les consultations suivantes, l'enquêtrice privilégiait son travail de médecine plutôt que son travail scientifique. Aussi, dans certaines situations, il était jugé inutile de sélectionner les patients : les consultations pour lesquelles une quantité d'informations importante ou des messages essentiels avaient été donnés, il était impossible d'apporter un autre type d'information à visé scientifique. La prise en charge médicale du patient était prioritaire.

2- Biais lié à l'enquêtrice

Un principal biais de sélection était lié à l'enquêtrice. La sélection s'étant faite lors de remplacements, elle ne connaissait pas les patients sélectionnés. Cela minimisait une sur-sélection (Affect envers les patients ou ceux que l'on sait plus disponibles), cependant la relation de confiance n'était parfois pas suffisamment solide pour avoir une réponse favorable des patients sélectionnés. Aussi, un biais important était lié à ses caractéristiques de genre et d'âge.

3- Sur-sélection

Une autre partie de la sélection a été réalisée par un médecin généraliste tiers. Celle-ci les a sélectionnés au sein de sa patientèle, entraînant un risque de sur-sélection.

4- Population non sélectionnée

Malheureusement, nous n'avons pu atteindre certaines catégories de la population. Les populations étrangères ne sont pas représentées, ainsi que les hommes homosexuels ou bisexuels. Cela nous aurait probablement permis d'explorer des variables socio-culturelles et religieuses différentes dans notre problématique.

Enfin, le lieu de recrutement étant le cabinet, nous n'avons pas pu sélectionner de patient sans suivi médical.

5- Un sujet sensible

La sélection des participants a été une étape difficile de cette étude. En effet, nous avons dû faire face à un certain nombre de refus. Les causes de refus étaient diverses : un seul patient a avoué sa réticence par rapport au sujet traité, d'autres déclaraient que le refus de participer à l'étude venait de leur partenaire.

La sexualité est un sujet sensible à traiter. En étudiant la sexualité, on aborde le domaine de l'intime et du privé. C'est un sujet délicat, d'autant plus que son approche qualitative nous oblige une étude du patient et de son environnement.

Il est possible qu'une grande partie des refus était liée à la pudeur des patients à parler de sexualité.

F. Biais d'information

1- Lieu d'entretien

Le choix du lieu d'entretien était essentiellement le domicile du patient, pour des raisons pratiques (l'enquêtrice étant médecin remplaçante, elle ne disposait pas de lieu approprié pour les entretiens) le choix du domicile s'est porté pour la plupart des patients. Cependant, 2 entretiens ont été réalisés au cabinet médical. Nous avons pu alors opposer la neutralité du cabinet médical avec l'intimité du domicile.

Le domicile, lieu intimiste et sécurisant pour l'interviewé, servait la relation de confiance entre le chercheur et le patient. Ce cadre rassurant permettait un recueil de données plus fiable et permettait également à la chercheuse de se libérer, en partie, de sa position médicale, limitant les confusions du patient, entre l'entrevue de recherche et la consultation médicale.

Le cabinet médical, quant à lui, permettait d'apporter un certain professionnalisme, appui à la

dimension scientifique de la recherche. Cependant, une attente de médicalisation de la part des patients pouvait survenir. En effet, la demande de l'interviewé pouvait devenir, par confusion, la recherche d'une solution médicale. D'autant plus que la sélection préalable des patients se faisait dans le cadre d'une consultation, la distinction entre le statut de médecin et de chercheuse de l'enquêtrice devenait difficile.

Néanmoins, certains patients ont été recrutés par un tiers et l'enquêtrice se libérait alors de sa position de médecin. Bien que cela soit un jugement non scientifique, elle n'a pas remarqué de grandes différences entre ces deux types d'entretiens.

2- Facteurs environnementaux

Le choix de ces deux lieux d'entretien a permis de contrôler au mieux les facteurs environnementaux. L'ensemble des entrevues s'est réalisé en privé, aucun tiers n'était présent. De plus, l'assurance d'une confidentialité a permis de mettre en confiance la personne interviewée afin de garantir au maximum l'honnêteté des réponses.

Le seul point négatif retrouvé lors d'un entretien concerne la nuisance sonore lié à un animal de compagnie, qui a pu troubler l'entretien.

La totalité des entretiens a été enregistrée à l'aide d'un appareil numérique. Bien que les enregistrements soient considérés comme de bonne qualité, on ne peut exclure une perte de données.

3- Un sujet délicat

Devant la sensibilité du sujet traité, on ne peut exclure une gêne liée aux questions. Aussi la mauvaise compréhension de certaines questions, malgré une reformulation, a pu contribuer à une perte d'information.

De même, on ne peut exclure le biais de réponses valorisantes bien qu'à maintes reprises, il y avait une réassurance quant à la confidentialité de l'entretien afin de favoriser la sincérité des réponses.

4- Variable de temporalité

Il était annoncé aux patients une durée d'entretien de 20 à 40 minutes, alors que la durée des entretiens réelle n'excédait pas 21 minutes. Il n'y avait donc pas de contrainte de temps. Les patients acceptaient l'entretien avec un temps annoncé majoré afin de faciliter le développement de leurs opinions.

5- Caractéristiques de l'enquêtrice

Les caractéristiques personnelles de l'enquêtrice, notamment les caractéristiques de genre et d'âge ont probablement été des facteurs limitants l'information. Bien qu'assurant un professionnalisme certain, utilisant ses qualités relationnelles et de ses compétences en communication, elle ne peut exclure une perte d'information. Une attitude de respect et de bienveillance a été assurée lors de l'ensemble des entretiens (41).

G. Biais d'investigation

Le manque d'expérience de l'enquêtrice était un biais majeur. Cependant, une auto-formation théorique a été entreprise, enrichie de son expérience professionnelle dans la relation avec le malade.

Une auto-critique systématique était faite et l'enquêtrice s'attachait à recueillir l'opinion des patients à la fin de chaque entrevue afin d'adapter au mieux le guide d'entretien ainsi que son comportement lors des échanges.

III. DISCUSSIONS DES RÉSULTATS

L'analyse du vécu et de la représentation de la sexualité et du vieillissement sexuel chez les hommes de plus de soixante ans nous a permis de dégager des éléments de réflexion propres à identifier leurs besoins.

Cette discussion s'appuie sur les résultats de l'analyse thématique enrichie par les résultats de l'analyse entretien par entretien.

A. L'importance de la sexualité pour et sa place essentielle dans la qualité de vie

1- Importance de la sexualité

À la question : « Que pouvez-vous me dire de la sexualité en général ? » l'ensemble des patients ont mis en avant l'importance de la sexualité dans leur vie, celle-ci est fondamentale, certains se posant même la question des conséquences d'une carence sexuelle sur la vie (*H9 : « celui qui vit sans, je sais pas comment il fait... »*).

Ceci rejoint les constatations de Helgason : dans son étude réalisée sur 319 hommes de 50 à 80 ans, 83% des participants considéraient que le sexe était « très important » ou « important » dans la vie. Cependant, à l'affirmation « le sexe n'est pas si important », 15% des patients de 57 à 64 ans considéraient comme la proposition vraie, alors que 41% des patients de 75 à 85 ans étaient d'accord avec cette proposition (42). La sexualité tendrait à devenir moins importante avec l'avancée en âge (43).

En effet, parmi nos patients, les plus âgés semblaient moins affectés par la baisse de leur sexualité, ils concédaient l'importance de leur sexualité dans leur jeunesse mais ne prônaient pas instinctivement son importance dans leur vie actuelle.

2- La sexualité : un paramètre de qualité de vie

L'ensemble des patients s'accordent sur l'importance de la sexualité pour le bien-être personnel. La sexualité est un paramètre essentiel à la qualité de vie globale d'un individu (11). De nombreuses études retrouvent que le niveau de satisfaction sexuelle est corrélé au niveau de satisfaction globale (18,44). Le bien-être et l'épanouissement personnel sont des effets importants de la sexualité (45).

La qualité de vie sexuelle peut être définie comme la perception de vivre dans un état de bien-être sexuel qui s'exprime par l'adoption d'un style de vie individuel et relationnel qui permet de satisfaire ses besoins sur le plan physique, mental et social, d'une manière épanouissante (45). Elle est fonction de nombreux facteurs : biologiques, psychologiques et sociologiques qui influent sur la sexualité et d'autant plus sur le vécu du vieillissement sexuel. Mais inversement, celle-ci est déterminante dans différents aspects de la qualité de vie (18).

Il ne faut pas considérer la qualité de la vie sexuelle comme un facteur unidirectionnel de qualité de vie globale. La sexualité intervient aussi dans différentes composantes de la qualité de vie (sociale ou affective) et leurs relations sont multidirectionnelles.

Cependant, elle ne peut répondre à une question univoque, chacun s'imagine différemment une vie satisfaisante (13,23). On retrouve une variabilité interindividuelle de la sexualité comme facteur d'épanouissement. En effet, dans notre étude, les patients présentent tous un degré de satisfaction sexuelle variable et les conséquences sur leur satisfaction globale ne sont pas linéaires.

B. Vieillesse sexuelle et modifications de la sexualité liées à l'âge

Nous avons pu regrouper les différentes modifications ressenties ou objectivées par les patients en plusieurs catégories : les modifications de la fréquence des rapports, de la libido et celles intervenant dans les phases du cycle sexuel.

Les changements rapportés par les patients sont en accord avec les données de la littérature : Araujo et al dans une étude longitudinale de 9 ans sur une cohorte de 1085 hommes âgés de 40 à 70 ans mettaient en évidence 4 modifications majeures de la sexualité avec l'âge : la baisse de la fréquence des rapports sexuels, la baisse du nombre et de la qualité des érections, la baisse du désir sexuel ainsi qu'une augmentation des troubles de l'orgasme (46).

1- Modification de la fréquence des rapports et de la libido

Malgré cette importance de la sexualité confirmée par les patients, ceux-ci se désolaient d'une baisse du nombre des rapports sexuels. Les études rejoignent cette constatation : il y a une baisse de la fréquence des rapports sexuels avec l'âge (12,42,46).

De même, les patients se sont plaints de troubles de la libido avec une baisse de désir. Bien que l'intérêt pour la sexualité soit le même, l'envie se détériore (47,48).

2- Modifications des phases du cycle sexuel

Les différentes modifications organiques rapportées par les patients peuvent être classées selon les phases du cycle sexuel définies par Master et Johnson en 1966 (49).

Soit :

- La phase de désir et d'excitation que l'on peut requalifier en phase de préparation.
- La phase de plateau.
- La phase d'orgasme.
- La phase de résolution.

Dans notre étude, les principales plaintes concernant les phases du cycle sexuel sont en rapport avec la phase préparatoire, avec une « *difficulté à se mettre en train* » (H7) probablement liée à une baisse de la libido associée (47,50).

Les modifications de cette phase d'excitation sont liées à des modifications sensorielles secondaires au vieillissement, par exemple l'odorat voit son rôle décliner de moitié dans le déclenchement de l'excitation, de même que l'ouïe (8,50).

Nous retrouvons également des difficultés mécaniques comme les troubles de l'érection. Selon les données de la littérature, les troubles érectiles sont les principaux troubles liés à l'âge, cependant probablement mis en avant devant les possibilités thérapeutiques pharmacologiques qui lui sous-tendent (25,26).

Les troubles de l'orgasme et ceux liés à la période réfractaire sont eux aussi avancés : les orgasmes sont plus longs à venir et la période réfractaire s'allonge avec le vieillissement (46).

3- Âge

Le vieillissement sexuel est par définition lié à l'âge. Cette réponse est naturellement la principale et est retrouvée chez 10 patients de notre étude.

L'ensemble des études retrouvent une modification de l'activité sexuelle avec l'âge (12,25,26,43,46–48,50). Dans leur étude incluant 1455 hommes de 57 à 85 ans, Lindau et al en 2007 montraient que la prévalence de l'activité sexuelle déclinait avec l'âge : la proportion d'homme sexuellement actif baisse de 50% entre 60 et 85 ans. L'activité sexuelle était de 83,7% chez les patients de 57 à 64 ans, de 67% chez les patients de 65 à 74 ans et chutait à 38,5% chez les patients de 75 à 85 ans (43).

En effet, dans notre étude, les patients les plus avancés en âge (H8 et H11) déclaraient ne plus avoir d'activité sexuelle. Les autres hommes, plus jeunes, quant à eux, s'attachaient à comparer leur activité sexuelle actuelle à celle de leur jeunesse : « *C'est plus comme à 20 ans.* » (H2), identifiant bien, la baisse de leur sexualité avec le vieillissement.

Dans nos résultats, les principales causes associées à l'âge étaient la baisse de tonus et la fatigue physique : ceci est en accord avec les données de la littérature (45).

Seul un homme (H3) a évoqué la possible participation hormonale, conséquence du vieillissement. Pourtant, les études s'accordent pour dire qu'une baisse en androgènes est liée

à une baisse pulsionnelle (11). L'étude Massachusetts Male Aging Study (MMAS) met en avant la corrélation significative entre un score de libido et la testostérone libre ou biodisponible (51). Physiologiquement, la testostérone stimule le désir sexuel et dans certains cas pathologiques d'hypogonadisme, la baisse du désir sexuel est rétablie par les traitements substitutifs en testostérone (50). Cependant du fait de la variation inter-individuelle des taux de testostérone, cette cause n'est pas majoritaire au sein de la population générale (47,50).

Les effets de l'âge sur l'activité sexuelle touchent différemment les phases du cycle sexuel. Par exemple, dans l'étude Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors (GSSAB), la première plainte sexuelle était l'éjaculation précoce (12). Cependant, cette étude réalisée sur des hommes de 40 à 80 ans, retrouvait que la prévalence de ce trouble baissait avec l'âge, ce qui signifie aussi que l'avancée en âge permet une expérience sexuelle qui peut être favorable.

C. Autres causes que le vieillissement

Nous avons essayé de mettre en avant les représentations des hommes par rapport à leur vieillissement sexuel et de définir, selon eux, les principales causes de ces modifications en dehors de l'âge.

1- Pathologies sous-jacentes

Certains patients de notre étude mettent en relation leurs difficultés sexuelles avec des pathologies associées.

D'autres présentent des caractères pathologiques parfois non diagnostiqués qui peuvent être responsables de difficultés sexuelles, notamment des troubles dépressifs, causes ou conséquences de troubles sexuels. Ces patients ne font pas nécessairement de relation entre leurs plaintes sexuelles et leurs plaintes psychiques ou organiques.

Le niveau de santé est un facteur bien exploré de trouble sexuel (11,43,52). La prévalence de l'activité sexuelle décroît en fonction de l'état de santé et chez les 65-74 ans, 56,6% ont évoqué comme raison de leur baisse d'activité sexuelle, un problème de santé ou une limitation physique lié à leur santé (43).

➤ Les pathologies organiques

Concernant les pathologies organiques chroniques, la relation entre les affections présentées et les problèmes sexuels est établie chez 59% des patients interrogés (52).

Les mécanismes des pathologies affectant la sexualité peuvent être directs (baisse de la libido, baisse de la réponse sexuelle, DE) ou indirects : la pathologie notamment chronique entraîne des symptômes dépressifs tels qu'une baisse de l'estime de soi, une anhédonie ou une irritabilité (53).

Il semblerait que le lien entre les problèmes sexuels et les pathologies sous-jacentes soit plus facilement identifié lorsque la pathologie est chronique, donc ayant des conséquences sur le long terme, notamment une souffrance psychologique (53).

➤ Troubles psychologiques

Nos patients ont décrit des troubles au niveau psychologique qui peuvent engendrer des modifications et des difficultés au niveau sexuel. Ce sont l'anxiété de performance et la dépression qui sont les facteurs les plus décrits comme causes de troubles sexuels (11).

Une recherche étendue de la littérature met en évidence que les symptômes de dépression et les désordres affectifs sont des causes de DE (53–55). Cependant il en est de même concernant les autres troubles sexuels. En effet, la baisse d'intérêt, la baisse d'énergie, la baisse d'estime de soi et l'anhédonie ont tous un impact défavorable sur la fonction sexuelle (53).

La difficulté est de déterminer si ces symptômes psychologiques sont la cause ou bien la conséquence des difficultés sexuelles. Les relations entre les troubles psychologiques et la pathologie sexuelle ne peuvent être que bidirectionnelles avec le risque d'intégrer un cercle vicieux où les désordres psychologiques majorent les troubles sexuels accroissant les symptômes dépressifs.

2- Iatrogénie

Une cause de troubles sexuels retrouvée dans notre étude est la iatrogénie médicamenteuse. Certains patients ont clairement identifié certains de leurs traitements habituels comme responsables de troubles sexuels.

Il est d'autant plus important de s'intéresser à la iatrogénie chez les personnes âgées que leur consommation médicamenteuse est plus importante et qu'ils présentent une intolérance plus marquée aux effets indésirables (EI) des médicaments (56,57).

Les EI sont le plus souvent liés aux propriétés pharmacologiques du médicament, ils sont donc attendus et prévisibles (58).

En médecine sexuelle, la iatrogénie médicamenteuse doit systématiquement être recherchée car les effets secondaires touchant la sexualité sont des facteurs de non complianc au traitement (58,59). Cela peut avoir de graves conséquences notamment en psychiatrie ou dans le contexte de maladies cardio-vasculaires. Sa prévention est alors indispensable et si une substitution voire l'arrêt d'un traitement est envisagé, il doit se faire en étroite concertation avec le médecin prescripteur (59).

Par ailleurs, dans certaines pathologies traitées, il est extrêmement difficile de faire la part des choses entre le médicament et les complications ou conséquences de la maladie. Par exemple dans l'hypertension, les troubles sexuels sont-ils liés à la dysfonction endothéliale ou aux effets indésirables des anti-hypertenseurs (58) ?

C'est pourquoi, il faut s'attacher à rechercher les différents signes sexuels afin de préciser leur origine et les prendre en charge de manière adaptée.

D. Conséquences du vieillissement sexuel et projections

Comme nous l'avons vu précédemment, de nombreuses modifications de la sexualité sont liées à l'âge. Le vieillissement sexuel peut être considéré comme une perte, d'autant que la plupart de nos patients s'attache à l'image d'une vie sexuelle depuis longtemps révolue.

Comment réagit-on à cette perte ?

Les réactions de nos patients sont pessimistes : frustration, déception voire apparition de symptômes dépressifs et pour certains, une dépression diagnostiquée.

L'ensemble des études traite des conséquences de la dysfonction érectile et non du vieillissement sexuel en général. Cependant, ne peut-on pas faire le parallèle entre la perte de l'érection et la perte liée au vieillissement sexuel ? Lachowski définit l'andropause comme une « androperte » ayant pour conséquence une « andropéur »(23). Le vieillissement sexuel peut être considéré comme l'abandon progressif de sa sexualité antérieure nécessitant un travail de deuil d'une sexualité révolue.

Aussi, la fonction érectile serait indispensable à l'homme pour se forger une identité et se positionner dans la société (40).

Selon MH Colson, seul 30% des hommes réagissent de manière adaptée à la dysfonction érectile : ne cédant pas au fatalisme, au découragement et au repli sur soi mais, par exemple en continuant la relation sexuelle autrement (60,61).

La réponse émotionnelle varie cependant en fonction de la personnalité de chaque individu.

Le risque est de voir apparaître des symptômes psychologiques (62,63).

On met en évidence plusieurs conséquences d'une DE : Le sentiment dévalorisant, la honte, le repli sur soi, la culpabilité, l'anxiété, l'irritabilité et l'évitement des situations de tendresse et d'intimité (64).

Dans l'étude Psychological Impact of Erectile Dysfunction (PIED), Les hommes signalant un impact psychologique plus important de la dysfonction érectile ont également signalé une plus grande altération de l'état fonctionnel, une efficacité sexuelle plus faible, une dépression et une anxiété accrue au dernier rapport sexuel, et ce, d'autant plus que la DE est sévère (65). Dans une autre étude, on retrouvait une corrélation inversement significative entre la DE et chacun des 5 paramètres de qualité de vie étudiés (66).

Le risque est de mettre un terme définitif à sa sexualité, en effet, la sexualité antérieure est le plus souvent idéalisée, l'homme préfère arrêter toute activité sexuelle plutôt que d'être face à cette défaillance (5,62).

Comme nous l'avons vu précédemment, les troubles psychologiques peuvent être une cause de trouble sexuel. La relation entre troubles sexuels et dépression est complexe et peut aboutir à un cercle vicieux avec un impact négatif sur l'estime de soi (11,54).

➤ Fatalisme

Au vu de notre échantillon, les hommes se projettent de manière tout aussi pessimiste. La perte de leur capacité sexuelle est inéluctable. « *C'est comme ça... On fait avec...* » (H4) « *C'est comme la mort, on sait que ça arrivera un jour, donc faut s'y faire...* » (H8).

Dans une étude, parmi les hommes souffrant de DE, la prévalence des symptômes dépressifs est plus élevée chez les sujets jeunes (54). Cela signifie bien que les plus jeunes ont une attente plus importante d'une sexualité normale, alors que les sujets plus avancés en âge, ne se projettent plus dans ce sens-là.

Ce fatalisme peut avoir plusieurs explications :

-Tout d'abord, du fait des croyances que la sexualité s'arrête avec l'âge, associé au manque d'information quant au vieillissement sexuel (5,13).

-Enfin, intervient l'acceptation de la perte, en effet la chronicité des troubles, l'absence de diagnostic ou l'absence de traitement enlève le patient dans son trouble et ce travail de deuil s'achève par un renoncement et un arrêt de toute activité sexuelle (62).

E. Santé sexuelle et santé générale

1- La santé sexuelle secondaire par rapport à la santé générale

Un élément marquant de notre étude est le fait que plusieurs patients ont spontanément mis en avant leur santé générale par rapport à leur santé sexuelle.

Les possibles dégradations de leur état de santé semblent préoccupantes et source d'anxiété. La santé sexuelle est alors relayée au second plan.

Dans l'étude de MH Colson en 2006, à la question « Quand vous songez à votre sexualité future, que craignez-vous ? », 46% des patients interrogés répondaient « Devenir vieux » (67). Cela témoigne bien que l'inquiétude principale des hommes est de faire face à leur vieillissement général et non à leur vieillissement sexuel.

Dans l'étude de l'American Association of Retired Persons (AARP) en 1999, les hommes ont en effet caractérisé comme facteur de qualité de vie des relations sexuelles satisfaisantes, cependant leur réponse principale était dans 66,8% des cas : la santé (8).

La santé générale est donc une priorité pour les hommes.

2- La santé sexuelle marqueur de santé globale

On peut aussi prendre conscience de son vieillissement général avec son vieillissement sexuel. Les troubles sexuels peuvent être le témoin de la santé en général. Il est mis en avant que certains symptômes sexuels peuvent être des marqueurs d'autres pathologies. Aujourd'hui, on considère que l'absence ou la diminution des érections est désormais le signe d'une "dysfonction endothéliale" et constitue un symptôme de toute une série de troubles cardiovasculaires. Au-delà de son utilité pour la vie sexuelle, l'érection devient un indicateur central de l'état de santé des hommes et en particulier des hommes vieillissants (68).

La fonction sexuelle est désormais un paramètre important pour évaluer la santé globale des patients (11).

3- Place de la santé sexuelle dans le bien-vieillir

Comme nous l'avons vu, l'intérêt pour la sexualité est toujours présent chez nos patients malgré l'avancée en âge. Les projections quant au vieillissement sexuel sont pessimistes du fait de fausses croyances et le manque de diagnostic engendrant ainsi un enlèvement dans cette situation (48).

Cependant, cette situation se modifie progressivement, Le plan national « Bien-vieillir » du ministère de la santé inclut l'éducation sur la sexualité vieillissante (69). La persistance d'une activité sexuelle étant un facteur prédictif de bonne santé et de bien-être, la santé sexuelle doit être valorisée (5).

Cependant, la réciproque semble vraie, selon certains auteurs, on réussit son vieillissement sexuel en fonction de la façon dont on réussit son vieillissement général (70). En favorisant la santé générale et le bien-vieillir, on favorise la santé sexuelle et inversement.

Aussi la notion d'éducation à la sexualité vieillissante développée dans le plan national sous-entend que le vieillissement sexuel devrait être enseigné.

Chaque étape de la vie sexuelle étant différente, la manière de la concevoir et de l'appréhender doit s'adapter aux différents âges de la vie. Devant les idées reçues concernant la sexualité des seniors, un changement de point de vue est nécessaire (45,71).

Comme vu précédemment, les réactions face aux modifications de la sexualité peuvent être délétères et les projections sont plutôt pessimistes, une information et une éducation concernant la sexualité vieillissante est alors nécessaire pour que les hommes puissent s'adapter de la manière la plus optimale à ces changements. Et ce d'autant plus que l'opinion des personnes âgées concernant les programmes sexo-éducatif est favorable (71).

F. Place du couple

1- Les troubles de la sexualité, des conséquences sur le couple

Faire face à des difficultés sexuelles au sein du couple n'est pas évident. Beaucoup d'articles montrent que les troubles de la sexualité, notamment la DE ont des conséquences sur la vie relationnelle du couple (55,60,64).

Cependant les troubles relationnels au sein du couple sont aussi une cause de troubles de la sexualité.

2- Le partenaire comme cause

Dans notre étude, plusieurs patients affirmaient que l'une des causes de leur baisse d'activité sexuelle était liée à leur partenaire.

➤ Désintérêt pour la sexualité

La raison principale évoquée était que leur conjoint avait perdu leur intérêt pour la sexualité, cette constatation est en accord avec l'étude de Lindau, retrouvant que la baisse d'intérêt du partenaire sexuel est une raison d'une baisse de l'activité sexuelle (43).

Ce désintérêt pour la sexualité touche en plus grande proportion les femmes (12,63). Dans une étude parue en 1978 dans le New England Journal of Medicine (NEJM), concernant 100 couples âgés de 25 à 48 ans, les auteurs relataient que 35% des femmes et 16% des hommes exprimaient un manque d'intérêt pour la sexualité et que 28% des femmes et 10% des hommes se disaient fermées par rapport à la sexualité (72). Notre étude incluant des hommes hétérosexuels, majoritairement en couple, semble retrouver ces conclusions.

Ce bilan paraît d'autant plus vrai que le couple est ancien (18). Avec l'âge avançant, la durée de la relation de couple est plus longue, donc susceptible d'être usée par le temps, les désillusions et des conflits non réglés (11).

➤ Les problèmes de santé du partenaire

Aussi, les problèmes de santé du conjoint sont un frein à une activité sexuelle épanouie. Un patient de notre étude (H4) nous rapportait que les problèmes médicaux de sa femme était la cause principale de l'arrêt de sa sexualité. Chez les hommes de 65 à 74 ans : 31,3% estiment que les raisons de la baisse de leur activité sexuelle sont dues à l'état de santé de leur partenaire (43).

3- La partenaire comme acteur du succès

Cependant la partenaire est un élément nécessaire à la sexualité.

➤ Couple versus célibat

Le partenaire ne peut être qu'une cause de baisse de sexualité, puisqu'être en couple, c'est d'abord avoir un partenaire sexuel. Tant que les hommes ont un partenaire et une condition physique maintenue, ils poursuivent leurs activités sexuelles (73).

L'absence de partenaire est une grande cause de baisse de la sexualité. Parmi les hommes célibataires, seuls 22% rapportaient avoir eu des relations sexuelles au cours de l'année précédente et cette étude retrouvait également que le taux de DE était majoré lorsque les hommes se trouvaient dans une relation non engagée (43).

Le célibat est donc une cause de trouble de la sexualité aussi bien au niveau quantitatif qu'au niveau qualitatif.

➤ L'importance du partenaire

Dans notre étude, il était frappant de voir que les patients mettaient au premier plan leur partenaire au sein de la relation, la place du couple et du partenaire dans la définition de la sexualité est énoncée par une grande partie des patients interrogés.

La mise en avant de la notion de couple apparait comme une valeur fondamentale chez nos patients. H4 : « *la sexualité, c'est quand on aime bien la partenaire, on est complice, c'est par réciprocité qu'on est ensemble* ».

Cela reflète les réflexions de Marandola ainsi que celle de Seisen, mettant en avant l'intimité physique et émotionnelle que l'homme et la femme partage dans la définition de la sexualité (40,73).

Comme nous l'avons vu, le taux de conjugalité est important chez les séniors. Selon l'INSEE, du fait de l'augmentation de la longévité en 2005 : 79% des hommes sont en couple. Leur approche de la sexualité va dans ce sens, intégrant pleinement le partenaire.

➤ Qualité de la relation de couple et communication

Nos patients, n'ont pas tous une satisfaction sexuelle optimale cependant, la qualité de leur relation de couple est telle que la satisfaction qu'ils ressentent de leur activité sexuelle est suffisante. Aussi, la satisfaction apportée par la relation sexuelle dans le couple est sur le même plan que la satisfaction apportée par les autres aspects de la vie de couple (72).

Certains de nos patients qui vivent une conjugopathie importante, quant à eux, ne retrouvent aucune satisfaction sur le plan sexuel. Le vécu des modifications sexuelles paraît d'autant plus

difficile qu'il n'existe pas de soutien sur le plan conjugal.

En effet, Ribes confirme que le vécu des changements au sein de la sexualité du couple âgé est fonction de la qualité de la relation avec le partenaire (18).

Le partenaire serait « *le meilleur allié, le meilleur instrument du succès* » d'une vie sexuelle vieillissante épanouie (60).

Selon certains, il appartient, même à la partenaire de panser les blessures de l'homme, car « *l'impuissance de l'homme devient l'impuissance du couple* » (23).

La communication est le liant de l'intimité affective et sexuelle (74). Nos patients confirment que la communication au sein du couple permet d'appréhender et de s'adapter à leur vieillissement sexuel, Celle-ci est fondamentale au sein de la sexualité du couple.

Cependant les réactions du partenaire face aux modifications de la sexualité de leur conjoint sont variables et fonction de leur personnalité et toujours de la qualité de la relation du couple (62). Il ne faut pas négliger que la réaction du partenaire peut aussi être un facteur de poids dans l'adaptation aux changements sexuels (60).

G. Une modification des pratiques obligatoire mais non suffisante

Le vieillissement s'accompagne de certaines limitations. Comme nous l'avons vu précédemment, la sexualité se modifie avec l'avancée en âge.

Une adaptation serait nécessaire, un changement des pratiques permettrait une pérennisation de la sexualité.

Ces changements doivent se faire aussi bien par adaptation au corps vieillissant mais aussi pour varier le répertoire sexuel. En effet, la conjugalité est plus importante, avec le vieillissement de la population, les gens sont plus longtemps en couple, la monotonie peut s'installer. Plus le couple est depuis longtemps ensemble, plus l'intérêt pour la sexualité s'émousse (11,18).

Les patients de notre échantillon ont bien perçu les enjeux des modifications de leurs pratiques sexuelles aussi bien pour faire face à leur vieillissement corporel que le vieillissement de leur relation de couple. On retrouve ces constatations dans la littérature : avec l'âge avançant, il existe une diversification du répertoire des pratiques sexuelles. La tendresse et les caresses mutuelles tendent à prendre plus d'importance (55,75). La sexualité serait plus axée sur les caresses extra génitales que sur le plaisir phallique (45).

En effet, Trudel dans son étude sur les effets de l'âge sur le répertoire et le plaisir sexuel, a comparé 89 hommes âgés de 52 à 75 ans à des hommes plus jeunes. Les 10 pratiques sexuelles les plus représentées chez les hommes d'âge mûr sont les pratiques incluant les caresses, les regards et les baisers. Dans ces 10 pratiques, le coït et le sexe oral ne sont pas représentées (76). Les sujets âgés privilégient d'autres types d'activités sexuelles que les relations de type coïtales. Pour autant, son analyse retrouve le même niveau de plaisir dans chacun des deux groupes.

Aussi, les rapports sexuels se passent plutôt dans un lit (57 % avant 40 ans, 79 % après 70 ans), plutôt chez soi (61% avant 40 ans, 89 % après 70 ans). Ils se passent aussi plus souvent le matin (25 % après 70 ans, et 12% avant 40 ans) (67).

Par ailleurs, dans son enquête sur les comportements sexuels des français, Bozon remarquait une augmentation du temps des rapports sexuels avec l'avancée en âge. L'explication donnée serait une augmentation du temps des préliminaires (77).

Pour notre étude, bien que la satisfaction sexuelle soit présente, les patients regrettent le fait que cette sexualité érotique ne puisse remplacer la sexualité génitale : d'après H4 : « *Je vois des fois, elle me caresse, tout ça, bon moi aussi je la caresse et tout... c'est pas pareil, c'est pas l'autre chose !* » ou pour H12 : « *Ça peut pas toujours être compensé par la tendresse.* »

Il est difficile pour la personne âgée de se libérer des stéréotypes comportementaux selon lesquels l'intimité physique sexuelle n'a de sens que dans un acte sexuel complet (13).

Cela met bien en lumière que cette nouvelle sexualité est un apprentissage. Les repères sexuels se modifient et un remodelage des comportements sexuels est nécessaire (60,70,74).

Cette nécessité est d'autant plus importante qu'un désinvestissement de la sexualité sera alors inévitable si de nouvelles habiletés érotiques ne sont pas assimilées (11). La sexualité doit être réapprise afin que le plaisir sexuel soit retrouvé et pour éviter une installation dans un état asexué (43).

H. Place de la médecine

1- Légitimité de la prise en charge médicale du vieillissement sexuel

Du fait de l'émergence de la médecine sexuelle, de la sexologie et le développement de thérapeutiques à visée sexuelle, la sexualité s'est progressivement médicalisée. En s'appropriant cet objet sociétal qu'est la sexualité, le médecin devient un interlocuteur idéal, mais de cette médicalisation apparaît une obligation de soins (4).

La demande médicale en termes de prise en charge de la sexualité est croissante. L'Association pour le Développement de l'Information et de la Recherche sur la Sexualité (ADIRS) est une association dont le rôle est d'informer le public sur la sexualité et ses problèmes. Elle possède une ligne d'écoute téléphonique et le nombre d'appels reçus par l'ADIRS entre 2004 et 2007 est de 10775 : 92 % des appelants étaient des hommes, dont 76 % appelaient pour un problème de DE.

Dans son enquête, l'ADIRS retrouvait que 65 % des patients porteurs d'une pathologie chronique souhaitaient une aide au niveau sexuel (52). La demande médicale en termes de sexualité est réelle et croissante : 38% des hommes affirment avoir discuté avec leur médecin

de sexualité depuis l'âge de 50 ans (43).

A la vue de ces chiffres, la prise en charge médicale de la sexualité se justifie.

Cette légitimité est d'autant plus forte qu'une absence de prise en charge pourrait avoir des conséquences négatives. En effet, un meilleur accès à l'information médicale et une communication plus importante sur le thème de la sexualité et de ses problèmes aident les patients à ne pas accepter avec fatalisme la survenue d'un problème sexuel (52).

Certains hommes de notre étude ont présenté une souffrance certaine à l'apparition de leurs problèmes, celle-ci s'est amenuisée ou a disparu avec le temps, force de résignation (64). Informer, prévenir ou traiter permettrait de ne pas emprisonner le patient dans cette idée reçue que la sexualité disparaît avec l'âge et effacerait cette idée d'abandon de la sexualité.

➤ Les symptômes sexuels : des symptômes sentinelles

Le troubles de la sexualité peuvent être des symptômes de pathologies sous-jacentes.

Outre les facteurs de risque psychogènes, les troubles sexuels peuvent être de causes organiques. Par exemple, de nombreuses études ont trouvé que la DE était un marqueur de pathologies cardio-vasculaires (26).

D'où l'importance du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la DE, assimilant ce symptôme sexuel comme un marqueur de dysfonction endothéliale et permettant le dépistage précoce d'autres maladies.

Le bilan d'un problème d'érection permet de dépister et souligner des facteurs et des comportements à risque vasculaire. Leur prise en charge précoce permettrait de ralentir et de prévenir l'apparition de ces pathologies. De plus, Les problèmes d'érection peuvent être un argument puissant pour aider ces hommes à contrôler leurs comportements à risque (64).

Aussi, méconnaître un problème d'érection pourrait aussi conduire à négliger une cause cachée de non compliance à un traitement. L'entretien avec certains patients souffrant de problèmes d'érection depuis un infarctus du myocarde révèle par exemple qu'ils ont interrompu brutalement leur traitement bêta-bloquant parce qu'ils étaient persuadés de sa responsabilité dans leur problème sexuel (64). Devant le risque d'un arrêt aussi brutal, il est nécessaire de rechercher des troubles sexuels et de prévenir ce danger (24–26).

L'érection étant devenu un indicateur central de l'état de santé des hommes et en particulier des hommes vieillissants(68), il est nécessaire de s'y intéresser.

2- L'abord de la sexualité en consultation : qui doit faire la démarche ?

Dans notre étude, la plupart des patients considère que, si le besoin d'aborder la sexualité avec leur médecin se faisait ressentir, ils feraient la démarche eux même, ils n'attendraient pas que ce soit le médecin qui la fasse.

D'autres quant à eux, se désolent que le médecin n'aborde pas le sujet car ils le considèrent

comme seul savant pouvant mettre en relation certains symptômes avec leurs difficultés sexuelles. Nous remarquons que, majoritairement, ceux qui regrettent cette absence de communication de la part du médecin, sont ceux qui présentent une souffrance plus importante suite à leurs difficultés sexuelles.

Les données de la littérature sont plutôt en faveur de ces derniers patients. Selon une enquête de l'ADIRS, seuls 13% des patients estiment que la prise en charge du corps médical concernant la sexualité est bonne (52).

La prise en charge médicale et l'abord de la sexualité par les médecins sont trop pauvres. Pourquoi la sexualité qui, pourtant, est devenue un objet médical reste trop peu étudiée en consultation, et ce notamment chez la personne âgée ?

En parcourant la littérature, nous avons retrouvé un certain nombre de freins à l'abord de la sexualité.

➤ Freins à l'abord de la sexualité par les médecins

On retrouve de grandes difficultés de communication sur le sujet, celles-ci sont parfois inhérentes aux médecins. En effet, la personnalité, le sexe, l'âge et le manque d'expérience du médecin sont cités comme des barrières à la prise en charge (52,78,79).

Les représentations propres du médecin et les tabous quant à la sexualité sont aussi un obstacle au développement d'une communication libre.

Une grande difficulté serait liée au mode d'exercice et à l'environnement de travail. Devant ce sujet chronophage puisque médico-psycho-social, le temps de consultation souvent restreint ne permet pas d'aborder ce sujet de manière complète (78,79).

Certaines limites exposées par les professionnels de santé sont liées aux patients eux même. Les caractéristiques socio-culturelles ou socio-économiques, les pathologies sous-jacentes sont considérées comme une barrière à l'abord de la sexualité (5). Ces barrières sont d'autant plus importantes que le patient est âgé. On croit encore que le déclin de l'activité sexuelle lié au vieillissement est la norme, ce qui empêche d'évaluer à sa juste valeur le symptôme sexuel (5,11). Dans le cadre des soins primaires, la santé sexuelle a une légitimité chez le jeune et les problèmes rencontrés par les personnes âgées seraient moins pertinents (80).

Pourtant, Les médecins définissent très bien les enjeux de la sexualité sur la qualité de vie ainsi que l'importance de la sexualité dans la vie tardive (78). Malgré cela, leur démarche n'est pas proactive (80,81).

Aussi, un obstacle serait la crainte que la démarche du médecin soit considérée comme une transgression de l'intimité du patient et l'évitement du sujet permettrait de respecter la pudeur des hommes. Le risque de malentendu et la possible érotisation de la relation médecin-malade semble être un autre frein à cette communication (4). Et ce d'autant plus que la personnalité du patient peut être déviante (78).

On retrouve également la crainte d'être incompetent à prendre en charge la sexualité en médecine générale. En effet, une grande partie des médecins généralistes se désolent de l'absence de formation (4). La plainte sexuelle est considéré comme une des plaintes les plus difficiles à prendre en charge et le défaut de formation fait que le médecin n'a pas le bagage nécessaire pour faciliter le patient à l'expression de ces plaintes ainsi que pour y répondre (81).

Enfin, bien que 77% des médecins se disent à l'aise pour aborder le sujet, 56% estiment que c'est au patient d'en parler (5).

➤ Les réticences du patient à aborder la sexualité avec leur médecin

Les raisons de cette communication pauvre sur la sexualité viennent aussi des réticences du patient à aborder ce sujet (43). En effet, quand on énumère aux hommes une série de problèmes touchant la santé, et qu'on leur demande de préciser ceux qu'ils aborderaient le moins probablement avec un médecin, les problèmes d'érection arrivent au premier rang (64). Il existe chez le patient également la persistance de tabous et de fausses croyances. Les inhibitions éducatives et culturelles sont encore très opérantes.

Aussi, la honte que leur inspirent leurs problèmes et le sentiment de dévalorisation qui en résulte, sont de grosses barrières à l'expression de la sexualité, le médecin peut être vécu comme une personne au contact duquel l'humiliation ressentie se majore.

Aussi, les sujets âgés considèrent parfois que leur plainte n'est pas recevable et parler d'un sujet qu'ils peuvent qualifier de futile auprès du médecin, leur paraient absurde. Sans compter que beaucoup renoncent rapidement, pensant leurs problèmes non améliorables (64).

Les patients attendent souvent que ce soit le médecin qui aborde le sujet de la santé sexuelle. Parfois les patients consultent pour des motifs divers en espérant que le praticien découvre leurs difficultés sexuelles.

Cela reste donc du ressort du praticien d'évaluer la plainte et d'informer correctement.

Il est nécessaire de donner des explications claires et rassurantes, de dédramatiser l'approche de la sexualité. Même si le patient paraît réticent à aborder ce sujet, c'est au médecin d'initier la discussion afin que le patient ait connaissance des possibilités d'échanges, s'il souhaite en parler.

3- Les traitements

Il existe des traitements pour la prise en charge des troubles sexuels. Ceux-ci semblent avoir une efficacité puisqu'ils améliorent les scores de qualité de vie ainsi que les scores de dépression (82,83).

Les patients sont relativement informés par rapport aux thérapeutiques existantes. Cependant leurs connaissances se limitent souvent aux médicaments sexo-actifs tels que les IPDE5. Quelques-uns ont même eu recours à ces traitements, cependant, on retrouve une réticence certaine à l'utilisation de ces thérapeutiques.

- H8 : « *Mais, euh... Je suis contre tous les produits pour euh... ce sont des saloperies !* »
- H9 : « *Je suis pas d'accord, parce que je suis pas d'accord sur le fait de me droguer* »
- H10 : « *C'est un moyen qui paraît un peu artificiel* »

Cette réserve par rapport aux médicaments est une raison majeure de refus du traitement.

D'après l'enquête de l'ADIRS, les raisons de refus de traitement sont (52):

- Pour 43%, un refus de ce qui n'est pas naturel.
- Pour 31%, il existe une crainte quant aux effets secondaires.
- Pour 11,6%, on retrouve une peur de la pharmacodépendance.
- 8,7% des patients expriment une méfiance en général.
- Enfin, 8% mettent en avant un manque d'efficacité.

Cependant, une raison possible de refus de prise en charge médicamenteuse est très probablement le manque d'information. En raison du défaut de connaissance des différents traitements, il persiste dans l'esprit du public des idées erronées. Celles-ci sont régulièrement citées comme cause de refus de prendre les traitements médicaux des troubles de l'érection. D'après cette enquête, une fois informés, les patients ne refuseraient pas les traitements proposés (52).

La connaissance des patients et la littérature ne se limitent qu'au traitement sexo-actif. La prise en charge globale des troubles de la sexualité n'est pratiquement pas développée.

L'apport médicamenteux semble être erecto-centré (55,84).

Cela se distingue dans notre étude : parmi les patients qui ont bénéficié de traitement, la mise en place était sporadique, non globale et sans suivi, et pour chacun, cela a été un échec, contribuant à leur réticence quant à la prise en charge médicamenteuse.

Cette médecine d'organe ne peut pas fonctionner dans la prise en charge des troubles de la sexualité, celle-ci doit obligatoirement être globale.

I. Des réponses différentes selon les générations

Notre étude a été réalisée chez des hommes de plus de 60 ans. La plupart des patients de l'étude ont moins de 75 ans, nous avons décidé d'élargir la population en recrutant deux patients aux âges extrêmes (H8 et H11).

Nous avons remarqué que certaines représentations de la sexualité différaient entre ces deux générations. En effet, dans leurs représentations et leurs définitions de la sexualité, ces derniers ne mettent pas en avant la notion de bien-être et de plaisir.

Leur développement personnel semblait provenir de leur carrière professionnelle.

« Mon travail passe avant, passait avant... mes responsabilités professionnelles étaient prédominantes pour moi. La vie sexuelle, c'était quelque chose de ... d'à part [...] mes préoccupations essentielles, c'était mon travail. » (H11)

La notion du couple est beaucoup moins développée et la place du partenaire au sein de la relation conjugale et sexuelle semble être moins importante dans leur discours.

Concernant les modifications de leur sexualité, ces patients semblent faire un constat simple. Ces changements sont le résultat d'un vieillissement et une évolution naturelle.

La perte de leur sexualité antérieure est facilement acceptée et ne semble pas avoir de conséquences particulières.

Il y a eu une évolution sociétale importante avec 68 et la libération sexuelle. La sexualité est envisagée comme une source de bien-être et de plaisir et non plus comme un problème moral. Il en est apparu de nouvelles normes et de nouvelles pratiques plus égalitaires entre les partenaires et plus généralement entre les sexes (55,85).

Il existe plusieurs générations après 65 ans : le troisième et le quatrième âge. Leur modèle d'éducation et leurs représentations de la sexualité sont différents. Ces âges correspondent aux générations pré et post soixante-huitardes.

La génération soixante-huitarde, le 3^{ème} âge, est la génération du baby-boom, eux ont grandi à une époque où l'on valorisait la sexualité et ils considèrent que l'épanouissement sexuel fait partie du développement personnel, alors que la génération pré soixante-huitarde a vécu sur le modèle traditionaliste d'une sexualité à but procréatif dont les plaisirs associés étaient condamnés par la société (18,45).

Ces changements sociétaux peuvent expliquer ces différences de discours de nos patients. On retrouve des différences générationnelles dans les représentations de la sexualité des hommes âgés.

Notre discours en tant que soignant sera d'autant plus aisé chez les générations plus jeunes dont le développement personnel passe aussi à travers la sexualité et pour lesquelles les revendications seront plus importantes.

Notre communication se doit de prendre en compte et de s'adapter aux caractéristiques du patient afin de cibler et traiter au mieux ses demandes.

CONCLUSION

La sexualité de la personne âgée est, encore de nos jours, un sujet tabou. L'évolution démographique fait que la population âgée occupe une place de plus en plus importante dans notre société, en même temps que les évolutions sociétales et médicales rendent la demande de prise en charge de la sexualité des seniors légitime et nécessaire.

La réalisation et l'analyse qualitative de 12 entretiens semi-directifs auprès d'hommes de plus de soixante ans de la Vienne et de la Charente-Maritime, nous ont permis d'explorer leurs représentations de leur sexualité et de leur vieillissement sexuel. Leurs réponses nous permettent d'adapter notre pratique médicale afin de prendre en charge de manière pertinente leurs attentes en termes de sexualité.

Notre étude montre que la place de la sexualité est toujours importante pour les patients âgés et qu'elle est considérée comme un partage au sein du couple nécessaire au bien-être personnel. Outre le vieillissement, les causes de modifications de la sexualité sont liées aux pathologies sous-jacentes, aux thérapeutiques ainsi qu'au partenaire.

Bien que cela soit important, le vieillissement sexuel prend une place secondaire par rapport à la santé en général.

Le vécu de ces modifications est variable. La qualité de la relation au sein du couple semble être un élément essentiel à un vécu favorable. Echanger avec le partenaire reste la meilleure solution pour conserver une sexualité épanouie malgré l'avancée en âge.

Les patients sont ouverts quant aux perspectives médicales mais restent réticents sur l'utilisation des traitements médicamenteux.

Ces données sont à prendre en compte dans notre abord de la sexualité avec l'homme vieillissant. Notre approche doit être informative quant au vieillissement sexuel et aux possibilités médicales, une attitude bienveillante et ouverte est nécessaire. Il est primordial d'intégrer la santé sexuelle dans le bien-vieillir et la prise en charge du patient doit prendre en compte le partenaire, acteur d'un vieillissement sexuel réussi.

Il serait intéressant de réaliser une étude similaire sur le vieillissement sexuel chez les femmes âgées afin d'explorer leurs représentations et d'évaluer l'intérêt des consultations de couple dans le cadre de la prise en charge du vieillissement sexuel.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Santé sexuelle [Internet]. WHO. [Consulté le 1/12/2016]. Disponible sur : http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
2. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale- médecine de famille [Internet]. 2002 [consulté le 23/12/2016]. Disponible sur : <http://www.cnge.fr>
3. OMS. Santé sexuelle et reproductive: compétence de base en soins primaires [Internet]. 2012 [Consulté le 16/04/2017]. Disponible sur : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/health_systems/9789241501002/fr/
4. Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes: l'abord de la sexualité. In : Bloy G, Schweyer F.X., Editors. Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale. Rennes ; EHESP. 2010. p. 147–67.
5. Cousseau L, Freyens A, Corman A, Escourrou B. Des représentations aux résistances des médecins généralistes à aborder la sexualité avec leurs patients âgés. *Sexologies*. 2016 Apr;25(2):69–77.
6. Baldwin K, Ginsberg P, Harkaway RC. Under-reporting of erectile dysfunction among men with unrelated urologic conditions. *Int J Impot Res*. 2003 Apr;15(2):87–9.
7. Read S, King M, Watson J. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *J Public Health Med*. 1997 Dec;19(4):387–91.
8. Manoukian A. La sexualité des personnes âgées. Rueil-Malmaison : Ed. Lamarre ; 2011.
9. Cicéron, Wuilleumier P. Caton l'Ancien. De la vieillesse. Paris : Les Belles Lettres ; 1981.
10. La Bruyère J de, Bury E. Les caractères. Paris: Libr. générale française; 2002.
11. Rollini C, Meyer P. Troubles sexuels liés à l'âge: quelles spécificités dans la prise en charge? *Rev Med Suisse*. 2009 Mar 18 ;5 (195) :630–4.
12. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res*. 2005 Feb;17(1):39–57.
13. Bondil P. Vieillesse sexuelle: mythes et réalités biologiques. *Sexologies*. 2008 Jul;17(3):152–73.
14. Mémin C. Sexualité, affectivité, sensorialité et grand âge. *Gérontologie Société*. 2001;98(3):189.
15. OMS. OMS- Vieillesse [Internet]. WHO. [Consulté le 9/4/2017]. Disponible sur : <http://www.who.int/topics/ageing/fr/>

16. Blanpain N, Chardon O. Projection de la population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. INSEE Prem [Internet]. 2010 Oct 27;(1320). [Consulté le 16/02/2016] disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>
17. Blanchet D. Retraites d'hier et d'aujourd'hui: même équation, nouveaux paramètres. *Population*. 2016;71(2):345.
18. Ribes G, Cour F. La sexualité du couple âgé : état des lieux, prise en charge. *Prog En Urol*. 2013 Jul;23(9):752–60.
19. Meyran R. La révolution sexuelle a t'elle eu lieu? *Sci Hum*. 2016;8(284):68.
20. Le Deun P, Gentric A. Vieillissement réussi. Définitions, stratégies préventives et thérapeutiques. *Médecine Thérapeutiques*. 2007;13(1): 3–16.
21. Cour F. Évolution sociétale de la sexualité. *Prog En Urol*. 2013 Jul;23(9):832–7.
22. Erhenberg A. Compétition et performance: quels enjeux? CNRS [Internet]. [Consulté le 7/7/2017] Disponible sur: <http://www2.cnrs.fr/presse/thema/252.htm>
23. Lachowsky M, Grivel T, Lemaire A, Elia D. Couple, sexualité et santé sexuelle. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2005 May;33(5):326–30.
24. Giuliano F, Droupy S. Erectile dysfunction. *Progres En Urol J Assoc Francaise Urol Soc Francaise Urol*. 2013 Jul;23(9):629–37.
25. Lebret T, Cour F. Impuissance : dysfonction érectile. *EMC- Endocrinol*. 2005 Feb;2(1):77–89.
26. Droupy S. Épidémiologie et physiopathologie de la dysfonction érectile. *Ann Urol*. 2005 Apr;39(2):71–84.
27. Althof SE, Rosen RC, Perelman MA, Rubio-Aurioles E. Standard Operating Procedures for Taking a Sexual History. *J Sex Med*. 2013 Jan;10(1):26–35.
28. Macdowall W, Parker R, Nanchahal K, Ford C, Lowbury R, Robinson A, et al. "Talking of Sex": Developing and piloting a sexual health communication tool for use in primary care. *Patient Educ Couns*. 2010 Dec;81(3):332–7.
29. Giuliano F. Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle. *Prog En Urol*. 2013 Jul;23(9):811–21.
30. Engberink AO, Badin M, Carbonnel F, Clary B, Serayet P, Pavageau S, et al. La recherche qualitative : une opportunité de repenser l'EBM. *Presse Médicale*. 2016 Apr;45(4):387–9.
31. Aubin Auger I, Mercier A, Baumann L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84):142–5.

32. Alami S, Desjeux D, Garabuau-Moussaoui I. Les méthodes qualitatives. Paris. PUF. 2013.
33. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication. *Revue médicale de l'assurance Maladie*. 2001 Avril-Juin;32(2):117–21.
34. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. *Rev med Suisse*. 2004 Sept 22.0.24011;(2497).
35. Imbert G. L'entretien semi-directif: à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Rech Soins Infirm*. 2010;102(3):23.
36. Beaud S, Weber F. Guide de l'enquête de terrain. Paris. La Découverte; 2003: 235-290.
37. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol*. 1994;(23):147–181.
38. Côté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale*. 2002 May;3(2):81–90.
39. INSEE. Nomenclatures des professions de catégories socio-professionnelles. [Internet]. 2016 [Consulté le 21/06/2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/information/2406153>
40. seisen T, Rouprêt M, Costa P, Giuliano F. Influence de l'âge sur la santé sexuelle masculine. *Progrès en urologie*. 2012 Juin;22(S1):S7–13.
41. Marchese O. Questionnaires, enquêteurs et enquêtés [Internet]. CNAM ; 2011,[Consulté le 15/01/2017].Disponible sur: http://www.ins.tn/sites/default/files/pdf_actualites/cnam-questionnaires-enqueteurs-enquetes.pdf
42. Helgason AR, Adolfsson J, Dickman P, Arver S, Fredrikson M, Göthberg M, et al. Sexual desire, erection, orgasm and ejaculatory functions and their importance to elderly Swedish men: a population-based study. *Age Ageing*. 1996 Jul;25(4):285–91.
43. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States. *N Engl J Med*. 2007 Aug 23;357(8):762–74.
44. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED, Paik A, Gingell C. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: The global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology*. 2004 Nov;64(5):991–7.
45. Dupras A, Soucis P. La sexualité des personnes âgées : bilan des recherches québécoises. *Sexologies*. 2008 Jul;17(3):190–8.
46. Araujo AB, Mohr BA, McKinlay JB. Changes in Sexual Function in Middle-Aged and Older Men: Longitudinal Data from the Massachusetts Male Aging Study: Changes in sexual function in men. *J Am Geriatr Soc*. 2004 Sep;52(9):1502–9.

47. Bianchi-Demicheli F, Ortigue S, Meyer P. Hypoactive sexual desire disorder in men: clinical approach in sexual medicine. *Rev Med Suisse*. 2010 Mar 24;6(241):614–6, 618–9.
48. Schiavi RC, Rehman J. Sexuality and aging. *Urol Clin North Am*. 1995 Nov;22(4):711–26.
49. Masters W H, Johnson VE. Human sexual response. *J Sex Res*. 1966 Nov;2(3):242–4.
50. Lejeune H, Huyghe E, Droupy S. Diminution du désir sexuel et déficit en testostérone chez l'homme. *Prog En Urol*. 2013 Jul;23(9):621–8.
51. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol*. 1994 Jan;151(1):54–61.
52. Lemaire A, Colson M-H, Alexandre B, Bosio-leGoux B, Klein P. Pourquoi les patients qui ont des difficultés sexuelles ne consultent-ils pas plus souvent ? D'après une enquête française de l'ADIRS. *Sexologies*. 2009 Jan;18(1):32–7.
53. Basson R, Rees P, Wang R, Montejo AL, Incrocci L. Sexual Function in Chronic Illness. *J Sex Med*. 2010 Jan;7(1):374–88.
54. Nicolosi A, Moreira ED, Villa M, Glasser DB. A population study of the association between sexual function, sexual satisfaction and depressive symptoms in men. *J Affect Disord*. 2004 Oct;82(2):235–43.
55. Bajos N, Bozon M. La sexualité à l'épreuve de la médicalisation : le Viagra. *Actes Rech En Sci Soc*. 1999;128(1):34–7.
56. Afssaps. Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. [Internet]. 2005 [consulté le 12/05/2017]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/9641eb3f4a1e67ba18a6b8aecd3f1985.pdf
57. Ankri J. Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. *Gérontologie Société*. 2002;103(4):93.
58. Barbeau G. La sexualité de la personne âgée et les médicaments. *Santé Ment Au Qué*. 1980;5(2):137.
59. Giuliano F, Droupy S. La iatrogénie médicamenteuse en médecine sexuelle. *Prog En Urol*. 2013 Jul;23(9):804–10.
60. Colson M-H. Couple, conjugalité et dysfonction érectile. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2007 Feb;35(2):129–34.
61. Colson M-H. Women faced with the problem of erectile dysfunction: women's view on a male problem. *Progres En Urol J Assoc Francaise Urol Soc Francaise Urol*. 2005 Sep;15(4):710–6.
62. Dallaire Y. Andropause, sexualité et couple. *Le médecin du Québec*. 2010 Mar;45(3):51–5.

63. Lemaire A, Grivel T, Costa P, Lachowsky M, Elia D. Dysfonction érectile, sexualité et influence socioculturelle. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2006 Dec;34(12):1154–60.
64. Buvat J, Ratajczyk J, Lemaire A. Les problèmes d'érection: une souffrance encore trop souvent cachée. *Andrologie.* 2002 Mar;12(1):73–83.
65. Latini DM, Penson DF, Colwell HH, Lubeck DP, Mehta SS, Henning JM, et al. Psychological Impact of Erectile Dysfunction: Validation of a New Health Related Quality of Life Measure for Patients With Erectile Dysfunction. *J Urol.* 2002 Nov;168(5):2086–91.
66. Jønler M, Moon T, Brannan W, Stone NN, Heisey D, Bruskewitz RC. The effect of age, ethnicity and geographical location on impotence and quality of life. *Br J Urol.* 1995 May;75(5):651–5.
67. Colson M-H, Lemaire A, Pinton P, Hamidi K, Klein P. Couples' sexual dysfunction: Sexual Behaviors and Mental Perception, Satisfaction and Expectations of Sex Life in Men and Women in France. *J Sex Med.* 2006 Jan;3(1):121–31.
68. Giami A. Fonction sexuelle masculine et sexualité féminine. Permanence des représentations du genre en sexologie et en médecine sexuelle. *Communications.* 2007;81(1):135–51.
69. Ministère de la Santé. Plan national "Bien vieillir" 2007-2009. [Internet]. [Consulté le 23/03/2017] Disponible sur: http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf
70. Colson M-H. Sexualité après 60 ans, déclin ou nouvel âge de vie? *Sexologies.* 2007 Apr;16(2):91–101.
71. Dupras A, Viens M-J. L'éducation à la sexualité des aînés: éléments de sexogérontagogie. *Sexologies.* 2008 Jul;17(3):135–42.
72. Frank E, Anderson C, Rubinstein D. Frequency of Sexual Dysfunction in Normal Couples. *N Engl J Med.* 1978 Jul 20;299(3):111–5.
73. Marandola P, Musitelli S, Nosedà R, Stancati S, Vitetta D, Jallous H, et al. Love and sexuality in aging. *Aging Male.* 2002 Jan;5(2):103–13.
74. Colson M-H. Âge et intimité sexuelle. *Gérontologie Société.* 2007;122(3):63.
75. Bretschneider JG, McCoy NL. Sexual interest and behavior in healthy 80- to 102-year-olds. *Arch Sex Behav.* 1988 Apr;17(2):109–29.
76. Trudel G, Goldfarb MR. L'effet de l'âge sur le répertoire et le plaisir sexuel. *Sexologies.* 2006 Oct;15(4):266–72.
77. Bozon M, Leridon H, Riandey B. Les comportements sexuels en France: D'un rapport à l'autre. *Bulletin d'information de l'INED.* 1993;(276):1–4.

78. Tartu N. Les freins à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale: Etude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine. [Thèse de Doctorat d'Université] Rennes: Université européenne de Bretagne Faculté de Médecine; 2016.
79. Low W-Y, Ng C-J, Tan N-C, Choo W-Y, Tan H-M. Management of erectile dysfunction: barriers faced by general practitioners. *Asian J Androl*. 2004 Jun;6(2):99–104.
80. Gott M, Hinchliff S, Galena E. General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Soc Sci Med*. 2004 Jun;58(11):2093–103.
81. Vallée J. Enseigner la prise en charge de la plainte sexuelle. *exercer*. 2008;81:49–51.
82. Shabsigh R. Efficacy of sildenafil citrate (Viagra) is not affected by aetiology of erectile dysfunction. *Int J Clin Pract Suppl*. 1999 Jun;102:19–20.
83. Fugl-Meyer AR, Lodnert G, Bränholm IB, Fugl-Meyer KS. On life satisfaction in male erectile dysfunction. *Int J Impot Res*. 1997 Sep;9(3):141–8.
84. Giami A. La médicalisation de la sexualité : fausses questions et vrais enjeux. *Sexologies*. 2009 Oct;18(4):262–4.
85. Bajos N, Bozon M, Beltzer N, editors. Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé. Paris: Découverte; 2008.

ANNEXES

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN INITIAL

PREAMBULE : Présentation de l'entretien au patient.

Cet entretien va durer 20 à 40 minutes, aucun tiers ne peut être présent.

Nous allons aborder le thème de la sexualité, et plus particulièrement de votre sexualité.

Les entretiens sont anonymisés, vous pouvez répondre de manière totalement libre aux questions.

Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse.

Si une question ne vous paraît pas compréhensible, n'hésitez pas à le dire afin qu'on puisse la reformuler.

Vous pouvez ne pas répondre à une question immédiatement et essayer d'y répondre par la suite.

QUESTIONNAIRE :

- **Quel âge avez-vous ?**
- **Quelle profession exercez-vous ?**
- **Où habitez-vous ?**
- **Êtes-vous marié ?**

- **Que pouvez-vous me dire sur votre sexualité ?**
 - Quelles images, quelles représentations vous faites-vous de votre sexualité ?
 - Quelles est votre activité sexuelle ?

- **Quelles répercussions votre sexualité a-t-elle sur votre vie ?**
 - Quelles conséquences votre sexualité a-t-elle sur votre vie ?

- **Quelles sont selon vous les causes de la modification de votre sexualité ?**
 - Il y a eu des modifications de votre sexualité, pourquoi ?

- **Que vous vient-il à l'esprit lorsque vous pensez à votre sexualité future ?**
 - Comment imaginez-vous votre sexualité dans les années avenir ?

- **Quelles seraient, selon vous, les solutions pour améliorer votre vie sexuelle ?**
 - Quelles sont vos attentes par rapport à votre sexualité ?
 - Que voudriez-vous que l'on fasse par rapport à votre sexualité ?

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN FINAL

- Quel âge avez-vous ?
- Quelle profession exercez-vous ? Etes-vous à la retraite ?
- Où habitez-vous ?
- Êtes-vous marié ? Depuis combien de temps ? Est-ce un premier mariage ?

- Je souhaiterai aborder avec vous le thème de la sexualité de manière générale, que pouvez-vous me dire par rapport à ça ?
 - Quelles images, quelles représentations vous faites-vous de la sexualité en général ?
 - Quelles images, quelles représentations avez-vous de la sexualité après 60 ans ?

- Selon vous, qu'est-ce qu'une sexualité normale ?

- Que pouvez-vous me dire par rapport à votre sexualité personnelle ?
 - Comment est votre vie sexuelle ?

- Quels ont été les changements de votre sexualité avec l'âge ?

- Quelles sont selon vous les causes des modifications de votre sexualité ?
 - Il y a eu des modifications de votre sexualité, pourquoi ?

- Quelles répercussions votre sexualité ou l'absence de sexualité a-t-elle sur votre vie ?
 - Quelles conséquences votre sexualité/ ou l'absence de vie sexuelle a-t-elle sur votre vie ?
 - Y'a-t-il des conséquences au niveau personnel ou au niveau de votre relation de couple ?

- Que vous vient-il à l'esprit lorsque vous pensez à votre sexualité future ?
 - Comment imaginez-vous votre sexualité dans les années à venir ?
 - Comment voyez-vous l'avenir ?

- Que faudrait-il, selon vous, pour améliorer votre vie sexuelle ?
 - Quelles sont vos attentes par rapport à votre sexualité ?
 - Que voudriez-vous que l'on fasse par rapport à votre sexualité ?
 - Qu'attendez-vous de la médecine ?
 - Quelles seraient les solutions pour améliorer votre vie sexuelle ?
 - Quelles seraient les solutions, aussi bien au niveau médical qu'au niveau privé qui pourrait aider votre sexualité ?

- Nous arrivons au terme de l'entretien, avez-vous des choses à rajouter ou à rectifier ?
 - Souhaitez-vous revenir sur certaines questions ?

ANNEXE 3 : CONTEXTE D'ENONCIATION

HOMME N° 1

C'est un patient de 60 ans, toujours dans la vie active. Il est divorcé et vit actuellement en concubinage.

Selon lui, la sexualité est quelque chose de privé et un plaisir nécessaire au bien-être.

Il a conservé une activité sexuelle qu'il qualifie de normale avec sa compagne.

Ce patient considère « que ça marche beaucoup moins bien » avec une baisse de la fréquence des rapports qui nécessitent plus de préparations. Il décrit des troubles érectiles isolés. Il existe une baisse de la libido modérée.

Les causes sont essentiellement le vieillissement, une baisse de la force musculaire, une fatigabilité et une récupération post effort plus lente ainsi que liées à sa partenaire.

Ses modifications de la sexualité n'ont pas de conséquence.

Ses projections quant à sa sexualité future sont plutôt pessimistes, avec un fatalisme et une anxiété modérée associée. Ses craintes sont majoritairement tournées vers sa santé générale plutôt que sa santé sexuelle.

Il fonde un certain espoir dans les traitements mais considère que le pouvoir du médecin ne se limitera qu'à prescrire ce type de traitement.

HOMME N°2

C'est un patient de 69 ans, divorcé, a été plusieurs années célibataire. Il vit depuis 1 an en concubinage.

C'est un patient satisfait de sa sexualité avec sa compagne.

Il insiste sur l'aspect privé de la sexualité. Celle-ci est, selon lui, essentielle et nécessaire au bien-être et à sa relation de couple.

Les modifications de sa sexualité sont principalement une baisse de la libido, avec une baisse de la fréquence des rapports. Les causes décrites sont principalement liées à l'âge.

Il reconnaît l'importance d'un partenaire régulier et d'une relation de couple basée sur la communication dans l'épanouissement sexuel.

La relation de couple lui paraît plus importante que sa sexualité.

Il a une vision plutôt optimiste de l'avenir, avec l'espoir de maintenir sa sexualité actuelle le plus longtemps possible mais sans se projeter de manière trop importante.

HOMME N°3

C'est un homme de 67 ans, marié. Retraité de l'armée avec missions longues, il avait une vie de couple ponctuée de rares retrouvailles. Sa retraite lui permet plus de temps de vie de couple mais cela n'a pas modifié ses habitudes sur le plan sexuel.

Il considère la sexualité comme importante pour le couple en mettant en avant le plaisir et le bien-être. La sexualité lui paraît essentielle pour la santé générale.

Il rapporte comme modifications de sa sexualité une baisse de l'excitabilité et une baisse de son activité sexuelle liée à une baisse de tonus. Une autre cause rapportée serait sa femme qui présenterait une baisse de libido plus prononcée.

Il se dit satisfait de sa sexualité actuelle, considère que c'est une continuité avec sa vie sexuelle et sa vie de couple antérieure. Ce patient ne présente pas de projection particulière quant à sa sexualité future et se dit plus anxieux quant à sa santé générale.

C'est un patient attaché au plaisir de la vie et se satisfait de l'esthétisme des femmes sans

pour autant passer à l'acte. La notion de fidélité au sein du couple lui semble fondamentale. Selon lui, les possibilités pour améliorer sa vie sexuelle pourrait se trouver dans le jeu, cependant le partage et échange avec sa partenaire reste la solution principale à un épanouissement sexuel.

Ce patient met en avant l'importance de la médecine sexuelle aussi bien dans la prise en charge organique que psychologique. Il considère que c'est à lui d'en parler au médecin s'il apparaissait des troubles sexuels importants.

HOMME N°4

C'est un patient de 65 ans, marié depuis 45 ans.

Il définit la sexualité comme un moyen pour construire une famille et met en avant la relation de couple au sein de la sexualité.

Le patient nous rapporte une absence quasi totale de sexualité dont la cause essentielle est liée à sa femme qui présente des pathologies neurologiques ainsi que gynécologiques invalidantes.

Il nous décrit une frustration initiale puis une dépression pour lequel un traitement a été nécessaire. Cette situation s'est chronicisée et le patient dit avoir accepté la situation. Il envisage l'avenir avec fatalisme. A ce jour, il ne décrit pas de trouble thymique.

Il met en avant l'importance du couple et son attachement fort à sa femme.

Il considère qu'un équilibre a été trouvé grâce aux liens conjugaux forts. Le couple et la structure familiale sont une priorité.

Lors de sa dépression, il y a 2-3 ans, il n'avait pas évoqué les troubles sexuels comme potentiel cause de ses troubles thymiques. Lorsque le médecin lui a parlé du projet de thèse, cela a été un élément déclencheur pour aborder le sujet. Malgré une relation de confiance avec son médecin, il n'en aurait pas parlé de lui-même, par pudeur et fierté.

HOMME N°5

Patient de 68 ans, 3ème mariage, en couple avec sa dernière femme depuis 24 ans.

C'est un homme très positif, très satisfait de sa sexualité. Il ne considère pas avoir de problème de sexualité ni qu'il y ait eu de modifications de sa sexualité avec l'âge. Cependant, il décrit tout de même une baisse de la fréquence des rapports sexuels. Pour lui les causes sont la fatigabilité liée à l'âge et surtout le fait que sa femme présente un émoussement de son intérêt pour la sexualité.

Toutefois, il n'exprime pas de conséquence particulière à ces changements puisque la relation de couple est très forte.

HOMME N°6

Patient 68 ans, marié, c'est un second mariage.

Ce patient présente un ATCD de prostatectomie totale sur adénocarcinome prostatique.

Les troubles sexuels sont secondaires à la chirurgie : il présente une DE et des troubles de l'éjaculation.

Une consultation avec son urologue dédiée aux risques lié à la chirurgie notamment au niveau sexuel avait été faite, il était accompagné de sa femme. La prise de décision concernant la chirurgie et l'acceptation des risques avait été commune. Le patient a bénéficié de traitements pour la DE dont les effets semblaient limités.

Il dit présenter une certaine frustration, minorée par le fait que sa femme semble satisfaite.

La satisfaction qu'il retrouve dans sa relation de couple et de la communication avec sa partenaire est prioritaire par rapport à sa satisfaction sexuelle.

HOMME N°7

C'est un patient de 63 ans, marié depuis 39 ans et retraité depuis peu.

Il dit présenter des modifications de la sexualité liées à l'âge. Ces changements s'opèrent au niveau de la phase préparatoire, de la phase d'orgasme et de l'allongement de la période réfractaire. Il n'exprime pas de trouble de la libido par ailleurs.

Ce patient se dit être satisfait de sa sexualité et semble plutôt positif quant à ses projections futures.

Il considère que les solutions qui pourront être apportées pour améliorer sa sexualité passe par la communication avec sa partenaire.

Si un trouble sexuel invalidant arrivait, il aborderait de lui-même le sujet avec son médecin avec lequel il entretient un rapport de confiance important.

HOMME N°8

Homme de 85 ans, insuffisant respiratoire chronique sévère, oxygéo-dépendant, handicap respiratoire important.

C'est un ancien militaire, il partait souvent à l'étranger sur des missions longues. Ce patient me confie qu'il avait des relations extra conjugales lors de ses missions.

Il me décrit cependant une empreinte socioculturelle traditionnelle, enracinée dans la religion.

Il vit actuellement dans un second mariage après le décès de sa première épouse.

Lors de l'entretiens, s'attache à me parler de sa sexualité ancienne.

Il décrit une disparition quasi totale de sa sexualité, avec une sexualité tournée plus vers la tendresse. D'après lui les causes sont le vieillissement, il ne mentionne pas sa pathologie.

Il considère avec fatalisme la disparition de sa sexualité.

HOMME N°9

C'est un patient de 69 ans, présentant un handicap physique important suite à une amputation du membre inférieur. Il est célibataire, divorcé depuis son amputation.

Ce patient présente un syndrome dépressif sévère d'origine multifactorielle (solitude et handicap).

A la définition de la sexualité, il met en avant l'importance des valeurs morales au sein du couple et de la sexualité.

Il me déclare ne plus avoir de sexualité mais me dit « *Celui qui vit sans ça [la sexualité] je sais pas comment il fait... »*

Les causes sont sa pathologie et l'absence de partenaire.

Il déclare un manque lié à son absence de sexualité et montre un fatalisme important.

Il se dit très suspicieux quant aux traitements à visée sexuelle et les associe à des drogues.

HOMME N° 10

C'est un patient de 73 ans, marié mais vivant une conjugopathie importante pour laquelle il a quitté sa femme pendant 9 ans, (sans divorce) a eu pendant cette période une relation de couple avec une autre partenaire. Devant la pression familiale, ce dernier a décidé de se séparer de cette nouvelle partenaire et de retourner vivre avec sa femme

Cependant, la conjugopathie est toujours présente, il me rapporte qu'ils n'ont pas de relation

de couple. Il déclare un certain regret sur le plan personnel d'avoir cédé aux pressions familiales. Bien que sur le plan familial, il décrit une amélioration des relations. Ses modifications de sa sexualité essentiellement une baisse de la libido due à la conjugopathie mais aussi liée à la prise d'anti-dépresseurs et la prise de bêta-bloquants. Il décrit un épisode dépressif qui semble lié à la conjugopathie. Il déclare avoir une meilleure tolérance à la frustration associée à l'âge mais aussi liée à cette baisse de libido.

HOMME N° 11

C'est un patient de 86 ans, marié depuis 56 ans.

C'est un homme très traditionnel, avec une vision de la sexualité essentiellement à but procréatif.

Il décrit une disparition de sa sexualité suite à l'apparition de DE, liée au vieillissement.

Il reconnaît aussi une cause pathologique liée à une arthrose lombaire évoluée.

Il n'a aucune projection quant à sa sexualité future. Les troubles érectiles sont bien acceptés, il ne présente aucune conséquence suite à la disparition de sa sexualité et présente même un vécu positif.

Pour lui, il n'y a aucune nécessité à consulter un médecin pour ses troubles.

Il n'a pas d'échange particulier avec sa femme sur la sexualité ni suite à l'apparition de ses troubles.

HOMME N°12

C'est un patient de 65 ans, marié depuis 37 ans, toujours dans la vie active.

La sexualité a une place importante dans sa vie.

Modification de sa sexualité ont débuté vers la soixantaine par une baisse de la libido.

Les causes reconnues sont la prise de traitements à visée antalgique pour des cervicalgies chroniques invalidantes.

Il déclare présenter une certaine labilité thymique suite aux modifications de sa sexualité.

Ses projections quant à sa sexualité future sont pessimistes avec un fatalisme important.

Les possibles solutions selon lui seraient de traiter sa pathologie chronique sous-jacente.

Une prise en charge médicale a été entreprise sans effet puisque probablement non adaptée.

Ce patient me déclare regretter que son médecin n'ait pas initié la discussion autour de la sexualité, et considère que les médecins devraient aborder le sujet de manière plus systématique.

Aussi, sur le plan de son couple, celui-ci accorde une place essentielle à sa partenaire notamment au niveau sexuel.

ANNEXE 4 : EXEMPLE DE VERBATIM

- **Quel âge avez-vous ?**
- *J'ai 63 ans*
- **Quelle profession exercez-vous ?**
- *Je suis, enfin j'étais enseignant en économie et droit...*
- **Vous êtes retraité ?**
- *Oui, depuis le premier septembre...2015*
- **Où habitez-vous ?**
- *XXX (en Vienne 86)*
- **Êtes-vous marié ?**
- *Oui...*
- **C'est un premier mariage ?**
- *Oui, c'est un premier... depuis 1977*

- **Je souhaiterai, d'abord, aborder avec vous le thème de la sexualité, de manière générale, que pouvez-vous me dire par rapport à ça ?**
- *Ah !... C'est très ... vache ! Bah je sais pas ... on a conservé une activité sexuelle importante... très régulière...*

- **Quelles images, quelles représentations vous faites la sexualité en général... Pas obligatoirement au niveau personnel ?**
- *Bah, une image très libre, j'ai aucun a priori sur n'importe quelle sexualité... que ce soit homosexualité, bisexualité... non, je vois ça comme quelque chose de tout à fait naturel, qui me pose aucun problème particulier au niveau de la morale. Pour moi, il n'y a pas de rapport entre tout ce qui est sexualité et morale. Tout ce qui est en dehors de la sexualité, par exemple, euh des éléments comme le viol, c'est plus de la sexualité... donc vous voyez, des choses comme ça... tout ce qui est la sexualité, ça me semble normal, naturel et j'ai pas de tabou la dessus ni d'à priori... non, rien de tout ça...*

- **Quelles images avez-vous de la sexualité à plus de 60 ans ?**
- *C'est tout à fait récent pour moi... enfin après 60 ans, mais même après 50 ans... parce qu'en fait y'a pas de frontière bien défini, c'est un problème d'âge mais chacun vieillit à son rythme... on s'aperçoit quand même que les rapports sexuels sont un peu plus difficiles quand même à 63 ans, ils sont toujours agréables mais bon, parfois, y'a plus de difficulté à se mettre en train, et parfois c'est plus difficile d'arriver jusqu'au bout quoi...mais bon à part ça, y'a pas de problème particulier, disons aussi qu'on découvre un peu autres choses...quoi. Par rapport à la sexualité de 20 ou 30 ans, c'est bien plus apaisé évidemment, parce qu'on a moins... euh... la puissance masculine est beaucoup moins importante donc on s'intéresse beaucoup plus à d'autres choses qu'on peut avoir que quand on a 20 ou 30 ans...*
- **Et quand vous dites « on s'intéresse plus à d'autres choses » ...**
- *Ah ce que je veux dire par là, on passe plus de temps à faire des caresses, des choses comme ça que à 20 -25 ans ou 30 ans, où c'est une sexualité un peu plus brute en général... Si je puis dire... C'est peut-être pas tellement les termes...*

- **Que pouvez-vous me dire par rapport à votre sexualité personnelle ?**
- *Ça reste des rapports réguliers, qui sont... un peu plus long, euh, au niveau euh... Sur les phases de préparations, peut être de plus en plus longues...euh mais qui restent réguliers, satisfaisants ... et indispensables car je pense que c'est très important...*

- **Comment se sont fait les changements de votre activité sexuelle avec l'âge ?**
- *Le premier changement... c'est la fréquence des rapports successifs, c'est à dire... Par exemple quand on est jeune ou très jeune, on peut faire plusieurs rapports successifs... euhh... dans un temps limité quoi ! Quand on arrive à un certain âge, c'est plus compliqué quoi ! Des problèmes d'éjaculation sont plus du tous les mêmes, quoi ! Quand on a 25,30 ou 40 ans, bon ça pose pas de problème... Quand on a 60 ans, faire deux rapports successifs avec éjaculation, c'est beaucoup plus long et plus compliqué...Quoi ! C'est un des problèmes un peu plus décevants dans l'histoire car on est obligé de travailler un peu... de faire différemment, quoi !*

- **Quelles répercussions votre sexualité a-t-elle sur votre vie ?**
- *Je peux pas vous répondre vraiment comme on a pas eu de problème particulier, bah non...c'est toujours aussi quelque chose, on a toujours été en bonne harmonie, il y a pas eu de répercussion particulière... Y' a pas eu de phase de rejet ou quoi que ce soit, ça c'est toujours répété assez régulièrement donc y'a pas eu de phase ou... Une ou deux où ça a été un peu plus compliqué mais... c'est régulier en général...*

- **Quelles sont selon vous les causes de la modification de votre sexualité ?**
- *Bah les modifications c'est le fait que quand on avance en âge, même si a 63 ans, on n'est pas encore tout à fait vieux, mais c'est le fait que les rapports sont un peu plus compliqués, y'a pas la même vitalité, des choses comme ça. C'est un peu le problème particulier... mais l'envie est toujours le même, c'est pas le problème... l'envie est toujours le même, le désir est toujours le même mais effectivement le passage à l'acte est un peu plus compliqué quoi... quand le temps passe... parce qu'en fait tout le reste, envie, attirance, attrait ça change pas quoi !*

- **Comment imaginez-vous votre sexualité dans les années à venir ?**
- *Bah j'espère que ça continuera pas mal de temps...j'espère qu'il y aura pas... que ça peut continuer très longtemps...*
- **Vous avez certaines craintes ?**
- *Pas spécialement, moi je vis un peu au jour le jour, enfin c'est des choses que je vivais un peu au jour le jour, donc je sais pas... Mais bon de quoi l'avenir est fait, je sais pas du tout, j'ai pas du tout... J'ai ni crainte ni... Mais bon peut être que dans 5 ou 10 ans les choses seront différentes... Après tout, on m'a bien découvert de l'hypertension alors que j'étais en pleine forme ! Donc voilà non, j'en ai aucune idée...*

- **Que faudrait-il, selon vous, pour améliorer votre vie sexuelle ?**
- *Je sais pas... Bah, ce sont des choses qui se font à deux, donc précisément je sais pas, les choses sont actuellement satisfaisantes, je vois pas très bien !*

- **Quand vous dites, « ce sont des choses qui se font à deux... » qu'entendez-vous par là ?**
- *Bah c'est à dire, comme on est deux pour des rapports sexuels, tout ce qui peut améliorer ou transformer, je pense aussi que ça peut se décider à deux quoi... pas se négocier, mais se discuter quoi... en parler, en parler ! Pas rester sur un truc, aujourd'hui, ce soir ça a pas marché, bah ce sont des choses qui arrivent, y'a une panne, c'est pas trop fréquent heureusement mais les pannes ça arrive... voilà on discute et puis c'est tout... faut pas qu'il y en ai un des deux qui soit dans son coin à dire « ouais t'as pas fait ci, t'as pas fait ça... » mais plutôt « qu'est ce qui s'est passé... ». Moi, j'en sais rien, quand il y a des pannes, moi je sais pas ce qui se passe... il peut y avoir un tas de cause, le stress, ceci cela, mais j'en ai aucune idée. Faut pas rester sur des rancœurs ou des choses comme ça. Bon, voilà, ce sont des choses qui arrivent... le mieux c'est de bien en parler... et on comprend l'autre !*

- **Que voudriez-vous que l'on fasse par rapport à votre sexualité ?**
- *Bah pour l'instant rien... que ça continue comme ça... après quand des problèmes arriveront, quand le problème se posera bah, je sais pas ! J'irai voir mon médecin...*
- **De vous-même ?**
- *Voilà j'irais lui en parler et puis c'est tout...*
- **Et si le médecin fait la démarche ?**
- *Si les choses se passaient pas très bien, si il y avait des pannes beaucoup plus fréquentes, trop fréquentes, bah j'irais en parler au médecin... Mais j'attendrai pas qu'il m'en parle ! Je lui en parlerai parce que ça me pose pas de problèmes particuliers pour en parler. Pour moi ce sont des choses tout à fait ordinaires donc y'a pas de raison de dissimuler quoi que ce soit. Voilà quoi. D'autant plus qu'on a un rapport de confiance avec le médecin, donc... bon je le vois un peu plus souvent qu'autrefois mais bon... avant je le voyais pratiquement pas... maintenant je le vois un peu plus souvent avec l'hypertension...*

- **On a fait le tour des questions... Avez-vous des choses à rajouter ? Des points que vous voudriez éclaircir ?**
- *Bah non, je savais pas dans quels sens ça allait tourner, donc j'ai pas pu trop me préparer. Après je sais pas du tout si j'ai bien répondu.*
- **Non ne vous inquiétez pas, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses...**
- *Ah oui... bon mais je sais parce que moi j'ai fait pas mal de questionnaire, je faisais aussi de la communication, donc je sais c'est pas facile de traiter des questions ouvertes... mais là vous avez pris quelque chose de compliqué... en plus, si vous aviez fait un questionnaire du type combien de rapport par moi, par semaine... c'est du statistique, ça enlève du naturel. Étant donné qu'on peut aussi raconter n'importe quoi... vaut mieux faire des questions très vastes. Faut pas les guider...*

THEMES	SOUS-THEMES	ENTRETIEN N°1	ENTRETIEN N°2	ENTRETIEN N°3
sexualité: définitions	privé	La sexualité, c'est quelque chose de privé	Ca ne regarde que moi et ma partenaire et personne d'autre...	
	Le couple		Dans le couple, ça permet de nous rapprocher	C'est indispensable au couple
	Echange et partage			La sexualité à deux, il faut que ce soit partagé... / C'est l'échange.
	Normal/ naturel		c'est quelque chose de normal. c'est normal que ça fasse partie de la vie	Ca fait parti de la vie
	Besoin / Indispensable/ importance	A 60 ans on a encore besoin de sexe	Le sexe, c'est très important pour nous	c'est pas une préoccupation, ce serait plutôt un besoin/ c'est indispensable au couple.
	Plaisir et Bien-être	On se sent mieux, quand même, quand on a fait l'amour/ C'est quand même un beau plaisir pour être honnête.	Quand on a une sexualité, on se sent bien.	Le côté bien-être, plaisir est toujours là.../ Ca fait parti du bien-être général.
Les modifications	aspects socio-comportementaux		J'allais un peu à droite, à gauche... / J'ai pas pu donner mon sang à cause de ça...	On a toujours cette conception conservatrice... / On a toujours été fidèle l'un à l'autre...
	Générale	La sexualité à mon âge, ça marche encore mais plus comme à 20 ans...	Bah, c'est sûr, j'ai plus 20 ans...	rien n'a véritablement changé.
	fréquence des rapports	on le fait moins, beaucoup moins.		

ANNEXE 6 : FICHE D'INFORMATION REMISE AU PATIENT

Monsieur,

Actuellement interne en médecine générale, je prépare ma thèse de fin d'étude. Celle-ci porte sur la sexualité des hommes de plus de 60 ans.

Ce projet est dirigé par le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT, membre du département de médecine générale à la faculté de médecine de Poitiers et médecin Généraliste à Nueil-les-Aubiers.

L'objectif de cette étude est d'évaluer le ressenti des hommes face à leur sexualité. Pour cela, nous avons besoin du point de vue d'hommes.

Les patients volontaires seront vus lors d'un entretien individuel, à leur domicile ou au cabinet médical. Aucune autre personne ne doit être présente lors de l'entretien en dehors du patient et de l'enquêtrice. La durée d'un entretien est de 20 à 40 minutes en moyenne.

Un enregistrement audio de l'entretien sera réalisé, sauf en cas de désaccord. Les données de l'entretien seront retranscrites mot à mot.

Ces entretiens sont anonymes, après analyse, ils seront détruits. Ils ne seront pas utilisés pour d'autres études.

Les questions abordent le thème de la sexualité, vous pouvez refuser de répondre aux questions si vous le souhaitez.

De même, à tout moment, vous pouvez mettre fin à votre participation à cette étude, et ce, sans qu'aucun préjudice ne vous soit causé.

Un dossier concernant cette étude a été soumis au comité d'éthique de La Rochelle qui n'a pas émis d'objection quant à ce projet.

Pour plus d'informations, vous pouvez me contacter au 06-XX-XX-XX-XX.

Lucile Germain

Interne en médecine générale.

Je certifie avoir reçu une information claire, loyale, appropriée concernant l'étude.
J'ai reçu et lu le formulaire d'information.

J'accepte librement et volontairement de participer à la recherche décrite et je suis parfaitement conscient que je peux retirer à tout moment mon consentement de participation à cette recherche sans avoir à me justifier et sans qu'aucun préjudice ne me soit causé.

J'accepte que l'entretien soit enregistré sachant que les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif de cette étude.

J'ai été informé que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication.

Pour plus d'information, je peux contacter le médecin en charge des entretiens au 06-XX-XX-XX-XX.

Fait à : Le :

Signature du volontaire, précédée de la mention « lu et approuvé ».