

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

THESE

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

présentée et soutenue publiquement
le 17 octobre 2014 à Poitiers
par **Mademoiselle Déborah Carrin**

Quelles sont les divergences de points de vue entre médecins généralistes et patients de plus 50 ans concernant les préoccupations sexuelles et les attentes de ces derniers ?

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jacques Irani

Membres : Monsieur le Professeur Jean Louis Senon
Monsieur le Professeur Xavier Fritel
Madame le Docteur Stéphanie Grandcolin

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Xavier Lemercier



Le Doyen,

Année universitaire 2013 - 2014

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie (**surnombre**)
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre**)
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
30. HERPIN Daniel, cardiologie
31. HOUETO Jean-Luc, neurologie
32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
33. IRANI Jacques, urologie
34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation
(**de septembre à décembre**)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
45. MACCHI Laurent, hématologie
46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (**surnombre**)
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIOT Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
66. ROBLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, oncologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Irani,

Vous me faites le grand honneur de porter de l'intérêt à ce travail et de présider ce jury de thèse. Veuillez accepter l'expression de ma sincère gratitude. J'ai découvert et aimé l'urologie à vos côtés, j'ai choisi la médecine générale avec au demeurant un intérêt particulier pour cette spécialité dans ma pratique.

A Monsieur le Professeur Senon,

Vous me faites l'honneur de siéger au sein de ce jury, pour votre attention et l'appréciation de ce travail, soyez assuré de ma reconnaissance et de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Fritel,

Vous avez accepté de faire partie de ce jury, veuillez trouver ici en retour l'expression de mon plus profond respect.

A Madame le Docteur Grandcolin,

Je suis sensible à l'honneur que tu m'as fait en acceptant de porter un jugement sur mon travail et je t'en remercie. La sexologie a pris tout son sens pour moi grâce aux formations que tu as organisées, merci.

Au Docteur Xavier Lemerrier, mon cher directeur de thèse,

Merci d'avoir accepté de m'accompagner, me soutenir et me conseiller tout au long de ce travail. Tes précieux conseils et tes remarques avisées m'ont permise d'avancer.

Aux médecins qui ont accepté de participer à l'étude,

Un grand merci pour votre participation active et intéressée. Grâce à vos remarques bienveillantes, j'ai acquis la conviction de l'intérêt de notre travail et j'ai obtenu un matériel d'étude riche et intéressant.

A mes parents,

Vous êtes l'essence de tout, depuis toujours. Merci pour votre soutien sans faille, vos précieuses relectures surtout toi ma petite maman. Vous avez vécu et partagé le meilleur de moi et avec moi mais aussi parfois le pire, pour cela et tout le reste, je vous aime. Eternellement.

A mon amour, Pierrot

Sans toi rien de tout cela n'aurait été possible. Tu es mon homme parfait, je peux compter sur toi inconditionnellement. Aucun mot ne pourra suffire pour te remercier et pour te dire à quel point je t'aime.

Augustin mon Ninou et toi mon babychou en devenir,

Vous êtes les moteurs de ma vie, j'avance et j'agis pour vous et en fonction de vous. Vous êtes le soleil sans qui je ne pourrais vivre. Grâce à vous je deviens meilleure chaque jour. Je vous aime pour toujours et à jamais.

A Matou,

Ma choute, tu es mon réconfort depuis tant d'années maintenant. Avec toi l'adage loin des yeux... s'arrête là car quoi qu'il arrive, de près comme de loin, on est liée. Je t'aime toi et demi !

A Estelle,

Ma plus vieille amie avec qui les souvenirs sont maintenant innombrables mais au combien précieux. Quoi qu'il advienne, je serai là et je sais qu'il en va de même pour toi. Je t'aime.

A mes amis les plus proches,

Cécilou ma précieuse amie, Lily mon ti'bout d'amour, Laurette ma biche au grand cœur, Lizize mon hyperactive mais disponible pour moi, Chatouq l'adorable, Margaux mon repère parisien et vous, tous mes copains avec qui j'ai partagé tant de soirées, de rires, de délires et de confessions pour certains... Que d'années passées à vos côtés, je ne vous lâcherai pas, je ne me sens bien que lorsque je vous sais non loin de moi. Vous êtes ma famille, mes piliers je vous aime tous, sans exception.

A ma famille,

Ce clan qui m'a si souvent portée et plus particulièrement mes grands-mères d'amour. Merci.

Table des matières

Liste des enseignants.....	2
Remerciements.....	4
Table des matières.....	6
Liste des abréviations.....	8
I. INTRODUCTION	9
II. GENERALITES ET CONTEXTE	13
A. La sexualité en France	13
1. Contexte historique.....	13
2. Caractéristiques de la sexualité en France de nos jours chez les plus de 50 ans.....	15
3. La sexualité dans les médias, émissions télé et autres publicités.....	16
4. Qu'est ce que la santé sexuelle des plus de 50 ans ?.....	19
B. La génération des 50 ans et plus	24
1. Pourquoi cette limite d'âge ?	24
2. Caractéristiques sociologiques de ces générations.....	25
3. Spécificités de la sexualité des seniors.....	27
C. La santé sexuelle en médecine générale avec les plus de 50 ans : état des lieux.....	32
1. Les rôles et compétences du médecin généraliste	32
2. Demandes et attentes des patients auprès de leur médecin généraliste	33
3. Abord de la sexualité par les médecins généralistes : freins, a priori et conséquences.....	34
4. La formation des médecins en matière de santé sexuelle	36
III. METHODE	39
A. Hypothèse de travail	39
B. Objectifs.....	40
1. Recueillir le point de vue des médecins généralistes.....	40
2. Etudier les préoccupations sexuelles des plus de 50 ans.....	41
C. Description de la méthodologie	41
1. Le focus group de médecins généralistes	41

2.	Le recueil de données internet concernant les préoccupations sexuelles des patients.....	48
IV.	RESULTATS.....	52
A.	Le focus group de médecins généralistes	52
1.	Données générales concernant l’entretien.....	52
2.	Profil des médecins	53
3.	Les grands thèmes tirés de l’entretien collectif	53
B.	Données internet pour les préoccupations sexuelles des patients de plus de 50 ans.....	70
1.	Les résultats bruts des recherches	71
2.	Les grands thèmes issus des recherches internet.....	76
V.	DISCUSSION	82
A.	Les limites de l’étude.....	82
1.	La subjectivité en recherche qualitative.....	82
2.	Liées aux principes du focus group lui-même	83
3.	Le manque de temps et de financement	83
B.	Les divergences et les convergences de points de vue entre médecins et patients.....	84
1.	Les divergences	84
2.	Les convergences.....	90
C.	Justification des médecins quant à la complexité de prise en charge de la santé sexuelle des plus de 50 ans.....	93
1.	Les freins côté patients.....	93
2.	Les freins côté médecins	94
D.	Propositions des médecins pour prendre en charge la santé sexuelle des seniors.....	95
1.	La bonne question	95
2.	Le bon moment	95
3.	Orientation vers d’autres spécialistes	95
E.	Nos propositions.....	96
VI.	CONCLUSION	100
VII.	BIBLIOGRAPHIE.....	102
VIII.	ANNEXE	107
A.	Retranscription du <i>focus group</i>	107
IX.	SERMENT.....	163

LISTE DES ABREVIATIONS

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CD4 : Cluster de Différenciation 4

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

ENQUETE CSF : Enquête Contexte de Sexualité en France

HTA : HyperTension Artérielle

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

INVS : Institut de Veille Sanitaire

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RC : Résultat de Consultation

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SIDA : Syndrome d'Immuno Déficience Acquise

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

WONCA : World Organization of National Colleges Academies and Academic Association of General Practitioners

I. INTRODUCTION

« *La sexualité humaine n'est pas une donnée de la nature. Elle est construite par le contexte culturel et sociétal.* » (1)

Cette conception est une vision moderne de la sexualité.

Historiquement, la sexualité n'était synonyme que de procréation et faisait donc partie à ce titre des principes fondamentaux de l'organisation sociale.

Dans cette organisation sociale traditionnelle, la femme est réduite au rang de « productrice d'enfants » et se trouve stigmatisée en cas de stérilité ou bien encore accusée de sorcellerie en cas de ménopause dans certaines tribus africaines. (2)

La position subordonnée des femmes dans la reproduction et donc dans la sexualité s'est trouvée bouleversée grâce à l'émancipation féminine lors des révolutions industrielles et politiques successives dès la fin des années 60. Dans le même temps, ce sont tous les repères de la sexualité qui s'en sont trouvés modifiés.

L'émergence de l'égalité hiérarchique entre l'homme et la femme a permis l'apparition de l'idée d'un amour de couple équilibré et d'une sexualité indépendante de la reproduction. Cette dernière notion est d'ailleurs très largement diffusée par les médias, la publicité ou encore les émissions et autres blogs de santé.

Cependant, cet amour ne s'est pas affranchi de toute contrainte et s'exprime dans nos sociétés actuelles dans l'intimité de la chambre conjugale. Cette « *notion d'espace intime est historiquement récente* » ainsi que le démontre Norbert Elias dans son livre *La civilisation des mœurs* (3), contrairement aux « *demeures très peuplées de l'époque médiévale et classique, les lieux où l'on dormait avaient divers usages* ». En Occident, dans les mentalités judéo-chrétiennes mais aussi dans les autres religions représentées en France, le sexe reste sacré et privé. Cela a donc conféré un caractère secret à la sexualité et il devient donc difficile d'en parler à son entourage proche amical ou familial.

Mais alors, bien que les mœurs sexuelles occidentales aient évolué vers une libération des actes et une mise en avant du plaisir, l'acte sexuel en lui-même relève principalement de l'intime. C'est dans ce contexte paradoxal qu'un lieu hors de la chambre « conjugale » semble pouvoir recueillir le dévoilement des préoccupations sexuelles : le cabinet médical. Et particulièrement celui du médecin généraliste. (4)

Parmi les études sur le sujet, prenons pour exemple le travail de thèse de Séverine Oriol où le médecin généraliste est présenté comme l'interlocuteur privilégié quand il s'agit de santé sexuelle pour 55% des patients interrogés. (5)

L'autre grand principe à retenir lorsque l'on s'intéresse à la sexualité, c'est que celle-ci doit faire partie intégrante du soin.

Plusieurs grandes organisations de santé mettent en avant la santé sexuelle au même titre que la santé physique ou mentale, telles l'OMS (6) ou l'INPES (7) qui ont ajouté les définitions de la sexualité et de la santé sexuelle à celle historique de la santé. (8)

La sexualité tient donc une place centrale dans la vie des individus et dans notre société. Il devrait en être de même dans les cabinets de médecine générale.

Par ailleurs, force est de constater que la population française vieillit, les plus de 50 ans en 2013 représentant 37,3 % de la population.(9)

Cette population présente des dysfonctions sexuelles propres à son âge. On a coutume d'axer notre exercice en santé sexuelle, qu'il soit thérapeutique ou préventif, vers les populations adolescentes jusqu'aux adultes de moins de 40 ans. Ceci est lié en partie au fait que nous sommes mieux formés et informés sur ce sujet. En effet, il est plus facile de prendre en charge et en compte une sexualité chez les jeunes, du fait de l'approche par la procréation, l'information aux moyens contraceptifs et la prévention des infections sexuellement transmissibles. A l'inverse, chez les plus de 50 ans, cette approche est beaucoup plus empreinte des notions de plaisir/désir car libérée de la notion de procréation. Ce phénomène est tout à fait bien illustré par l'étude d'Elisabeth Catenacci(10). Celle-ci s'intéresse particulièrement aux plus de 75 ans mais démontre tout de même le manque d'intérêt des médecins (surtout les hommes) et de formation vis-à-vis de la sexualité des seniors. « *Ils sont prisonniers de leurs propres représentations ou tabous* ». Ainsi, les adjectifs employés pour qualifier la sexualité des plus de 75 ans en sont le reflet : « *rare* », « *problème secondaire* », « *gentil souvenir* ». Ces *a priori* les empêche d'aborder le sujet avec leurs patients au même titre que leurs problèmes de mémoire ou cardiaques.

De plus, on y apprend que « *la seule sexualité envisagée est la sexualité masculine, en grande majorité sous son aspect « mécanique », en effet, les réponses laissent entendre que c'est le dysfonctionnement érectile qui occupe le champ des investigations.* »

Pourtant, de nombreuses études nous prouvent que la sexualité des seniors n'est pas anecdotique, qu'elle soit masculine ou féminine. Pour exemple, cette étude américaine de 2007, relevant l'activité

sexuelle des 12 derniers mois pour 3 005 sujets âgés de 57 à 85 ans (11) : 73% des 57-64 ans déclarent avoir eu des rapports sexuels, 53% des 65-74 ans et 26% des 75-85 ans.

Une autre étude américaine, réalisée elle aussi en 2007, indique par ailleurs que cette population est en demande d'un accompagnement de sa santé sexuelle (12) :

- seulement 7 % des femmes et 32 % des hommes ont rapporté avoir été questionnés à ce sujet par leur médecin
- quand 32 % des femmes et 86 % des hommes, âgés en moyenne de 81,6 ans aimeraient pouvoir en parler.

Pour finir, cette population manque cruellement d'informations concernant les IST et en particulier le VIH. Nous avons ici un devoir de prévention majeur à jouer.

Pour preuve, ces chiffres éloquentes. En 2011, 6100 personnes ont découvert leur séropositivité, nombre globalement stable mais en hausse notamment chez les plus de 50 ans. 26% des contaminations hétérosexuelles concernaient les plus de 50 ans et 12% des contaminations homosexuelles. De plus, cette population représente 29% des diagnostics tardifs à un stade déjà symptomatique de la maladie, ce qui est loin d'être marginal. (13)

Nous devons donc les considérer comme faisant partie des populations à risque. C'est dans cette tranche d'âge également que se trouve un grand nombre de veufs, veuves, divorcé(e)s. En 2007, la femme en situation de divorce par consentement mutuel est alors âgée de 40,4 ans en moyenne et l'homme de 42,9 ans. (14) Ils se lancent alors dans de nouvelles rencontres avec rapports sexuels non protégés puisqu'ils n'ont jamais connu les risques relatifs au VIH. « *Ils voient leur génération de baby boomers comme « protégée » face aux IST, ou bien encore parce qu'ils craignent une perte d'érection à la mise en place du préservatif.* »(15) La réalité de ces chiffres doit nous faire accepter le fait que la sexualité de la personne âgée n'est pas forcément la continuité d'un amour de jeunesse et que, de surcroît, libérée de toute notion de procréation elle est empreinte de la notion de plaisir.

De tout cela, nous pouvons dire que les études menées jusqu'alors sont nombreuses et établissent toutes qu'il existe une sexualité épanouie passé 50 ans avec ses spécificités, que les patients concernés souhaitent en parler et avec leur médecin généraliste. Mais ce que nous ignorons, ce sont leurs préoccupations exactes, ce qu'ils souhaitent aborder avec eux.

Il existe également peu d'études concernant le point de vue du médecin généraliste face à cette demande des patients.

Or, ils ne sont peut être pas en phase avec les sujets sur lesquels les patients aimeraient être interrogés.

Notre travail repose sur l'hypothèse selon laquelle ce manque de convergences de connaissances et de points de vue entre médecins généralistes et patients concernés fait obstacle à une meilleure prise en charge de la santé sexuelle des seniors.

Nous avons donc souhaité mettre en confrontation dans cette étude le point de vue des médecins généralistes sur la sexualité des plus de 50 ans et celui des patients afin d'en cerner les divergences. Si nous arrivons à comprendre ces divergences, nous aurons plus de facilités à les contourner afin d'améliorer la qualité des soins.

Pour ce faire, nous avons procédé à deux méthodes qualitatives de recherche, une différente pour chaque groupe.

Pour explorer le point de vue des médecins généralistes et ce qu'ils pensent être les préoccupations sexuelles des plus de 50 ans, nous avons organisé un *focus group* dont le contenu a été enregistré, retranscrit puis analysé selon la méthode du codage axial du verbatim puis organisé en grands thèmes.

Afin de connaître les préoccupations sexuelles des patients de plus de 50 ans, nous avons effectué un recueil exhaustif des thèmes de sexualité abordés dans les articles médicaux et non médicaux ainsi que dans les blogs et forums médicaux ou non sur Internet.

L'objectif final étant de mettre en comparaison les thèmes évoqués par les médecins et ceux par les patients pour en tirer les divergences et les convergences.

II. GENERALITES ET CONTEXTE

A. La sexualité en France

1. Contexte historique

Dans notre société judéo-chrétienne et latine, la sexualité a longtemps été le domaine exclusif de l'Église. Les textes religieux imposaient les règles de bonnes conduites en la matière et la morale chrétienne réglait la vie des couples. Les trois thèmes principaux développés dans ces textes étaient : la condamnation de la chair et le rejet du plaisir, la confession et la nécessité de l'aveu et enfin la réglementation du mariage et l'obligation de la procréation.(16)

C'est vers le milieu du XVIIIème siècle que les connaissances en médecine se sont affinées avec notamment des notions plus précises concernant les organes reproducteurs et sont ainsi venues complétées sans les contredire les règles édictées par l'Église. Un exemple édifiant de textes médicaux servant les préceptes théologiques est l'ouvrage du Dr Auguste Debay, *Hygiène et physiologie du mariage* (17) où l'on peut y lire que :

- Pour l'homme :
 - « De 20 à 30 ans, il peut exercer ses droits 2 à 4 fois par semaine
 - De 30 à 40, il doit se borner à 2 fois par semaine
 - De 40 à 50, une fois par semaine
 - De 50 à 60, une fois tous les 15 jours et moins encore s'il n'en ressent pas le besoin
 - Concernant la « deuxième vieillesse » il est condamné à une continence indispensable à sa survie »
- Pour la femme : « Quoiqu'elle puisse sans inconvénient répéter l'acte amoureux plus fréquemment que l'homme, elle aura néanmoins raison d'être sobre puisqu'il est avéré que celles qui en abusent sont sujettes aux tristes affections de l'ovaire, de la matrice et à ce terrible mal que l'on nomme cancer. »

Mais qu'il s'agisse des textes religieux ou des textes médicaux, la sexualité ne pouvait s'exprimer qu'au sein d'un couple hétérosexuel et marié faisant émaner les notions de « normal » et « d'anormal ».(18)

En 1905, la séparation de l'Église et de l'Etat aurait dû permettre une certaine libération des mœurs en matière de sexualité mais toutes les doctrines religieuses et médicales ont fait naître un sentiment de culpabilité persistant même après cette séparation. Ceci explique en partie certains

comportements sexuels actuels et le fait qu'il n'existe en réalité que très peu de traces écrites de la sexualité au sens social du terme avant les années 50. Le terme même de « sexualité » n'est apparu que dans la deuxième moitié du XIXème siècle.

Il faudra attendre le début du XXème siècle pour voir émerger des idées militantes de libération individuelle portée par le mouvement néo malthusien notamment. Ce mouvement va à l'encontre des politiques natalistes de l'époque et prône au contraire un contrôle des naissances grâce aux moyens contraceptifs et à l'interruption volontaire de grossesse. Cependant leurs actions sont rendues illégales par l'adoption de lois interdisant les propagandes anticonceptionnelles et rendant l'avortement un crime passible de la peine de mort en 1942. Il existe alors encore une grande majorité des français qui se retranchent derrière les valeurs familiales traditionnelles, refusant l'évolution des mentalités.

Ce n'est qu'à la fin des années 60, début des années 70 qu'apparaissent des changements substantiels dans les mœurs grâce à la « révolution sexuelle ». Elle est marquée par l'émancipation des femmes, l'affirmation de l'égalité entre les sexes et la reconnaissance d'une sexualité non procréatrice, non conjugale et un droit au choix de la libre maternité. Les mouvements qui la portent obtiennent ainsi le droit à la contraception en 1967 et le droit à l'interruption volontaire de grossesse en 1975 (loi Veil). C'est aussi pendant cette révolution qu'apparaissent les premiers mouvements homosexuels avec notamment le *Rapport contre la normalité* en 1971 (19) qui est un manifeste du front homosexuel d'action révolutionnaire.

Les autorités prennent acte de ces évolutions et en 1969, l'Etat mène la première grande enquête nationale sur les comportements sexuels afin de déterminer une politique d'éducation sexuelle.

Même si le droit au plaisir sexuel librement vécu devient une réalité, certains *a priori* et tabous sont bien ancrés et notamment lorsqu'ils concernent les personnes âgées. C'est ce que démontre la philosophe américaine et féministe Judith Butler en 1991 dans son ouvrage *Gender Trouble* (20) où elle répertorie les croyances contemporaines rattachées à la vieillesse :

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

Le chemin est encore long pour une libération totale de la sexualité du troisième âge.

2. Caractéristiques de la sexualité en France de nos jours chez les plus de 50 ans

Trois grandes enquêtes nationales successives menées en 1970, 1992 et 2006 appelées *Enquête Contexte de la Sexualité* en France ont permis de décrire les différents aspects et habitudes sexuelles des français. Ces études ont été menées auprès de cohortes de personnes âgées de 18 à 69 ans. A noter qu'en 1970 (appelée à l'époque *Enquête Simon*) il n'y avait pas de limite d'âge supérieure ce qui a été fait en 1992 et en 2006 pour limiter le nombre de personnes en situation de veuvages.(21)

Une comparaison entre ces trois enquêtes (22) montre que les transformations de la sexualité ont surtout touché les âges les plus avancés. On constate une prolongation, une intensification et une diversification de la vie sexuelle après 50 ans ainsi qu'un rapprochement des comportements entre les hommes et les femmes. Cependant, une tendance moins radicale à se retirer de la vie sexuelle persiste chez les femmes dès 50 ans lorsque la vie reproductive s'arrête. Ce phénomène n'intervient que 10 ans plus tard chez l'homme au moment où il cesse son activité professionnelle.

L'activité sexuelle a augmenté en fréquence avec la déclaration d'une activité sexuelle dans les 12 derniers mois chez 53% des plus de 50 ans en 1970 contre 90% en 2006. En 2006, les 90% sexuellement actifs déclarent un nombre de rapports sexuels mensuels moyen de 7,3 pour les femmes et 7,2 pour les hommes. Mais notons que la fréquence des rapports n'est pas uniquement liée à l'âge mais aussi à la durée de la relation. Plus la relation est longue, plus la fréquence des rapports diminue avec un nombre mensuel moyen à 12 pour les couples de moins de 6 mois contre 8 pour ceux de plus de 5 ans tous âges confondus.(21)

La tendance selon laquelle les comportements sexuels féminins se rapprochent de ceux des hommes est illustrée par trois faits principaux. Le premier démontre que 70% des femmes et 72% des hommes se disent initiateurs des relations sexuelles ou comme la personne en ayant le plus envie dans le couple. La deuxième indique que 67,2% des hommes et 51,5% des femmes n'ayant pas eu de rapport dans les douze mois précédant l'enquête aimeraient que cela change car l'abstinence n'est souvent pas de leur fait (problèmes relationnels, veuvage, célibat, maladie...). Et enfin, la troisième illustration de cette tendance est le pourcentage d'hommes et de femmes qui pensent que les rapports sexuels sont indispensables pour se sentir bien. Il était de 58% chez les hommes et 33% chez les femmes en 1970, contre 69% chez les hommes et 55% chez les femmes en 2006. (21)

Nous pouvons donc dire que la sexualité des plus de 50 ans est loin d'être anecdotique et ce jusqu'à un âge avancé, mais qu'en plus la sexualité tient un rôle important dans leur bien être.

En conclusion, une phrase du président de la World Association of Sexology Marc Ganem, illustre bien cette situation et dit « *On n'a pas l'âge de ses artères, mais l'âge de ses désirs.* »

3. La sexualité dans les médias, émissions télé et autres publicités

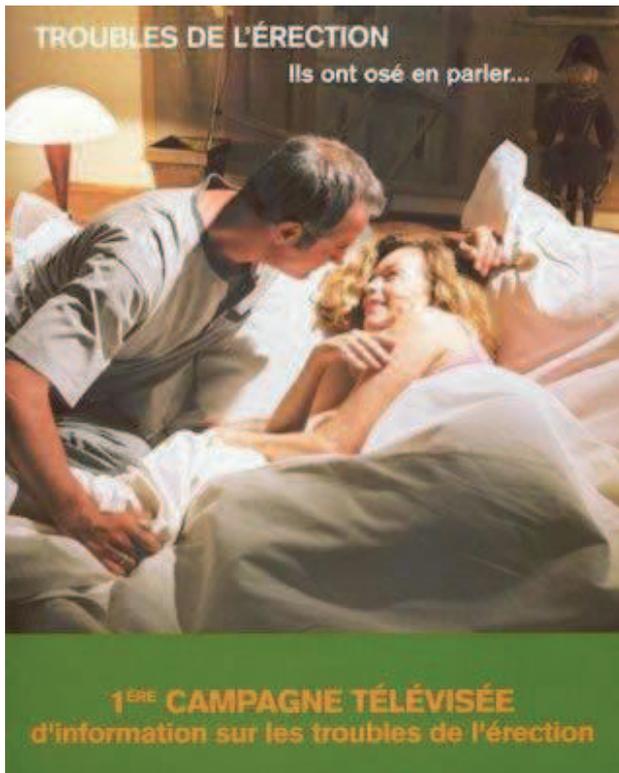
Lorsque l'on s'intéresse à la façon dont la sexualité en France et dans le reste du monde est traitée par les médias, les émissions de télé ou les publicités on peut distinguer deux phénomènes.

Le premier, soulève le problème épineux de l'exposition des adolescents et des jeunes enfants aux images toujours plus sexuelles dans de nombreux supports visuels et les conséquences de tout cela sur leur sexualité future.

Le deuxième est celui porté par les féministes principalement et qui dénonce l'utilisation de la femme comme objet de désir sexuel parfois sans lien réel avec le produit mis en avant (lessive, nourriture...).

Les revues et magazines généralistes quant à eux, qu'ils soient télévisuels ou écrits ont tous leur rubrique « sexo » et traitent le plus souvent de sujets concernant les moins de 50 ans.

On peut donc dire que la tranche d'âge des plus de 50 ans est la grande délaissée de ce marché publicitaire même si sur internet, des blogs et forums réservés aux seniors et à leurs questions sur la sexualité se multiplient. La sexualité des seniors est exclue des moyens de communication publicitaires ou d'informations. Ou lorsque cela est fait, on ne peut s'empêcher de remarquer que le couple de plus de 40 ans est mis en avant aux yeux du grand public pour aborder un problème de dysfonction sexuelle, véhiculant une image négative de la sexualité des seniors.



Dans cette campagne publicitaire s'agissant de sexualité, même troublée par la dysfonction érectile, il paraît inconcevable d'y faire apparaître un couple de 70 ans ou plus. Un peu comme si cette tranche de la population était assexuée, ou plutôt l'était devenue.

Certains médias radiophoniques n'ont pas hésité à utiliser la vieillesse comme une évolution péjorative à éviter à tout prix, en écoutant leur radio bien sûr.



A contrario, il existe quelques marques comme American Apparel (marque de vêtements américaine) qui ont bien compris le pouvoir d'achat des seniors et qui a décidé de faire sa dernière campagne de publicité avec une femme âgée.



Pour autant, ce ne sont ni sa sensualité ni son potentiel sexuel qui sont mis en avant pour faire vendre, contrairement à ce que la marque a l'habitude de faire avec les personnes jeunes. En voici un exemple.



La publicité a malgré tout parfois le mérite de tenter des messages de « prévention » et conseille de parler du problème sexuel à son médecin, comme celle-ci illustrant les problèmes d'éjaculation précoce.



Malheureusement, le problème reste entier. Malgré l'omniprésence de la sexualité dans les médias, le sujet reste toujours très difficile à aborder au cabinet médical en partie à cause de ces tabous sociétaux mais aussi parce que son expression ne serait pas facilitée par le praticien.

4. Qu'est ce que la santé sexuelle des plus de 50 ans ?

Les personnes âgées sont sexuellement actives, ceci n'est plus à démontrer.

Une étude américaine réalisée auprès de 3005 adultes aux Etats Unis âgés de 57 à 85 ans(11) affirme que l'activité sexuelle est associée à une bonne santé et que la maladie interfère considérablement avec l'activité sexuelle. Elle révèle également que 54 % des répondants y compris dans les âges les plus élevés rapportent avoir une activité sexuelle 2 à 3 fois par semaine au moins et 23 % au moins une fois par semaine.

Toujours dans cette étude, pour les patients en couple ayant décrit une inactivité sexuelle durant les 3 derniers mois, 55 % des hommes et 64 % des femmes ont rattaché cela aux problèmes de santé de l'homme.

Les problèmes sexuels énoncés par les hommes et les femmes dans cette étude sont les suivants :

- L'évitement de l'activité sexuelle du fait des problèmes sexuels eux-mêmes (chez ¼ des répondants)
- La baisse ou l'absence de libido (problème numéro 1 chez les femmes)
- Les difficultés à obtenir ou à maintenir une érection (problème numéro 1 chez les hommes)
- Les difficultés de lubrification
- L'éjaculation précoce
- L'anorgasmie
- Les douleurs pendant la pénétration
- L'absence de plaisir
- L'anxiété de performance

Ils sont tout de même 50 % à avoir au moins un de ces problèmes et 1/3 au moins deux. Malgré cette fréquence élevée de personnes âgées souffrant de troubles sexuels, seuls 38 % des hommes et 22 % des femmes déclarent avoir déjà discuté de sexualité avec un médecin depuis qu'ils ont 50 ans.

Autre fait intéressant, les participants ont été interrogés sur les raisons de leur inactivité sexuelle quand c'était le cas. On retrouve :

- Le manque d'intérêt pour le sexe
- Un partenaire non intéressé
- Des problèmes ou des limitations liés à la santé physique
- Des problèmes ou des limitations chez le partenaire
- Des problèmes relationnels au sein du couple
- La crainte des infections sexuellement transmissibles (chez les célibataires ou en cas de veuvage par exemple)

On s'aperçoit donc que parmi toutes ces raisons, la plupart peuvent être prises en charge, accompagnées ou soulevées par le médecin généraliste.

Plus près de nous en France, des études menées par l'Observatoire de Médecine Générale (23) ont étudié les « résultats de consultation » ou RC, chez des médecins informatisés en 1999, puis en 2000-2001 chez les médecins généralistes investigateurs de la SFMG informatisés. Le concept de RC a été développé dans les années 70 par un médecin généraliste autrichien visant à donner une définition précise pour chaque situation clinique. Les RC répertoriés représentent plus de 97% des situations cliniques prises en charge en médecine de premier recours.

Ces études nous montrent que la dysfonction sexuelle est nettement sous estimée et insuffisamment prise en charge par les médecins de ce réseau. Le RC « dysfonction sexuelle » inclut les plaintes exprimées par le patient et/ou le partenaire et correspond aux thèmes suivants :

- Impuissance
- Ejaculation précoce
- Anorgasmie
- Libido perturbée
- Dyspareunie
- Vaginisme
- Frigidité
- Autres troubles à définir

Sur les deux années consécutives concernant 99 puis 84 médecins généralistes (soit 82520 puis 77685 patients différents) 26 puis 27 % n'ont jamais eu pour RC « dysfonctions sexuelles ». Or, en pratique, un médecin généraliste rencontre chaque RC une fois par an.

Plus précisément dans l'étude de 1999, on s'aperçoit que les dysfonctions sexuelles sont quasi inexistantes chez les femmes de 20 à 70 ans (une consultation sur 1000) pour totalement disparaître après 70 ans. Il est important de noter également que dans 60,3 % des cas, la personne suivie pour dysfonctions sexuelles est aussi suivie pour 2, 3 voire même 6 autres pathologies au rang desquelles on retrouve :

- L'HTA (11,8 %)
- La dyslipidémie (8,6%)
- Le diabète de type 2 (4,2%)
- Le tabac (2,4%)
- La dépression (2,2%)

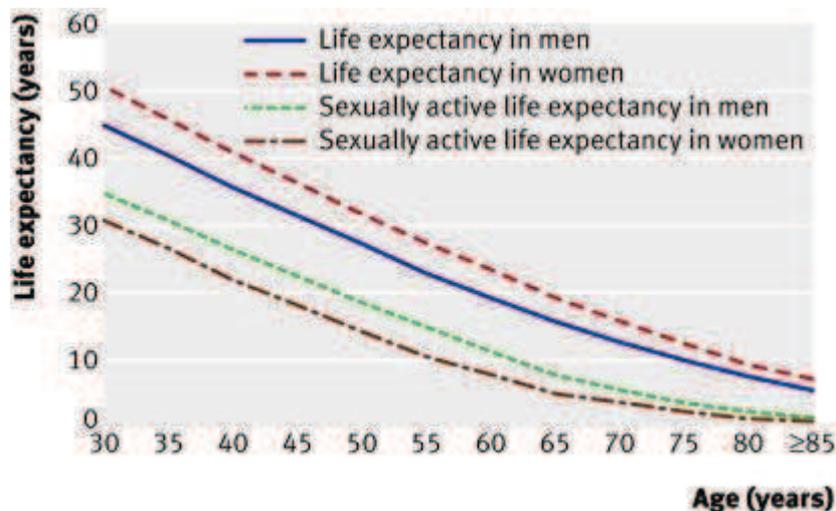
Toutes ces pathologies sont fréquemment prises en charge en médecine générale et devrait faire l'objet de prévention vis-à-vis des dysfonctions sexuelles.

Un autre point important à suivre et évaluer en médecine générale est l'observance. Les chercheurs de l'équipe de Lowentritt ont réalisé une étude en 2004(24) où des hommes ont été interrogés sur les conséquences de l'apparition d'une dysfonction érectile vis-à-vis de la compliance thérapeutique. On apprend que 87 % des patients sous antihypertenseurs, 73 % de ceux sous antidépresseurs, 54 % de ceux sous hypolipémiants et 43 % de ceux traités par antidiabétiques oraux ou insuline ont arrêté

leur traitement après avoir vécu une dysfonction érectile rendant le médicament en question responsable.

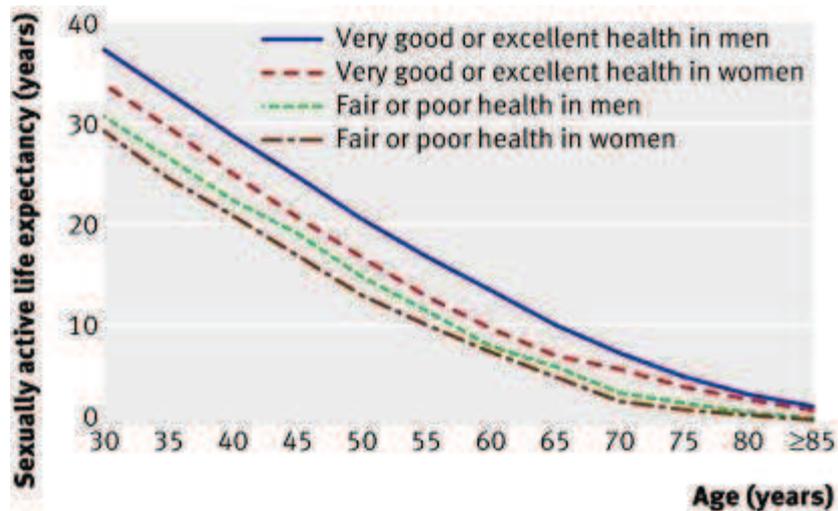
Il apparaît donc souhaitable d'aborder le thème de la sexualité pour évaluer et améliorer l'observance des traitements.

Enfin, une étude réalisée par l'université de Chicago(25) y définit le terme de SALE = *Sexually Active Life Expectancy* (comprenez années de vie sexuellement actives restantes) après avoir enquêté auprès d'hommes et de femmes de plus de 55 ans. Les auteurs affirment que cette notion pourrait être utilisée en médecine générale en matière de prévention cardio-vasculaire et dans le but d'augmenter l'observance du suivi et du traitement médicamenteux. On y apprend que la SALE pour un homme de 55 ans serait de 15 ans contre 11 ans pour les femmes.



Life expectancy and sexually active life expectancy in US men and women. Based on data from national survey of midlife development in the United States (MIDUS)

Or, ils font le lien entre la bonne santé physique et le SALE et démontrent que les hommes (surtout) et les femmes gagnent des années de SALE lorsqu'ils suppriment certains facteurs de risque cardio-vasculaire tels que le surpoids, le tabac ou s'entretiennent en pratiquant une activité physique régulière.



Sexually active life expectancy in US men and women by health status. Based on data from national survey of midlife development in the United States (MIDUS)

Une enquête menée par G. Bacon auprès de 31742 hommes âgés de 53 à 90 ans(26) arrive aux mêmes conclusions : plusieurs facteurs de risque modifiables liés à des comportements tels que fumer, boire de l'alcool ou encore regarder la télévision plutôt que faire du sport augmentent le risque d'une dysfonction érectile.

Il serait donc aisé d'introduire ces notions (de SALE ou de meilleure qualité d'érection) pour réaliser de la prévention primaire ou secondaire tant on sait maintenant que la sexualité joue un rôle primordial dans la qualité de vie des patients seniors.

Au total, on peut dire que s'occuper de la santé sexuelle des seniors en médecine générale, c'est prendre en charge de façon globale les troubles cardiovasculaires et psychiatriques, améliorer l'observance et faire de la prévention primaire. Tout ceci entre parfaitement dans les rôles et fonctions du médecin généraliste.

B. La génération des 50 ans et plus

1. Pourquoi cette limite d'âge ?

Plusieurs raisons nous ont amenés à étudier la sexualité en médecine générale dans la population âgée de 50 ans et plus.

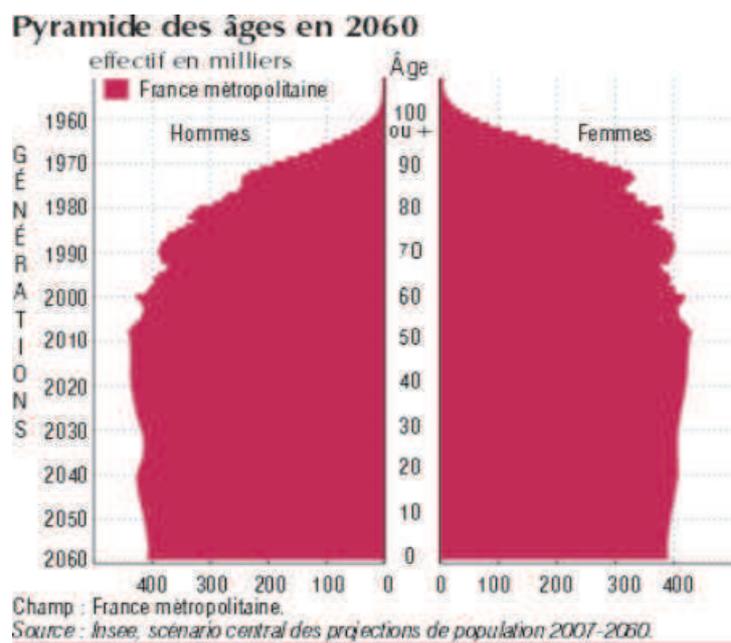
La première est liée au fait que lorsque l'on s'intéresse à la santé sexuelle en médecine la bibliographie est très riche dans les problématiques des populations jeunes. Par exemple la contraception, les interruptions volontaires de grossesse, les infections sexuellement transmissibles chez les jeunes, la prévention et les messages d'information chez les jeunes adolescents... En revanche, la population plus âgée semble avoir moins suscité d'articles en la matière. Mais lorsque l'on s'attache à faire des recherches plus spécifiques, il ressort rapidement que la sexualité de nos seniors existe bel et bien, est active, joue un rôle majeur dans leur qualité de vie et est riche du fait de certaines spécificités (changements du corps, divorces, dysfonctions, iatrogénie...). Nous avons donc eu envie de démontrer que la sexualité n'était pas que synonyme de jeunesse, de bonne santé et de corps sains et qu'elle devait à ce titre être mieux prise en compte chez les seniors.

La deuxième raison qui nous a poussés vers la piste des seniors, est le constat maintenant bien établi du vieillissement de la population du fait de l'allongement de la durée de vie.

D'après le compte rendu du rapport des Nations Unies (27) étudiant la population mondiale, autour des années 2050 on devra s'attendre à ce que la population des plus de 65 ans en Europe atteigne 27 % de la population générale et les plus de 80 ans, 12 %.

Les données nationales de l'INSEE en 2012 confirment cette tendance. Actuellement, les personnes de 65 ans ou plus représentent 17,1 % de la population (contre 16,0 % il y a dix ans) dont plus de la moitié sont âgées de 75 ans ou plus. Dès 2014, la proportion de personnes de moins de 20 ans serait inférieure à celle des 60 ans ou plus.

Les estimations pour 2060 sont également édifiantes. La France comptera 23,6 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus, soit une hausse de 80 % sur une cinquantaine d'années. L'augmentation est la plus forte pour les plus âgés : le nombre des 75 ans ou plus passerait quasiment à 12 millions et celui des 85 ans ou plus à plus de 5 millions.



Enfin, la troisième raison qui nous a fait poser cette limite de 50 ans, correspond à la limite « naturelle » qu'il existe à cette âge. L'apparition de la ménopause pour les femmes, un niveau supérieur de prévention primaire en matière de pathologies cardio-vasculaires, mais aussi vers la soixantaine, l'âge de la retraite ou l'andropause sont autant de raisons qui marquent un moment clé dans la vie.

A noter également que dans notre revue de la littérature, c'est systématiquement cette limite à quelques années près qui est utilisée pour étudier les populations « âgées ».

2. Caractéristiques sociologiques de ces générations

Les adultes âgés aujourd'hui de 50 ans et plus sont donc nés avant 1964. Or, cette année marque exactement la fin de ce que l'on appelle le *Baby Boom*. Dans ce travail nous avons donc étudié la génération des *baby boomers* mais aussi la génération précédente appelée génération « silencieuse ».

a. LA GÉNÉRATION SILENCIEUSE

La génération silencieuse réunit les personnes nées entre 1925 et 1945. Ce terme est apparu en 1951 dans un article du Time magazine qui évoquait cette génération née entre la Grande Dépression et la Seconde Guerre Mondiale. Ils sont habituellement décrits comme travailleurs et non revendicatifs (ce

qui leur a valu le nom de silencieux). Ils seraient fatalistes, conventionnels, s'attendant au pire mais restant dans l'espoir. Les « silencieux » ont tenu les rênes de la société durant la période économique faste qui a suivi les crises pétrolières des années 70. Ils ont été les témoins de changements majeurs comprenant l'arrivée en masse des ordinateurs, la chute du mur de Berlin, la première guerre du Golfe et jusqu'à la révolution Internet pour ne citer que ceux là. Ils ont donc vécu une jeunesse entachée par la crise économique et la guerre mais également pleine de bouleversements.

b. LES BABY BOOMERS

Le *Baby Boom* correspond à une très forte augmentation du taux de natalité juste après la fin de la Seconde Guerre Mondiale. Cette période de pleine natalité s'étend de 1945 à 1964 en France. Les *baby boomers* ont donc aujourd'hui entre 50 et 69 ans.

Selon la théorie de William Strauss et Neil Howe(28), la génération des *baby boomers* occidentaux serait en grande partie composée d'idéalistes et d'égocentriques. Elle serait en conflit avec la génération de leurs enfants : la génération X. Elle aurait parfois des difficultés à comprendre le conservatisme et l'homogénéité de celle-ci, ainsi que sa volonté à travailler en équipe.

Cette génération a grandi dans un environnement où les hommes et les femmes sortaient d'une guerre éprouvante. Le pays était en pleine reconstruction et commençait à connaître la richesse pour la première fois depuis des années. Cette génération arrivée à l'âge adulte a expérimenté les libertés personnelles en termes de conjugalité (mariage interracial, enfants hors mariage...), d'éducation et bien sûr également de sexualité. En général, ils rejettent les valeurs traditionnelles et notamment le rôle de la femme dans la société. Ils font des études supérieures contrairement à leurs aînés. Ils ont grandi dans un pays sans guerre avec une prospérité économique inédite, dans un système centré sur l'estime de soi et la réussite professionnelle. En terme de sexualité, ils bénéficient de l'apparition et de la légalisation de la contraception et de l'interruption volontaire de grossesse ce qui leur permet de dissocier plaisir et fécondité. Par ailleurs, concernant les spécificités conjugales il est important de signaler qu'une procédure simplifiée de divorce a été votée en 2005. Ainsi, tel que le tableau de l'INSEE nous le montre, on observe une augmentation nette des séparations en France métropolitaine après cette date. Il existe donc moins de « vieux » couples que chez leurs aînés.

Proportion de mariages déjà rompus suivant la durée et l'année du mariage

en divorces pour 100 000 mariages

Année du mariage	Durée du mariage						
	0 an	5 ans	10 ans	15 ans	20 ans	25 ans	30 ans
1970	17	3 638	9 661	15 224	20 011	23 679	26 145
1980	15	6 487	14 337	20 727	25 976	30 233	33 066
1990	21	8 229	17 825	25 462	31 558	///	///
2000	9	9 967	20 763	///	///	///	///
2009	64	///	///	///	///	///	///
2010	47	///	///	///	///	///	///
2011	68	///	///	///	///	///	///

/// Absence de résultat due à la nature des choses.

Le point commun entre ces deux générations, c'est sans doute la révolution de Mai 68. Les plus jeunes des « silencieux » et les plus âgées des *baby boomers* ont vécu voire participé à ce mouvement contestataire qui s'est révolté contre la société traditionnelle, le capitalisme, l'impérialisme et le pouvoir gaulliste en place. Ces manifestations furent enclenchées par une révolte de la jeunesse étudiante parisienne mais qui a rapidement gagné l'ensemble de la population sur tout le territoire français conduisant à des grèves et une crise sociale généralisée.

3. Spécificités de la sexualité des seniors

Afin de synthétiser toutes les spécificités en matière de sexualité des plus de 50 ans, nous allons emprunter un terme au Dr Marc Ganem (Président de la WAS : World Association of Sexology) utilisé lors d'un discours à Rome (29) : l'hédonisme tranquille.

a. L'EVOLUTION DE LEURS PRATIQUES SEXUELLES

Dans notre société occidentale, à l'inverse de nombreuses autres cultures, nous ne sommes pas bienveillants à l'égard de la vieillesse. L'apogée d'une vie reste la jeunesse tandis que la vieillesse s'apparente à un déclin avant la mort. Dans un monde où les seniors doivent rester jeunes, le grand âge est alors forcément perçu comme pathologique. Le plaisir est devenu la récompense d'un travail accompli ce qui pose un problème de culpabilité aux retraités qui ne voient pas les choses sous cet angle.

Ils sont désormais consommateurs de loisirs et ont enrichi leur vie sociale et intime. Les femmes notamment qui se sont retrouvées plus présentes sur le marché que leurs aînées au même âge sont moins dépendantes de la dimension familiale. Elles sont actives et autonomes avec des loisirs en dehors de la sphère familiale. Pour la génération des 50 ans et plus, l'allongement de la vie en bonne santé est synonyme de prolongation de la vie sexuelle. Vie sexuelle plus riche que celle de leurs aînés. Deux exemples illustrent ce phénomène dans l'enquête nationale Contexte Sexualité en France(21) : les pratiques orales et les sex toys. 70 % des 55-69 ans déclarent avoir des pratiques orales (fellations, cunnilingus...) alors qu'en 1992 ils étaient 48 % à n'avoir jamais eu de telles pratiques. Quant aux sex toys, 27 % des 50-65 ans déclarent en posséder un.

b. LES DYSFONCTIONS SEXUELLES

Ce qui caractérise aussi bien cette génération, ce sont les dysfonctions physiologiques ou non, hormonales, physiques et psychologiques qui interfèrent particulièrement dans la sexualité. Le lien entre les aspects psycho-sociaux et le physique d'une personne est bien connu, cependant en matière de sexualité il est impossible de dire lequel prévaudra tant la vie sexuelle repose sur des expériences individuelles. Pour autant, il paraît indispensable de connaître ces dysfonctions. Une méta analyse réalisée dans 29 pays chez les 40-80 ans par questionnaire téléphonique en dresse la liste(30)

Chez les femmes, on retrouve :

- Difficultés à atteindre l'orgasme
- Diminution de la libido
- Orgasme trop précoce
- Douleurs pendant la pénétration
- Absence de plaisir
- Difficultés de lubrification

Chez les hommes :

- Baisse de libido / manque d'intérêt pour la sexualité
- Anorgasmie
- Ejaculation précoce
- Douleurs durant l'acte
- Absence de plaisir
- Dysfonctions érectiles

Dans cette étude, il apparaît que l'association de l'âge avancé et du syndrome dépressif, la nostalgie du passé, la peur de vieillir, l'anxiété... augmente de façon significative les problèmes sexuels.

Toujours d'après le Dr Marc Ganem dans le discours précédemment cité, à tout cela s'ajoute les difficultés liées à la prise de poids (estime de soi, souplesse, douleurs...), les problèmes cardio-vasculaires (palpitations, crainte d'un infarctus, manque d'endurance...), la fatigue et les problèmes relationnels dans le couple.

Il est donc nécessaire d'accompagner les seniors dans une adaptation de leur vie sexuelle face à toutes ces dysfonctions et nouveaux paramètres liés à la vieillesse en insistant sur la qualité plus que la quantité. En effet, « *si dans les jeunes années le désir conduit à l'amour, la maturité venue, c'est l'amour qui guide le désir.* » (Dr Marc Ganem)

c. LA IATROGENIE

Etant donné l'âge de la population étudiée, il est important de prendre en compte le phénomène de la iatrogénie. Dans le rapport du congrès de l'Association Française d'Urologie en 2012 sur la médecine sexuelle, (31) on fait état des conséquences de la iatrogénie sur la santé sexuelle des seniors. Par exemple, pour les antihypertenseurs, les diurétiques thiazidiques multiplieraient le nombre de dysfonctions érectiles par 2 versus placebo. Concernant les traitements contre l'hypertrophie bénigne de prostate, les effets indésirables sont bien connus tels que l'anéjaculation (réversibles à l'arrêt du traitement) pour les alpha 1 bloquants, la dysfonction érectile et la baisse de la libido pour les 5 alpha réductase. Quant aux inhibiteurs spécifiques des récepteurs à la sérotonine, ils seraient responsables de troubles sexuels de toute nature dans 59,1 % d'après une étude prospective espagnole(32). Sans oublier les neuroleptiques, antiépileptiques et autres antiparkinsoniens. Ces effets indésirables sont donc importants à rechercher afin d'adapter la posologie et doivent être présentés en début de traitement afin d'en améliorer l'observance.

d. LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Même s'il est parfaitement admis que les populations jeunes ou homosexuelles sont à risque en la matière, les plus de 50 ans ne sont pas intuitivement associés à ce risque. Malheureusement, de plus en plus d'études prouvent que les plus de 50 ans ont des attitudes à risque. L'une d'entre elles réalisée au Royaume Uni (33) a observé une multiplication par 2 du nombre d'infections par le VIH en 10 ans dans cette tranche d'âge pour atteindre 13 % de cette population. En France, le constat est le même. D'après les chiffres de l'INVS basés sur les déclarations (obligatoires) de découverte de VIH entre 2003 et 2012, sur les 6372 découvertes de séropositivité de l'année 2012 (chiffre stable à environ 6200 découvertes par an depuis 2008), 18 % concernaient les plus de 50 ans. Entre 2003 et 2012, la part de découvertes de séropositivité chez les 50 ans et plus est passée de 13 à 18 % du total. Durant cette même période, ce pourcentage est resté stable chez les moins de 25 ans et a même diminué chez les 25-49 ans.

Effectivement, proportionnellement à la population totale des plus de 50 ans, cela n'en fait pas un groupe traditionnellement à risque. Mais le manque de dépistage systématique conduit à des diagnostics tardifs, or la réponse aux traitements est déjà moins bonne concernant le taux de CD4 étant donné la mauvaise qualité de réponse immunologique passé 50 ans. Toujours selon les investigations de l'INVS, 42 % des découvertes de séropositivité chez les plus de 50 ans se sont faites à un stade tardif (le stade tardif correspondant au stade SIDA ou avec un taux de $CD4 < 200/mm^3$), contre seulement 14 % chez les moins de 25 ans. Et à l'inverse, uniquement 30 % de ces découvertes ont été faites à un stade précoce chez les plus de 50 ans alors que ce taux monte jusqu'à 50 % chez les moins de 25 ans. Le Bulletin Epidémiologique de Santé en France dénonce également ces diagnostics tardifs chez les plus âgés : pour la prise en charge tardive de cette maladie l'âge est un facteur de risque important avec un odd ratio de 3,4 pour les plus de 60 ans par rapport aux moins de 30 ans.

Cette tendance à devoir considérer les plus de 50 ans comme une tranche d'âge à risque est ancienne. Il a débuté précocement par rapport à l'apparition du VIH comme le montre une étude menée en Suisse en 1989.(34) En 1981, 13 personnes seulement contaminées par le virus avaient plus de 50 ans au moment du diagnostic. En 1989, ils étaient déjà 3652, soit 10,4 % des découvertes. (7,3 % avaient entre 50 et 59 ans, 2,4 % entre 60 et 69 et 0,7 % plus de 70)

Ceci s'explique principalement par deux phénomènes : le manque de dépistage systématique dans cette tranche de la population et la faible fréquence d'utilisation des préservatifs lors des rapports sexuels.

Toujours en Suisse, une enquête a été menée en 2007 afin de déterminer entre autres choses les habitudes d'utilisation du préservatif chez les 46-74 ans(35). Les résultats sont édifiants puisque chez les 46-60 ans en couple ou non, ils n'étaient que 12,9 % d'hommes et 9,8 % de femmes à déclarer avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel et chez les 61-74 ans ce pourcentage baisse à 7,5 % chez les hommes et 4,2 % chez les femmes. Ils sont environ un sur deux seulement à utiliser un préservatif de manière systématique avec un partenaire occasionnel.

Concernant l'insuffisance de dépistage, l'enquête CSF de 2006 (21) ne retrouvait que 3,2 % des femmes entre 50 et 69 ans qui avaient fait un test de dépistage du VIH dans les douze derniers mois et 6,4 % des hommes de cet âge. On peut supposer qu'ils se sentent « protégés » du fait de leur âge ne faisant pas partie de la « génération SIDA ». Ceci étant dit, il est vrai que cette population n'a pas eu l'habitude dans sa jeunesse de l'utilisation du préservatif, ils manquent d'éducation à ce sujet. Enfin, il ne faut pas négliger la crainte que ressentent certains hommes à voir leur érection diminuer ou même disparaître au moment de mettre le préservatif.

Mais, cette génération n'est pas épargnée par les autres IST et on retrouve le même manque de prévention qu'avec le VIH, avec des découvertes tout aussi tardives. Si les infections à chlamydiae ou gonocoque restent majoritairement présentes dans les populations plus jeunes, la physiologie du sexe de la femme ménopausée la rend plus vulnérable. La carence hormonale entraînant une diminution de la lubrification du vagin qui se retrouve lui-même plus court et plus étroit facilitant l'apparition de micro abrasions lors des rapports sexuels qui sont autant de « portes ouvertes » aux IST. Une étude réalisée dans une clinique de santé sexuelle et génitale au Royaume Uni a observé le délai de consultation suivant l'apparition de symptômes évocateurs d'infection génitale (36) et conclut que les patients de plus de 50 ans ont des périodes de latence avant la consultation plus longue que celle des plus jeunes. La raison ? Une mauvaise information sur les IST et l'ignorance de l'importance du diagnostic et du traitement précoces. Ainsi, 34 % des patients ayant consulté après avoir attendu au moins deux semaines après l'apparition des symptômes avaient plus de 60 ans. Cependant, les personnes qui ont déjà eu au moins une fois un test VIH tous âges confondus, consultent en moyenne plus tôt que ceux qui n'en ont jamais bénéficié.

L'éducation et la prévention restent donc les maîtres mots quand il s'agit d'IST chez les seniors.

C. La santé sexuelle en médecine générale avec les plus de 50 ans : état des lieux

1. Les rôles et compétences du médecin généraliste

Depuis 2002, la WONCA a proposé une définition consensuelle admise dans toute l'Europe des rôles et des fonctions du médecin généraliste. Parmi ces rôles, le médecin généraliste joue celui de pilier des soins primaires. Cette théorisation de la médecine générale permet de dégager dix grands principes essentiels :

- Une approche centrée sur le patient, ses demandes, ses besoins, sa personnalité. La prise en compte des aspects personnels et de la façon dont est vécu le problème est aussi importante que la manière de traiter le problème lui-même.
- La prise en compte de l'environnement du patient. L'histoire personnelle, familiale, professionnelle donne un sens à la façon dont le problème ou la maladie est présenté et à la façon dont il faudra le résoudre.
- Un champ d'activités défini par des besoins et des demandes des patients
- Une réponse à la majorité des motifs de recours aux soins. Pour preuve cette étude initiée par le CREDES (37) qui montre que, en dehors des problèmes ophtalmologiques, obstétricaux et dermatologiques, tous les motifs de consultation sont pris en charge majoritairement en médecine générale. En particulier, un fort pourcentage concerne les maladies endocriniennes et métaboliques (91%), les affections digestives (88%), les atteintes de l'appareil cardio-vasculaire ou respiratoire (87% chacune), les lésions ostéo-articulaires ou traumatiques (86% chacune), les troubles mentaux et du sommeil (65%). Ainsi, la plupart des problèmes de santé de la population, qu'ils soient biomédicaux ou psychiques, sont traités et/ou suivis en médecine générale. De plus, dans les maladies endocriniennes et métaboliques, les atteintes cardio-vasculaires on peut retrouver des troubles de la santé sexuelle associés et même les dysfonctions érectiles peuvent en être le symptôme sentinelle.(38)
- Une démarche diagnostique orientée par la faible prévalence des maladies graves
- Une intervention au stade précoce des maladies
- La gestion simultanée de plaintes et de pathologies multiples
- La capacité de suivi au long cours
- L'aptitude à la coordination des soins

- Une pratique efficace avec une proposition raisonnée en termes de consommation de soins médicaux. D'ailleurs, la faible part des dépenses de santé en médecine générale proportionnellement au nombre de patients soignés en atteste.

Aux vues de toutes ces caractéristiques, les questions de sexualité s'intègrent parfaitement dans le champ de compétences des médecins généralistes. Il est donc normal que les patients, s'agissant de santé y compris de santé sexuelle, souhaitent s'adresser en premier lieu à leur médecin traitant.

2. Demandes et attentes des patients auprès de leur médecin généraliste

Notre lecture bibliographique nous a amené à conclure que les patients souhaitent parler de sexualité avec leur médecin et particulièrement leur médecin généraliste. Ils souhaitent également que l'initiation de la discussion se fasse à l'impulsion du médecin.

Prenons cette étude sur les dysfonctions érectiles réalisée en France en 2002 auprès de 10000 hommes de 18 à 70 ans questionnés par courrier (39). Ils sont 58 % à dire qu'ils consulteraient ou préféreraient consulter leur médecin généraliste s'ils avaient un problème d'érection contre 20 % un sexologue et 14 % un urologue. Parmi les répondants, 25 % disent avoir été confrontés à un problème d'érection dans les 6 mois précédant le questionnaire, pourtant ils ne sont que 22,2 % parmi ceux là à avoir entrepris de consulter un médecin. Là encore, un résultat vient donner un poids majeur au médecin généraliste dans la prise en charge de ces troubles. En pourcentage cumulé de la première à la troisième place, les facteurs d'incitation à la consultation médicale on retrouve l'intervention du partenaire (75 %), l'information abordée par le médecin (56 %), les informations télé ou presse (41 %). On apprend également que parmi les hommes qui avaient entendu parler de la dysfonction érectile (soit parce qu'ils avaient un problème, soit parce qu'ils avaient l'intention de consulter, soit parce qu'ils avaient un traitement), 71 % avaient obtenu les informations par la télévision ou la radio contre 8 % par un médecin.

Une fois de plus, une étude américaine publiée en 1990 sur les attentes des patients concernant leur santé sexuelle auprès des médecins généralistes (40) conclut au fait que leur médecin est le professionnel le plus adapté pour aborder ces sujets. Les 62 hommes interrogés âgés de 18 à 73 ans attendent professionnalisme, empathie et confiance de la part de leur médecin. 97% ont déjà eu un trouble sexuel alors que seuls 19% en ont déjà discuté avec leur médecin.

Cette étude allemande (41) en arrive aux mêmes conclusions. Concernant les problèmes sexuels masculins en médecine générale, des questionnaires ont été distribués aux médecins et aux patients de plus de 18 ans en 2001. Pour ce qui est des résultats des patients : 93% ont déjà eu un trouble sexuel occasionnel. 84% considèrent qu'il est important de parler avec leur médecin généraliste de leur difficulté sexuelle. 45% préfèrent que ce soit le médecin qui initie la discussion et 2/3 aimeraient que leur médecin signale son ouverture d'esprit en demandant directement s'il y a des troubles sexuels pendant la consultation.

Le médecin généraliste a une place majeure à prendre au cœur de la santé sexuelle des patients ce n'est plus à démontrer, mais il persiste outre le manque de formation, des freins à aborder la sexualité qui restent bien ancrés.

3. Abord de la sexualité par les médecins généralistes : freins, a priori et conséquences

Les médecins généralistes ont rarement une attitude proactive à aborder la sexualité de leurs patients âgés en consultation car il est plus facile pour eux de l'envisager sous l'angle de la contraception ou des IST. Ils considèrent que parler de santé sexuelle à un senior relève de la sphère privée et pourrait être offensant, ils craignent d'être mal à l'aise et ne se sentent pas assez formés.(33)

Une étude américaine a évalué dans quelle mesure les médecins interrogeaient leurs patients sur la sexualité(42). Pour ce faire, 416 médecins d'Atlanta (médecin généraliste, gynécologue, interniste, pédiatre) ont été questionnés sur leurs habitudes à se renseigner sur l'histoire sexuelle de leurs patients: 79% se sentaient à l'aise pour poser ces questions, 58% posaient la question de l'activité sexuelle en consultation de routine, mais 12% seulement posaient des questions sur les composants de la vie sexuelle. 76% posaient des questions sur la vie sexuelle s'ils estimaient que cela relevait de la plainte principale. Finalement l'histoire sexuelle des patients en routine ou en médecine préventive était peu abordée par les médecins.

L'étude allemande de 2001(41) abordée dans le paragraphe précédent du point de vue des patients indique que chez les médecins, différentes situations leur donnent l'opportunité d'initier la discussion sur la sexualité : devant des symptômes psychosomatiques(84%), dans le cadre du planning familial (53%), lors de questions sur le VIH (47%), lors d'une consultation pour un diabète (79%), ou une hypertension artérielle (63%). Même si les deuxième et troisième items ne relèvent

pas spécifiquement de la santé sexuelle des plus de 50 ans, il existe de nombreuses portes d'entrée à la discussion sur la sexualité.

Pourtant, d'après une étude au Royaume Uni réalisée auprès de 22 médecins généralistes installés (4) un tiers des médecins interrogés décrivent la prise en charge de la santé sexuelle des seniors uniquement du point de vue médicamenteux sans envisager les aspects plus psychologiques.

Mais pourquoi cette « médicalisation » de la prise en charge de la santé sexuelle ? Peut être est-ce dû à la façon dont les généralistes imaginent et conçoivent la sexualité de leurs patients âgés ? C'est ce que le Dr Catenacci a cherché à comprendre dans son enquête auprès de médecins généralistes relatée dans le livre de Philippe Pitaud (10). Dans son questionnaire elle propose aux médecins de décrire de façon ouverte la sexualité des plus de 75 ans. Les hommes ont répondu : gentil souvenir, différente de la mienne, contingente, problème secondaire ou encore rare. Les femmes quant à elles ont répondu de façon plus élaborée avec des mots clés tels que : amour, tendresse, plaisir, désir de vivre, qualité de vie, tabou, longévité, bonheur, couple, solitude. Le paradoxe dans cette enquête c'est que seuls un médecin homme et un médecin femme ont répondu qu'il n'y avait pas d'intérêt médical à s'occuper de la santé sexuelle du vieillard, tous les autres pensent que c'est important et évoquent la qualité de vie.

Selon Alain Giami, directeur de la recherche à l'INSERM, qui a consacré de nombreux écrits à la sexualité, la santé sexuelle ne peut se cantonner à l'organe et *« l'abord de la sexualité s'inscrit de façon sélective dans le cadre de la pratique actuelle de la médecine générale et cette sélectivité est fondée sur des critères psychosociaux -donc des critères non médicaux –plus que sur des critères de rationalité médicale ou de santé publique. »* (43)

Il a également participé en 2010 à la rédaction d'un chapitre au sein du livre *« Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale »*(44). Les analyses développées dans ce travail ont permis d'identifier quatre postures qui participent au processus de spécialisation informelle en médecine générale en matière de santé sexuelle.

Dans une première posture, les médecins généralistes revendiquent leurs stratégies d'évitement de la prise en charge des problèmes liés à la sexualité qu'ils attribuent à leur ignorance, leur absence de formation et aux difficultés liées à leur gêne pour aborder ces questions.

Dans la seconde posture, les médecins généralistes traitent les problèmes liés à la sexualité selon le modèle de l'appropriation médicale, à partir de l'approche par la nosographie et les traitements médicaux.

Dans la troisième posture, les médecins généralistes abordent la sexualité en prenant en compte la dimension psychologique et relationnelle – aussi bien en ce qui concerne la vie sexuelle des patients, que les dimensions de la relation médecin-patient.

Enfin, un petit groupe de médecins généralistes «tout-venant » qui placent la sexualité au centre de leur pratique en médecine générale et considèrent qu'elle constitue une dimension du bien-être ont été regroupés sous la quatrième posture. Ce dernier groupe de médecins a par ailleurs suivi des formations en sexologie, ont un intérêt poussé pour la psychologie en général avec notamment l'expérience d'une psychanalyse ou d'une psychothérapie personnelle, et ont eu des expériences personnelles qui les ont amenés à s'interroger sur ces questions et à tenter de les résoudre pour eux-mêmes.

Cela dit on peut tout de même penser qu'en l'absence de connaissances suffisamment solides sur la sexualité des seniors et avec la certitude de ne pas être capables de répondre à la demande, les médecins généralistes doivent réagir en fonction de leurs expériences, fantasmes et a priori ce qui va à l'encontre du professionnalisme.

En conclusion, on peut dire que l'hétérogénéité d'expériences, d'attentes et de besoins des seniors en matière de santé sexuelle est telle que les médecins doivent surtout se montrer à l'écoute et initier la conversation, tout en se débarrassant de leurs propres stéréotypes et de leur besoin de se retrancher derrière la médicalisation.

4. La formation des médecins en matière de santé sexuelle

Les grandes organisations de santé mondiale telles que l'OMS ont su s'adapter aux évolutions sociétales et des mœurs et ont élargi le concept de santé à la dimension sexuelle dans le début des années 70. (45) Toutefois, il n'y pas eu de modification de la définition de la santé édictée par l'OMS en 1946 : « *La santé est un état de complet bien-être physique, émotionnel, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

Ce n'est qu'en 2002 que les définitions des concepts de santé sexuelle et de sexualité ont été rédigées représentant ainsi une synthèse de ces évolutions.

La sexualité y est définie comme «*un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuel, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de*

relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, ces dernières ne sont pas toujours vécues ou exprimées simultanément. La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels.»

Et la santé sexuelle comme «un état de bien-être physique, émotionnel, mental et sociétal relié à la sexualité qui ne saurait être réduit à l'absence de maladies, de dysfonctions ou d'infirmités. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes et sécuritaires, sans coercition, discrimination et violence. Pour réaliser la santé sexuelle et la maintenir, il faut protéger les droits sexuels de chacun.»

L'INPES consacre également toute une page à la définition de la santé sexuelle sur son site internet (7) en annonçant qu' « *afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés. La sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. [...] »*

Malgré tout cela, la question que l'on peut se poser est la suivante : les médecins sont-ils prêts à prendre en charge la santé sexuelle ? Pour répondre à cette question il est important de faire un état des lieux de la formation en médecine générale en termes de sexualité. Et cela commence dès le début des études. Le Docteur Josette Vallée a rédigé un article (46) pour la Revue Française de Médecine Générale en 2008 « *Enseigner la prise en charge de la plainte sexuelle* ». Elle y fait le constat que durant leurs études de troisième cycle en médecine générale, les internes de Saint Etienne ont tous ou presque été confrontés à une plainte sexuelle en cabinet libéral mais ne se sentaient pas armés pour y répondre de manière adéquate. Pour éclaircir ces différents points, il a été proposé à ces étudiants de dernière année de remplir un questionnaire anonyme.

Il a été remis, fin 2005, lors d'un cours sans lien spécifique avec la plainte sexuelle. Le questionnaire a été rempli lors de la pause et récupéré par les enseignants en fin de cours. 45 étudiants étaient inscrits, 33 étaient présents, 32 ont répondu. Dans plus de 90 % des cas, ils ont ressenti un besoin de formation pour prendre en charge ces plaintes. La méconnaissance du sujet et le manque de formation prédominaient sur l'aspect tabou ou « gêne ». Plus de 80 % des futurs médecins de l'échantillon estimaient ne pas avoir bénéficié de formation universitaire ou extra-universitaire sur ce thème alors qu'ils terminaient leur cursus. Les attentes de formation concernaient essentiellement le domaine psychologique, sexologique et thérapeutique. Aucun interne n'a répondu que la plainte sexuelle ne faisait pas parti du champ médical.

Il en va malheureusement de même pour les médecins généralistes installés. La gériatre Elisabeth Catenacci dans son ouvrage « *Le médecin, le vieillard et la sexualité* »(10) rapporte une étude réalisée dans les Bouches du Rhône Nord basée sur un questionnaire envoyé à 100 médecins généralistes et spécialistes. Seule un médecin généraliste femme s'estime formée à la prise en charge de la sexualité des seniors. Concernant les dysfonctions sexuelles, 14 rapportent prescrire un traitement, 15 réalisent un bilan alors que seuls 12 disent savoir quel bilan faire. 10 d'entre eux adressent à un urologue et 6 à un angiologue (ce qui sous entend qu'ils n'adressent que des hommes), 6 autres à un sexologue, 2 à un psychiatre et 1 seul à un gynécologue.

Le chemin à parcourir est encore long en matière de formation universitaire en santé sexuelle malgré les preuves évidentes de sa nécessité. Notons tout de même que le DIU de sexologie existe depuis 1996.

III. METHODE

A. Hypothèse de travail

Notre revue de la littérature, nous a permis de conclure au fait que la sexualité des plus de 50 ans est suffisamment riche, fréquente et complexe pour être étudiée dans le cadre de la médecine générale. Un chiffre pour illustrer cela : 45 % des hommes et 32 % des femmes de 50 à 69 ans estiment que le sexe est indispensable.(21) De plus, elle perdure dans le grand âge comme nous le montre une étude faite auprès de 1202 hommes et femmes de 50 à 94 ans (moyenne d'âge : 61,7) dans une association de fitness aux Etats Unis(47). 13 % des femmes de plus de 70 ans et 18 % des hommes de la même tranche d'âge déclarent avoir en moyenne plus de 3 rapports sexuels par semaine. 15 % des femmes et 35 % des hommes de plus de 70 ans en déclarent entre 1 et 2 hebdomadaires. Elle est aussi riche et diversifiée, en pleine mutation du fait des changements de mœurs et de l'arrivée de la génération des *baby boomers* et enfin elle est différente de celle que les patients ont connue dans leur jeunesse du fait des changements physiologiques et/ou pathologiques liés à l'âge. Sans parler de l'émergence des IST et du manque de prévention.

Il est donc nécessaire d'accompagner cette population dans les mutations qui s'opèrent dans leur vie sexuelle et toutes les études indiquent que les patients eux mêmes jugent le médecin généraliste comme la personne la plus adaptée pour le faire et souhaiteraient qu'il en soit ainsi. Cette nécessité est renforcée par l'importance de la sexualité dans la qualité de vie de ces patients et par le fait que la sexualité est au 21^{ème} siècle totalement intégrée dans le concept de santé.

Enfin, étant donné le vieillissement de la population que l'on connaît, la pratique des médecins généralistes est très tournée vers cette tranche d'âge des plus de 50 ans. C'est ce qu'indique l'étude Drees réalisée en 2002 : 60% des consultations et visites des médecins généralistes interrogés concernaient les plus de 45 ans. (48) Les médecins généralistes garants de la santé de leurs patients et de l'amélioration de leur qualité de vie se doivent de répondre aux attentes de cette population.

Or, là encore, notre revue de la littérature nous a menés à conclure à une insatisfaction globale des patients vis-à-vis de cette demande d'accompagnement (5)(12) (40)(42). Dans les études et ouvrages étudiés (4)(10)(44), les explications et hypothèses sont nombreuses : sujet tabou considéré à tort comme devant relever de la sphère privée, réticence des médecins à initier la conversation, a priori sur la vieillesse, différence d'âge et de sexe entre médecins et patients, manque de formation...

Il est apparu également que lorsque la question de la sexualité était abordée, c'était souvent dans le versant thérapeutique médicamenteux et majoritairement masculin. D'après Alain Giami docteur en psychologie et directeur de recherche en sciences sociales à l'INSERM, le risque est grand de ne voir la sexualité des seniors que d'un point de vue médicamenteux. (43) Or, il faut faire attention à ce que les dysfonctions sexuelles ne soient pas assimilées à des troubles organiques. Sinon le risque est grand de ne voir la sexualité que d'un point de vue mécanique en réduisant celle-ci au bon fonctionnement d'un seul organe. Et de cela peut découler une normalisation de l'usage de celui-ci.

Mais d'après nos lectures, pour compléter ces réflexions, il manque le point de vue des généralistes concernant les préoccupations sexuelles de leurs patients de plus de 50 ans. La question que nous nous sommes posés est la suivante : Et si le manque d'échange entre médecins et patients seniors en termes de sexualité provenait du fait que les généralistes méconnaissent les réelles préoccupations de cette population, ce qu'ils attendent d'eux exactement ?

D'où cette question de recherche : **Quelles sont les divergences entre médecins généralistes et patients de plus de 50 ans concernant les préoccupations sexuelles et les attentes de ces derniers ?**

B. Objectifs

Pour répondre à la question de recherche nous avons donc cherché à recueillir le point de vue des médecins généralistes libéraux et le confronter aux préoccupations sexuelles des plus de 50 ans.

1. Recueillir le point de vue des médecins généralistes

Le manque de formation des médecins en santé sexuelle est évident, mais qu'en est-il de leurs connaissances individuelles en la matière ? Qu'imaginent-ils devoir et pouvoir apporter à leurs patients de plus de 50 ans quand il s'agit de sexualité ?

Pour le savoir, il était donc important de faire un état des lieux des acquis empiriques et théoriques accumulés par les généralistes afin de mieux comprendre les raisons du « blocage ». Les freins et autres *a priori* ont déjà été étudiés, énumérés, détaillés dans d'autres travaux (4)(5)(44) et expliquent ce manque de communication mais en partie seulement.

De plus, il nous a semblé important de donner la parole aux médecins afin de les faire qualifier non plus la sexualité des personnes âgées comme l'a déjà fait le Dr Catenacci (10) mais les

problématiques liées à celle-ci. S'ils méconnaissent les questions que peuvent se poser leurs patients, leurs besoins, leurs attentes concernant leur sexualité, même sans frein ni *a priori*, ils ne pourront y répondre.

2. Etudier les préoccupations sexuelles des plus de 50 ans

Notre approche bibliographique de la sexualité des plus de 50 ans nous engage à ne pas considérer la santé sexuelle des seniors uniquement du point de vue de l'organe. Mais reste à savoir comment. Dans la littérature, il y a peu de références précises sur les grands thèmes de préoccupations sexuelles des plus de 50 ans. L'accent a été mis sur la façon dont ils souhaitent aborder la question, avec qui, les raisons du manque de communication, les raisons de l'inactivité sexuelle, les dysfonctions... mais peu, voire aucune référence n'aborde les problématiques. Au fil de nos recherches, nous avons pris la mesure de la complexité de la discipline « santé sexuelle » car celle-ci ne se cantonne pas aux dysfonctions des organes sexuels ou de l'acte en lui-même. Nous avons donc souhaité connaître tout l'éventail de problèmes et de questionnements que peuvent rencontrer les seniors dans leur sexualité.

C. Description de la méthodologie

1. Le focus group de médecins généralistes

a. QU'EST CE QUE LE FOCUS GROUP ?

Pour obtenir le point de vue des médecins généralistes nous avons opté pour une méthode qualitative de recueil qu'est le *focus group*. Il correspond à un entretien collectif permettant de collecter des informations sur un sujet donné et est issu d'une technique marketing de l'après-guerre aux États-Unis qui permettait de recueillir les attentes des consommateurs et de rendre ainsi un produit plus attractif.(49) Il s'inspire des techniques de dynamique de groupe utilisées par C. Rogers, chef de file du courant de la psychologie humaniste. Cette technique a été récupérée dans les années 1980 par la recherche universitaire dans des domaines divers (éducation, santé publique, environnement, sciences sociales)(50). Elle est très utilisée dans les pays anglo-saxons dans les

travaux de recherche en soins primaires dans une optique qualitative de recueil d'informations et d'opinions de manière systématique et vérifiable sur des thèmes variés. En France, cette technique est plutôt utilisée en sciences sociales.(51)

La technique du *focus group* est une méthode orale et groupale qui ne recherche donc pas par définition un consensus mais bien un recueil de tous les points de vue concernant un sujet donné et particulièrement les besoins, les attentes, les ressentis, les opinions...

Le *focus group* est une méthode d'entretien semi structuré car il y a une grille d'entretien qui permet de donner un fil conducteur logique aux débats avec des questions ouvertes et courtes allant de l'aspect le plus général du sujet vers le plus spécifique.(52)

b. POURQUOI CETTE METHODE ?

C'est la méthode la plus adaptée lorsque l'on cherche à confronter des données bibliographiques aux données de la réalité ou encore si l'on cherche à comparer les points de vue de deux groupes différents. En revanche, cette technique d'entretien n'est pas adaptée lorsque l'on cherche à obtenir un consensus ou à éduquer les participants. Son but premier est de refléter toutes les opinions y compris les minoritaires de la population cible, d'enrichir et de renforcer les idées déjà collectées. Ce type d'enquête qualitative a pour but de comprendre, ici un comportement professionnel, et voire même de faire émerger une lecture nouvelle de l'attitude des médecins face à la sexualité de leurs patients de plus de 50 ans.

Les avantages de cette méthode d'enquête :

- Elle répond aussi bien aux « comment ? » qu'aux « pourquoi ? » et permet d'exprimer la variété de réponses à ces questions. Ainsi le recueil se fait sans idées préconçues ni hypothèses à vérifier. La méthode est inductive.
- Le phénomène de dynamique de groupe qui permet à chacun d'exprimer librement son opinion en fonction de son vécu personnel et professionnel. Cette dynamique peut lever les inhibitions de certains entraînés par la participation collective ou donner plus de poids aux critiques et remarques que lors d'entretiens individuels.
- Elle permet de hiérarchiser les messages clés en fonction de leur fréquence d'apparition dans le groupe ou de leur importance pendant la réunion même si cela reste facultatif.
- Le côté débat qui rend l'outil convivial et qui donne l'occasion aux participants de s'impliquer

Les inconvénients de la technique :

- Cette technique ne permet pas de généraliser les résultats à d'autres groupes même s'ils présentent les mêmes caractéristiques
- En lien avec le phénomène de groupe, certains participants peuvent prendre une position de meneur inhibitrice pour certains, et donc les conclusions peuvent ne représenter que ce que pense le groupe et non l'éventail de ce que pense chaque personne (d'où l'importance d'un bon animateur/régulateur)

c. LE CHOIX DE LA POPULATION

Le but ici était de réunir une population diversifiée et non représentative. Nous avons donc réuni un groupe d'experts dans un même domaine, ici la médecine générale, constitué d'hommes et de femmes, de 30 à 65 ans (âge moyen à la fin des études et âge théorique de la retraite), installés et remplaçants, exerçant en urbain en rural et semi rural. Nous n'avons pas souhaité ajouter des critères tels que le fait d'être informatisé, avoir une activité universitaire ou de formation. Ces critères n'étant pas discriminant *a priori* pour nous.

Une contrainte supplémentaire était celle du nombre de participants qui doit être limité pour le bon déroulement de l'entretien. Le nombre de participants doit se situer entre 6 et 12. Six étant le minimum requis pour que s'installe la dynamique de groupe et douze le maximum au dessus duquel peuvent émerger des sous groupes. Le nombre idéal étant de dix.

d. DESCRIPTION DU MODE DE RECRUTEMENT

Il convient de préciser que nos lectures sur la réalisation des *focus group* nous ont conduits à ne jamais annoncer le sujet de notre travail en amont de l'entretien comme cela est préconisé(53). Le recrutement s'est donc fait sans jamais aborder le thème de la sexualité.

Nous avons choisi de contacter les éventuels participants par téléphone à leur cabinet. La chargée d'étude se présentait à eux comme médecin remplaçant en cours de réalisation de thèse. Elle leur indiquait ensuite le directeur de thèse et les informait d'une étude en cours visant à obtenir le point de vue des médecins généralistes. Cette étude s'appuyant sur la réalisation d'un *focus group* dont

elle expliquait brièvement le déroulement et les objectifs (entretien collectif semi-dirigé pour relever leurs avis et façons de faire, ne pas obtenir de consensus, réunion de 2 heures maximum). L'explication était donnée qu'afin de les voir arriver « vierges » de tout *a priori* ou recherches sur le sujet, le thème de l'enquête ne pouvait être divulgué avant la soirée en décembre. S'ils étaient intéressés, elle demandait leur adresse mail afin de les recontacter pour plus de détails et proposer des dates de rencontre. Enfin, qu'ils acceptent ou refusent elle leur demandait de fournir trois noms de confrères dans une tranche d'âge et dans un type d'activité précis en fonction de besoins à contacter de leur part. Par la suite, après avoir obtenu treize réponses positives, les médecins ont été recontactés afin de leur proposer trois dates en soirée fin novembre, début décembre et aussi dans le but de confirmer leur présence. Un seul médecin n'ayant pas d'adresse mail était recontacté par téléphone à chaque fois. Deux participants ont fini par se désister par manque de disponibilité réduisant le groupe à onze participants. Dans un dernier temps, un courriel de convocation avec la date, l'heure et le lieu de la réunion a été envoyé avec un dernier rappel la veille de l'entretien. Pendant tout ce processus de recrutement, rappelons que le thème général de la recherche n'a pas été évoqué.

Cette période de recrutement fût assez compliquée du fait du manque de disponibilité des médecins étant donnée la période (entrée dans la période hivernale en octobre/novembre 2013), de la difficulté à les intéresser sans pouvoir divulguer le contenu de l'entretien auquel nous les convions, des nombreuses sollicitations qu'ils avaient déjà eu pour des thèses, ou du manque de temps dans leur emploi du temps personnel.

Nous avons tout de même obtenu les réponses positives nécessaires. Volontairement, nous avons organisé la réunion peu de temps après le recrutement téléphonique afin de garder les participants motivés et curieux.

e. DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN

Le *focus group* doit se dérouler dans un lieu neutre, chaleureux et convivial mais propice au travail. L'entretien a donc eu lieu dans la salle de conférence d'un hôtel de Poitiers. Les participants, qui n'étaient pas rémunérés, ont été conviés à 20h. Nous avons décidé de convier, pour mener l'animation avec le Dr Lemerrier, une thésarde en sociologie spécialiste des entretiens collectifs ou individuels, Sabine Lambert. Nous nous sommes réunis tous les trois dans l'après midi de la réunion afin de retravailler la guide d'entretien et de permettre aux animateurs de se l'approprier.

Il est nécessaire, tant leur rôle est important et complexe, de préciser les fonctions des animateurs qui restent neutres en toutes circonstances. Selon Colette Baribeau, professeure des sciences de l'éducation au Québec et enseignant les méthodes qualitatives (54), elles sont au nombre de trois :

- La fonction de *production* qui consiste à créer des ouvertures, relancer, attribuer le tour de parole, demander de précisions.
- La fonction de *confirmation* avec la reformulation, la confrontation et la corroboration des idées.
- La fonction d'*orientation* où s'associent la recentration des propos, la relance thématique, les déductions et les mises en parallèle.

L'observateur (ici la chargée de recherche) doit s'occuper en amont de la gestion du matériel d'enregistrement, de l'accueil des participants et bien sûr de la prise de notes pendant toute la discussion regroupant les phrases clés et la communication non verbale du groupe (attitudes, expressions, intérêt pour la discussion...). Il peut cependant faire préciser des remarques ou poser des questions non clarifiées et résumer les discussions pour validation. (55)

Nous nous sommes rendus sur le lieu de réunion dès 19h30 afin de réaliser un bon accueil s'agissant d'un élément capital pour le bon déroulement de l'entretien. Cet accueil, qui doit être chaleureux, permet de dissiper une certaine angoisse et d'établir un climat de confiance et de complicité. L'environnement physique et son aménagement sont importants car ils influencent les comportements. La disposition en cercle favorise la prise de parole et place tous les participants sur un pied d'égalité. Le fait que tous puissent se voir favorise les interactions. Nous avons donc réorganisé la disposition des tables avec deux parties. Une première destinée à recevoir les petits fours salés et sucrés ainsi que les boissons et une deuxième partie faite de tables disposées en rond pour l'entretien. A l'extrémité de cette partie, il a été disposé le tableau papier sur lequel les animateurs pourront s'appuyer.

Les médecins sont arrivés à l'heure les uns après les autres et étaient accueillis par une phrase de bienvenue et d'introduction auprès des autres participants déjà présents. Pendant cette période, les participants ont discuté entre eux autour du cocktail dinatoire mais aucune information sur le sujet du *focus group* n'a filtré. Vers 20h30, ils ont été invités à prendre place autour de la table de discussion. Nous avons transféré le reste des petits fours sur les tables de travail afin de préserver le côté convivial et détendu y compris pendant l'entretien. Seul un médecin, qui venait de La Rochelle, nous avait prévenus qu'il aurait du retard et nous avons donc commencé sans lui. Il est arrivé environ 45 minutes après le début des discussions.

L'entretien a été enregistré par deux dictaphones après accord des participants.

Nous nous sommes tous de nouveau présentés avec une précision sur nos rôles pendant l'entretien : le Dr Lemercier et Me Sabine Lambert en animateurs, et la chargée de recherche en tant qu'observatrice étant donné la difficulté de prendre des notes et d'animer en même temps. Le but ici étant de les informer afin qu'ils ne sentent pas observés ni jugés. Les animateurs quant à eux se sont appuyés sur le guide d'entretien afin de relancer et réorienter le débat si nécessaire. Il correspond en somme au scénario du *focus group* et sa trame n'est pas figée et s'adapte au déroulement de l'entretien. Il doit être composé de questions ouvertes, neutres, simples et faciles à comprendre.

Il s'articulait ainsi :

- 1) Pouvez-vous citer dix grands thèmes de motifs de consultations fréquemment rencontrés en médecine générale sans hiérarchisation particulière ?
- 2) Pour chaque thème précédemment cités, est-il possible d'attribuer une tranche d'âge que vous estimez plus souvent concernée par celui-ci ?

Si le thème de la sexualité a été cité mais pas attribué aux plus de 50 ans

⇒ Qu'est ce qui vous fait dire que cette tranche d'âge est moins concernée par ce thème ?

Si le thème de la sexualité n'a pas du tout été proposé

⇒ Comment expliquez-vous que la sexualité n'ait pas été citée comme motif de consultation courant en médecine générale ?

Si le thème de la sexualité a bien été associé à la population plus de 50 ans

⇒ En moyenne, sauriez-vous dire jusqu'à quel âge vos patients seniors restent-ils sexuellement actifs et ce que l'on entend par « sexuellement actifs » ?

- 3) Quels sont les motifs concernant la santé sexuelle de vos patients de plus de 50 ans que vous abordez spontanément avec eux ?
- 4) Quels sont les motifs concernant leur santé sexuelle que les patients seniors abordent eux-mêmes avec vous ?
- 5) Pensez-vous qu'il est préférable que ce genre de sujet soit abordé par vous ou uniquement à la demande du patient ?
- 6) Quelles sont, selon vous, les préoccupations sexuelles de vos patients de plus de 50 ans ?
- 7) Lorsque les préoccupations de vos patients ne sont pas d'ordre organique avec réponse médicamenteuse à la clé éprouvez-vous des difficultés ?

Si la réponse est oui

⇒ Demander des précisions sur les raisons de cette difficulté, ce qu'il leur manque

Si la réponse est non

⇒ Demander comment ils y font face, quelles sont leurs conseils, quelles ressources sont mobilisées pour les aider

8) Avez-vous des choses à ajouter ? (question de conclusion)

A la fin de l'entretien, les participants ont été remerciés pour leur motivation et leur enrichissement à notre travail.

f. METHODE D'ANALYSE

Cette partie s'est déroulée en deux temps : un premier temps de retranscription des dialogues et un deuxième temps d'analyse par méthode manuelle (opposée à l'utilisation du logiciel *N'Vivo*).

La retranscription (54) :

Cette partie du travail a donc été réalisée à partir des enregistrements faits pendant le *focus group* et fût particulièrement longue et fastidieuse. Il a fallu compter environ 3h30 de retranscription pour 30 minutes d'entretien. Le mode collectif de l'entretien a compliqué la façon de traiter les interruptions, les recoupements et les recouvrements de voix, les apartés... Cette retranscription s'est faite mot à mot dans une volonté de n'écrire que ce qui était dit, sans correction grammaticale, reformulation et même en introduisant les rires, réflexions et autres hésitations en italique dans le texte. Il s'agit donc de la transposition d'un langage oral à l'écrit.

L'analyse des données (54)(55)(56)(57) :

Avant de commencer l'analyse, la première étape fait l'inventaire des informations recueillies et les met en forme par écrit. Ce texte – appelé verbatim – représente les données brutes de l'enquête. L'analyse de contenu est la méthode qui cherche à rendre compte de ce qu'ont dit les interviewés de façon la plus objective possible et la plus fiable possible. La procédure(58) comprend généralement la transformation d'un discours oral en texte, pour mieux étudier la signification des propos. Dans notre travail, la grille d'analyse n'était pas définie au départ, le codage a été conduit selon une procédure ouverte et inductive lors de la relecture du verbatim. C'est à partir du verbatim que la grille est élaborée et non en amont.

Ainsi, chaque partie du verbatim est classée dans une catégorie représentant l'idée qu'elle véhicule. Ces catégories sont ensuite regroupées en thèmes plus généraux. Ensuite, chaque catégorie fait

l'objet d'une synthèse descriptive qui peut quantifier très grossièrement (sans aucune validité statistique) sa fréquence dans la population étudiée mais cela reste facultatif.

Tout ce travail d'analyse a été réalisé manuellement par une méthode classique en surlignant les parties du texte avec une couleur différente suivant l'idée représentée.

Exemple non tiré de la réelle retranscription :

Le verbatim « On ne va pas demander comment ils le font, à quelle fréquence, ça ne nous regarde pas » et « Oui alors Madame vous ça va, vous faites ça combien de fois par semaine ? C'est impossible à demander »

La catégorie « Intimité des patients »

Le grand thème « Frein à l'abord de la sexualité »

Les grands thèmes, une fois organisés, pourront être liés entre eux, opposés... afin de tirer les conclusions de cet entretien collectif. C'est une analyse plus interprétative des données qui peut être enrichie d'une comparaison aux données existantes dans la littérature et pouvant aboutir à la formulation d'hypothèses induites et/ou de recommandations éventuelles.

Dans un dernier temps, le directeur de thèse procède à un double encodage avec une lecture partielle du contenu brut, il crée ses propres catégories et grands thèmes et vérifie qu'ils sont bien communs en majorité avec ceux trouvés par la chargée d'étude. Le but étant de supprimer au maximum le biais d'interprétation faisant perdre son objectivité à l'étude.

2. Le recueil de données internet concernant les préoccupations sexuelles des patients

Dans un premier temps, nous voulions réitérer l'expérience du focus group avec les patients afin de confronter les deux points de vue médecins-patients. Nous nous sommes malheureusement heurtés à deux freins : le financement et l'âge des patients.

En effet, la location d'une salle de conférence pour une dizaine de participants avec le cocktail dinatoire représente un coût non négligeable sans compter le déplacement de l'observatrice qui n'habite pas à Poitiers.

Par ailleurs, l'âge des patients concernés posait problème dans les capacités de déplacements, parfois loin de chez eux (pour les patients recrutés auprès des médecins généralistes ruraux), un soir

de semaine, sans pouvoir les informer du sujet de la réunion. Après mûres réflexions, nous avons opté pour un recueil de données sur internet.

Nous sommes partis du constat qu'aujourd'hui lorsqu'une préoccupation ou un questionnement relève de l'intimité et/ou ne permet pas le dialogue avec l'entourage ou un médecin, on se tourne vers Internet pour jouer ce rôle de référent. En effet, d'après les données de l'INSEE, les plus de 60 ans surfent tout de même régulièrement sur le web : 54 % des internautes ayant entre 60 et 69 ans utilisent quotidiennement Internet.

Tableau d'accès et d'usage d'internet Source : enquête « Technologies de l'information et de la communication » d'octobre 2005, Insee

	Dispose d'Internet à la maison	Dispose d'Internet haut débit à la maison	A utilisé Internet au moins une fois	A utilisé Internet au cours du dernier mois (internautes)	Dont internautes utilisant Internet tous les jours ou presque
Ensemble	42,7	32,0	54,3	46,9	55,6
Homme	45,4	33,4	57,8	50,4	57,6
Femme	40,2	30,6	51,0	43,6	53,4
50-59 ans	42,2	30,2	45,0	38,0	53,8
60-69 ans	20,5	12,7	22,0	16,2	54,4
70-79 ans	9,2	5,6	7,4	5,7	56,7
Plus de 80 ans	3,8	2,8	2,0	1,6	<i>ns</i>

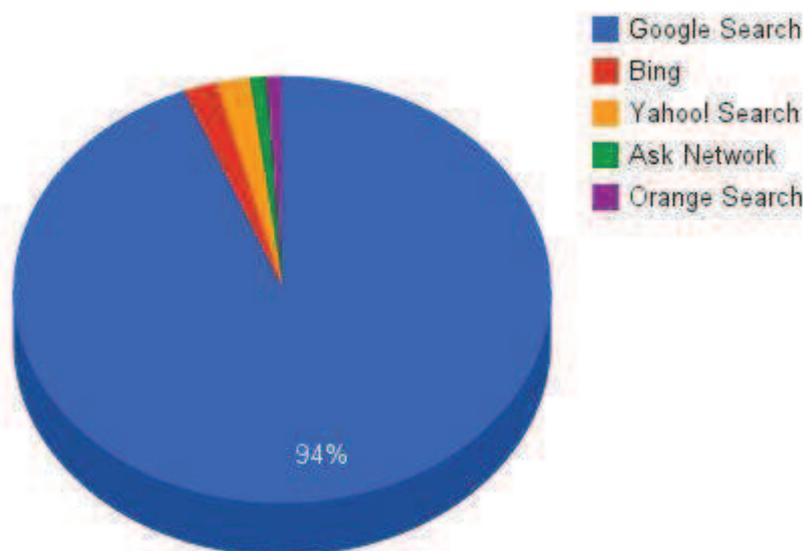
L'objectif de cette partie de l'étude a donc été de trouver les sites consultés par les patients ou vers lesquels ils sont renvoyés après avoir tapé leur recherche. A l'heure actuelle, aucun outil ne nous permet d'avoir ces renseignements, en particulier parce que les usagers d'Internet ne rentrent pas leur âge avant de lire les informations d'un site. Or, nous nous intéressons uniquement aux plus de 50 ans. Par ailleurs, il était impossible d'être exhaustifs dans les mots clés tapés par les patients lors de leur recherche. Notre recherche ne pouvait donc pas s'effectuer du point de vue des patients en tant qu'utilisateurs d'Internet.

Nous avons donc procédé à une recherche systématique qui prenait le problème à la base en partant du moteur de recherche Google.

Premièrement, parce que c'est le moteur le plus utilisé sur la toile et, deuxièmement, parce que son algorithme nous permettait d'être exhaustifs dans notre recherche.

Google leader sur le marché

Selon *ComScore*, en France, 94% des requêtes effectuées sur des moteurs de recherche passent par Google. Bing et Yahoo représentent chacun 2% de parts de marché dans l'Hexagone. Ask Network et Orange Search ne sont utilisés chacun que dans 1% des requêtes.(59)



L'algorithme de Google

Le principe de fonctionnement de Google, qui a fait son succès, est fondé sur une invention de ses créateurs, le *PageRank* : lorsqu'un document est pointé par de nombreux hyperliens (popularité de liens), son *PageRank* augmente. Plus son *PageRank* est élevé, plus il aura de chance d'être affiché dans les premiers résultats d'une recherche. Ce système donne une indication de la « popularité » du document parmi les autres documents du web. Selon Optify, 94 % des clics vont aux dix premiers résultats.

Nous nous sommes donc appuyés sur toutes ces données et avons supposé que les articles rédigés sur les sites médicaux et non médicaux, les thèmes des forums et autres blogs correspondaient à une volonté des créateurs d'être au plus près des préoccupations de la cible.

Ainsi, nous avons procédé à plusieurs recherches successives en tapant le mot clé « sexualité » associé à différents mots clés concernant la population qui nous intéressait (par exemple « seniors »)

jusqu'à saturation des données. C'est-à-dire que pour chaque recherche, nous avons répertorié les différents sites, blogs, articles, forums proposés par Google sur la première page correspondant aux dix premiers résultats. Puis, nous avons fait le relevé exhaustif de tous les grands thèmes abordés par ceux-ci en naviguant en leur sein, en explorant toutes les rubriques. Nous avons procédé ainsi jusqu'à ce que les résultats de nos recherches nous proposent les mêmes sites et que les thèmes dégagés de ces recherches soient redondants aux précédents. C'est ce que l'on appelle une recherche à saturation.

Enfin, nous avons procédé à une analyse thématique des sujets relevés à l'état brut depuis leur source internet afin d'en tirer les grandes préoccupations sexuelles des patients de 50 ans et plus en nous appuyant sur la même technique analytique que pour le *focus group*. Le système de création manuelle de catégories et grands thèmes à partir des résultats est resté identique.

IV. RESULTATS

A. Le focus group de médecins généralistes

1. Données générales concernant l'entretien

L'entretien a duré 1 heure et 40 minutes, correspondant au temps au bout duquel toute la grille d'entretien avait été déroulée et où les sujets principaux avaient été abordés.

L'attitude des médecins était globalement dynamique et participative avec des temps de prise de parole inégalitaires mais où malgré tout tous les participants ont pris la parole. L'ambiance était plutôt conviviale et décontractée, avec une écoute mutuelle propice aux échanges. Les médecins généralistes se sont tous dit satisfaits du déroulement du focus group et de ce qui y avait été dit. Ils ont également montré de l'intérêt pour la suite de notre travail. Nous avons profité de la fin de la séance pour réunir les renseignements concernant leur profil par écrit. Notons que ce sont les médecins eux-mêmes qui ont qualifié leur lieu d'exercice (rural, urbain, semi rural).

Après l'entretien officiel, les participants sont restés quelques minutes supplémentaires pour échanger entre eux et pour aborder de façon moins formelle le sujet qui venait d'être dévoilé moins de deux heures auparavant.

2. Profil des médecins

Afin de préserver l'anonymat des participants, les noms utilisés ci-après sont des noms d'emprunt.

	Sexe	Age en années	Lieu d'exercice	Date d'installation	Mode d'exercice	Spécialité éventuelle
Eric Emmanuel Schmitt	homme	49	urbain	01/04/1998	cabinet de groupe	
Emile Zola	homme	30	semi rural	01/07/2013	cabinet seul	
Douglas Kennedy	homme	34	remplaçant	12/2009		
Olivier Adam	homme	52	rural	1995	cabinet de groupe	
J. D. Salinger	homme	63	rural	02/04/1978	cabinet de groupe	Médecine du sport
Guy de Maupassant	homme	60	urbain	01/07/1986	cabinet de groupe	DIU de gériatrie
Ana Gavalda	femme	36	semi rural	02/01/2013	cabinet de groupe	
Harriet Beecher Stowe	femme	53	rural	12/1990	cabinet de groupe depuis 6 ans, seule à l'installation	
Emily Brontë	femme	59	urbain	01/04/1990	cabinet seule	
Catherine Pancol	femme	55	rural	01/07/1987	cabine seule	DIU homéopathie et orientation nutrition
Delphine de Vigan	femme	31	remplaçante	06/2010		

3. Les grands thèmes tirés de l'entretien collectif

Ces thèmes sont reportés selon leur ordre d'apparition dans le verbatim (consultable dans la partie Annexe) sans aucun classement particulier ni analyse quantitative. L'organisation éventuelle selon leur fréquence, leurs oppositions ou rapprochements sera effectuée lors de l'analyse dans la partie « Discussion ».

α. UTILISATION DE L'HUMOUR ET DE LA DERISION PENDANT L'ENTRETIEN

Un phénomène intéressant a été observé lors de ce *focus group*. Un certain nombre des participants utilisent beaucoup l'humour dès que la discussion autour de certains thèmes de la sexualité devenait complexes, sujets à débat ou lorsque les réponses à apporter par les médecins aux patients n'étaient pas évidentes.

RECIT D'ANECDOTES POUR FAIRE RIRE

Un des médecins raconte une visite à domicile et au moment d'aller dans la chambre pour examiner la patiente il voit « *toute une collection* » de sex toys, « *j'ai pas su quoi répondre là, vous l'avez trouver où ce modèle ? Je le cherche partout !* » et quelqu'un de répondre « *C'est peut être que secrètement elle était amoureuse de toi !* »

JEUX DE MOTS ET AMBIGUITE

Quelqu'un demande une précision quant au genre concerné par la question « *Tout sexe confondu ?* » « *Bah non mais « sexe confondu » ça fait très chaud je trouve !* » suivi de rires de l'assistance

DETOURNEMENT D'HISTOIRES VECUES

A propos d'une différence de libido dans le couple il y a un débat sur ce qui relève de l'intime ou du médical et beaucoup disent que ce n'est pas médical « *A moins qu'il ait une tumeur frontale !* »

A propos d'une femme faisant part de son désarroi face à l'arrêt de la sexualité du couple du fait de la maladie de Parkinson du mari « *Avec le Parkinson c'est pratique tu bouges pas tu trembles tu vois !* »

IMAGINATION DE REPONSES APORTEES AUX PATIENTS

Concernant la prise en charge de la baisse de la libido « *Ah bon ? Tu leur dis ça toi ?* » « *Ouais ! Partouzez !* » « *Elle passe des cassettes sous le bureau !* » « *D'ailleurs dans la salle d'attente t'as une étagère avec les deux cochonnes à Paris !* »

b. MOTIFS DE CONSULTATION EN MEDECINE GENERALE APRES 50 ANS

Lors de l'ouverture de la réunion, les animateurs ont débuté avec une question ouverte et générale afin de recueillir spontanément les thèmes de consultation que les médecins associent à leurs patients de plus de 50 ans. Le but n'était pas, dans un premier temps, de hiérarchiser mais bel et bien de lister pour savoir si la question de la sexualité était associée à cette population ou non.

Dans un second temps, les animateurs ont demandé de préciser quels étaient les motifs les plus fréquents de consultation toujours dans cette population afin là encore de situer la question de la santé sexuelle dans les pratiques professionnelles du groupe interrogé.

Nous avons donc pu constater que les thèmes jugés fréquents par les médecins étaient sensiblement les mêmes que ceux cités spontanément sans demande de hiérarchisation particulière. En revanche, une notion intéressante a émergé : le motif caché. Tous les participants ont été d'accord pour dire qu'en matière de santé sexuelle et de troubles du sommeil les patients ne leur présentaient leurs demandes qu'en fin de consultation et non comme motif principal.

Il est donc intéressant de s'apercevoir que pour les médecins, la santé sexuelle ne fait clairement pas partie des demandes fréquentes en consultation chez les plus de 50 ans. D'ailleurs une des participantes le souligne en s'étonnant un peu plus loin dans l'entretien : « *Pourquoi on est parti sur la sexualité ?* ». Un médecin lui répond alors « *C'est parce qu'ils ont voulu nous orienter là-dessus c'est pas compliqué.* » et une autre personne d'ajouter « *C'est une volonté parce que c'est pas vraiment ce qui ressortait hein !* »

MOTIFS FREQUENTS

Les maladies cardiovasculaires

« HTA » « *Moi je dirais que hypertension c'est un peu un motif fréquent après 50 ans* »

« *Tout ce qui est cardiaque* »

« *Artérite* »

« *BPCO pis le tabac et l'arrêt du tabac* »

Les plaintes douloureuses

« *Les douleurs d'une façon générale* » « *Les douleurs de toute façon* » « *Les douleurs de façon globale* »

« Les lombalgies »

« Les plaintes abdominales »

Les troubles métaboliques

« Cholestérol » « Cholestérol tu peux le mettre avec aussi je pense »

« Diabète »

« Troubles métaboliques et hypertension c'est quand même les gros motifs »

Les troubles psychologiques

« Stress »

« Troubles du sommeil » « Les troubles du sommeil je trouve aussi » « Sommeil oui c'est fréquent » « Sommeil, fatigue »

« Troubles de la mémoire » « Perte de mémoire »

« Troubles de l'humeur » « Déprime »

Les cancers

« Bah cancer c'est quand même fréquent »

MOTIFS SECONDAIRES CACHES

Les dysfonctions érectiles

« Les troubles de l'érection » « Les troubles de l'érection ? Ca c'est un deuxième motif » « Chez le patient de plus de 50 ans, plus en deuxième moi je dirais mais après voilà »

« ...c'est pas arrivé en premier motif, c'était d'abord les troubles du sommeil...et quand on est passé côté examen...au niveau de l'érection je tiens pas comme avant »

Les troubles du sommeil

Les troubles du sommeil « c'est pendant qu'on remplit l'ordonnance et eux le chèque » « Est-ce que vous pouvez me rajouter quelque chose pour dormir ? » « Voilà par exemple »

La ménopause

« La ménopause, les bouffées de chaleur et tout ça » « A la fin de la consultation » « Ca vient en fin de consultation c'est vrai ils te disent bah en plus il y a ça » « C'est pas forcément le premier motif quoi » « C'est fréquent mais plus en deuxième partie de consultation » « En

complément de, ouais » « Un motif secondaire caché » « ...et puis elle pareil, on avait d'abord abordé les troubles du sommeil ensemble...et après quand je l'ai examiné...lors des rapports, problèmes de sécheresse vaginale »

Les troubles urinaires

« Troubles urinaires masculins avec la prostate » « Problèmes d'incontinence chez la femme »

c- FREINS DES PATIENTS A L'ABORD DE LA SEXUALITE EN CONSULTATION SELON LES GENERALISTES

Au fur et à mesure du débat, lorsque le thème de la sexualité est apparu comme central, les médecins ont eux-mêmes évoqué les difficultés à aborder le sujet avec leurs patients de plus de 50 ans. Ainsi, ils ont énoncé les raisons qui expliquaient selon eux le fait que la santé sexuelle n'était pas un thème majeur en consultation avec cette population.

PROXIMITE TROP GRANDE AVEC LE MEDECIN TRAITANT

« Ils ne vont pas voir leur médecin, ils vont en voir un autre qui voit tout ça, ils demandent deux ordonnances »

« Il va voir quelqu'un d'autre en ville qu'il ne connaît pas »

« Il y a des rapports amicaux qui se créent et ça les embêtent peut être de demander »

« En tant que remplaçant...ça m'est arrivé plusieurs fois que un patient...viennent me parler d'un problème de vie sexuelle...et il m'en parlait parce que j'ose pas en parler à mon médecin » « Ils viennent voir exprès le remplaçant, si si »

Une nuance est à apporter tout de même concernant ce frein là particulièrement. Un seul médecin dans le groupe pense lui au contraire que le fait d'avoir des liens privilégiés avec son patient étant le médecin traitant est un facilitant à la prise en charge de la santé sexuelle

«La proximité ? Je pense que ça peut être un facilitant »

PREFERENCE POUR LES SPECIALISTES (GYNECOLOGUES, UROLOGUES...)/MECONNAISSANCE DES ROLES ET FONCTIONS DES MEDECINS GENERALISTES

« C'est comme le cas d'une femme qu'on suit tout le temps et qu'on voit disparaître pour le frottis chez une consœur. Alors que nous ça nous semble aberrant »

« Les patients connaissent mal notre fonction, hein, ils pensent qu'on est là pour les médicaments » « Ce soir encore, il y a une patiente qui vient qui me dit vous avez pas l'adresse d'un gynécologue pour faire un frottis. Euh, je suis compétent pour faire votre frottis. »

MEDECIN GENERALISTE NON COMPETENT POUR GERER LA SANTE SEXUELLE

Les médecins ont rapporté des phrases dites par leurs patients laissant transparaître le doute quant à leur capacité à gérer un problème de sexualité *«Un homme m'a dit : Je vais vous poser une question mais je sais pas si vous êtes la bonne personne à qui je dois m'adresser »* *« Il y a des questions qui arrivent de temps en temps : j'aimerais voir un sexologue. Ah bon, pourquoi ? »* *« Ils considèrent qu'on n'est pas formé »*

d- FREINS DES MEDECINS A L'ABORD DE LA SEXUALITE EN CONSULTATION

Dans le même temps où les freins concernant les patients ont émergé, ceux concernant les médecins ont été énoncés. Force est de constater qu'en matière de santé sexuelle les freins à aborder le sujet sont nombreux et bilatéraux.

Ce qui est intéressant concernant le frein de l'intime, et qui a été particulièrement relevé par le groupe, c'est l'aveu de certains d'entre eux de la difficulté à placer la limite entre le médical et le non médical. L'une des participantes a conclu ce sujet en disant *« Quand on pense qu'on ne peut pas répondre on dit que ce n'est pas médical »*, ce que personne n'a contredit.

SEXUALITE SYNONYME D'INTIMITE NE RELEVANT PAS DU DOMAINE MEDICAL

« Sabine : Donc là ce sont les freins qui concernent le fait de parler de choses typiquement troubles de l'érection » et un médecin de répondre « D'extrêmement personnel surtout » « Et puis on peut peut être pas aussi s'immiscer dans leur vie personnelle, c'est quand même l'intime de chacun » « Est-ce que le médecin généraliste a forcément son mot à dire sur la sexualité des gens ? »

SEXUALITE, TABOU SOCIETAL Y COMPRIS EN MEDECINE

« On n'est pas non plus éduqué pour aborder ce genre de choses facilement hein dans notre vie. C'est le poids des interdits sociaux, religieux, tout ce que l'on veut, hein, ce sont des questions d'éducation essentiellement »

MANQUE DE FORMATION EN SANTE SEXUELLE

« On apprend des patients eux-mêmes. Moi j'ai eu une fois un patient qui m'avait ramené la brochure d'un dispositif qu'il fallait gonfler je sais pas quoi, il avait l'élastique à mettre, il m'a tout expliqué en long en large » « On n'est pas formé » « On n'a pas eu de cours de sexologie à la fac »

POROSITE ENTRE SEXUALITE DES PATIENTS ET EXPERIENCE PERSONNELLE DU MEDECIN

*« Il y a le côté qui peut renvoyer à notre propre habitude aussi, à notre pratique aussi finalement, sexuelle je parle, d'accord ? Et ça, peut être que c'est pas en concordance »
« ...examiner des organes génitaux en tant que médecin c'est quelque chose qui est asexué quoi » tandis qu'en parler « ça renvoie à notre sexualité finalement » « Oui c'est ça »*

NOTION DE LIMITE D'AGE SUPERIEURE POUR ABORDER LA SEXUALITE

« ...aller demander à quelqu'un au-delà de 70 ans s'il a des rapports sexuels même de façon banale euh une sexualité satisfaisante, ça me paraîtrait je suis désolé, euh, incongru. Au-delà de 70 ans, 70-75 »

AUTOGESTION DES PATIENTS DE LEURS PROBLEMES SEXUELS

Concernant les différences de libido dans un couple l'un des médecins raconte qu'il n'a pas su quoi dire à la patiente qui se plaignait de la trop forte libido de son mari et un médecin lui répond *« C'est pas à toi de le dire, c'est à elle de se débrouiller »* *« ...je pense que quand ce sont des couples qui vieillissent ensemble ils adaptent leur sexualité en fonction de la hanche de madame, des érections de monsieur, de la hernie... »*

En parlant des personnes refaisant leur vie après une séparation ou un veuvage *« Ceux là ils ne posent absolument aucune question »* *« Je suis d'accord avec toi ils ne posent aucune question »*

FACTEUR TEMPS DANS UNE CONSULTATION

« Déjà aussi il y a le facteur temps dans une consultation c'est vachement important ça. On peut pas passer en un quart d'heure » « En plus souvent il y a un contexte psychologique derrière, ça les perturbe aussi ces troubles là donc c'est vrai que c'est toujours long »

e- ABORD DE LA SEXUALITE PAR LES MEDECINS

Dans cette partie de l'entretien, il a été question des différentes portes d'entrée à l'abord des questions de santé sexuelle. Chacun a sa méthode, sa question qui ouvre le sujet mais tous s'accordent à dire que pour parler de sexualité, la situation doit s'y prêter.

Il est également nettement ressorti que certains médecins en dehors de toute considération de formation avaient plus de facilités naturelles à aborder le sujet de la sexualité avec leurs patients que d'autres. Ces prédispositions les rendent plus accessibles aux yeux des patients d'après le récit de leurs expériences.

PORTE D'ENTREE MEDICAMENTEUSE

« Moi je sais qu'on arrive à entrer dans le sujet par les médicaments. Vous allez me donner ça, est-ce qu'il va y avoir des effets secondaires ? »

PORTE D'ENTREE ORGANIQUE

« Par l'intermédiaire de l'organique » « Par le suivi gynécologique aussi, quand on suit les femmes des fois c'est un peu plus facile aussi, lors du frottis, enfin de poser des questions un peu aussi. Enfin moi c'est comme ça que je l'aborde, que j'arrive à aborder le sujet »

« Moi j'y pense par exemple parce qu'on sait que dans les signes d'artérite, les lombalgies des choses comme ça, euh, il faut penser à la sexualité » « Les troubles de l'érection c'est une maladie vasculaire »

NECESSITE D'UN CONTEXTE : LE BON MOMENT

« Alors bien sûr il y a le contexte. Je ne vais pas demander à chaque fois que vous avez une angine, euh, votre vie sexuelle ça va ? » « Ca s'intègre dans un examen qui on va dire est un peu plus approprié...il faut que ça s'intègre, il faut le bon moment pour poser les questions »

« Il faut qu'il y ait un moment de confiance » « ...si il vient que le patient va bien qu'il a juste un rhume ou une angine on lui pose pas de question, on va pas chercher »

QUESTIONS OUVERTES ET NEUTRES

« Il y a une question que j'avais qui m'avait été refilée il y a quelques années comme ça, donc c'est tout simplement : est-ce que vous avez une vie sexuelle satisfaisante ? C'est relativement neutre donc les gens ils peuvent en parler ou ils peuvent ne pas en parler. Donc on ne pose pas de questions intrusives, combien de fois par semaine »

« Comment voulez-vous que je vous aide ? »

« Est-ce qu'il y a autre chose ? » « Est-ce que ça va bien ? »

« Est-ce que la solitude vous pèse ? » (Question posée aux veufs et veuves)

EVALUATION DU BIEN ETRE, LA SEXUALITE FAISANT PARTIE DE LA SANTE

« Je l'ai un peu intégré à mon questionnaire d'anamnèse et exactement comme on propose le conseil minimal pour l'arrêt du tabac »

« La sexualité c'est pas que les médicaments quand même ! »

« ...un patient qui vient vous voir pour un trouble de l'humeur, syndrome dépressif, euh, on essaie de voir justement qu'est ce qui va qu'est ce qui va pas sur sa vie d'une manière générale et sa vie sexuelle peut en faire partie »

« La sexualité je dis volontiers que ça fait partie des choses de la vie. C'est un besoin essentiel au même titre que est-ce que t'as bien dormi »

« C'est la bonne santé, c'est dans les définitions de la santé »

f- AVIS PARTAGES QUANT A LA PERSONNE DEVANT ABORDER LA SEXUALITE

A cette question le groupe s'est trouvé divisé en deux entre ceux qui pensent que le médecin doit être à l'initiative de la discussion sur la sexualité et ceux qui attendent que le patient lui-même ouvre le champ. Pour ceux qui prônent une attitude proactive, malgré tout, la sexualité n'est pas abordée de façon systématique au même titre que la question comment allez vous ?

ROLE DU MEDECIN

« Si tu poses pas la question, tu te rends compte qu'il y a plein de non dits, des sous entendus, des suppositions...et le fait d'ouvrir le champ déjà tu montres que tu t'intéresses à la chose »

« C'est vraiment une question que je pose pas pour le coup mais parce que je dois pas être très à l'aise avec ça » « moi je suis plus à l'aise après 50 ans pour parler de problèmes de sexualité bien que je ne l'aborde pas spontanément »

« Il faut chercher » (sous entendu la sexualité nécessite une attitude proactive de la part du médecin) « si nous on n'en parle pas qui va en parler ? »

ROLE DES PATIENTS

« C'est eux qui m'en parlent directement...c'est un domaine que je vais pas explorer spontanément »

« A partir du moment où les patients ont ouvert la porte après je me permets plus facilement de poser les questions »

g- INSATISFACTION DES MEDECINS DES REPONSES APORTEES AUX PATIENTS CONCERNANT LEUR SANTE SEXUELLE

Ce qui ressort lorsque les médecins s'auto-évaluent sur leurs pratiques en matière de santé sexuelle c'est une insatisfaction globale. Ils estiment que sortis de la prescription, dont ils ont acquis le savoir faire à la faculté, il reste le conseil, l'écoute et l'accompagnement qui ne se fait que de façon intuitive par manque de connaissances, de formation. Ils font donc appel à leur propre expérience ce qui n'est pas satisfaisant pour eux.

ECOUTE ET ACCOMPAGNEMENT NE SUFFISENT PAS

Une des participantes à propos d'une consultation avec un couple de 70 ans où Monsieur se plaint de la qualité de ses érections et où Madame de sa sécheresse vaginale « Alors avec la patient ça m'a pas posé de souci car je suis beaucoup de femmes. Avec le monsieur j'étais plus...voilà bon je pense que j'ai répondu à ses questions etc. mais c'était...je pense que j'ai moins bien assuré au niveau de cette consultation qu'avec des patients plus jeunes »

Une autre participante à propos d'une patiente dont le mari parkinsonien ne pouvait plus avoir de rapport sexuel et qui se trouvait trop jeune pour voir sa vie sexuelle arrêtée à 65 ans

« ...à part l'écouter...et bah j'avais pas de solution à son problème...à part l'aider à faire un deuil je vois pas ce que j'avais d'autre comme travail à faire franchement »

« Non on n'a pas peur mais quelle réponse t'as donnée ? Quelle écoute ? »

CONSEILS DELIVRES INSUFFISANTS

A propos d'un patient présentant des troubles de l'érection à qui le médecin voulait envisager une alternative aux traitements médicamenteux *« J'ai eu du mal à le convaincre pour lui dire on pourrait peut être faire autrement »*

« Alors t'es content quand t'as délivré du Viagra, tiens mon pote ça va s'arranger mais c'est pas forcément ce qu'il faut dire »

APPUI SUR LEUR PROPRE EXPERIENCE POUR PALLIER AU MANQUE DE FORMATION

« On a une maturité sexuelle que n'ont pas les jeunes de 25-30 ans et donc là on peut parler de choses et d'autres mais en tant que médecin on doit se placer au-delà donc euh...hein... »

« Moi je suis plus à l'aise après 50 ans pour parler de problèmes de sexualité bien que je ne l'aborde pas spontanément parce que ça, ça me regarde moi »

ATTITUDE INSUFFISAMMENT ACTIVE S'AGISSANT D'INITIER LA DISCUSSION AUTOUR DE LA SEXUALITE

A propos du fait de ne pas initier la conversation sur le thème de la sexualité *« Je suis pas sûr que ça pose problème et qu'il y ait plein de mecs qui sortent de chez moi en disant : merde ce con je peux pas lui parler de sexualité. Je suis vraiment pas certain » « Peut être que si » « Moi je crois que si quand même » « Oui je pense et puis on n'est pas à l'aise »*

h- LES PREOCCUPATIONS SEXUELLES DES PLUS DE 50 ANS ENONCEES PAR LES MEDECINS

Même si dans cette partie des résultats les réponses sont riches, elles tournent presque exclusivement autour des organes et de leurs problèmes mécaniques. Même s'ils s'en défendent unanimement lorsqu'on leur demande *« Pour vous il faut qu'il y ait une réponse médicamenteuse pour que vous disiez je me suis occupé de sexualité chez les plus de 50 ans ? »*. Ils sont en difficulté lorsqu'il s'agit de citer les motifs de consultation ne donnant pas lieu à une prescription.

DIFFERENCE DE LIBIDO HOMME/FEMME

« On a souvent les couples où t'as le papi qui dit ça marche pas du tout nananin et la mamie qui est à côté et qui dit ohohoh doucement ça suffit largement ça va très bien moi ça me convient, on arrête »

« Il y a une femme qui disait, faudrait dire à mon mari Robert qu'il se calme un peu car maintenant j'ai 80 ans j'en ai marre hein »

BAISSE DE LIBIDO/PERTE DE PLAISIR

« Il y a des femmes qui viennent avec la perte de l'appétit sexuel...bon là il y a pas le Viagra »

« Les femmes elles n'ont plus envie...elles voudraient avoir encore envie »

« J'ai pas de désir ou j'ai plus de désir et comment je pourrais faire pour avoir un désir ? »

« ...il est allé acheter du Viagra à la pharmacie ça valait une petite fortune. Il est revenu il a dit au médecin, au prix que ça m'a coûté j'aurais été plus satisfait de lui payer un gigolo quoi. C'est-à-dire que ça l'intéressait plus quoi »

Une des médecins relance en insistant sur « La perte de plaisir »

CONJUGOPATHIE

« Les hommes aussi ils ont plus envie de leur femme, ils ont envie de la secrétaire, d'ailleurs »

« Des hommes qui viennent me raconter qu'ils ont deux maîtresses machin alors qu'on connaît leur femme...je suis toujours interloquée par ce qu'ils veulent me dire »

RENCONTRES, SEDUCTION

S'agissant des préoccupations sexuelles des femmes « La séduction aussi tout simplement »

« L'image aussi, la femme elle veut rester jeune, elle veut être dans la séduction, elle veut garder son pouvoir » « moi je pense que plaire c'est plus important »

CRAINTE DE LA SOLITUDE

Lorsque les participants ont été interrogés sur ce qu'ils pensaient être les préoccupations des seniors ce thème est beaucoup ressorti

« La peur de se retrouver seul »

« Le maintien de l'équilibre du couple »

« La crainte de rester seul »

SOUCI DE PERFORMANCE MASCULINE

« Chez les hommes beaucoup y a la recherche de la performance » « Oui tout à fait »

« Est-ce que je vais pouvoir encore et longtemps ? On n'est pas dans est-ce que ma sexualité est normale ou pas mais est-ce qu'elle va durer encore hein »

« La nostalgie de la performance...avant je pouvais, maintenant je peux plus »

« Une image de la virilité aussi...quand ça marche plus, même s'il va plus s'en servir c'est mieux quand c'est en haut que quand c'est en bas »

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX DE LA DYSFONCTION ERECTILE

« Ma patientèle c'est pas 50 ans le Viagra, c'est plus vieux, beaucoup plus vieux » « Non mais à 60 ans, 65 ans moi j'en ai »

« C'est notre déformation : problèmes =médocs » « Non, non c'est pas comme ça qu'on perçoit mais les gens nous le présentent comme ça. Ils viennent en disant : on a vu que il y a des choses qui existent voilà »

« Vous savez, vous allez prendre deux trois fois du Viagra...vous allez voir ça va marcher ça va vous remettre en confiance » « Ca débloque, physiquement et psychologiquement »

MENOPAUSE

Lorsque le sujet de la ménopause a été abordé dans les préoccupations sexuelles des plus de 50 ans se sont surtout les conséquences mécaniques qui ont été abordées *« Les effets indésirables de la ménopause » « Les sécheresses, ça brûle, ça leur fait mal » « Les sécheresses oui elles se plaignent souvent »* mais de notion liée à l'aspect psychologique ou les possibilités d'adaptation.

IATROGENIE

Un des médecins à propos de la dysfonction érectile et de ses origines *« Plus les effets secondaires que l'on crée avec les anti hypertenseurs, les bêta bloquants et tout ça...ils sont pas contents parce que tu leur as filé un médicament et pis... »*

REMARIAGES AVEC DIFFERENCE D'AGE

« Le nombre d'hommes qui refont une deuxième vie avec une partenaire plus jeune...c'est loin d'être anecdotique, il suffit d'aller dans les maternelles vous voyez quand même des papas avec des cheveux blancs qui viennent chercher des enfants »

SUIVI POST PROSTATECTOMIE

*« C'est vrai les prostatectomies je suis d'accord avec toi c'est un moment où là on a vrai rôle »
« Les troubles de l'érection secondaires » (sous entendus à la chirurgie des cancers de prostate)*

SEXUALITE DANS LES BALS

Plusieurs participants ont relaté ce que les patients leur racontaient à propos des bals populaires auxquels ils participent

« Bah moi les petits bals du dimanche »

« Il y a une drôle de sexualité qui tourne là bas dans les petites guinguettes » « Oui oui moi j'ai un patient » « Ah oui moi j'ai des retours »

SEXUALITE EN INSTITUTION

« Mais après même en maison de retraite moi j'ai une patiente c'est pareil euh, elle est excitée sexuellement, ça pose problème »

SEX TOYS

« On parlait des sex toys justement des choses comme ça, je pense c'est certainement au cœur de leurs préoccupations beaucoup plus que ce qu'on perçoit nous dans nos consultations »

i- ACTIONS DU MEDECIN FACE A SES LIMITES DE PRISE EN CHARGE DE LA SANTE SEXUELLE DES SENIORS

Dans cette partie des résultats, il a été dressé la liste des attitudes et réponses que les médecins proposent à leurs patients lorsqu'il n'y a pas de prescription médicamenteuse. Dans ce type de consultation, les participants ont décrit leur limites à la fois en termes de formation mais aussi personnelles.

ECOUTE ACTIVE ET ACCOMPAGNEMENT

A propos du cas d'une patiente qui demande à son médecin de l'aide face à la trop grande libido de son mari de 80 ans « *C'est une plainte. Ça a peut être pas de sens médical pur mais c'est une plainte* » « *Le médecin c'est peut être aussi la seule personne à qui elle peut en parler* »

A propos d'un couple, dont la femme violée par son grand père dans l'enfance, avait arrêté d'un commun accord les rapports sexuels « *...ils étaient quand même dans le respect, la confiance et l'amour. Bon bah moi j'ai fait que supporter tout ça, c'est tout, j'ai rien fait de plus quoi, mais c'est pas venu en une consultation...elle est venue quand même chercher chez moi de l'écoute et puis savoir où se positionner elle-même quoi. Euh j'ai fait un miroir je sais pas quoi, enfin, c'est tout.* »

Concernant les maris qui confient le fait qu'ils sont adultérins « *Le fait qu'ils viennent dire à une profession médicale ou on est quand même au secret médical, ils ont envie de s'exprimer...ça dépénalise un peu les choses. Ils savent que étant dans un cabinet médical ça sortira pas* » « *Et on juge pas* » « *On remplace le curé quoi !* »
« *Les patients parfois il y a qu'au médecin qu'ils peuvent en parler et parler déjà ça fait du bien* »

CONSEILS PRATIQUES

« *Je crois que c'est la première réponse qu'on donne, c'est il y a pas de sexualité normale et rien n'est normatif* » « *Ah oui ça moi je leur dit la norme ça sert à rien* »

« *Et puis effectivement il y a la place pour les films porno, la masturbation euh, alors la prostitution j'en sais rien ça c'est pareil ça doit bien exister* »

Concernant la réponse apportée aux femmes qui se plaignent d'une baisse de la libido « *C'est compliqué ça* » « *On dit de mater des films ! Des érotiques pas des porno* »

ORIENTATION VERS D'AUTRES SPECIALISTES

« *Si moi je me sens débordé, si je pense que je peux pas aller plus loin ou autre effectivement il y a des collègues ou des confrères qui sont sexo ou à des gynécologues* »

« *On peut passer la main à l'urologue si vraiment il y a des problèmes plutôt uro mécanique pour un homme, ça peut être le gynéco plus si c'est féminin et puis on a un ou deux collègues* »

dans le département qui ont fait sexologie. Donc bah euh je donne les adresses et après les gens ils choisissent, ils y vont ou ils n'y vont pas »

« Au-delà de 50 ans moi j'envoie vers l'urologue ou le sexologue »

Une nuance est à apportée dans cette attitude car y compris dans ceux qui adressent vers d'autres spécialistes certains pensent que les gynécologues ou les urologues ne sont pas forcément plus ou mieux formés qu'eux en santé sexuelle *« Moi je trouve que l'urologue il est pas plus formé que nous et puis le gynéco non plus hein. C'est pas le remède miracle » « Et qui est formé pour les aider ? C'est ça, moi j'ai pas de...je sais pas je sais pas »*

APPUI SUR LES PUBLICITES ET INTERNET

Un des médecins racontent comment les patients s'informent *« Le monde a changé, la vie a changé, il y a internet et autre effectivement il y a des moyens qu'il y a avait pas il y a 30 ans »*

Concernant les problèmes d'éjaculation précoce après 50 ans dont les patients parlent plus facilement grâce à la pub *« Qu'est ce qu'on fait ? C'est pas facile non plus » « Surtout avec la pub je pense » « T'as pas vu les deux allumettes ? »*

j- RECONNAISSANCE DE L'EXISTENCE D'UNE SEXUALITE APRES 50 ANS Y COMPRIS DANS LE GRAND AGE

Une chose est sûre, c'est que même si les médecins éprouvent certaines difficultés à prendre en charge la santé sexuelle de leurs patients de plus de 50 ans, aucun d'entre eux n'a nié l'existence d'une vie sexuelle après 50 ans y compris dans les troisième et quatrième âges.

A TRAVERS DES PROPOS EXPLICITES DES PATIENTS

« Moi j'ai pas mal de personnes, de femmes âgées mais alors voilà pour le coup au-delà de 70 ans qui ont des propos coquins, presque provocateurs...par exemple l'évocation de euh...là ici c'est le champ de tirs »

« T'arrives dans la chambre ou dans un petit bureau à côté avec un canapé un machin bon après : et bah vous savez docteur si j'avais 20 ans de moins »

« Une fois ça m'est arrivé carrément une proposition on était prête à échanger des services contre des Louis d'or tu vois ! » « C'est fréquent ça »

SEXUALITE PERSISTANTE MAIS DIFFERENTE

« J'ai des exemples autour de moi où effectivement à 75 ans donc il y a encore une sexualité pas forcément physique qui est là »

CONTINUTE DE LA SEXUALITE AVANT ET APRES 50 ANS

« La sexualité c'est pas un petit bout de la vie ça fait partie de la vie en entier donc tu les prends dans leur globalité »

« Je pense qu'on a la sexualité qu'on mérite. C'est vrai je pense que s'il y a eu une sexualité pleine et assumée et donc pendant toute la vie, cette sexualité continuera à être pleine et assumée longtemps après voilà »

k- LES INTERACTIONS ENTRE MEDECINS ET PATIENTS FACILITATRICES OU FRENATRICES DANS L'ABORD DE LA SEXUALITE APRES 50 ANS

Lorsque l'on parle de sexualité, l'échange peut être facilité par les capacités naturelles du médecin à aborder le sujet avec ses patients. Mais au fur et à mesure du débat, il a été mis en évidence d'autres conditions qui pouvaient faciliter ou au contraire compliquer les échanges.

INTERACTIONS FACILITATRICES

Concernant le contenu des échanges entre médecins et patients s'agissant de sexualité les participants ont mis en évidence plusieurs circonstances libérant la parole.

Profil du médecin

« Ça dépend du médecin en face » « Je pense aussi que les troubles sexuels ça dépend aussi beaucoup du médecin »

Age élevé

« Ça dépend de l'âge du médecin aussi je pense » (dans le contexte il s'agit d'une jeune médecin qui parle de son expérience peu probante du fait de son jeune âge)

« Personnellement plus je vieillis, plus je me rends compte que les gens me parlent de choses comme ça »

Etre un homme

*« C'est différent aussi en tant que médecin homme et médecin femme, certainement même »
(dans le contexte cela sous entend que pour les hommes c'est plus facile)*

Médecin occasionnel (remplaçant, interne...)

« Ça peut jouer aussi en fonction du médecin installé-médecin remplaçant...je vous parle spontanément parce que je n'ai pas osé le dire à mon médecin » « Même avec les internes ça se passe, les hommes qui m'en parlent pas et quand c'est un interne si. »

INTERACTIONS FRENATRICES

Etre jeune médecin

« Est-ce qu'il y a pas l'âge du médecin aussi, enfin moi je serais peut être plus à l'aise à parler de sexualité avec des patients jeunes qu'avec des patients de soixante dix ans » dit une jeune installée

Suivi du conjoint

Lorsque les médecins parlaient de ce qui pouvait bloquer les patients à parler de sexualité avec eux *« Peut être si on suit aussi le conjoint » « Pas forcément la présence mais si en tant que médecin on suit aussi le conjoint »*

B. Données internet pour les préoccupations sexuelles des patients de plus de 50 ans

Il est important de noter que pour chaque recherche, sur la première page de résultats nous avons exclu d'office les sites qui n'avaient aucun lien avec le sujet de notre recherche, soit par le contenu même du site, soit parce qu'ils ne concernaient pas les plus de 50 ans spécifiquement. Il faut également souligner le fait que le *Page rank* sur Google est sans cesse réactualisé selon les fréquences de passages, les liens populaires... et donc notre recherche n'est que le reflet d'un travail à temps t. Enfin, rappelons que la recherche ayant été réalisée à saturation nous n'avons pas recopié les sites ni les thèmes communs aux différentes recherches, seuls les nouveautés ont été reportées.

1. Les résultats bruts des recherches

a. PREMIERE RECHERCHE : « SEXUALITE ET VIEILLESSE »

Les sites par ordre d'arrivée selon le *page rank* :

- 1) **Dictionnaire français du médicament Esculape** : site médical de médecine générale non officiel
- 2) **Jerpel.fr** : site du docteur Jérôme Pellissier, chercheur en psychogérontologie auteur de nombreux ouvrages
- 3) **Soins chez soi.be** : site de soins à domicile belge qui propose pour les professionnels de santé un journal avec des dossiers traitant des grands thèmes en gérontologie écrits par des médecins
- 4) **Et si les vieux vivaient encore.com** : site qui coordonne l'organisation de débats citoyens autour du thème de la vieillesse animés par les acteurs médico-sociaux en gérontologie
- 5) **FF3S** : site médical né de l'union entre l'AIHUS (association inter hospitalo-universitaire de sexologie) et de la SFCS (société française de sexologie clinique) qui signifie Fédération Française de Sexologie et de Santé Sexuelle dont le Dr Pierre Costa est le président.

Les grandes catégories et mots clés relevés sur ces sites :

- 1) Vie amour et prothèses (conférence grand public)
- 2) Cancer vie sexuelle et intimité
- 3) Rhumatismes chroniques et sexualité
- 4) La normalité/Suis-je normal ?/Ce qui se fait ou pas
- 5) L'homosexualité
- 6) Fréquence des rapports/Abstinence choisie ou imposée
- 7) Rencontres sur internet
- 8) Viols/abus sexuels dans l'enfance
- 9) Dysfonctions sexuelles féminines : dyspareunies/ ménopause chirurgicale/ anorgasmie/ troubles du désir/vaginisme/lubrification
- 10) Dysfonctions sexuelles masculines : dysfonctions érectiles/ éjaculation précoce/ troubles du désir/ troubles du plaisir
- 11) Célibat/nouvelle vie/second mariage/veuvage/divorce/solitude
- 12) Pornographie/sex toys

- 13) Masturbation
- 14) Préliminaires/génitalité
- 15) Ménopause et conséquences physiques et psychologiques/quand arrêter la contraception/comment diagnostiquer la ménopause
- 16) Repères corporels/capacités d'action sexuelle/images corporelles (prise de poids, cheveux blancs, rides...)
- 17) Plaisir et orgasmes
- 18) Sécheresse et ménopause
- 19) Mycoses vulvaires récidivantes
- 20) Vie de couple
- 21) La femme doit-elle avoir peur des médicaments contre la dysfonction érectile ?
- 22) Pouvoir de séduction
- 23) Désir du partenaire
- 24) Le droit à une sexualité après 50 ans
- 25) Aspect de la vulve après 50 ans
- 26) Capacité d'orgasme

b. DEUXIEME RECHERCHE : « SEXUALITE APRES 50 ANS »

Les sites par ordre d'arrivée dans le *page rank* :

- 1) **Doctissimo** : site réunissant différents contenus tels que des articles rédigés par des médecins ou non, des forums de discussion ou bien encore des supports vidéo.
- 2) **Genre, sexualité et société** : site internet d'une revue francophone à comité de lecture, consacrée à la sexualité et aux questions de genre. Créée en 2009 par un groupe de jeunes chercheur-e-s en sciences humaines et sociales, la revue *Genre, sexualité & société* se revendique comme un espace de dialogues et d'échanges, ouverte à différentes approches disciplinaires.
- 3) **Psychologies.com** : site internet de la revue du même nom réunissant des articles, des blogs et des forums non médicaux. Cette référence a été retrouvée aux rangs 3 et 4 de la première page de cette recherche
- 4) **Notre temps.com** : site internet de la revue du même nom consacrée aux seniors, retrouvé aux rangs 5 et 6 dans la première page
- 5) **Sélection.ca** : magazine canadien en ligne « lifestyle »

- 6) Vidéo reportage d'une interview d'un psychologue-sexologue Caroline Leroux pour le magazine Femme actuelle référencée dans Youtube proposée au rang 8 de la première page
- 7) **E-santé.fr** : site de santé non géré par des médecins comprenant différents supports d'information (articles, vidéos, blogs, forums...)
- 8) **Terrafemina.com** : site internet non médical traitant des grands sujets de société avec trois grandes rubriques : cuisine, famille, sexo

Les grandes catégories et mots clés tirés de cette recherche :

- 1) Trop âgée pour le bikini ?
- 2) Les différences d'âge dans le couple
- 3) Quizz sur l'impuissance/les connaissances de la sexualité des plus de 50 ans
- 4) Dix idées reçues sur le sexe après 50 ans
- 5) Le plaisir après 50 ans
- 6) Evaluer sa fonction érectile
- 7) Quel est votre âge sexuel
- 8) Retentissement de la ménopause : le traitement hormonal ne règle pas tout
- 9) Peur de blesser sa partenaire (sécheresse...) entraînant des troubles de l'érection
- 10) Difficulté de retrouver un partenaire/ Activité sexuelle après un veuvage/après une maladie, une opération
- 11) Dépression et arrêt de la vie sexuelle
- 12) Diminution de l'activité sexuelle à la retraite/au départ des enfants
- 13) Existe-t-il de réels aphrodisiaques ou des traitements hormonaux lorsque la libido féminine bat de l'aile ?
- 14) Les changements de la physiologie sexuelle après 50 ans (érections plus longues à obtenir, réponse sexuelle plus lente, l'importance des préliminaires...)
- 15) Les lubrifiants vaginaux, comment choisir ?
- 16) Baisse de désir : les solutions
- 17) Garder l'envie de séduire
- 18) Méditer pour augmenter sa libido
- 19) Baisse de la libido après 50 ans ? Tout sauf hormonal : contextuel (retraite, départ des enfants), vie de couple antérieure, changements corporels, excuses de l'âge, pour les hommes compétition avec les plus jeunes poussant à la performance pour confirmer la virilité

- 20) Le porno pour la libido
- 21) Comment gérer l'arrêt de la sexualité s'il n'y a pas de commun accord ?
- 22) Sexualité après 50 ans : stop aux idées reçues
- 23) Vieillesse : la diminution de la capacité d'érection est plurifactorielle
- 24) Intérêt pour les personnes de même sexe, pas de rapport avec l'âge
- 25) Peut-on fantasmer à tout âge ?
- 26) La capacité à l'orgasme est-elle la même après 50 ans ?
- 27) Entretien de la trophicité vaginale si rapports réguliers ou masturbation/idem avec érection

c. TROISIEME RECHERCHE : « SEXUALITE DES SENIORS »

Les sites trouvés avec cette recherche par ordre d'arrivée dans le page rank

Il y avait déjà une récurrence de certains sites d'où le nombre moins important de références

- 1) **Le figaro.fr** : rubrique santé de la version numérique du journal du même nom avec un article dans lequel sont interviewés des médecins ou des psychologues, sexologues (Dr Marie Hélène Colson, Dr Cour)
- 2) **Blog sénior en forme** : site non médical qui présente de très nombreux articles autour de la vie des seniors
- 3) **Allo docteurs.fr** : site tiré de l'émission télé médicale sur France 5 qui répond aux questions par des extraits de l'émission
- 4) **Seniors : le sexe c'est bon pour la santé**. Brochure réalisée à l'initiative de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes avec la collaboration de la Direction Service Social, le site internet Espace Seniors, la Fédération des Centres de Planning Familial des FPS et le service Promotion de la Santé pour promouvoir le fait d'avancer en âge tout en vivant sa sexualité.

Les grandes catégories et mots clés retrouvés lors de cette recherche :

- 1) La vie sexuelle après 50 ans existe et est satisfaisante/Plaisir et satisfaction pour les troisième et quatrième âges
- 2) L'âge venant, une nouvelle sexualité doit prendre place/ Le corps change/ Vivre le temps des changements

- 3) Attention à l'installation de la tendresse au profit de l'entretien de l'érotisme/ Dialoguez avec votre partenaire : le pouvoir des mains/ Jeux de mains, jeux coquins
- 4) Erotisme différent de performances
- 5) Les troubles de la sexualité liés à la prostate
- 6) Infections sexuellement transmissibles et préservatifs
- 7) Pace maker et sexualité
- 8) Viagra au féminin : l'Osphéna
- 9) Les seniors gays : un tabou
- 10) Les sex toys pour les seniors
- 11) Le viagra
- 12) Les différences entre les hommes et les femmes
- 13) Masturbation : mode d'emploi

d. QUATRIEME RECHERCHE : « SEXUALITE ET TROISIEME AGE »

Les sites internet recensés avec cette recherche :

- 1) **Centre-mosaïque.com** : articles médicaux à destination du grand public rédigés par des médecins
- 2) **Arte.tv** : site internet de la chaîne télé
- 3) **Huffington post** : site d'information américain qui a ouvert un site en français
- 4) **Forum.doctissimo** : site web francophone consacré à la santé et au bien être appartenant au groupe Lagardère qui regroupe des conseils, articles et astuces en sous catégories, le tout agrémenté de forums
- 5) **Forum au féminin.com** : site internet regroupant des articles, des conseils d'experts, des forums... sur des thèmes très variés. Ce site possède une rubrique « sexo »

Les grandes catégories et mots clés retrouvés avec cette recherche :

- 1) Les thés dansants
- 2) L'amour en maison de retraite/Formation à la sexualité en maison de retraite
- 3) Vidéo X comme stimulant
- 4) Sécheresse vaginale

- 5) Diminution de la libido
- 6) Comment gérer après une longue période sans rapport sexuel
- 7) Les risques de faire l'amour après 80 ans

e. CINQUIEME RECHERCHE : « SEXUALITE ET VIEILLISSEMENT »

Un seul site différent des précédents a été retrouvé avec cette recherche :

- 1) **Virilplant.com** : site internet de la société togolaise de production et d'exploration de plantes médicinales utilisées pour produire des médicaments et des produits médicaux

Les grands thèmes et mots clés retrouvés sur ce site étaient tous redondants aux précédents avec la dysfonction érectile, la frigidité, arthrite, problèmes de couple, changements physiologiques après 50 ans.

La dernière recherche avec les mots clés « sexualité et vieillissement » n'a pas proposé de nouvelles références dans la première page de recherche. Nous avons donc atteint la saturation lors de cette cinquième recherche.

2. Les grands thèmes issus des recherches internet

De cette recherche nous avons regroupé les différentes catégories relevées au fil des sites en grands thèmes considérant qu'ils correspondaient à ce que l'on appellera les préoccupations sexuelles des plus de 50 ans.

a. LE CORPS ET SES PROBLEMATIQUES

Ce grand thème recouvre deux aspects des changements auxquels les seniors sont confrontés : les modifications physiologiques et les pathologiques. Ces deux aspects ayant une influence sur leur sexualité.

LES PROBLEMES ARTICULAIRES

« Les problèmes liés à la souplesse »

« Sexualité et prothèses »

« Rhumatismes chroniques et sexualité »

« Arthrite »

LES CHANGEMENTS DE REPERES CORPORELS

« La prise de poids »

« Les rides »

« Les cheveux blancs »

« Les capacités d'action sexuelle »

b. LES CHANGEMENTS DANS LA SEXUALITE

Après 50 ans, la sexualité se trouve modifiée par des changements qui apparaissent ou sont majoritaires passé cet âge. Les patients doivent donc faire en fonction de ces changements et adapter leur activité sexuelle.

LES GRANDES PATHOLOGIES ET LEURS CONSEQUENCES

« Pace maker et sexualité »

« Cancer, vie sexuelle et intimité »

« La sexualité et les maladies cardiovasculaires »

« Avoir une activité sexuelle après une maladie ou une opération »

« Dépression et arrêt de la vie sexuelle »

LES CHANGEMENTS PHYSIOLOGIQUES DE L'ACTE SEXUEL APRES 50 ANS

« L'âge venant une nouvelle sexualité doit prendre place »

« Les changements de la physiologie sexuelle après 50 ans »

« L'importance des préliminaires »

« Les diminutions de la capacité érectile »

« Mêmes capacités à l'orgasme ? »

« Accepter les changements liés à l'âge »

LES IST ET LE PRESERVATIF

Un seule article a été relevé pour illustrer cette catégorie et traitait à la fois des IST et des préservatifs « Les séniors et les préservatifs »

LA SEXUALITE EN INSTITUTION

« L'amour en maison de retraite »

« Formation à la sexualité en maison de retraite »

c. LE COUPLE/LES RENCONTRES

Ce grand thème comprend les anciens comme les nouveaux couple qui sont fréquents dans cette tranche d'âge du fait des divorces et des veuvages.

« La vie de couple »

« Le divorce »

« Le veuvage »

« Les rencontres sur internet »

« Les thés dansants »

« Activité sexuelle après un veuvage »

« Les différences d'âge dans le couple »

« Les difficultés à retrouver un partenaire »

« Comment gérer après une longue période sans activité sexuelle ? »

« Le célibat »

« La nouvelle vie »

« Les seconds mariages »

« La solitude »

d. LES A PRIORI SUR LA SEXUALITE DES PERSONNES AGEES

Quel que soit l'âge, les patients se posent des questions concernant leur « normalité » mais les plus de 50 ans subissent en plus les jugements extérieurs de ce qui est autorisé ou non à leur âge. Certaines situations sont donc plus difficiles à vivre après 50 ans.

L'HOMOSEXUALITE

« L'homosexualité : un tabou »

« Intérêt pour les personnes du même sexe »

LA « NORMALITE »

- « Suis-je normal ? »
- « Trop âgée pour le bikini ? »
- « Les risques de la sexualité après 80 ans »
- « Quelle fréquence pour les rapports sexuels ? »
- « L'abstinence »
- « Stop aux idées reçues sur la sexualité après 50 ans »
- « Peut-on fantasmer à tout âge ? »

LA MASTURBATION

- « Entretenir la trophicité vulvaire ou l'érection avec une masturbation régulière »
- « La masturbation »

e. PLAISIR, DESIR, SEDUCTION, LIBIDO

Ces questions sont présentes à tous les âges de la vie sexuelle mais après 50 ans des raisons hormonales et psychologiques viennent intensifier leur importance.

- « Garder l'envie de séduire »
- « Méditer pour augmenter sa libido »
- « Le viagra »
- « Attention à l'installation de la tendresse au profit de l'entretien de l'érotisme »
- « Existe-t-il de réels aphrodisiaques ? »
- « Que faire quand la libido bat de l'aile ? »
- « La diminution de la libido après 50 ans »
- « Le pouvoir de séduction »
- « Désir du partenaire »
- « L'abstinence choisie ou imposée »
- « La capacité d'orgasme »
- « Les solutions à la baisse du désir »

f. LES DYSFONCTIONS SEXUELLES

Dans ce thème, les dysfonctions sont distinctes en fonction du sexe et sont très largement représentées par la ménopause chez la femme avec les problèmes de lubrification et la dysfonction érectile chez l'homme.

DYSFONCTIONS FEMININES

- « La ménopause : conséquences physiques et psychologiques »
- « Problèmes de lubrification »
- « La ménopause n'est pas une fatalité »
- « Ménopause restons optimistes »
- « Sexualité et ménopause »
- « La crainte de blesser sa partenaire en cas de sécheresse vaginale »
- « Dyspareunie »
- « Vaginisme »
- « Anorgasmie »
- « Mycoses récidivantes »
- « Comment choisir les lubrifiants vaginaux ? »

DYSFONCTIONS MASCULINES

- « La dysfonction érectile »
- « Les problèmes liés à la prostate »
- « Quizz sur l'impuissance »
- « Ejaculation précoce »
- « La femme doit-elle craindre les médicaments contre les dysfonctions érectiles »
- « Les diminutions de la capacité érectile »
- « Evaluer sa fonction érectile »

g. LE DROIT A LA SEXUALITE

Les personnes âgées revendiquent un droit à la sexualité ainsi qu'en témoignent les nombreux thèmes recensés sur le sujet.

« Quel est votre âge sexuel ? »

« L'intérêt pour le sexe est identique quel que soit l'âge »

« 10 idées reçues sur le sexe après 50 ans »

« Quizz sur les connaissances de la sexualité après 50 ans »

« La vie sexuelle existe après 50 ans et est satisfaisante »

« Plaisir et satisfaction pour les troisième et quatrième âges »

« Sexualité après 50 ans : stop aux idées reçues »

h. LES VIOLENCES SEXUELLES

Ce thème là est peu abordé en fréquence dans notre recherche mais suffisamment important pour être présent dans cette étude.

« Les viols »

« Les abus sexuels dans l'enfance »

V. DISCUSSION

L'interprétation factuelle est la suite logique de l'analyse de contenu (Wolcott 1994). Elle détermine par écrit ce que l'on comprend des données et ce qu'elles veulent dire. Elle commente les résultats (le point de vue des interviewés) en fonction des questions posées par l'enquête. Elle procède à un diagnostic des informations analysées et identifie les hypothèses vérifiées ou non validées. (60)

Dans cette partie, le but a été de mettre en parallèle les thèmes dégagés de la recherche internet concernant les préoccupations sexuelles des patients et ceux retrouvés dans le *focus group* de médecins. Il s'est agi ensuite de mettre en évidence les thèmes manquants dans le *focus group* médecins et essayer de comprendre pourquoi ces thèmes là ne ressortaient pas et quelles conséquences cela pouvait avoir sur la prise en charge de la santé sexuelle des plus de 50 ans en médecine générale.

Dans un premier temps, nous avons donc extrait et analysé les divergences et les convergences tirées de la comparaison focus group médecins versus données internet patients.

Dans un deuxième temps, nous avons abordé les explications données par les médecins lors de l'entretien collectif pour justifier pourquoi la prise en charge de la santé sexuelle chez les plus de 50 ans était source de difficultés et nous les avons comparées aux données de la littérature.

Enfin, dans un dernier temps nous avons exposé les propositions d'amélioration de prise en charge de la sexualité des seniors en consultation faites par les médecins eux-mêmes lors du *focus group*.

A. Les limites de l'étude

1. La subjectivité en recherche qualitative

On ne peut nier l'existence d'une certaine subjectivité dans une recherche qualitative mais ce qui prime dans ce travail c'est la pertinence de cette méthode vis-à-vis de la question de l'étude. En effet, les méthodes qualitatives sont particulièrement bien appropriées pour l'étude des opinions, des comportements et des pratiques des individus. De fait, "*les méthodes qualitatives ont pour fonction de comprendre plus que de décrire systématiquement ou de mesurer*" (61)

Malgré tout dans l'idée de minimiser cette subjectivité nous avons procédé à une deuxième analyse partielle du verbatim pour vérifier la concordance des grands thèmes et catégories entre le directeur et la chargée d'étude.

Après toutes ces considérations nous pouvons nous poser la question suivante : y a-t-il contradiction entre la subjectivité et la rigueur? Il semble que non. La réalité elle-même est une considération conceptuelle et bien qu'émaillée de chiffres elle n'en reste pas moins soumise à l'interprétation des chercheurs. Elle est donc irrémédiablement subjective. « *N'y a-t-il pas une certaine rigueur dans l'honnêteté de reconnaître ce fait?* » (62)

2. Liées aux principes du focus group lui-même

Le *focus group* était le seul outil à notre disposition qui nous permettait à la fois d'analyser et de confronter les informations. Se trouver en situation de groupe permet d'obtenir une variété de points de vue et de perceptions stimulées par l'interaction ce qui n'est pas possible en situation individuelle. Chaque participant est mis en position de justifier en permanence ce qu'il affirme.

En revanche, les problèmes que l'on rencontre avec cette technique d'entretien c'est la présence quasi systématique dans un groupe de participants dominants « *leaders d'opinion* » (51). Ce problème peut être contourné en essayant de constituer un groupe homogène dans la population cible, mais cela ne règle que partiellement le biais car d'autres paramètres incontrôlables entrent en ligne de compte. La facilité de prise de parole propre à chaque participant, la difficulté d'exprimer un avis contraire devant un groupe, ou la répartition non égalitaire de la prise de parole (malgré la présence de l'animateur) sont autant d'exemples faisant émerger des opinions dominantes dites de groupe.

De plus, dans ce genre de recherche, les résultats ne sont pas généralisables du fait de la constitution d'un groupe non représentatif de la population source mais diversifié. (51)

3. Le manque de temps et de financement

Ce temps et cet argent ont manqué à la chargée d'étude pour élaborer un focus group patients ou un focus group supplémentaire de médecins afin de donner plus d'ampleur aux résultats. Surtout en ce qui concerne les patients, il aurait été intéressant de pouvoir les interroger en entretien de groupe

ou individuel afin de leur soumettre les grands thèmes dégagés lors de la recherche Internet. Nous sommes partis du principe que le but sur Internet était de faire un maximum de passages, de vues et que par conséquent les auteurs et gestionnaires d'un site abordaient les thèmes étant les plus susceptibles d'intéresser la population cible. Mais qu'en est-il réellement ?

Il demeure que l'enjeu d'une étude qualitative ne se situe pas dans le nombre de personnes interrogées mais bien dans la manière de les interroger et d'analyser leurs propos. (63)

B. Les divergences et les convergences de points de vue entre médecins et patients

1. Les divergences

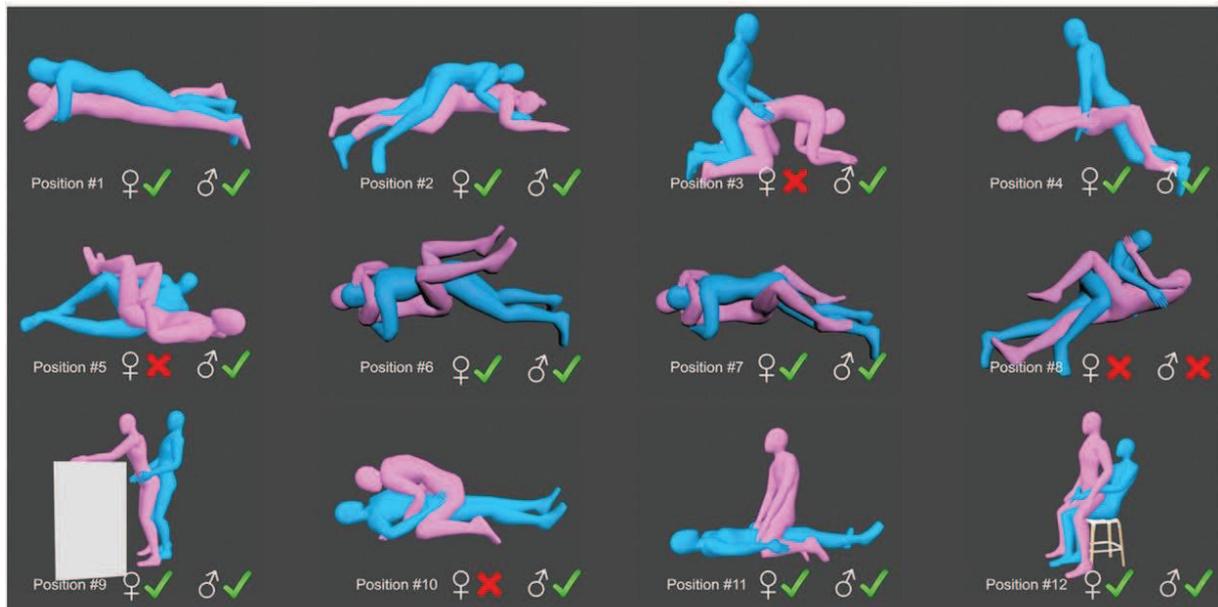
α. LES GRANDES PATHOLOGIES CHEZ LES PLUS DE 50 ANS EN MEDECINE GENERALE

Concernant les pathologies courantes en médecine générale on retrouve quelques thèmes préoccupant les seniors non abordés par les médecins. Mais en réalité la différence majeure se situe dans la façon dont ces pathologies sont envisagées entre les deux groupes.

En effet, du côté des patients, ces grandes pathologies sont abordées d'un point de vue très pratique, avec les conséquences en général et sur leur vie sexuelle. En particulier, ils s'inquiètent des modifications et des éventuelles adaptations qu'elles engendrent.

Par contre, du point de vue des médecins, on n'envisage les pathologies que sous l'angle organique, mécanique voire psychologique mais jamais en termes de vie sexuelle. Il n'y a guère que le cancer de la prostate qui a été décrit par les médecins comme étant un problème pour le maintien d'une vie sexuelle. Cela est dû au fait que les conséquences du traitement de ce cancer, notamment lorsqu'il est chirurgical, est bien connu des praticiens. A aucun moment, ils n'ont envisagé que la pose d'un pace maker, une longue maladie ou des suites opératoires puissent être des freins à la vie sexuelle de leurs patients, et que cela pouvait nécessiter un accompagnement ou des conseils pour adapter leur sexualité à cette situation pathologique. Ces changements sont pourtant fréquents passé la cinquantaine comme l'indique l'étude réalisée par la DREES en 2002 auprès de généralistes libéraux.(48)

Il est primordial d'évaluer et d'améliorer la qualité de la vie sexuelle des patients en situation de pathologie ou de chirurgie. Pour illustrer cela, prenons cette fiche de conseils des différentes positions sexuelles adaptées ou non après la pose d'une prothèse totale de hanche. Afin de prolonger la durée de vie de la prothèse, les conseils concernant l'activité physique ou le suivi médical, sont aussi importants que ceux délivrés pour adapter la sexualité des patients opérés.



Fiche conseils tirée de l'article Sexual Activity After Total Hip Arthroplasty (64)

b. LES PROBLEMATIQUES LIEES A UN CORPS CHANGEANT

Lors de notre recherche Internet nous avons remarqué que ce thème était prépondérant et pas uniquement d'un point de vue féminin. Passé un certain âge, le corps vieillissant change d'aspects : des rides apparaissent, les cheveux tombent ou blanchissent, la répartition des graisses est différente, les articulations deviennent raides, sans parler des modifications des organes génitaux. Ces changements ont beau être physiologiques, il n'en reste pas moins que les patients doivent s'adapter à ces nouveaux repères corporels. Tout cela a donc une incidence sur leur vie sexuelle.

Le médecin généraliste ne peut rien faire pour retarder le vieillissement ou l'effacer mais il peut l'accompagner en expliquant les stratégies à adopter pour contourner les problèmes articulaires, relancer la séduction dans un couple ou bien encore aider à dépasser certains complexes.

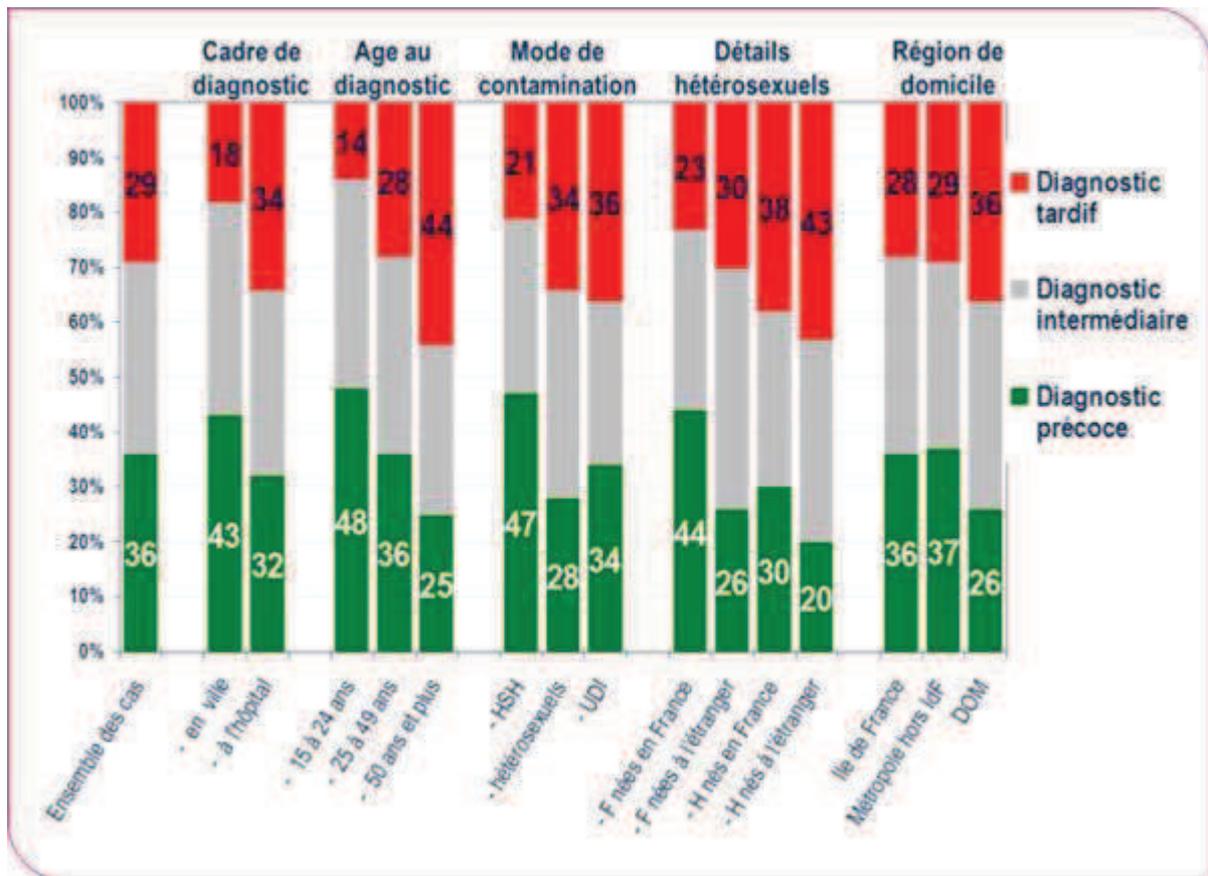
Or, il ressort peu de choses concernant ces modifications dans l'analyse du focus group. Ce thème est abordé très furtivement par un médecin montrant qu'il a conscience que des modifications existent mais pour ensuite affirmer que les patients composent seuls avec tout cela. Il élimine donc d'emblée la possibilité d'un quelconque rôle du médecin traitant à ce sujet.

c. LA PREVENTION DES IST, LE PRESERVATIF

Le grand absent des débats lors de l'entretien collectif c'est le préservatif. En effet, à aucun moment la sexualité des seniors n'a été associée au thème de la prévention des IST et ce malgré le fait que les praticiens mettent en avant la fréquence des divorces avec remariages parfois même avec un partenaire plus jeune. Ils évoquent également le veuvage avec la volonté de rencontres, la peur de la solitude, ou encore la sexualité dans les bals. Malgré cela, aucun d'eux n'a parlé de son attitude préventive vis-à-vis du VIH ou des autres IST dans cette tranche d'âge.

Pourtant, ainsi que nous l'indique les données de l'INVS nous constatons que l'âge est un facteur de risque important de prise en charge tardive du VIH. Ainsi, 44% des plus de 50 ans sont diagnostiqués tardivement pour cette maladie c'est-à-dire avec un taux de CD4 inférieur à 200 mm³ ou au stade SIDA contre 14% chez les 15-24 ans. On constate également que la tranche d'âge des plus de 50 ans est la plus à risque de diagnostic tardif toutes caractéristiques confondues à égalité avec la population des hétérosexuels nés à l'étranger. En parallèle, le pourcentage de diagnostics précoces après 50 ans est l'un des plus bas. (65)

Caractère précoce ou tardif des découvertes de séropositivité VIH en 2011, selon différentes caractéristiques



Source : Déclaration obligatoire du VIH, données corrigées au 31/12/2011, InVS (65)

Un article de Françoise Cazein dans le BEH de 2013 (13) fait état d'une augmentation de la proportion des plus de 50 ans dans les nouvelles découvertes de séropositivité entre 2003 et 2012 de 13 à 18% ($p < 0,001$). Elles ont été diagnostiquées plus souvent à l'occasion de signes cliniques et plus tardivement que les plus jeunes. Ce constat reflète un faible recours au dépistage dans cette population, qui peut être lié à une moindre perception du risque de contamination par le VIH, comme cela est observé en population générale.(66)

A ce titre, les plus de 50 ans doivent être considérés comme une population à risque et doivent faire l'objet d'une prévention accrue en matière d'IST au sens large avec une intensification du recours au dépistage systématique. Lorsque l'on fait état du peu d'articles retrouvés sur internet sur ce sujet lors de notre recherche, on peut affirmer que la lacune d'informations se doit d'être comblée par le généraliste.

d. L'HOMOSEXUALITE

Il est très difficile d'obtenir des chiffres exacts en matière d'homosexualité car il n'existe pas de recensement faisant état de l'orientation sexuelle des gens interrogés. Seule l'enquête CSF(21) indique que 4,0% des femmes et 4,1% des hommes de 18 à 69 ans déclarent avoir déjà eu des pratiques sexuelles avec un partenaire du même sexe. Ce qui ne fait pas de ces personnes des homosexuels. En revanche, ce que l'on peut dire, c'est que l'homosexualité chez les plus de 50 ans existe et qu'elle semble plus difficile à assumer que chez les plus jeunes du fait des a priori reposant sur cette génération. Les recherches sur internet nous ont révélé les différents forums et articles faisant état des révélations tardives de l'homosexualité après 40 ou 50 ans et cela en fait une préoccupation sexuelle dans cette population. Ce versant là de la santé sexuelle des seniors n'a pas du tout été mentionnée par les médecins lors du focus group.

Il ne faut donc pas négliger l'existence de l'homosexualité dans cette population et les questionnements voire souffrances qu'elle engendre du fait des difficultés pour l'assumer.

e. LE PLAISIR

Ce qui est étonnant à l'analyse de l'entretien collectif des médecins, c'est que le mot plaisir est très peu attribué à la sexualité des plus de 50 ans. Or, sur Internet, on se rend compte à quel point les seniors ont des difficultés à éprouver du plaisir lors de leurs rapports sexuels. Ces difficultés sont accrues du fait de la nette diminution de la fréquence des rapports sexuels avec pénétration. Comme le démontre une étude américaine réalisée auprès de 100 hommes et 102 femmes en bonne santé âgés de 80 à 102 ans (67) les seniors doivent se tourner vers des rapports manuels où le plaisir n'est procuré que par les caresses et ils doivent donc s'approprier ce mode de sexualité. Cela nécessite parfois des conseils en la matière afin qu'ils ne restent pas bloqués sur la nostalgie de ce qu'étaient leurs rapports sexuels antérieurs et qu'ils continuent d'entretenir une sexualité où ils éprouvent du plaisir mais différemment.

Il ne faut donc pas négliger cet aspect lorsque l'on s'occupe de leur santé sexuelle surtout lorsque l'on sait à quel point une vie sexuelle épanouie est un facteur positif de qualité de vie. (68)

f. LES DYSFONCTIONS SEXUELLES

Les dysfonctions sexuelles sont l'effet du vieillissement et leur évaluation et leur traitement sont complexes. Elles englobent plusieurs dimensions notamment psychologiques, interpersonnelles et biologiques. (69)

Ainsi, même si ce thème est très présent dans la recherche effectuée du point de vue des patients, on se rend compte que leur perception de ces problèmes ne se cantonne pas au simple questionnement mécanique, organique relevant d'un traitement médicamenteux. Les préoccupations sont d'ordre psychologique avec les conséquences personnelles et au sein du couple de ces dysfonctions.

Or, les médecins n'ont abordé le sujet quasi exclusivement que de façon médicamenteuse et masculine avec la prescription de Viagra. Hormis la ménopause chez la femme, les autres dysfonctions féminines n'ont pas été abordées. Cela dénote un manque de connaissances concernant les différentes dysfonctions sexuelles de cette population et en particulier pour les femmes (vaginisme, dyspareunie, anorgasmie...)

g. LA IATROGENIE

Cet aspect là de la santé sexuelle des seniors n'a pas été retrouvé dans notre recherche faite sur Internet mais elle reste importante à rechercher dans le but d'améliorer l'observance des patients et donc de les maintenir en bonne santé. Il est dans les devoirs du médecin de privilégier les conditions physiques et psychologiques favorables à une sexualité épanouie.

Les médecins ont abordé ce sujet comme une des portes d'entrée leur permettant de poser des questions directes sur la santé sexuelle de leurs patients et il est important de continuer à s'en préoccuper et à le rechercher.

h. LA NOTION DE NORMALITE

Le message à faire passer et qui est apparu très nettement lors de l'entretien collectif est celui qu'il n'y a pas de norme. Or, dans les préoccupations relevées sur Internet, on note le besoin des patients de savoir où ils se situent. Ceci explique la présence de nombreux quizz ou questionnements sur les forums « *Suis-je normal ?* ».

Il faut donc insister sur le fait que les changements sont normaux et qu'il n'existe pas de norme en matière d'adaptation à ces changements ni dans les besoins.

i. LE PATIENT DOIT ABORDER LE SUJET DE LA SEXUALITE

D'après certains médecins, et en fonction du contexte, ils affirment que le patient doit être à l'impulsion de la discussion sur leur santé sexuelle. Or, si l'on reprend la littérature (4)(11)(39)(41), elles s'accordent toutes à dire que les patients souhaitent une attitude proactive de la part des médecins et qu'ils se montrent ouverts à la discussion.

Le problème réside peut être dans le fait que les médecins voient les motifs de consultation en santé sexuelle comme secondaires, abordés en fin de consultation par les patients. Ils ne voient donc pas l'intérêt d'anticiper ces besoins et attendent que certains patients leur en fassent part. Ainsi, les thèmes de la ménopause, des troubles urinaires ou de l'érection ont été énoncés spontanément par les participants lors du *focus group* comme grands motifs de consultation mais ils ont précisé qu'ils n'étaient pas couramment abordés par eux.

2. Les convergences

α. LES GRANDES PATHOLOGIES CHEZ LES PLUS DE 50 ANS EN MEDECINE GENERALE

On relève dans cette catégorie les mêmes thèmes dans les deux groupes à savoir majoritairement les maladies cardiovasculaires, les cancers et la dépression. Notons que ce sont également les grands thèmes relevés dans l'étude Drees réalisée en 2002. (48) Cela signifie que les médecins ont une bonne idée des préoccupations de santé au sens large chez les plus de 50 ans et qu'ils ont l'habitude de les gérer. Or, tous ces grands thèmes sont autant de portes d'entrée possibles pour aborder le sujet de la santé sexuelle. En effet, faire de la prévention primaire ou secondaire vis-à-vis de ces pathologies revient à améliorer la qualité de vie de leurs patients seniors et par conséquent à prolonger dans le temps une bonne qualité de vie sexuelle.(26)

Il serait donc aisé pour eux d'utiliser l'argument d'une vie sexuelle épanouie prolongée pour inciter leurs patients à suivre leurs recommandations de prévention primaire ou secondaire.

b. L'INSATISFACTION EN CONSULTATION

Ce que les patients et les médecins ont en commun en consultation en matière de sexualité c'est l'insatisfaction. Pour les médecins, il s'agit de l'insatisfaction de la qualité de leurs conseils ou de l'insuffisance de leurs réponses.

Pour les patients, c'est plutôt le manque de l'importance donné à leur sexualité en consultation. Nous pouvons affirmer à ce terme de l'étude que les deux constatations ont un lien : les médecins n'abordent pas spontanément la question de la sexualité par crainte de ne pas apporter de réponse adaptée, satisfaisante, fiable. Or, cette étude d'Alain Giami (43) indique que parmi les patients qui se sont dits satisfaits de la prise en charge de leur santé sexuelle l'étaient à 56% à l'issue d'une simple discussion avec leur médecin, 29% seulement après avoir reçu une prescription médicamenteuse et 24% après avoir été adressés à un spécialiste.

Il faut mettre fin à cette insatisfaction mutuelle en donnant la possibilité aux médecins de réussir à dépasser leurs tabous et *a priori* grâce à une formation et une information pratiques et solides.

c. LA SEXUALITE EN INSTITUTION

Ce sujet pourtant vaste est peu exploré et reste marginal dans les deux groupes. Il est important de nourrir une réflexion à ce sujet mais pour ce qui est des préoccupations sexuelles des plus de 50 ans, il n'est pas nécessaire de l'approfondir. Il doit faire l'objet de réflexions dans un travail à part entière.

d. LE COUPLE/LES RENCONTRES

Parmi les facteurs qui contribuent au bien être des personnes âgées on retrouve la qualité de la vie de couple et la qualité de la vie sexuelle. Les deux étant étroitement liées.

Malgré l'augmentation du nombre de divorces ces dernières années, (rappelons les chiffres de l'INSEE : 30,2 milliers de divorces prononcés en France en 1960 contre 129,4 milliers en 2009) le recul du veuvage lié aux progrès en matière de santé, prolonge la vie de couple.

Ainsi, en 2005, 79% des hommes de plus de 60 ans et 51% des femmes du même âge étaient en couple (avant ou après divorce) et l'on dénombrait 10% de veufs et 41% de veuves dans cette tranche d'âge. (70)

Donc, la majorité des couples est mariée à l'âge de la retraite. Ainsi, avec l'arrêt de l'activité professionnelle et le départ des enfants, le couple occupe une place centrale dans la vie des retraités. La bonne qualité de vie des personnes âgées permettrait de diminuer les problèmes de santé psychologiques et physiques. Il apparaît donc nécessaire d'améliorer leur santé physique, mentale et sexuelle.

Pour ce qui est des rencontres, après une séparation, de nombreuses personnes retrouvent quelqu'un avec qui vivre maritalement grâce notamment aux bals comme les médecins l'ont souligné. Le tableau suivant (71) nous montre les différentes situations de séparation et la probabilité que les seniors se remettent en couple à la suite de cela.

Tableau 1
Probabilité de s'être remis en couple au bout de cinq ans selon le type de rupture et l'âge à la rupture

Âge lors de la rupture	Veuvage		Divorce		Ensemble	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
50-54 ans	39,6 %	7,3 %	54,4 %	22,9 %	49,6 %	11,2 %
55-59 ans	29,1 %	4,4 %	29,6 %	28,3 %	29,3 %	6,9 %
60-64 ans	11,8 %	3,2 %	43,1 %	17,0 %	19,1 %	3,7 %
65-69 ans	10,9 %	2,3 %	12,5 %	13,2 %	11,1 %	2,5 %

Source : « Étude de l'histoire familiale », Insee, 1999.

Lecture : 39,6 % des hommes devenus veufs entre 50 et 54 ans vivaient à nouveau en couple cinq ans après. C'était le cas de 54,4 % de ceux qui, aux mêmes âges, avaient divorcé.

Il apparaît donc indispensable de considérer le besoin de rencontres comme faisant partie intégrante de la santé sexuelle des plus de 50 ans veufs ou divorcés avec tout ce que cela incombe d'inquiétudes et de questionnements.

e. LA RECONNAISSANCE D'UNE SEXUALITE

La sexualité des plus de 50 ans est unanimement reconnue par les professionnels du focus group, même si le thème de la sexualité n'est pas spontanément associé à cette tranche d'âge.

C'est une bonne chose étant donné que les patients en question souhaitent être reconnus dans la société et donc chez leur médecin comme des êtres sexués comme nous l'a confirmé la recherche Internet. Cette activité sexuelle n'est par ailleurs pas marginale. Dans une étude (72) menée auprès de 1574 suédois de 60 à 80 ans 61% du groupe indique avoir une activité sexuelle. Et même si celle-ci baisse nettement après 75-80 ans puisque seuls ¼ d'entre eux y compris les couples mariés disent avoir un rapport sexuel avec pénétration au moins une fois par mois, on peut dire que l'activité et l'intérêt sexuels sont présents quel que soit l'âge.

Même si l'utilisation de l'humour par certains médecins est parfois déroutante, en réalité, c'est une manière de faire face à leur propre anxiété, de lever les résistances, les peurs et les stéréotypes. Cela permet de stimuler la discussion et on peut y voir une façon de dédramatiser la situation et de voir positivement le vieillissement.(69)

f. LES VIOLENCES SEXUELLES

Nous avons noté que dans les deux groupes ce sujet reste peu abordé et ce malgré la liberté de parole que l'on peut attribuer à Internet. On peut donc dire que ce phénomène reste extrêmement tabou et difficile à aborder.

Quelques rares médecins ont témoigné de l'importance de leur présence pour accompagner leurs patientes victimes d'abus sexuels dans l'enfance dans leur vie sexuelle adulte. C'est également sous cet aspect que les patients en parlent sur Internet.

C. Justification des médecins quant à la complexité de prise en charge de la santé sexuelle des plus de 50 ans

1. Les freins côté patients

Lorsque les médecins se sont exprimés à propos de leur façon d'aborder la sexualité avec leurs patients âgés, ils ont mis en évidence plusieurs problèmes du côté des patients. Problèmes qui selon eux rendent l'abord de la question sexuelle difficile.

La première est la proximité trop grande avec leurs patients conférée par leur statut de médecin traitant. Cette proximité enverrait les patients vers d'autres confrères, médecins

généralistes, pour gérer leur santé sexuelle. Pour preuve, ces mêmes patients se confieraient plus facilement à leurs remplaçants ou à leurs internes à ce sujet.

Mais alors, on peut se poser la question si leur vision de la relation médecin-patient en la matière ne suffit pas à les bloquer eux-mêmes pour en parler. La proximité est le socle de la relation de confiance. Le dénominateur commun des remplaçants et des internes n'est-il pas le jeune âge ? Et si ce qui aidait les patients à parler de sexualité avec ces médecins occasionnels était la notion de formation récente ? De relation nouvelle non figée dans certaines habitudes ? Peut être que le simple fait de se montrer ouvert à la question suffirait à démontrer aux patients que tout peut être abordé avec son médecin traitant et avec une meilleure qualité grâce à leur connaissance globale des personnes. La relation avec les patients peut évoluer mais il faut le décider.

Le deuxième frein abordé est la notion de méconnaissance des rôles du médecin généraliste. Ils disent avoir constaté à plusieurs reprises que les patients ne les voyaient pas aussi polyvalents que ce qu'ils sont en réalité. Or, cette perception, si elle existe ne devrait pas être immuable, le médecin lui-même se doit de mettre en avant ses rôles et fonctions afin que les patients continuent à le considérer comme un premier recours en toutes choses.

Enfin, les médecins ont dénoncé à plusieurs reprises la manque de confiance du patient dans leurs capacités à gérer certaines situations en matière de santé sexuelle, dans leurs connaissances sur le sujet. Cela les pousserait à demander l'aide d'un autre spécialiste d'emblée ou à douter de la pertinence de poser leur question de sexualité au médecin traitant. Mais le manque de confiance ne vient-il pas des médecins eux-mêmes dans leurs propres capacités ? Ne se méjugent-ils pas eux-mêmes ?

2. Les freins côté médecins

Il a également été mis en évidence pendant cet entretien les freins concernant les médecins pour parler de sexualité avec leurs patients de plus de 50 ans.

Le premier est lié à la perception de la sexualité en général dans notre société. Le sexe relève de l'intimité et est un tabou difficile à lever. Par conséquent, les médecins se sentent intrusifs à poser des questions de sexualité à leurs patients. Même s'il est vrai que ce sujet reste plus délicat à aborder que les autres, il n'en est pas moins vrai qu'avec une clarification des objectifs en amont de la discussion les patients sont tout à fait en mesure de comprendre le but des questions posées sans y voir de la curiosité ou une intrusion dans leur intimité.

L'autre frein principal évoqué quasiment à l'unanimité est le manque de formation. Il est vrai que même sans parler d'une formation spécifique à la faculté, il serait nécessaire de délivrer les principaux messages aux étudiants en matière de santé sexuelle afin de lever ces freins sans parler des connaissances théoriques pures.

D. Propositions des médecins pour prendre en charge la santé sexuelle des seniors

1. La bonne question

Ce qui est apparu clairement lors de l'analyse de l'entretien collectif c'est qu'il n'est pas évident de poser correctement la question pour aborder le sujet de la sexualité. Il faut rester neutre et ouvert. Les exemples étant « *Avez-vous une vie sexuelle satisfaisante ?* » ou encore « *La solitude vous pèse-t-elle ?* » posée aux divorcés ou veufs/veuves.

Ce genre de questions met en confiance le praticien du fait de l'assurance de ne pas être intrusif tout en laissant la possibilité au patient de fermer la porte et refuser d'aborder ce sujet.

2. Le bon moment

De façon unanime, les médecins de ce groupe ont indiqué qu'il était nécessaire d'aborder le sujet dans un contexte propice et pas lors d'une simple consultation pour motif banal. Le but, non énoncé mais clair, étant que le patient ne se sentent pas envahi par une question délicate dont il ne comprendrait pas l'intérêt. Il est donc judicieux de poser les questions soit lors de l'interrogatoire initial pour un renouvellement, soit au moment d'un discours de prévention ou encore lors de la rédaction d'un certificat médical.

3. Orientation vers d'autres spécialistes

Dans certains cas, le plus important est d'avoir ouvert la discussion afin que les patients ne restent pas enfermés dans un problème dont ils ont honte ou pouvant entraîner une dépression. Mais ensuite, il reste que le manque formation spécifique notamment pour un accompagnement de

couple ou en matière de thérapie cognitivo-comportementale peut amener les médecins à adresser les patients à d'autres confrères plus habitués à gérer ce genre de situations. Encore faut-il connaître les acteurs de santé de proximité en mesure de prendre le relai.

E. Nos propositions

Ces propositions pourraient être la base servant pour un travail visant à aboutir à une formation durant les études de médecine ou même auprès des médecins déjà en exercice.

Les prérequis :

- Tout d'abord les médecins doivent prendre confiance dans leurs capacités à répondre aux attentes de leurs patients et dans le fait que les patients les considèrent comme référents en la matière. Leurs réponses, leur attention, leur écoute et leur accompagnement sont exactement ce que les patients attendent plus que la prescription médicamenteuse qui doit rester facultative
- Il est nécessaire de clarifier les objectifs en début d'entretien : pas de curiosité, évaluer les risques d'IST, ouvrir le champ d'action du médecin pour que le patient sache à qui s'adresser le moment venu
- Le médecin devra s'employer à créer un climat d'écoute sans jugement
- Il est important de partir du fait établi que les patients ne gèrent pas seuls leur santé sexuelle et qu'ils sont par ailleurs demandeurs d'accompagnement et d'écoute
- Il n'y a pas de limite d'âge supérieure pour aborder la sexualité

De façon théorique :

- Concernant les grands motifs de consultation en médecine générale avec les plus de 50 ans, il apparaît indispensable de les envisager, les évaluer et les accompagner également du point de vue des conséquences sur la sexualité des patients

- L'un des thèmes majeur s'agissant de sexualité chez les seniors est le changement corporel. Il conviendra donc de prodiguer des conseils d'adaptation à ces modifications. « *La sexualité des seniors n'est pas seulement la continuité de la sexualité « adulte ». Il faut tenir compte des spécificités liées à l'âge, de l'évolution des mentalités dans la société et ne pas imposer comme modèle la « bonne sexualité de l'âge adulte ». L'accompagnement du médecin généraliste dans ce sens va permettre au couple vieillissant de faire évoluer ses repères et leur éviter d'arrêter toute sexualité du fait de la perte de la sexualité de la vie antérieure idéalisée.* » (73)

Les changements dans le fonctionnement sexuel sont des conséquences naturelles liées à l'âge, tout ceci est donc normal. Il faut garder une attitude positive car le contraire pourrait tendre à faire apparaître des problèmes sexuels.(74) Par exemple, le couple doit comprendre que la baisse de l'érection de l'homme peut entraîner le besoin d'acquérir de nouvelles techniques pour exciter le partenaire et prendre plus de temps et ne surtout pas envisager d'emblée cela comme de l'impuissance. Le risque étant un évitement des rapports sexuels par crainte de l'échec. Or, on sait que l'augmentation de la fréquence des rapports entraîne une meilleure qualité de l'érection. Autre exemple, cette fois ci féminin qui concerne les problèmes de lubrification. Le message essentiel consiste à prolonger les préliminaires, afin d'augmenter la lubrification naturelle et trouver les positions favorisant la pénétration.

- Le médecin doit limiter la médicalisation de ces changements physiologiques, sans quoi cela réduit la vision de l'acte sexuel à la seule dimension mécanique, au bon fonctionnement d'un seul organe. Or, la santé sexuelle ne se cantonne pas à l'organe (75)
- Il est très important de développer la prévention des IST chez les plus de 50 ans, d'augmenter les propositions de dépistage systématique et de faire la promotion de l'utilisation du préservatif
- S'agissant des dysfonctions sexuelles il ne faut pas omettre la dimension psychologique ni la dimension féminine. Il n'y a pas que les dysfonctions érectiles. Le vaginisme, la dyspareunie ou l'anorgasmie sont à connaître
- Il est possible d'utiliser la prévention de la iatrogénie comme porte d'entrée à l'abord de la sexualité

- Concernant la recherche de violences sexuelles, il faut poser systématiquement la question sur la façon dont s'est passé le premier rapport sexuel (permet de dépister d'éventuels abus sexuels dans l'enfance). Ne pas hésiter à demander si les rapports sont consentis lorsque les patientes relèvent une différence de libido dans le couple.
- Le couple est un élément majeur dans la vie des plus de 50 ans. Il est important de s'assurer de son bon entretien car après la retraite, apparaissent des changements de repères, des difficultés à vivre ensemble au quotidien. Sans oublier également de demander si les patients éprouvent des difficultés à constituer un nouveau couple après un veuvage ou un divorce. S'appuyer sur le couple sans le voir comme une difficulté supplémentaire, une barrière relevant de l'intime est une bonne voie vers le dialogue.

De façon pratique :

- Les médecins doivent avoir une attitude proactive dans la santé sexuelle. L'abord de ce thème doit se faire à leur impulsion
- Les questions qui peuvent être utilisées : « Avez-vous une vie sexuelle satisfaisante ? » ou encore « La solitude vous pèse-t-elle ? » en cas de célibat voulu ou imposé
- Il convient de saisir le contexte : consultation de prévention, renouvellement de traitement, rédaction d'un certificat... et pas nécessairement un dépistage de cancer de prostate ou un frottis cervico-vaginal pour aborder le thème de la sexualité. Rappelons que la santé c'est aussi la santé sexuelle
- Les conseils qui peuvent être donnés pour favoriser la sexualité dans un couple (69) : choisir un moment de la journée où la fatigue ne risque pas de nuire aux relations sexuelles, essayer de nouvelles positions s'il existe des douleurs articulaires ou une prise de poids, trouver des alternatives aux relations sexuelles « complètes » avec pénétration en favorisant le toucher, les caresses et les massages, créer une intimité physique, éviter de laisser la routine s'installer avec des changements de lieux et de temps
- Il convient de valoriser l'importance de la conservation de la vie sexuelle, de dédramatiser les modifications liées à l'âge, de déculpabiliser les patients refaisant leur vie après un veuvage ou un divorce (76)

- Il n'existe pas de normes, c'est au couple de trouver les siennes. Donner de l'importance à la tendresse, réapprendre à se parler et à se complimenter, réintégrer la sexualité génitale, donner une grande importance aux préliminaires sont autant de messages à faire passer
- Connaître les acteurs de la santé sexuelle à proximité de son lieu d'exercice (médecins généralistes spécialisés en sexologie, sexologue, gynécologue ou urologue avec orientation en sexologie...)

VI. CONCLUSION

La sexualité des seniors est d'actualité du fait de l'allongement de l'espérance de vie avec maintien des capacités physiques et mentales. En 2013, la durée de vie moyenne des hommes est de 78,7 ans et de 85 ans pour les femmes.(77)

Pour autant « *faire des personnes âgées une entité unique n'a pas de sens. Chacun vivra sa vieillesse de façon personnelle avec une vieillesse active ou passive. En revanche, c'est une population qui présente des particularités du fait des pathologies ou des changements physiologiques liés à l'âge.* »(74)

A travers cette étude exploratoire, nous avons pu constater les nombreuses divergences de visions de la sexualité après 50 ans entre médecins et patients.

Parmi celles-ci, les plus marquantes sont les suivantes :

- Les médecins n'envisagent pas ou très peu les pathologies courantes au-delà de cet âge en termes de conséquences sur la sexualité tandis que cela apparaît comme une préoccupation majeure chez les seniors.
- Le corps et ses changements ne représentent certes pas une pathologie, mais doivent être abordés et accompagnés le cas échéant car c'est une source de nombreux questionnements pour les patients. Il existe un manque de prise en charge des dysfonctions sexuelles féminines, de la prévention des IST faute d'informations sur ces sujets.
- Le recours à la porte d'entrée organique ou médicamenteuse pour aborder la sexualité est trop fréquent et se fait au détriment de l'ouverture vers l'aspect affectif et relationnel.

Nous avons aussi pu répertorier un certain nombre de convergences entre ces deux populations nous laissant penser qu'il est possible de les rassembler autour de la santé sexuelle grâce à la diffusion d'une meilleure formation et information des médecins ; ce dont ils sont demandeurs. Le problème ne venant pas de la négation d'une sexualité après 50 ans mais de leurs difficultés à l'accompagner et leur manque de connaissance en la matière. L'objectif serait d'augmenter ce chiffre qui indique que seuls 38 % des hommes et 22 % des femmes déclarent avoir parlé de sexualité avec un médecin depuis qu'ils ont 50 ans. (11)

Mais tout cela reste difficile à mettre en place du fait des nombreux freins qu'il existe des deux côtés (patients et médecins), à commencer par celui du tabou paradoxal qu'il existe dans notre société quand on évoque la sexualité.

Il n'existe actuellement pas de prise en charge formalisée de la sexualité des personnes âgées. Il conviendrait donc de proposer aux professionnels de santé, et ce même dès leur formation universitaire, une approche très pratique de la santé sexuelle. Les objectifs étant de développer une

connaissance concernant les changements normaux et pathologiques de la vieillesse, les modifications dans la vie de couple, les principaux thèmes de préoccupations sexuelles des seniors et la façon de les résoudre et de les accompagner. Surtout, il faut les engager à garder une vision positive de la vieillesse et les encourager à délivrer conseils pragmatiques avec un traitement médicamenteux optionnel.

Pour terminer et pour reprendre un extrait du texte du Président de la *World Association of Sexology* Le Dr Marc Ganem, présenté dans le cadre du Congrès de l'ESSIR (*European Society for Sexual and Impotence Research*), « *les médecins doivent être attentifs au fait que dans une société où la jeunesse est devenue la condition sinequanone à la réussite personnelle et professionnelle, il ne faudrait pas que les personnes âgées cherchent à s'épanouir sexuellement uniquement pour « imiter » les jeunes.* »(29)

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Bozon M, Singly F de. Sociologie de la sexualité. Paris: Nathan; 2005.
2. Tabet P. La construction sociale de l'inégalité des sexes: des outils et des corps. Paris: L'Harmattan; 1998. 206 p.
3. Elias N. La civilisation des mœurs. Paris: Calmann-Lévy : Pocket; 2002.
4. Gott M, Hinchliff S, Galena E. General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. Soc Sci Med 1982. juin 2004;58(11):2093-103.
5. Oriol, Séverine, Souweine, Gilbert. Abord de la sexualité en consultation de médecine générale : méthodes, expériences et représentations utilisées par les médecins. Université Claude Bernard-Lyon 1;
6. La santé sexuelle à tous les stades de la vie - Définition [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé; 2002 [cité 26 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>
7. Une approche positive et respectueuse de la sexualité [Internet]. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé; 2012 déc [cité 26 sept 2014]. Disponible sur: http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/information_sexuelle/index.asp
8. La définition de la santé [Internet]. New York: Organisation Mondiale de la Santé; 1946 juin [cité 26 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>
9. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2014, France hors Mayotte [Internet]. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques; [cité 23 sept 2014]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo®_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2b.htm
10. Pitaud P, éditeur. Sexualité, handicaps et vieillissement. Toulouse: Erès éd.; 2011.
11. 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. 23 août 2007;357(8):762-74.
12. Smith LJ, Mulhall JP, Deveci S, Monaghan N, Reid M. Sex After Seventy: A Pilot Study of Sexual Function in Older Persons. J Sex Med. sept 2007;4(5):1247-53.
13. Cazein, F., Lot, F., Pillonel, J., Le Strat, Y., Sommen, C., Pinget, R. et al. Découvertes et séropositivité VIH et SIDA - France, 2003-2012. 1 avr 2014;(9-10):154-62.
14. Vie en couple [Internet]. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques; 2010 [cité 23 sept 2014]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T10F032
15. Des seniors sans capote [Internet]. Sida Info Service.org. 2014 [cité 23 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.sida-info-service.org/?Des-seniors-sans-capote,4616>

16. Jaspard M. Sociologie des comportements sexuels. Paris: La Découverte; 2005.
17. Auguste Debay. Hygiène et physiologie du mariage, histoire naturelle et médicale de l'homme et de la femme mariés dans ses plus curieux détails [Internet]. E. Dentu; 1857 [cité 26 sept 2014]. 463 p. Disponible sur:
http://books.google.fr/books/about/Hygi%C3%A8ne_et_physiologie_du_mariage_histo.html?id=PKAy1vZxx5EC
18. Foucault M. Histoire de la sexualité. Tome 1 La volonté de savoir. Paris: Gallimard; 1994.
19. Broché. F.H.A.R. : rapport contre la normalité. Ivrea; 1971.
20. Butler J. Trouble dans le genre = Gender trouble: le féminisme et la subversion de l'identité. Paris: La Découverte; 2006.
21. Bajos, Nathalie, Bozon, Michel. Premiers résultats de l'enquête Contexte de la Sexualité en France. Paris; 2008 janv p. 27.
22. Bajos N, Bozon M. Les transformations de la vie sexuelle après cinquante ans : un vieillissement genré. Genre Sex Société [Internet]. 1 déc 2011 [cité 28 avr 2014];(6). Disponible sur:
<http://gss.revues.org/2165>
23. Raineri, François. Les dysfonctions sexuelles. 13 oct 2003;17(626):1264-5.
24. Lowentritt, Benjamin H., Sklar, GN. The effects of erectile dysfunction on patient medication compliance. J Urol. 2004;171(supplément 231):abstract 874.
25. Lindau ST, Gavrilova N. Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. BMJ. 9 mars 2010;340(mar09 2):c810-c810.
26. Bacon CG, Mittleman MA, Kawachi I, Giovannucci E, Glasser DB, Rimm EB. Sexual function in men older than 50 years of age: results from the health professionals follow-up study. Ann Intern Med. 5 août 2003;139(3):161-8.
27. World Population Prospects : The 2002 Revision [Internet]. United Nations; 2002 [cité 26 sept 2014]. Report No.: Volume III. Disponible sur:
<http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2002/French.pdf>
28. Strauss W. Generations: the history of America's future, 1584 to 2069. 1st Quill ed. New York: Quill; 1991. 538 p.
29. Marc Ganem. La sexualité des seniors [Internet]. Discours présenté à: Congrès de l'ESSIR (European Society for Sexual and Impotence Research); 2001 oct [cité 19 sept 2014]; Rome. Disponible sur: <http://www.adirs.org/v4/data/sexualite/seniors.asp>
30. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. Int J Impot Res. févr 2005;17(1):39-57.

31. Pr François Giuliano, Dr Florence Cour, Pr Stéphane Droupy. Rapport du congrès sur la médecine sexuelle [Internet]. Association Française d'Urologie; 2012 nov [cité 26 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.urofrance.org/fileadmin/medias/congres-francais-urologie/2012/presse/rapport-medecine-sexuelle.pdf>
32. Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Rico-Villademoros F. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 3:10-21.
33. Von Simson R, Kulasegaram R. Sexual health and the older adult. *Stud BMJ*. 2012;20:e688.
34. Ship, Jonathan A., Wolff, Andy, Selik, Richard M. Epidemiology of Acquired Immune Deficiency Syndrome in Persons Aged 50 years or Older. *Wolters Kluwer Health*. janv 1991;4(1).
35. Jeannin A., Meystre-Agustoni G., Locicero S., Dubois-Arber F., et coll. Système de suivi de la stratégie de lutte contre le VIH/SIDA en Suisse : rapport de synthèse 2004-2008 [Internet]. Lausanne: Institut Universitaire de médecine sociale et préventive; 2009 p. 133. Disponible sur: http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Saphir/Rds/2009/155/rds155_fr.pdf
36. Gott CM, Rogstad KE, Riley V, Ahmed-Jushuf I. Delay in symptom presentation among a sample of older GUM clinic attenders. *Int J STD AIDS*. 1 janv 1999;10(1):43-6.
37. Aguzzoli F, Le Fur P, Sermet C, Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (France). Clientèle et motifs de recours en médecine libérale: France 1992. Paris: CREDES; 1994.
38. Costa P, Grivel T, Giuliano F, Pinton P, Amar E, Lemaire A. [Erectile dysfunction: a sentinel symptom?]. *Prog En Urol J Assoc Fr Urol Société Fr Urol*. avr 2005;15(2):203-7.
39. Costa P, Avances C, Wagner L. [Erectile dysfunction: knowledge, wishes and attitudes. Results of a French study of 5.099 men aged 17 to 70]. *Prog En Urol J Assoc Fr Urol Société Fr Urol*. févr 2003;13(1):85-91.
40. Metz ME, Seifert MH. Men's expectations of physicians in sexual health concerns. *J Sex Marital Ther*. juin 1990;16(2):79-88.
41. Aschka C, Himmel W, Ittner E, Kochen MM. Sexual problems of male patients in family practice. *J Fam Pract*. sept 2001;50(9):773-8.
42. Wimberly YH, Hogben M, Moore-Ruffin J, Moore SE, Fry-Johnson Y. Sexual history-taking among primary care physicians. *J Natl Med Assoc*. déc 2006;98(12):1924-9.
43. Giami A. La médicalisation de la sexualité: Aspects sociologiques et historiques. *Andrologie*. déc 1998;8(4):383-90.
44. Bloy G, Schweyer F-X, éditeurs. Singuliers généralistes: sociologie de la médecine générale. Rennes: Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique; 2010. 423 p.
45. Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine [Internet]. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 1975 [cité 26 sept 2014]. Disponible sur: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_572_fre.pdf

46. Vallée, Josette. Enseigner la prise en charge de la plainte sexuelle. 2008;19(81):49-51.
47. Bortz WM 2nd, Wallace DH. Physical fitness, aging, and sexuality. West J Med. mars 1999;170(3):167-9.
48. Géraldine Labarthe. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie. Etudes Résultats. juin 2004;(315).
49. Krueger RA. Focus groups: a practical guide for applied research. 2nd ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1994. 255 p.
50. Thibeault E. A propos de la méthodologie des entretiens de groupe focalisés [Internet]. <http://www.adjectif.net/spip>. 2010 [cité 29 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article58>
51. MOREAU A, DEDIANNE MC, LETRILLIART L, LE GOAZIOU MF, LABARERE J, TERRA JL. S'approprier la méthode du focus group. Rev Prat Médecine Générale. 2004;(645):382-4.
52. Attal-Vidal C, Iribarne P. Focus groups: mode d'emploi. La Plaine Saint-Denis: Afnor éd.; 2012.
53. Slocum-Bradley N, Fondation Roi Baudouin. Méthodes participatives un guide pour l'utilisateur [Internet]. Bruxelles: Fondation Roi Baudouin; 2006 [cité 25 août 2014]. Disponible sur: http://www.kbs-frb.be/uploadedFiles/KBS-FRB/Files/FR/PUB_1600_MethodesParticipatives.pdf
54. Baribeau, C. Analyse des données des entretiens de groupe. Rech Qual. 2009;28(1):133-48.
55. Pr Pia Touboul. Recherche qualitative : La méthode des focus groupes. Guide méthodologique pour les thèses en médecine générale [Internet]. Guide présenté à: Collège National des Généralistes Enseignants; 2010 janv [cité 26 août 2014]; Nice. Disponible sur: http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf
56. Duchesne S, Haegel F, Singly F de. L'entretien collectif. [Paris]: A. Colin; 2008.
57. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris: A. Colin; 2012.
58. Bardin L. L'analyse de contenu. Paris: PUF; 2007.
59. Parts de marché des moteurs de recherche dans le monde [Internet]. [cité 25 août 2014]. Disponible sur: <http://www.journaldunet.com/ebusiness/le-net/parts-de-marche-des-moteurs-recherche-dans-le-monde.shtml>
60. Buber R, Gadner J, Richards L, éditeurs. Applying qualitative methods to marketing management research. Houndmills, Basingstoke, Hampshire ; New York: Palgrave Macmillan; 2004. 292 p.
61. Kaufmann J-C, Singly F de. L'entretien compréhensif. Paris: Colin; 2011.
62. Denise St-Cyr Tribble, Line Saintonge. Réalité, subjectivité et crédibilité en recherche qualitative : quelques questionnements. Rech Qual. 1999;20:113-25.
63. Stéphane Wahnich. Enquêtes quantitatives et qualitatives, observation ethnographique. Bull Bibl Fr [Internet]. 2006 [cité 29 août 2014];(6). Disponible sur: <http://bbf.enssib.fr/consulter/bbf-2006-06-0008-002>

64. Charbonnier C, Chagué S, Ponzoni M, Bernardoni M, Hoffmeyer P, Christofilopoulos P. Sexual activity after total hip arthroplasty: a motion capture study. *J Arthroplasty*. mars 2014;29(3):640-7.
65. Données épidémiologiques sur l'infection à VIH et les IST [Internet]. Institut de Veille Sanitaire; 2012 nov [cité 23 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/1er-decembre-2012/Donnees-epidemiologiques-sur-l-infection-a-VIH-et-les-IST>
66. Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (France) O régional de santé (Ile-de-F. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH-sida en Île-de-France en 2010. Paris: Observatoire régional de santé d'Île-de-France; 2011.
67. Bretschneider JG, McCoy NL. Sexual interest and behavior in healthy 80- to 102-year-olds. *Arch Sex Behav*. avr 1988;17(2):109-29.
68. Litwin MS, Nied RJ, Dhanani N. Health-related quality of life in men with erectile dysfunction. *J Gen Intern Med*. mars 1998;13(3):159-66.
69. Trudel G. Les dysfonctions sexuelles: évaluation et traitement par des méthodes psychologique, interpersonnelle et biologique. 2e éd. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec; 2000. 716 p.
70. Delbès C, Gaymu J. Situations matrimoniales et ménages des personnes âgées : quelles évolutions ? *Retraite Société*. 1 juin 2005;45(2):69-87.
71. Corinne Barre, Mélanie Vanderschelden. L'enquête « Etude de l'histoire familiale » de 1999 - Résultats détaillés [Internet]. Institut de Veille Sanitaire; 2004 Aout [cité 23 sept 2014]. Report No.: 33. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/irsoc033.pdf
72. Bergström-Walan M, Nielsen HH. Sexual expression among 60–80-year-old men and women: A sample from stockholm, sweden. *J Sex Res*. mai 1990;27(2):289-95.
73. Ribes G., Gaucher J., Ploton L. La sexualité des personnes âgées. *Rev Francoph Gériatrie Gérontologie*. oct 2005;Tome XII(118):420-5.
74. Ribes G, Cour F. La sexualité du couple âgé : état des lieux, prise en charge. *Prog En Urol*. juill 2013;23(9):752-60.
75. Bajos N, Bozon M. La sexualité à l'épreuve de la médicalisation : le Viagra. *Actes Rech En Sci Soc*. 1999;128(1):34-7.
76. Dietrich, Erick. La sexualité du troisième âge [Internet]. Centre Mosaïque. [cité 19 sept 2014]. Disponible sur: http://www.centre-mosaïque.com/publications/35_sexualite_3eme_age.pdf
77. Espérance de vie - Mortalité [Internet]. Institut National d'Etudes Démographiques; 2013 [cité 24 sept 2014]. Disponible sur: http://www.ined.fr/fr/france/mortalite_causes_decès/esperance_vie/

VIII. ANNEXE

A. Retranscription du *focus group*

Brève présentation faite par le directeur de la thèse le Dr Xavier Lemerrier.

« Bonsoir à tous et merci d'être présent, donc pour commencer Sabine (ndlr : étudiante en sociologie thésarde spécialisée dans les entretiens collectifs et individuels) et moi-même allons animer l'entretien de ce soir et Déborah (ndlr : Me Carrin chargée de l'étude) elle, ne participera pas à l'animation car tout simplement pour écouter ce que vous avez à dire, c'est plus facile de le faire en étant silencieux et en écoutant plutôt qu'en animant. Voilà.

L'objectif de la soirée, elle a été assez vague je crois, dans les messages qu'elle vous a envoyés.

Rires

Oh oui collectif

L'objectif de son travail c'est d'étudier les convergences et les divergences qu'il peut y avoir entre les médecins généralistes et les patients, mais les patients de plus de 50 ans.

À l'énoncé du sujet Eric Emmanuel Schmitt et J. D. Salinger ont levé les sourcils.

Donc c'est la population qui va nous intéresser ce soir, LES populations qui vont nous intéresser ce soir : la vôtre, celle des médecins généralistes et celles des patients de plus de 50 ans.

Donc, cet entretien collectif n'a pas pour objectif d'évaluer vos pratiques, votre travail ni rien, euh, ni d'obtenir un consensus hein, on n'est pas obligé de se mettre d'accord. L'objectif c'est vraiment d'avoir une discussion que l'on veut informelle, d'où aussi le côté un peu convivial de la soirée.

Référence aux boissons et mets sucrés et salés restés sur la table pendant tout le temps de l'entretien

Et en fait on veut savoir votre avis sur ces convergences et ces divergences avec les patients de plus de 50 ans.

Euh, l'anonymat sera bien évidemment préservé et pour faciliter le recueil d'informations nous enregistrons l'entretien donc avec un dictaphone. Donc on va peut être le mettre au milieu »

Déborah : Ouais je sais pas

Guy de Maupassant : Vérifie qu'il marche bien

Rires collectifs

Déborah : Ca y est c'est bon on a testé

Guy de Maupassant : Qu'on revienne pas toutes les semaines

Rires collectifs

Déborah : On vous reconvoque la semaine prochaine en fait !

Xavier : Donc on n'a pas mis de chips ou de choses comme ça exprès !

Rires collectifs

Harriet Beecher Stowe : Il y a les tuiles qui vont faire interférence

Xavier : Il y a les tuiles, oh non les tuiles ça va aller

Certains des participants se servent à manger pendant que l'on installe les dictaphones

Xavier : Donc on attend encore Emile Zola qui va...bah voilà, qui prendra la conversation en cours

Déborah : Ouais

Xavier : Euh donc merci encore pour votre présence. Alors on va commencer directement, donc voilà, il faut se sentir à l'aise, chacun dit ce qu'il veut, quand il veut, en essayant de ne pas couper la parole, bien sûr, et comme il le ressent. Pour commencer, une question que l'on veut très générale c'est, là comme ça, à la volée, quels sont les grands thèmes de consultation que vous rencontrez avec vos patients de plus de 50 ans ? Voilà si on disait, les thématiques que l'on retrouve après 50 ans, euh, qu'est-ce que c'est ?

Petite pause réflexive mais attentive des participants puis démarrage

Catherine Pancol *peu fort* : La ménopause

H. B. Stowe *plus franche* : Les lombalgies

Rires collectifs d'acquiescement

Xavier : Alors lombalgies, ménopause j'ai entendu

Sabine écrit les thèmes sur le paper bord

Ana Gavaldà : Les douleurs d'une façon générale

Maupassant : HTA

Sabine : Ah ouais, alors c'est là que ça va être drôle

Sous entendu en tant que « non médecin » je ne connais pas votre jargon

Xavier : Alors j'ai entendu douleurs, euh, HTA hypertension

Olivier Adam : Dépistage

La quasi-totalité du groupe acquiesce à l'évocation de ce thème

Maupassant : Ouais

Ana Gavaldà : Cholestérol

J. D. Salinger : Fatigue inhabituelle

Maupassant : Plaintes abdominales

H. B. Stowe : Euh...

J. D. Salinger : Troubles de l'érection

E. E. Schmitt : Stress

C. Pancol : Troubles du sommeil

E. E. Schmitt et Maupassant ensemble : Troubles du sommeil

Acquiescement collectif

Xavier à Sabine qui écrit sur le paper board : Tu suis ?

Sabine : huhum

Xavier : Stress, troubles du sommeil

J. D. Salinger : Euh, non mais on n'a pas classé hommes et femmes c'est euh ?

E. E. Schmitt : Bah

Emily Brönte : Tout sexe confondu

Maupassant : Non, genre, car tout sexe confondu...

Xavier : Tout sexe confondu ou tout genre confondu ?

Maupassant : Bah sexe...

H. B. Stowe : C'est obsolète

Maupassant : Bah non mais « sexe confondu » ça fait très chaud je trouve

Rires collectifs

E. Brönte : C'est genre

O. Adam : Troubles urinaires masculins avec la prostate

Xavier : Alors troubles urinaires

J. D. Salinger : Ah oui

Xavier : Masculin ? Pas féminin ?

Réponse collective : Ah si !

Sabrina : ... peu

H. B. Stowe : Si ! Problèmes d'incontinence chez la femme

O. Adam : Moi j'ai pensé masculin

Xavier : Voilà toi tu as pensé voilà et...

Maupassant : C'est pareil comme douleur il y a toutes sortes de douleurs, c'est très vague

J. D. Salinger : Ah oui

Xavier : Alors voilà on est, il ne s'agit de faire un inventaire de tous les motifs de consultation

C. Pancol : C'est les plus fréquents

Sabine : Après troubles urinaires il y en avait un autre ? Je ne l'ai pas entendu

A.Gavaldà : C'était l'incontinence mais on l'a rejoint avec troubles urinaires femmes

E. E. Schmitt : Cancer

Repris par Xavier pour Sabine

E. E. Schmitt : Diabète

Repris par Maupassant de façon appuyée : Diabète

E. Brönte : Perte de mémoire

Maupassant : Perte de mémoire oui

O. Adam : Vaccin anti grippal

Petits rires

C. Pancol : C'est une épidémie en ce moment

J. D. Salinger : C'est bien ! Il a dit que c'était le motif de consultation ?

Xavier : Oui, alors mais ça peut être plus... Motif ou thématique large à aborder avec les plus de 50 ans

E. Brönte : Perte de mémoire

Sabine : Perte de mémoire, je l'avais oublié !

J. D. Salinger marmonne

Maupassant : Insuffisance coronarienne

Xavier : Ouais à Sabine tu peux le mettre à côté de l'hypertension si tu veux classer

Maupassant : Ouais, artérite

J. D. Salinger : La BPCO pis le tabac et l'arrêt du tabac

C. Pancol : Ca va avec prévention ça

Xavier : Alors ouais voilà

J. D. Salinger : Ah bah oui mais...

Douglas Kennedy : Nutritionnel aussi

Maupassant : Dépression

O. Adam : est-ce qu'on va jusqu'à la fin des... ?

Maupassant : Bah oui

E. E. Schmitt : Fin de vie

Xavier : Bah oui après 50 ans

Silence

Sabine relance : Parmi ces motifs là, quels sont ceux que vous rencontrez le plus souvent ?

Pause réflexive

D. Kennedy : Dans les douleurs de toute façon

Maupassant : Oui

A.Gavaldà : Oui

Maupassant et O. Adam : Tout ce qui est cardiaque

E. Brönte : C'est que ce qui est...

J. D. Salinger : Il ya tout ce qui est motifs de consultation aigus, je vois lombalgies et puis voilà, après quand on parle cancer, c'est des gens qu'on va revoir régulièrement

E. Brönte : C'est à partir de 50 ans ?

Déborah : Ouais c'est plus de 50 ans

Sabine : 50 ans et plus. Donc lombalgies

D. Kennedy : Les douleurs de façon globale

Sabine : Alors de façon globale c'est-à-dire ? *Blanc...* Alors, je vous préviens tout de suite, je suis sociologue, je suis pas médecin donc je vais poser un peu des questions...

H. B. Stowe : Moi je dirais que hypertension c'est un peu un motif fréquent après 50 ans

D. Kennedy : A partir d'un certain âge c'est surtout axé sur les lombalgies c'est vrai mais après il y a d'autres douleurs

Brouhaha avec énonciation des pathologies cardiovasculaires et des localisations douloureuses fréquentes

E. E. Schmitt : Troubles métaboliques

H. B. Stowe : Oui troubles métaboliques et hypertension c'est quand même les gros motifs

Xavier : Ok, c'est les gros motifs

H. B. Stowe : Oui après 50 ans

Acquiescement général

Delphine de Vigan : Et puis les troubles du sommeil c'est vrai que ça fait partie...

J. D. Salinger : Bah cancer c'est quand même fréquent, à part, à mettre à part

Xavier : Qu'est ce que tu dis Delphine de Vigan ?

Delphine de Vigan : Les troubles du sommeil, je trouve aussi

Maupassant : Sommeil oui

E. Brönte : C'est fréquent

C. Pancol : Sommeil, fatigue

D. Kennedy : Troubles de l'humeur

Interventions multiples simultanées d'accord pour regrouper fatigue et dépression

C. Pancol : Sommeil, déprime, fatigue

D. Kennedy : Ca va avec ouais

E. E. Schmitt : Troubles du sommeil ça vient plutôt...

D. Kennedy et E. Brönte : A la fin de consultation

Oui général

C. Pancol : Fatigue, déprime, troubles du sommeil, souvent ça va ensemble

D. Kennedy : Troubles de l'humeur, oui, de toute façon je l'ai dit

C. Pancol : Oui

Sabine : OK

Xavier : Alors là finalement vous êtes en train de reprendre les thématiques encore une fois assez larges qui ont été abordées et en les regroupant un peu donc il y a tout le paquet troubles métaboliques, hypertension etc

A. Gavalda : Cholestérol tu peux le mettre avec aussi je pense

Xavier : Cholestérol ça va avec. Tout le truc de douleurs. Ensuite vous êtes partis sur un côté plutôt psy avec troubles du sommeil etc. et puis j'ai envie de dire j'ai l'impression qu'il nous reste que troubles de l'érection, troubles urinaires, ménopause...

D. de Vigan : Uro-génital

Xavier : Tout ce qui est...c'est que ça vient...c'est que c'est... vous l'aviez dit dans les choses fréquentes mais ça vient...

C. Pancol : La ménopause ça peut aussi encadrer avec troubles du sommeil avec les douleurs avec et tout ça aussi

J. D. Salinger : Ouais mais c'est pas forcément un motif de consultation c'est vrai...

C. Pancol : Les bouffées de chaleur

J. D. Salinger : Ca vient en fin de consultation c'est vrai ils te disent bah en plus il ya ça

Delphine de Vigan acquiesce

C. Pancol : Les bouffées de chaleur et tout ça

J. D. Salinger : C'est pas forcément le motif premier quoi

O. Adam : Après est-ce que c'est une question de fréquence ou pas ?

Xavier : Alors là on n'est pas sur une question de fréquence parce que si on vous le demande à la volée comme ça c'est pour être sur une question de ressenti

A.Gavalda : Si c'est fréquent mais plus en deuxième partie de consultation

D. Kennedy : Oui voilà

C. Pancol : C'est pas le premier motif

A.Gavalda : Voilà c'est ça ouais

D. Kennedy : En complément de, ouais

Sabine : Quand vous dites en deuxième partie de consultation, ça veut dire c'est vous qui en parlez ou c'est eux qui en parlent ?

J. D. Salinger : C'est pendant qu'on remplit l'ordonnance et eux le chèque

A.Gavalda : C'est par exemple on va les peser et ça peut dériver sur un problème de nutrition

E. Brönte : Est-ce qu'il y a quelque chose d'autre ?

J. D. Salinger : Un motif secondaire caché

C. Pancol : Est-ce que vous pouvez me rajouter quelque chose pour dormir ?

D. de Vigan : Voilà par exemple

Sabine : D'accord et alors je suppose que en motif de consultation par exemple les troubles de l'érection c'est un premier motif ? Ou est ce que c'est... ?

A.Gavalda et C. Pancol *ensemble* : Ca c'est un deuxième motif

Brouhaha où certains disent qu'il s'agit bien d'un « deuxième » motif et d'autres qui pensent que ça peut arriver en premier

A.Gavalda : Chez le patient de plus de 50 ans plus en deuxième moi je dirais mais après voilà

Maupassant : Ca dépend du médecin en face

E. Brönte : Oui exactement

A .Gavalda : Oui oui

Sabine : Juste pour l'enregistrement je vais vous demander d'essayer de pas parler tous en même temps, je sais c'est contraignant mais respecter un peu les...voilà sinon on n'entend plus rien

Maupassant : Je pense aussi que les troubles sexuels ça dépend aussi beaucoup du médecin, parce qu'on voit qu'on a des pratiques très différentes. Il y en a qui sont très à l'aise avec ça qui spontanément en parlent et d'autres qui sont moi je sais pas, très prude ou je sais pas qui n'arrivent pas à l'aborder et je pense que l'ouverture voilà chez certains médecins se fait facilement donc les gens vont exprimer plus facilement et d'autres c'est... Je pense qu'il y a une grande divergence pour le coup dans la pratique, je pense

Acquiescement général

C. Pancol : Et peut être que c'est différent aussi en tant que médecin homme et médecin femme, certainement même

Sabine : Alors peut être que tout dépendrait du fait d'être à l'aise ou pas avec cette question

J. D. Salinger : Oui

C. Pancol : D'une part et homme ou femme

J. D. Salinger : Et dépend de l'âge du médecin aussi je pense

Maupassant : Oui tout à fait

Sabine : C'est-à-dire ?

J. D. Salinger : C'est-à-dire que moi personnellement, plus je vieillis, plus je me rends compte que les gens me parlent de choses comme ça

C. Pancol : Plus facilement

J. D. Salinger : Oui plus facilement et puis la clientèle vieillit et puis les troubles aussi apparaissent

H. B. Stowe : C'est mécanique

C. Pancol : Ca va de pair

D. Kennedy : Ca peut jouer aussi en fonction de médecin installé-médecin remplaçant, parce que en tant que médecin remplaçant ça m'est déjà arrivé, voilà, je vous en parle spontanément parce que je n'ai pas osé le dire à mon médecin

Tout le monde est d'accord avec cela

E. Brönte : Même avec les internes ça se passe, les hommes qui m'en parlent pas et quand c'est un interne...

D. Kennedy et D. de Vigan : Ils n'osent pas le dire oui

D. de Vigan : Il ya une certaine pudeur avec leur médecin

Sabine : Donc là ce sont les freins qui concernent le fait de parler de choses typiquement troubles de l'érection

C. Pancol : D'extrêmement personnel surtout

Sabine : Personnel... Alors je vais peut être les lister ces freins là parce que...

E. Brönte amusée raconte à sa voisine de table H. B. Stowe en off du fait que certains patients ne viennent à son cabinet que pour du Cialis puis s'adresse à tout le monde

E. Brönte : Ils ne vont pas voir leur médecin, ils vont en voir un autre qui voit tout ça, ils demandent deux ordonnances

Sabine : Donc vous me disiez l'âge...

J. D. Salinger concernant les propos d'E. Brönte : Hum ouais

D. Kennedy : Deux pharmacies aussi

J. D. Salinger s'adressant à Sabine : Les freins à quoi ?

Sabine : Les freins à l'évocation des questions de sexualité et donc là lors d'une consultation

C. Pancol : L'âge du médecin ? Ou du patient ?

O. Adam : L'âge du médecin ?

Sabine : Vous me disiez vous ? S'adressant à C. Pancol

C. Pancol : L'âge du médecin

E. E. Schmitt : Peut être si on suit aussi le conjoint

O. Adam : Oui c'est ça

Sabine : La présence du conjoint ou pas ?

E. E. Schmitt : Pas forcément la présence mais si en tant que médecin on suit aussi le conjoint ou pas

E. Brönte : Si on suit les deux hum

E. E. Schmitt : Un exemple d'un qui va voir quelqu'un d'autre si vous suivez son épouse. Il ne va peut être pas vous dire aussi facilement je suis moins en forme avec la maitresse

Petits rires amusés

C. Pancol : Oui effectivement, effectivement

Xavier : Mais ça ça vient...alors du coup comment il gère le patient son problème à votre avis du coup ?

E. E. Schmitt : Je sais pas

O. Adam : Bah parfois il va en voir un autre

E. Brönte : Ils se séparent

C. Pancol : Il va voir quelqu'un d'autre en ville et qu'il ne connaît pas

E. Brönte : Moi hier j'ai vu un type il veut pas le dire à son médecin traitant il vient me chercher du Cialis, c'est tout !

C. Pancol : Et il va dans une autre pharmacie aussi

E. E. Schmitt : Et peut être parce que son médecin traitant suit aussi son épouse

D. de Vigan : Le fait qu'il est trop proche

J. D. Salinger : Et puis aussi le rapport

E. Brönte *la bouche pleine* : Il ne veut pas que le médecin traitant le sache

J. D. Salinger : Les rapports qui se créent avec les patients, ils sont... Il ya des rapports amicaux qui se créent et ça les embêtent peut être de demander

« Oui » général

E. Brönte et H. B. Stowe : Oui ça le gêne

O. Adam : Est-ce que c'est un frein ou est-ce que c'est un facilitant ?

Sabine : Là il a été évoqué comme frein

O. Adam : La proximité ?

Xavier : Toi tu le ressens comme un facilitant ?

E. Brönte : Ah non !

O. Adam : Je pense que ça peut être un facilitant

E. Brönte : Et bah pas moi

D. de Vigan : Hum oui

Xavier : Emily Brönte toi tu penses que c'est plus facile de parler de ça à quelqu'un d'inconnu ?

E. Brönte : Ah bah oui, comme ils vont dans une pharmacie inconnue

C. Pancol : C'est ça ils changent de pharmacie habituelle c'est tout à fait vrai

E. Brönte : Ils ne vont pas dans leur pharmacie habituelle, ils vont en ville ou ils vont ailleurs

H. B. Stowe : C'est comme le cas d'une femme qu'on suit tout le temps et qu'on voit disparaître pour le frottis chez une consœur, ça m'arrive, ça m'est arrivé. Parce que elles, elles trouvent que voilà on a une proximité trop importante pour qu'on leur fasse leur frottis. Alors que nous ça nous semble aberrant au contraire on dit que la proximité c'est facilitant. Et bah pas pour elles. Moi ça m'est arrivé.

J. D. Salinger : Bah fff... Ca dépend, je sais le toucher rectal chez le bon copain c'est pas facile à faire non plus

H. B. Stowe : Bah oui, faut...oui oui. Faut qu'on voit tous les cas de figure

J. D. Salinger : C'est pas facile à faire même pour le médecin

Petits rires

Xavier : On fait juste une petite pause, un temps mort pour accueillir un confrère

Déborah : Donc Dr Emile Zola (*suivi d'une petite boutade sur la prononciation de son nom de famille faisant rire le concerné*) et qui vient de loin c'est pour ça qu'il était un petit peu en retard

J. D. Salinger : Bravo

E. Brönte : Bravo oui

Maupassant : Allez un verre et de quoi manger parce que le pauvre

E. Brönte : On va lui passer ce qui reste car il faut que tu manges !

E. Zola : Merci

Déborah : On a laissé exprès

Xavier : Du coup on va reprendre la discussion à la volée et puis tu vas nous dire ce que tu en penses. On est train de parler des motifs...on parle des patients de plus de 50 ans et des différents motifs et thématiques générales abordés et la première thématique qu'on est en train de développer c'est celle de la sexualité et des problèmes liés à la sexualité. Là on est sur des choses très médicales, on parle de troubles de l'érection c'est ça ? Et de qui consulte qui ? C'est-à-dire est-ce qu'on consulte son médecin traitant habituel ou est-ce qu'on consulte un inconnu pour aller voir, pour parler de...

E. Brönte : Pourquoi on est parti sur la sexualité ?

Maupassant : C'est parce qu'ils ont voulu nous orienter là-dessus c'est pas compliqué

E. Brönte : Oui je pense hein

Rires collectifs

H. B. Stowe : C'est une volonté parce que...c'est pas vraiment ce qui ressortait hein !

Maupassant : Je suis sûr si on parlait...enfin je veux dire il y a des gens qui parlent facilement de sexualité et d'autres qui n'y arrivent pas, je pense

H. B. Stowe : Bien sûr

Maupassant : Là il faudrait faire des années de divan pour savoir pourquoi mais...heu...déjà les troubles...les comportements, les addictions, aborder les addictions, il y a des gens avec lesquels ça pose des problèmes. Euh c'est quoi la normalité, qu'est ce qu'on doit boire, qu'est ce qu'on doit manger, qu'est ce qu'on doit fumer, qu'est ce qu'on doit nanin...euh et puis mais plus ça va plus on rentre dans l'intime parce que finalement la sexualité...euh je veux dire...je pense que souvent les gens sont à la recherche. Ils viennent nous exposer des troubles qui sont plus ressentis ou fantasmés que réels. On a souvent ce...j'ai rarement les couples où t'as le papi qui dit ça marche pas du tout nananin et la mamie qui est côté qui dit ohohoh doucement ça suffit largement ça va très bien, moi ça me convient on arrête. Tu vois ce que je veux dire ?

Xavier : T'as rarement ça ou t'as souvent ça ?

Maupassant : Je pense qu'on a assez souvent ça, quand justement on ouvre...alors, moi je sais que je suis pas à l'aise pour parler de ça, parler de sexualité avec mes patients, je l'évoque peu et j'ouvre, ça fait...normalement dans le questionnaire, dans l'anamnèse ça devrait être spontané, est-ce que vous avez des problèmes sexuels comme est-ce que vous avez...est-ce que vous dormez bien ? Euh, vous fumez, vous buvez combien d'alcool par jour, ça ça me pose pas de problème, arrivé à la sexualité, euh combien vous avez de rapports par semaine ? Est-ce qu'ils vous satisfont ? Ca je peux pas. Je n'y arrive pas. Je ne sais même pas comment formuler la question.

Xavier : Mais alors du coup comment tu gères là avec ton couple de patients ?

Maupassant : Bah c'est eux qui m'en parlent directement. Une fois que la question est posée elle est posée mais je veux dire c'est un domaine que je vais pas explorer spontanément

E. Brönte : Systématiquement quoi

Maupassant : J'y vais pas systématiquement et j'ai une difficulté oui. Je pense que...et souvent on en parle en groupe de pairs, il y en a à qui apparemment ça leur pose aucun problème de parler moi j'avoue que je vais arriver à l'âge de la retraite et j'aurais pas avancer beaucoup hein

Petites réactions timides, réflexives : ça dépend, hum... Seule C. Pancol semble d'accord avec ce qu'avoue Maupassant

E. E. Schmitt : Moi je sais qu'on arrive à entrer dans le sujet par les médicaments. Vous allez me donner ça, est ce qu'il va y avoir des effets secondaires, bon pour les traitements pour la prostate, oui, c'est quoi ? Et on chemine par l'intermédiaire au départ des médicaments

E. Brönte : De l'organique

Peu de réactions

A.Gavalda : Ou par le suivi gynécologique aussi, quand on suit les femmes des fois c'est un peu plus facile aussi, lors du frottis, enfin de poser des questions un peu aussi. Enfin moi c'est comme ça que j'aborde, que j'arrive à aborder le sujet de...ce sujet là avec les femmes après...

O. Adam : Je sais que moi j'arrive à l'aborder assez facilement parce que bon je l'ai un peu intégré à mon questionnaire d'anamnèse et exactement comme on propose le conseil minimal pour l'arrêt du tabac, euh, il y a une question que j'avais, qui m'avait été refilée il y a quelques années comme ça, donc c'est tout simplement « est-ce que vous avez une vie sexuelle satisfaisante ? » C'est relativement neutre, donc les gens ils peuvent en parler ou ils peuvent ne pas en parler. Donc on ne pose pas de questions intrusives, combien de fois par semaine ?

Ecoute attentive des participants avec acquiescements

Maupassant : Avec qui ? Comment ?

O. Adam : Avec qui comment exactement. Donc c'est très ouvert et les gens ils s'engouffrent là dedans s'ils veulent s'engouffrer.

Maupassant : Et t'as senti une différence depuis que tu poses cette question ?

O. Adam : Bien sûr

E. Brönte : Oui, oui ou non

O. adam : Tout à fait, si tu poses pas la question, tu te rends compte qu'il y a plein de non dits, des sous entendus, des suppositions etc. Et le fait d'ouvrir le champ ; déjà tu montres que tu t'intéresses à la chose, euh bon, puisque là on parle plus de sexualité, euh je dis volontiers que ça fait partie des choses de la vie. C'est un besoin essentiel, au même titre que est ce que t'as bien dormi ?

E. Brönte : C'est la bonne santé, c'est dans les définitions de la santé

A.Gavalda : Il y a des patients qui l'abordent pas aussi, moi j'avais un patient qu'était venu c'est un patient jeune, il savait pas s'il devait aborder ce sujet là avec moi en tant que médecin, si j'étais la bonne personne qui allait pouvoir répondre à ses questions

E. Brönte : Oui

A.Gavalda : Voilà c'est la première chose qu'il m'a dit, je vais vous poser une question mais je sais pas si vous êtes la bonne personne à qui je dois m'adresser donc après c'est à vous de m'orienter si vous pouvez pas. Donc il y a peut être ça aussi ? Les problèmes sexuels...

E. E. Schmitt : Il y a des questions qui arrivent de temps en temps, j'aimerais voir un sexologue. Ah bon pourquoi ?

A.Gavalda : Ouais ouais parce qu'ils considèrent qu'on est pas formé

E. E. Schmitt : Voilà ouais ça arrive

O. Adam : Les patients connaissent mal notre fonction, hein ils pensent qu'on est là pour les médicaments

A.Gavalda : Pour la rhino, oui voilà

O. Adam : Ou des renouvellements de traitements. Ce soir encore, il y a une patiente qui vient qui me dit vous avez pas l'adresse d'un gynécologue pour faire un frottis. Euh, je suis compétent pour faire votre frottis. Ah très bien, vous faites ça, d'accord pas de problème. Voilà mais, à partir du moment où les gens savent ça facilite.

D. Kennedy : Je pensais aussi est-ce que le sexe du médecin peut jouer aussi en tant que frein ? Ou en tant que facilitant ? De même que...déjà en tant que remplaçant déjà c'est ce que je disais tout à l'heure ça m'est arrivé plusieurs fois moi que un patient, d'ailleurs tout le temps de sexe masculin, euh vienne me parler d'un problème de vie sexuelle notamment des troubles de l'érection et il m'en parlait parce que j'ose pas en parler à mon médecin, ils me le disent directement comme ça, donc je vous en parle à vous, parce qu'ils me connaissent peu ou pas justement et est-ce que aussi le fait que je sois un homme ça peut faciliter l'interaction par rapport à ça ?

C. Pancol : C'est sûrement vrai tout à fait

D. Kennedy : C'est vrai en tant que remplaçant et en tant qu'homme je pense aussi

C. Pancol : Ils viennent voir exprès le remplaçant, si si si

D. de Vigan : Et bien moi j'ai été un peu surprise parce que je pensais un peu comme toi parce que moi c'est vraiment une question que je pose pas pour le coup mais parce que je dois pas être très à l'aise avec ça et je suis un peu étonnée parce que effectivement les femmes n'en parlent pas avec moi par contre à chaque fois ce sont les hommes à chaque fois qui abordent la question à la fin de la consultation. Ca arrive rarement que ce soit le premier motif. C'est arrivé ce soir alors j'ai été un peu surprise car généralement ça arrive en deuxième motif après le rhume, après le certificat de sport, après plein de choses et à la fin, ah au fait je voulais vous dire car j'ose pas en parler avec mon médecin traitant. Souvent d'ailleurs c'est qu'il n'arrivent pas à en parler avec leur médecin traitant, je sais pas, est-ce qu'ils sont trop proches de ce médecin traitant

C. Pancol : C'est ça !

D. de Vigan : Et du coup ils ont peur, ou alors c'est par rapport à la conjointe, ils ont peur que le secret médical ne soit pas respecté, je sais pas. Mais effectivement je pensais comme toi au départ (*en parlant à D. Kennedy*) mais en fait non.

Xavier : Alors du coup si tu le souhaites, si tu veux, ta consultation de ce soir, ça a été le premier motif c'est ça ?

D. de Vigan : Oui c'était le premier motif, ouais...et j'ai été un peu surprise parce que en général ça arrive souvent après le deuxième ou le troisième motif, à la fin de la consultation

Xavier : Et alors comment tu gères justement quand c'est le premier motif ? Parce que si c'est à la fin de la consultation des fois on...

D. Kennedy : On n'a pas trop le temps

Xavier : On peut éluder un peu, si on n'est pas à l'aise. Mais si c'est le premier motif ?

D. de Vigan : Ah bah si c'est le premier motif, je bah voilà, je pose des questions comme, je pose un peu de questions

Sabine : Est-ce que tu peux nous dire pratiquement ce qu'il est venu chercher, quel motif ?

D. de Vigan : Alors moi je pense que au final, alors c'est là que moi après la fin de la consultation, je ne m'en étais pas rendu compte tout de suite, c'est un patient qui avait déjà essayé de voir d'autres médecins pour la même question et sur le coup quand je l'ai interrogé c'était la première fois. Il se trouve que le médecin est informatisé mais tout n'est pas rentré et quand j'ai ressorti le dossier j'ai vu un certain nombre de bilans qui ne correspondait pas et à part elle avait mis la consultation chez l'urologue qui datait d'il y a un an pour un motif qui était un peu différent, euh, les problèmes d'éjaculation et là c'était vraiment des troubles érectiles. Et quand je lui ai posé la question il m'a dit non non j'ai jamais consulté pour ça et lui si j'ai bien compris ce qu'il recherchait c'était plus un traitement. Du Viagra ou...

Sabine : Et comment il a formulé ? C'est lui qui a formulé ?

D. de Vigan : Voilà oui, enfin il a pas formulé mais voilà il voulait... parce qu'à la fin je lui ai proposé donc un traitement même si c'était assez récent mais je sentais bien il m'a demandé mais vous pouvez me le mettre sur plusieurs mois genre pendant un an. Il voulait pas reconsulter pour ça. J'ai senti comme ça.

Sabine : Juste du coup, quand c'est pas évoqué spontanément, quand vous ne l'évoquez pas spontanément ce que vous mettez en avant c'est un malaise par rapport à une question de sexualité ? Est-ce que c'est que vous n'y pensez pas ou est-ce que...

C. Pancol : Un malaise de la part du médecin ?

Sabine : Ouais

Maupassant : Euh fff non pas forcément un malaise

E. Brönte : C'est jusqu'où aller ?

Maupassant : C'est quelque chose qui me... alors toi tu dis moi le médecin généraliste c'est le frottis... est-ce que le médecin généraliste a forcément son mot à dire sur la sexualité des gens ? Parce que vous avez mis tout à l'heure une barrière, vous avez mis les plus de 50 ans et dans ce domaine de la sexualité il y a quand même quelque chose... on a l'impression que les moins de 50 ans quand ils nous interrogent là-dessus, c'est sur la normalité de leur sexualité et ça c'est un peu compliqué. La fréquence des rapports, la durée, les machins, nananin, tout un tas de trucs...

E. E. Schmitt : Chez les hommes beaucoup y a la recherche de performance

Maupassant : Oui tout à fait

E. E. Schmitt : De recherche de normalité quoi voilà on va dire

Maupassant : Et au-delà de 50 ans c'est un peu différent...

E. E. Schmitt *en même temps* : Différent

Maupassant : On est euh...ça interroge aussi un peu le vieillissement...euh...et c'est un peu différent comme euh comme euh... Voilà effectivement c'est est-ce que je vais pouvoir encore et longtemps ? On n'est pas dans est-ce que ma sexualité est normale ou pas mais est-ce qu'elle va durer encore hein ? Et on est plus dans... est-ce que je vais rester ce que je suis, dans une interrogation du temps et c'est différent. C'est différent.

Sabine : Donc ça c'est les questions que vous posent... ?

Maupassant : Ah oui, la façon dont les patients nous renvoient des choses par rapport à ça...euh alors. Moi j'y pense par exemple parce qu'on sait que dans les signes d'artérite, les lombalgies des choses comme ça, euh...il faut penser à la sexualité hein ? Passé 50 ans hein ? Ça fait partie...les troubles de l'érection c'est une maladie vasculaire, hein ? Donc il faut l'intégrer là dedans. On a vu que l'HTA et tout ça, hein, le tabac...ça fait partie là dedans. On est plus dans comment on entretient son organe dont ceux qui servent à la sexualité. C'est différent...normalement quelqu'un de jeune il a tout pour que ça marche bien euh... ils viennent nous interroger quand ils sont au-delà de 50 ans sur : est ce qu'on a une sexualité normale avec un rythme normal et euh c'est plus psy, c'est plus euh...on est plus dans l'intime on est plus dans l'organicité au-delà de 50 ans c'est plus facile de parler de sexualité avec quelqu'un au-delà, de plus de 50 ans qu'avec quelqu'un de moins de 50 ans. Enfin moi je, personnellement. J'ai l'impression, on est plus organiciste...

Xavier : Dans ce que tu dis et même dans ce qui est ressorti on entend que c'est le mode d'accès pour parler de la sexualité le fait que en effet il y ait plus de problèmes organiques après 50 ans avec tout ce que tu viens de dire

Maupassant *en même temps* : Oui oui

Xavier : Mais pour autant même si c'est le mode d'accès à la sexualité est-ce que dans les consultations on va plus loin que ces problèmes organiques ? Parce que pourquoi il y aurait pas de problèmes y compris de psy ? De performance après 50 ans ?

Maupassant : ...

Xavier : Ou j'interprète peut être ce que tu as dit ?

Maupassant : Euh...alors...pourquoi il y en aurait plus ? Je sais pas moi pourquoi il y en aurait moins ou pourquoi il y en aurait plus. J'ai le sentiment, enfin j'ai le sentiment hein, que c'est moins présent euh...qu'effectivement on est dans l'explication de pourquoi les érections tiennent moins bien et pourquoi ceci pourquoi cela. Ou pourquoi le rythme baisse, ou pourquoi la partenaire a moins envie euh...voilà on est plus dans une réalité euh...planplan. Alors que chez quelqu'un de moins de 50 ans on sait jamais trop quelle est la réalité de ce qui...le mélange entre la réalité de ce qu'il vit et le fantasme. Parce que effectivement on est dans une espèce de recherche de performance de choses comme ça qui est toujours un peu gênante...tu vois ce que je...moi je suis plus à l'aise après 50 ans pour parler de problèmes de sexualité bien que je ne l'aborde pas spontanément parce que ça, ça me regarde moi...plutôt que euh...chez quelqu'un de jeune j'ai un discours...je je euh...j'explique 2-3 trucs que j'ai appris et après j'adresse...euh c'est pas...je vais pas suivre. Je vais pas dire c'est très rare qu'à votre âge il y aient des problèmes organiques c'est plutôt des problèmes de représentations

euh...d'abord j'explique que la sexualité c'est quelque chose qui se vit à deux donc que quelqu'un vienne me voir en me disant j'ai des problèmes sexuels je lui dis écoutez oui mais si vous avez pas de partenaire pour dire qu'effectivement il y a une difficulté moi je vois pas ce que quiconque va pouvoir faire quoi que soit. Si vous avez une partenaire qui effectivement a un problème qui se joue à deux, là, il va pouvoir y avoir une prise en charge de la sexualité à deux. Au-delà de 50 ans c'est différent, parce que là effectivement il va y avoir des problèmes organiques qu'on va pouvoir prendre au niveau de l'individu. Ça fait un sacré distingo enfin je pense quand même.

Sabine : Justement, est-ce qu'il serait possible que vous évoquiez justement ce que cette sexualité euh chez les plus de 50 ans, pour quels motifs ils viennent vous voir ? Ou si vous avez dans le souvenir ça peut être des mots, ou des cas que vous avez rencontrés qui vous ont mis en difficulté, en tous cas quel...vous la sexualité des plus de 50 ans dans votre pratique ce que vous rencontrez, qu'est ce que ça vous évoque ? Qu'est ce que c'est ?

C. Pancol : Homme ? Femme ?

Déborah : Les deux

H. B. Stowe : Je trouve qu'il y a une différence entre la sexualité des hommes et des femmes

Xavier *en même temps* : Dans la continuité de ce que tu dis toi Olivier Adam t'as tiqué sur ce que disait justement, sur l'abord...enfin je sais pas j'ai pas... Sur les plus de 50 ans justement

Maupassant à Olivier Adam : T'as tiqué dans mon dos ?

Rires du groupe

Xavier : Désolé de te vendre

O. Adam : Pourquoi j'ai tiqué ? Euh...non j'ai pensé au moment où tu disais ça en fait, l'abord de la sexualité, enfin du problème de sexualité, va aussi surtout dépendre de l'expérience du médecin. Donc effectivement plus on prend de l'âge plus a priori on prend de l'expérience hein ? On a une maturité sexuelle que n'ont pas les jeunes de 25-30 ans et donc là on peut parler de choses et autres. On a notre vécu qui est plus important. Ensuite je pense qu'on a tous ses représentations de la sexualité tout en pensant qu'en tant que médecin on doit se placer au-delà donc euh...hein...on est des professionnels on est là pour parler de choses qui touchent la santé qui peuvent toucher le bien être également sans se laisser emporter par les croyances, les superstitions etc... Je suis pas très clair hum...

A. Gavalda : Est-ce qu'il y pas l'âge du médecin aussi, enfin moi je serais peut être plus à l'aise à parler de sexualité avec des patients jeunes qu'avec des patients de soixante dix ans qui...

J. D. Salinger : Si moi je pense que oui

A. Gavalda : Enfin voilà moi je parle plus facilement de sexualité avec des patients jeunes mais voilà l'autre jour j'étais confrontée à un couple de patients ils ont un peu plus de 70 ans. Je pense que j'ai moins bien assuré au niveau de cette consultation qu'avec des patients plus jeunes. Je pense que l'âge du médecin, enfin la différence d'âge entre l'âge du médecin et l'âge du patient joue aussi. Après je sais pas hein ? C'est peut être personnel ?

Xavier : Tu nous racontes la consultation ? Tu veux bien ?

A.Gavalda : Euh... alors il faudrait que je me la remettes parce qu'il y a plusieurs choses c'est pareil c'est pas arrivé en premier motif. C'était d'abord les troubles du sommeil et puis après quand on est...mon bureau est séparé en deux et quand on est passé côté examen, là le monsieur a commencé à me dire, sur le plan sexuel aussi, euh, au niveau de l'érection je tiens pas comme avant, c'est pas tout le temps euh, c'est pas à chaque fois euh voilà. Et puis elle, pareil on avait abordé les troubles du sommeil ensemble, les trois côté consultation et après quand je l'ai examiné pareil elle m'a parlé pareil, lors des rapports, problèmes de sécheresse vaginale voilà. Alors, avec la patiente ça m'a pas posé de souci car je suis beaucoup de femmes. Avec le monsieur j'étais plus...voilà bon je pense que j'ai répondu à ses questions etc...mais c'était...

Maupassant : C'est flou

A.Gavalda : ...moins facile que qu'avec un...

Xavier : Mais du coup la situation a été traitée avec lui d'un côté, avec elle de l'autre ? Ca a pas été traité ensemble en fait ?

A.Gavalda : Non. Non il a commencé à m'en parler mais plus quand on se dirigeait vers la salle partie examen. Alors après sa femme participait aussi parce que c'est ouvert euh voilà. Après elle est pas intervenue parce que voilà, j'étais en train de discuter avec son mari mais elle a dit ah oui c'est vrai mais voilà, elle est restée voilà. Après quand elle ça a été son tour de passer dans la salle côté examen elle aussi a abordé les problèmes voilà.

Xavier : Et est-ce que tu as ressenti...ils étaient sur la même longueur d'ondes tous les deux chacun avec leurs problèmes ou alors c'était l'exemple que disait Maupassant tout à l'heure où elle elle disait mais non mais ça me va bien comme ça ?

A.Gavalda : Non même longueur d'ondes mais c'est un couple aussi qui est assez fusionnel qui vont dans le même sens

Maupassant : Quel âge ? Quel âge le couple ?

A.Gavalda : Ils avaient, ils devaient avoir je pense 70, ils approchaient les 70

E. E. Schmitt : On est parfois confronté à des choses complètement bizarres. Moi je me souviens au cabinet, c'était, ça rentre dans la sexualité. Il y a la femme qui disait, faudrait dire à mon mari Robert qu'il se calme un peu car maintenant j'ai 80 ans j'en ai marre hein ? Comment aborder ça ? On voit le Robert en question et alors, pleine forme

Rires collectifs

Xavier : Mais alors à elle qu'est ce que tu lui as dit en fait ?

E. E. Schmitt : J'ai pas su quoi dire

J. D. Salinger : C'est pas à toi de le dire, c'est à elle de se débrouiller

Rires gênés de désapprobation

Xavier : Bah oui mais du coup est-ce que tu lui dis ça ? Bah oui c'est à vous de vous débrouiller ?

J. D. Salinger : Je lui dis que c'est pas vraiment médical ce problème là, enfin pour moi c'est pas médical

Sabine : Alors justement c'est quoi la différence entre médical et non médical sur des questions de sexualité ?

J. D. Salinger : Comment ?

Sabine : En terme de thématique ce qui est médical de ce qui ne l'est pas quelle différence vous faites en terme de sexualité ?

J. D. Salinger : ...ah...fff...

C. Pancol : Quand on pense qu'on ne peut pas répondre on dit que ce n'est pas médical, on botte en touche. C'est une manière polie de dire « je peux pas répondre », c'est plutôt ça. Ou du moins j'ai pas envie de répondre

J. D. Salinger : Déjà aussi il y a le facteur temps dans une consultation c'est vachement important ça. On peut pas passer en un quart d'heure, enfin c'est en général le temps d'une consultation...

A.Gavalda : En plus souvent il y a un contexte psychologique derrière. Ça les perturbe aussi ces troubles là, donc c'est vrai que c'est toujours long même si il y a un problème organique à la base c'est vrai que après ça engendre des problèmes psychologiques

On observe peu de réactions de la part des autres participants à ce qui vient d'être dit, les avis semblent mitigés

C. Pancol : Et puis on peut peut être pas aussi s'immiscer dans leur vie personnel, c'est quand même l'intime de chacun

J. D. Salinger *à voix basse* : c'est vrai ça, c'est pas très...

A.Gavalda : Moi si vous voulez aborder le sujet, à partir du moment où ils ont ouvert la porte après je me permets plus facilement de poser les questions

C. Pancol : Il y a forcément une barrière quand même à pas dépasser malgré tout

A.Gavalda : Moui

C. Pancol : Enfin à mon avis

Xavier : Alors elle est où cette barrière ?

A.Gavalda : Après c'est eux qui la mettent je pense

C. Pancol *en même temps* : Ca, ça nous concerne nous personnellement, quand on sent qu'on peut pas on peut pas. Par rapport à ce qu'on peut dire ou pas

E. Brönte : Mais est-ce qu'on peut leur demander, comment vous voulez que je vous aide ? Enfin... Si elle dit que ça lui fait mal et bah on lui prescrit une crème, si...

C. Pancol : Quand c'est médical voilà c'est ça

J. D. Salinger : Oui oui, mais quand est-ce que c'est médical ? C'est ça !

Xavier : Oui voilà on en revient à la même question « quand est-ce que c'est médical ?

C. Pancol *en même temps* : Prescrire une crème c'est médical

Xavier *qui continue* : Parce que on a dit c'est médical ça marche moins bien mais après t'as dit il y a un élément psychologique, alors est-ce que quand on est dans le psychologique on n'est plus dans le médical ? Quand est-ce qu'on tombe dans le personnel ?

A.Gavalda : Bah le psychologique fait partie du médical quand même un peu aussi, ça fait partie...à mon sens après...

C. Pancol : Enfin par rapport à ce qu'a dit notre collègue (*référence à E. E. Schmitt*), j'en peux plus dites à mon mari d'arrêter un peu

A.Gavalda : Ah non ! d'accord, d'accord

C. Pancol : On peut pas s'immiscer là dedans quand même. Ca fait partie du domaine non médical

E. E. Schmitt : A moins qu'il ait une tumeur frontale

J. D. Salinger et C. Pancol : Oui

Rires du groupe

C. Pancol : En dehors de toute pathologie effectivement

Maupassant : A moins que tu lui prescribes tu sais, c'est quoi le truc pour le parkinson ?

Sabine : Mais pourquoi elle vous dit ça, qu'elle en peut plus ?

E. E. Schmitt : ...

Sabine : Pourquoi elle vous le dit à vous ? (*en regardant J. D. Salinger alors que l'histoire venait d'E. E. Schmitt*)

J. D. Salinger : Moi elle me l'a pas dit à moi (*fait de l'humour pour détourner la question*)

Rires collectifs

Sabine : A vous médecins, qu'est ce qu'elle vient vous dire à votre avis ?

E. E. Schmitt : Beee...h...

C. Pancol : Bah c'est des tensions

E. E. Schmitt : C'est des tensions dans le couple

D. Kennedy : Bah c'est un appel à l'aide aussi

J. D. Salinger : Elle y prend plus de plaisir

D. Kennedy : C'est une aide qu'elle demande, qu'elle recherche

Sabrina : C'est un appel au secours, enfin un appel au secours entre guillemets mais c'est aidez moi quoi

D. Kennedy : Un appel à l'aide

O. Adam : C'est une plainte. Ca a peut être pas de sens médical pur mais c'est une plainte donc...

D. Kennedy : Et c'est peut être aussi la seule personne à qui elle peut en parler aussi

O. Adam en même temps répète

D. Kennedy : En présence de son mari pour qu'il entende aussi

Xavier : Ah elle était avec son mari ?

E. E. Schmitt : Non

D. Kennedy : Ah ! bon bah... *Toussotements gênés*

C. Pancol : Là c'est compliqué

Xavier : Donc ça a pas le même sens. Elle le dit sans le mari, c'est une plainte il y a un appel au secours etc. C'est pas tout à fait pareil que quand à côté il y a son mari qui dit moi je veux que ça fonctionne et elle dit euh...

C. Pancol : C'est ça

E. Brönte : Souvent elles le disent pas devant le mari, que... stop stop stop. C'est pas tellement...elles viennent pour autre chose que quand ils sont en couple

Xavier : Et alors la fois ou le mari dit « est-ce que vous pourriez dire à ma femme d'arrêter de me sauter dessus ? »

J. D. Salinger et H. B. Stowe *en même temps* : C'est rare

E. Brönte : C'est rare

Maupassant : On lit des trucs de temps en temps

E. Brönte *en même temps l'air amusé* : Moi j'ai jamais eu ça

Maupassant *qui continue* : Il y a une différence à 70 ans je crois qu'il y a plus de la moitié des hommes qui ont encore une activité sexuelle et moins de 30 % des femmes un truc comme ça. Il y a quand même un sacré distingo alors après je suis pas allé regarder l'étude dans les détails pour savoir où est-ce qu'ils l'ont faite...

E. Brönte : Ca je sais pas

Maupassant : ...et avec qui ils persistent d'avoir une sexualité puisque c'est pas avec des femmes de leur âge donc je sais pas comment font-ils, je sais pas. Mais en attendant on a l'impression qu'il y a une différence entre les hommes et les femmes à ce niveau là. Non ? (*en s'adressant aux autres*)

J. D. Salinger : Bah moi, les petits bals du dimanche là...

E. Brönte : Au niveau longévité

J. D. Salinger : Il y a une drôle de sexualité qui tourne là bas dans les petites...

C. Pancol : ...guinguettes oui

A.Gavalda : Oui oui moi j'ai un patient...

J. D. Salinger : Ah oui oui moi j'ai des retours (*sourire plein de sous entendus*)

A.Gavalda : Mais après même en maison de retraite moi j'ai une patiente c'est pareil euh...elle est excitée sexuellement (*D. Kennedy tourne la tête rapidement étonné*) ça pose problème. Elle saute sur...euh...ils la trouvent régulièrement dans la chambre d'un monsieur, lui-même sa femme vient le voir... Enfin voilà c'est un côté voilà...mais bon, pareil elle est démente c'est pas facile à gérer non plus

Blanc collectif

A.Gavalda : Les aides soignantes elles rapportent ça euh...

Maupassant : Maison de retraite, quel âge en maison de retraite ? C'est quand même très particulier

A.Gavalda : Elle a une démence hein

Maupassant : Parce que on voit une sexualité en maison de retraite mais ça reste quand même assez anecdotique quand même. Les gens qui sont en maison de retraite ils sont quand même très vieux et quand même assez dégradés...ça existe mais...

Xavier : E. E. Schmitt, ta patiente elle a quel âge ?

E. E. Schmitt : hum... elle a, c'est un couple ils ont plus de 80 ans quoi

Blanc collectif

Xavier : C'est quand même intrigant de dire du coup qu'est ce qu'on fait de ça ?

E. E. Schmitt : Bah oui oui oui qu'est ce qu'on fait de ça ?

Xavier : Qu'est ce qu'on fait de cette demande là ? Est ce que vous le percevez d'une manière différente en fait ?

J. D. Salinger : J'ai répondu moi

Blanc général encore plus long de plusieurs secondes

Sabine : Justement on en revient à ça cette sexualité des plus de 50 ans (*en montrant le paper board*), des petits bals visiblement, des maisons de retraite, quels sont les mots que ça vous évoque ? Des mots ou des expériences ou des cas que vous avez rencontrés ?

J. D. Salinger : Moi j'ai des réguliers qui viennent me chercher du Viagra ou du Cialis hein, oui

Sabine : Alors le viagra ça revient beaucoup j'ai l'impression

Maupassant : Attendez, plus de 50 ans je suis quand même assez surpris, excusez moi, j'ai déjà plus de 50 ans moi-même ça me gêne un peu quand même, c'est bien mais...

D. Kennedy : C'est quand même relativement jeune

J. D. Salinger : Bah plus de 50 ans

Maupassant : C'est quand même relativement jeune je te remercie !

Rires collectifs et brouhaha

Xavier : T'es en train de dire que la limite de 50 ans elle te plait pas c'est ça ?

Maupassant : Ah ouais elle me plait pas

J. D. Salinger : Aaah

Maupassant : Je pense que 50-70 ans c'est pas mal, après au-delà de 70 on est dans autre chose et puis après au-delà de 80-85 on est encore dans autre chose. Enfin je trouve que quelqu'un de 50 ans, il est quand même normal qu'il ait une sexualité comme quand il en avait 25 ou 30 avec l'expérience en plus et je pense des objets plus réfléchis...alors vraiment ça me paraît. A 50 ans c'est la plénitude de la sexualité à mon avis

H. B. Stowe : Ma patientèle c'est pas 50 ans le Viagra, c'est plus vieux, c'est beaucoup plus vieux. A 50 ans ils demandent pas de Viagra

J. D. Salinger : Non mais à 60 ans, 65 ans moi j'en ai

Brouhaha incompréhensible autour de la prescription de Viagra avant ou après 50 ans

E. Brönte : Mais attendez, la sexualité c'est pas que les médicaments quand même !

Sabine : Voilà ! Du coup c'est vous qui nous renvoyez : Viagra, les troubles érectiles

E. Brönte : Parce que c'est notre déformation. Problèmes-médocs

D. de Vigan : Ca dépend, parce que tu vois ce soir je voulais aborder la question, je lui ai proposé de venir avec sa femme et lui il venait vraiment pour un traitement. Alors ça me gênait parce qu'il avait pas 50 ans

H. B. Stowe : Moi j'ai une patiente son mari est Alzh.. Son mari est parkinsonien déjà depuis plusieurs années. Je ne suis pas le mari je ne suis que la femme qui un jour s'est effondrée devant moi en disant que sa sexualité ça s'était terminée avec le Parkinson de son mari et ...qu'elle se trouvait trop

jeune ; alors c'est une femme qui doit avoir maintenant, qui doit pas être loin de 70 maintenant ça remonte à quelques années ; et bah j'avais pas de solution à son problème.

Maupassant : Alors attends, on te parle de sexualité... Rapports sexuels parce que la sexualité c'est aussi...

H. B. Stowe : ... je te parle de la sexualité d'une femme !

Maupassant : C'est aussi la masturbation, c'est aussi plein de choses quand même

H. B. Stowe : Oui bah...

J. D. Salinger : Oh...

H. B. Stowe : Oui mais elle ce qui lui manquait c'était d'avoir des relations sexuelles avec son mari qui est parkinsonien

Maupassant : Avec son mari ou avec euh...

H. B. Stowe : Avec son mari ! Avec son mari. Elle me parlait pas d'aller voir son voisin ou la cantonnier hein

Maupassant : Ouais c'est ça ouais

H. B. Stowe : Avec son mari oui, ça lui manquait. L'arrêt de sa vie sexuelle...à part l'écouter...

Brouhaha ambient et rires

Sabine : C'était quoi la blague ?

J. D. Salinger : Avec le parkinson c'est pratique tu bouges pas tu trembles tu vois !

Rires

H. B. Stowe : A part l'aider à faire un deuil je vois pas ce que j'avais d'autre comme travail à faire franchement. Ou lui dire de prendre un amant mais c'était pas son objectif

Blanc pensif de la part des autres participants

Maupassant : Alors ça oui

J. D. Salinger : Ca veut dire quoi là médicaments problèmes ? *En parlant de ce qui est écrit par Sabine sur le paper board pour illustrer la vision de la sexualité par les médecins*

Sabine : Médicaments-problèmes ? Tout simplement parce que quand vous...justement au moment où on vous a renvoyé plus de 50 ans : le Viagra, les médicaments... Je vous ai dit que ça c'est un miroir et c'est ce que VOUS vous avez évoqué en parlant des plus de 50 ans et de la sexualité des plus de 50 ans. Systématiquement quand vous me parliez, c'était problèmes érectiles et Viagra, donc c'est ce qui est ressorti

J. D. Salinger : Oui

E. E. Schmitt : Non, non c'est pas comme ça qu'on perçoit mais les gens nous le présentent comme ça

D. de Vigan *en off à son voisin* : Comme ça ouais

E. E. Schmitt : Ils viennent en disant on a vu que il y a des choses qui existent voilà.

J. D. Salinger : Alors...

H. B. Stowe : Non il y a des femmes qui viennent avec la perte de l'appétit sexuel, il y en a qui viennent avec cette plainte là, bon là il y a pas le Viagra

J. D. Salinger : Plus les effets secondaires que l'on crée avec les antihypertenseurs, les bêtabloquants et tout ça bah ça en fait partie donc là dans les plus de 50 ans t'as des gens qui viennent bah ils sont pas contents parce que tu leur as filé un médicament et pis...

Maupassant : Oui, ils ont lu la notice oui

J. D. Salinger : Comment ?

Maupassant : Ils ont lu la notice et depuis ça va moins bien

J. D. Salinger : Oh *d'étonnement pas d'accord*

H. B. Stowe : C'est pas forcément lié

Maupassant : Non pas toujours c'est vrai

Xavier : Alors du coup, je redis un peu sur ce que disait Sabine. On a tourné quand même beaucoup autour de problèmes médicaux. E ; Brönte nous a dit bah oui c'est notre déformation « problèmes-médicaments ». Ca revient quand même.

J. D. Salinger : Oui

Xavier : D. de Vigan dit « Bah justement j'ai pas voulu apporter les médicaments et j'y arrive pas » c'est ça ?

D. de Vigan : Bah oui en plus c'était ça. J'ai eu du mal à le convaincre pour lui dire on pourrait peut être faire autrement

Xavier : H. B. Stowe nous évoquait une situation où la réponse est pas médicamenteuse parce que il y en pas et du coup on est coincé

H. B. Stowe : Ouais

E. Brönte : Elle peut pas

Xavier : Enfin j'ai l'impression qu'on est coincé

E. Brönte : Bah moi du coup je leur dit « Regardez des cassettes, regardez des cassettes porno » pour vous redonner envie (*en riant*) mais c'est débile mais qu'est ce que tu veux faire ?

Rires des femmes

H. B. Stowe : Ah bon ? Tu leur dit ça toi ?

E. Brönte : Ouais ! Partouzez !

Rire général

Maupassant (*en même temps*) : Alors mais là c'est pareil dans ta question. Si tu savais, si tu savais avec qui, comment, dans quelle position ça répondrait à ta question parce que peut être qu'il demande un médicament parce qu'il a une nouvelle partenaire plus jeune et qu'il est dans une peur de pas y arriver. Parce que ça nous aide...souvent on a des gens alors là pour le coup 50, 55, 60 : il y a des pannes. C'est pas euh...morne plaine, c'est des pannes. Euh et bon euh... à l'heure actuelle y a quand même plein de gens qui divorcent, je sais pas combien on a de partenaires en moyenne durant sa vie mais euh...c'est pas rare quand même d'avoir plusieurs partenaires dans sa vie et c'est à ce moment là que les gens viennent. Alors moi je reçois des plaintes, alors quand on me pose la question je pense que 3 fois sur 4 c'est les hommes qui m'exposent les choses. Mais les femmes euh... alors...

H. B. Stowe : Non moi je trouve qu'il y a des plaintes qui émanent des femmes aussi quand même

Maupassant : Bah toi peut être mais moi pas

H. B. Stowe : Franchement il y en a beaucoup

J. D. Salinger : T'es médecin femme aussi

H. B. Stowe : Oui... Les femmes et bah elles n'ont plus envie par exemple. Par exemple le mari a encore envie elles n'ont plus envie ou elles voudraient avoir encore envie

Maupassant : Mais le fait je pense que je suis un homme et ça fait une différence

H. B. Stowe : Oui oui... Leurs corps change, les kilos de la ménopause enfin tout ça tu sais !

Maupassant : 50-70 alors sauf problèmes organiques énormes, parce que quand même à moins que tu aies vraiment une artérite meuh meuh, que tu aies un traitement comack

C. Pancol : Un diabète...

Maupassant : Oui c'est ça un diabète machin, souvent on est dans la réassurance, hein qu'elle soit psychologique ou même organique et souvent quand tu discutes quand on discute de l'utilité d'un traitement moi je dis souvent euh... vous savez vous allez prendre trois fois du Viagra et pis ça va...vous allez voir ça va marcher ça va vous remettre en confiance. Et puis après quand vous verrez que vous aurez pu avoir deux-trois rapports satisfaisants et pour vous et pour votre partenaire vous aurez plus besoin de rien. Et très souvent c'est ça

Acquiescement général

J. D. Salinger : Ouais ouais c'est vrai oui

E. E. Schmitt : Très souvent quand les labos laissaient des échantillons...

J. D. Salinger : Ah c'était bien ça !

E. E. Schmitt : ... à une époque on croulait un peu sous le Viagra et compagnie. Combien de fois j'ai donné le médicament à des patients et puis la consultation d'après « Oh je l'ai pris une fois impeccable et puis je me suis même pas servi du reste » c'est reparti quoi

C. Pancol : Hum c'est vrai oui. Ca débloque. Physiquement et psychologiquement

Acquiescement général de nouveau

Xavier : Alors comment on fait là ? Parce que là on est sur les hommes mais comment on fait pour les femmes si y a pas de médicament ?

E. Brönte : Oui pour les femmes on n'a pas de médicaments

H. B. Stowe : Vous les oubliez

Sabrina : J'ai l'impression qu'elles l'abordent moins en consultation. Enfin j'ai le sentiment qu'elles l'abordent moins

J. D. Salinger : Moi j'ai rarement eu...je me souviens pas d'avoir eu des consultations de femmes euh...

H. B. Stowe : Ah si elles l'abordent très facilement

Maupassant : Mais c'est sur qu'il y a pas de médicament pour les femmes, je suis pas doué du tout mais vous les...les...celles qui ont fait...il y a pas... ? Non les œstrogènes les machins ça leur fait pas des trucs là un peu ?

A. Gavalda, H. B. Stowe, C. Pancol et E. Brönte *ensemble* : Si plus pour les effets indésirables de la ménopause

A. Gavalda : Les sécheresses, ça les brûle, ça leur fait mal...

E. Brönte : Les sécheresses oui elles se plaignent souvent

A. Gavalda : C'est plutôt ça donc finalement on a une réponse à leur apporter mais après sur les envies etc, le plaisir que ça peut leur procurer effectivement il y a pas de médicament plaisir

Brouhaha sur les traitements médicamenteux apportés aux femmes

Maupassant : Mais le Viagra ça stimule pas la libido quand même

E. Brönte : Le Viagra sur la libido...

H. B. Stowe : Ca sert à rien le Viagra sur la libido

Maupassant : Non on est d'accord donc...

Déborah : Alors est ce que moi je peux vous poser la question si je comprends bien : Pour vous euh...il faut qu'il y ait une réponse médicamenteuse pour que... que vous disiez je me suis occupé de sexualité chez les plus de 50 ans ?

Réponse générale : AH NON PAS DU TOUT

Déborah : Alors est ce que je peux savoir quels sont les motifs qui vous semblent non médicamenteux si on peut dire ? Quels sont les motifs que les patients vous rapportent quand ils repartent pas avec une ordonnance de votre part ? Est-ce que vous pourriez comme ça... ?

Blanc général

J. D. Salinger *en chuchotant pensif* : Des motifs qu'ils rapportent...

C. Pancol : Des conseils quoi tu veux dire ? Simplement le fait de discuter et de conseiller ça peut suffire tout simplement

A.Gavalda : D'écouter

Déborah : Mais alors c'est quoi la plainte initiale ? Euh pour que la réponse ça soit des conseils ?

E. Brönte : J'ai pas de désir ou j'ai plus de désir et comment je pourrais faire pour avoir un désir ?

Sabine : « Problème de désir » alors ça c'est plutôt chez les femmes. Vous avez évoqué sécheresse vaginale...

E. Brönte : Les hommes aussi ils ont plus envie de leur femme, ils ont envie de la secrétaire d'ailleurs

Sabine : Ah oui alors c'est perte de désir pour la femme d'accord ok

Rires

Xavier : Mais on marche sur des œufs parce que dès qu'on n'est plus dans le médical... Comme tout à l'heure on a dit ah oui mais est ce qu'on va pas être trop personnel, si tu commences à parler de la secrétaire ou de la femme plus jeune...euh...

E. Brönte : Bah quelques fois on leur conseille de prendre un amant

H. B. Stowe : Ah bon ??

C. Pancol : Ah oui !?

Maupassant : Ah bah oui !

E. Brönte : Vous le faites jamais ?

C. Pancol : Non !

Maupassant : Ca m'arrive. Mais ça marche rarement *Rires* C'est un conseil qui ne nous engage pas beaucoup

J. D. Salinger : Non mais souvent elles ne vont pas chercher conseil chez le médecin. Elles le font toutes seules

Maupassant et E. Brönte : C'est ça oui

Sabine : Mais en même temps alors excusez moi mais là je vois une contradiction : c'est d'un côté vous dites elles vont pas chercher le conseil et en même temps quand elles vont chercher un conseil

et que c'est du non médical j'ai cru comprendre que vous disiez à moitié en riant de vous-même que vous bottiez un peu en touche

H. B. Stowe : Non non, moi je suis dans l'écoute

C. Pancol : Tout dépend des choses qui sont non médicales. Il y a des choses qui sont abordables et qu'on peut dire...

Sabine : Alors qu'est ce qui est abordable et qu'est ce qui l'est pas ?

E. E. Schmitt : Mais le non médical tout dépend de la psychologie de base, les rassurer par quelques phrases...

H. B. Stowe : Faut chercher quoi

E. E. Schmitt : ...y a pas de médicament mais c'est médical

H. B. Stowe : Oui dans l'écoute. Tu écoutes leur vie...

E. Brönte : Oui...non...euh...

H. B. Stowe : ...la sexualité c'est pas un petit bout de la vie ça fait partie de la vie en entier donc tu les prends dans leur globalité

E. Brönte : Oui, comment aujourd'hui on peut l'aider euh... Quel est votre problème ? Après faut qu'ils arrivent à exprimer leur problème

H. B. Stowe : T'as des fois des découvertes après 50 ans, des femmes qui te racontent le viol qu'elles ont eu dans leur jeunesse, des choses comme ça, t'as des choses qui ressortent qui viennent de très très loin. Si tu prends le temps de les écouter et bah en plusieurs années parfois, et bah t'arrives à les aider à faire des pas de géant. Alors moi j'ai plusieurs cas...

E. Brönte : Leur premier rapport, comment ça s'est passé dans leur jeunesse

H. B. Stowe : ...une patiente violée par son grand père euh qui a une sexualité perturbée TOUTE sa vie, qui a pas eu d'enfant, qui a une endométriose, euh qui a adopté deux enfants qui disait qu'elle pouvait plus avoir de relations sexuelles avec son mari. Que d'un commun accord ils avaient arrêté, ils étaient quand même, qu'ils étaient quand même dans le respect la confiance et l'amour. Bon bah moi j'ai fait que supporter tout ça, c'est tout j'ai rien fait de plus quoi, mais c'est pas venu en une consultation

J. D. Salinger : Bah ça c'est pas pour une population générale ça

H. B. Stowe : Bah c'est de la sexualité ! Elle est venue m'en parler, elle est venue quand même chercher chez moi euh...de l'écoute et puis savoir si...où se positionner elle-même quoi. Euh j'ai fait un miroir je sais pas quoi, enfin, c'est tout !

Maupassant : Oui c'est ça. Si c'était normal ou pas. Je crois que la première ques...que la première réponse qu'on donne c'est il y a pas de sexualité normale et rien n'est normatif

H. B. Stowe : Ah oui ça moi je leur dit la norme ça sert à rien

J. D. Salinger : Ouais

Maupassant : Pour en revenir à sa question... c'est quoi ta question exactement ? *(en s'adressant à O. Adam)* Fais attention parce que là je prends note !

J. D. Salinger : C'est est ce que vous vivez bien votre sexualité ?

H. B. Stowe : Oui voilà

O. Adam : Avez-vous une sexualité satisfaisante ?

H. B. Stowe : Si c'est une fois par an mais que ça lui fait plaisir moi ça me va ! Si ça lui va ça me va ! Point.

Maupassant : Voilà !

H. B. Stowe : Je vais pas dire « Ah bon c'est pas trois fois par semaine comme les autres ? »

E. Brönte : Il y a pas de norme

Acquiescement général

Maupassant : Et puis effectivement, il y a la place pour les films porno, la masturbation euh...alors la prostitution j'en sais rien ça c'est pareil ça doit bien exister bon sang de bonsoir. On en parle tellement en ce moment donc...c'est très rare. Enfin je veux dire ça fait 26 ans ou 27 ans que je suis installé, qui m'a dit j'ai un problème j'ai été voir une prostituée j'ai pas pu ? Je me demande s'il m'est arrivé une fois ça dans mes 26 ans d'exercice, je crois pas.

E. Brönte : Personne me l'a dit hein non plus

H. B. Stowe : T'as aussi les hommes à l'inverse qui viennent nous étaler leur vie sexuelle, des fois leurs exploits. Parce que ça ça nous arrive à nous

J. D. Salinger : Aux femmes, aux médecins femmes

H. B. Stowe : Oui oui, les abrutis moi je les appelle

Maupassant : Enfin toi plus particulièrement *(rieur)*

Rires collectifs

H. B. Stowe : Qui sont là qui viennent me raconter qu'ils ont deux maîtresses machin alors qu'on connaît leur femme, qu'ils vivent avec...je suis toujours interloquée par ce qu'ils veulent me dire.

Xavier : Pardon, tu as dit c'est normal ? *(en s'adressant à C. Pancol)*

C. Pancol : Oui ! Parce que en fait...enfin c'est normal euh...le fait qu'ils viennent dire à une profession médicale où on est quand même au secret médical, ils ont envie de s'exprimer, d'exprimer leur...peut être aussi ils savent que c'est pas très bien ce qu'ils font finalement et ça dépénalise un peu les choses. C'est peut être ça aussi tout simplement. Et ils savent que en étant dans un cabinet médical...

A. Gavalda : Ca sortira pas

C. Pancol : Ca sortira pas

H. B. Stowe : Et on juge pas

C. Pancol : Et on juge pas oui

J. D. Salinger : On remplace le curé quoi !

C. Pancol : On remplace le curé c'est ça ! C'est vocation

H. B. Stowe : Ou le coiffeur !

Rire général

Xavier : Ou le coiffeur c'est ça ?

H. B. Stowe *en riant* : Chez le coiffeur c'est toujours très instructif

C. Pancol : Et bah ils peuvent pas dire ça à n'importe qui non plus

J. D. Salinger : C'est vrai

C. Pancol : Et ils ont besoin de se libérer aussi quelque part

H. B. Stowe : Oh bah moi des fois je m'en passerais tu vois

Maupassant : Pourquoi ? fff... C'est marrant...

H. B. Stowe : Ah bah si moi j'en ai un très précis

Maupassant : Oui mais toi c'est normal

H. B. Stowe : Il vient me faire la bise au 31 décembre enfin c'est le pervers complet quoi !

J. D. Salinger : C'est courant ? C'est pas des motifs de consultation courants ça !

H. B. Stowe : Non mais ça m'est arrivé ! Je suis désolée moi j'ai déjà eu un patient qui s'est masturbé dans mon cabinet médical !

Maupassant *en riant* : Ah tu vois !

C. Pancol : Ah c'est autre chose là

H. B. Stowe : J'étais jeune installée et bah je peux vous dire ça fait un choc quand même !

Maupassant : Ah bah ça je veux bien te croire

C. Pancol : Ca après c'était un malade mental. Ca nous arrive à tous mais c'est un malade mental. C'est autre chose.

H. B. Stowe : Oui. Mais c'est la sexualité aussi. C'est de la sexualité de patient aussi.

J. D. Salinger : T'as porté plainte ou pas

C. Pancol : Ca après c'est des pathologies psychiatriques

H. B. Stowe : Il était près de ma table d'examen et je lui ai dit vous êtes priés de pas m'en mettre partout vieux dégueulasse ! *Rires* Et je devais avoir 31 ans tu vois ! Et je l'ai viré après !

E. E. Schmitt : Bon bah moi si on raconte un peu nos vies, y a miss France qui m'a mis la main aux fesses, bah oui...

Maupassant : Quel âge elle avait ?

E. E. Schmitt : C'était miss France euh...

Maupassant : 1912 !

Rires

E. E. Schmitt : Non Miss France 51 ou quelque chose comme ça, ça commençait à... Démente ! Mais bon...

Blanc

Sabine : Mais alors du coup il me semble qu'il y a deux manières de faire dans vos pratiques : ceux qui osent spontanément les questions de la sexualité et là j'ai entendu « Je suis pas sur que ça soit notre métier »

J. D. Salinger : Il y a des choses oui qui dépassent notre métier oui ! Mais il faut pas se plaindre hein pour lesquelles il faut pas plaindre aussi

Sabine : Jusqu'ou aller ?

C. Pancol : Ca dépend du contexte aussi, ça dépend du contexte. Quand c'est pas le motif de la consultation on peut pas aborder le sujet forcément.

Sabine : C'est-à-dire ?

Xavier : Bah Olivier Adam le fait !

C. Pancol : Je viens pour une angine, moi j'aborde pas le problème

Maupassant : Attends Olivier Adam le fait mais en balisant, parce que si on lui répond « Ah bah oui j'ai trois rapports par mois mais j'ai quatre masturbations, je vais dans les sex shop et tout » je sais pas si... Qu'est ce qu'on te répond ? ...si on sort des trucs comme ça de l'intimité...

Rires

E. Brönte : Non c'est ouvrir la porte et c'est oui ou non, pour voir si ça va ou si ça va pas

O. Adam : C'est pas une dérive...

Maupassant : J'ai pas dit que c'était une dérive du tout

O. Adam : C'est une question...voilà...que j'ai pas inventé hein, vu qu'on me l'a...je l'ai apprise il y a un certain nombre d'années. C'est une question neutre en fait qui ouvre des champs de possibilités. Je veux dire que les gens ils s'engouffrent dedans, s'ils veulent parler ils en parlent. Ils peuvent clore la conversation en disant : non ça va point barre

E. Brönte : Quand tu rencontres des patients pour la première fois ?

Maupassant : Alors on te parle de quoi la plupart du temps ?

O. Adam : Alors bien sûr il y a le contexte. Je ne vais pas demander à chaque fois que je vois une angine, euh votre vie sexuelle ça va ?

Rires

O. Adam : Ca s'intègre dans un examen qui on va dire est un peu plus approprié. C'est à dire c'est tout ce qui est suivi gynéco, contraception etc, suivi de grossesse etc...

C. Pancol : Troubles du sommeil

Sabine : Alors, excusez moi je coupe mais c'est pas du tout une question que vous posez...moi j'avais compris que c'était une question que vous posiez à tous vos patients, homme, femme, quel que soit l'âge

C. Pancol et O. Adam : C'est pas possible !

O. Adam : Mais de la même façon qu'on ne va pas demander tout à chaque consultation par rapport au tabac. Enfin il faut que ça s'intègre, il faut le bon moment pour poser les questions.

Sabine : Vous êtes quand même généralistes

O. Adam : Donc là moi je choisis le bon moment pour poser ces questions

Sabine : Et alors le bon moment du coup c'est plutôt... ?

O. Adam : Et bien il faut qu'il y ait un moment de confiance, il faut que ça soit un moment qui soit un peu plus approprié par rapport au motif initial de consultation. Après on peut toujours dériver. Ce soir par exemple, un patient qui venait pour un problème de syndrome dépressif, euh, la question de la sexualité a été abordée, JE l'ai abordée. Je lui ai posé la question

C. Pancol : Il faut que ça s'intègre oui

H. B. Stowe : Dans la dépression c'est un peu logique

O. Adam : Parce que ça fait partie du thème

H. B. Stowe : C'est une question que tu poses tous les ans à tes patients ? Tu poses comment ?

O. Adam : Régulièrement, à chaque renouvellement de contraception, euh suivi gynéco

Xavier : Alors les plus de 50 ans ?

Sabine : Oui parce que du coup...

O. Adam : Euh j'ai pas de préférence...alors chez les jeunes bien sûr, mais après à partir de 50 ans si c'est un suivi de voilà, un renouvellement, un frottis ou autre, un examen gynéco standard, la question fera partie du panel des questions. Voilà. Si tu veux je l'ai intégré à ma pratique moi exactement comme tu demandes « Ca va, vous avez bien dormi ? »

Maupassant : Mais est ce qu'on te répond dans le « j'ai une sécheresse, j'ai un problème d'érection, j'ai des machins, j'ai plus envie » ? Ou des fois est ce qu'on te répond « bof avec mon épouse ça va pas mais je vais aller voir des prostitués, je me masturbe régulièrement, j'ai une collection de machins extraordinaires »

E. Brönte : Non c'est qu'il a pas de problème s'il a tout ça

Maupassant : On te parle des sex toys des machins alors carrément...oui ou non ?

O. Adam : Non. Non non j'ai pas ce genre de réponses

Maupassant : On n'en parle pas chez le médecin généraliste, sauf... *(en désignant H. B. Stowe en riant)*

O. Adam : Alors c'est vrai que c'est toujours une question qui est délicate parce que ça touche à des choses de l'intime, du secret et pis on n'est pas non plus éduqué pour aborder ce genre de choses facilement hein dans notre vie. C'est le poids des interdits sociaux, religieux et tout ce que l'on veut, hein ce sont des questions d'éducation essentiellement. Mais à partir du moment où...si nous on n'en parle pas qui va en parler ?

E. E. Schmitt : Oui

C. Pancol : Et peut être aussi le fait que dans les campagnes on rencontre les gens aussi après et c'est quand même aussi parfois compliqué. En ville c'est peut être différent mais en campagne on rencontre les gens après, c'est quand même très compliqué

E. E. Schmitt : En ville on les rencontre aussi !

H. B. Stowe : Oui on les rencontre

O. Adam : Après le fait d'ouvrir, la disponibilité, après les gens, il y a des patients qui disent non ça va, en disant stop on arrête, on va pas plus loin à la question, j'ai bien compris mais... Mais après j'ai eu des fois des surprises en me disant au fait docteur vous m'aviez dit une fois euh voilà... Bah ils ont tendu la perche hein et puis on trouve des choses

Maupassant : Oui c'est ça

O. Adam : Après de là à aller dire la fréquence des rapports, les sex toys, ça à la limite je dirais que ça me regarde pas...

E. Brönte : C'est intrusif

O. Adam : ...c'est vraiment de l'ordre de l'intime moi je reste...je me mets comme médecin et euh...je m'occupe de la santé, exactement de la santé sexuelle là comme dirait Stéphanie *(Dr Grandcolin ndr)*. La satisfaction sexuelle fait partie de la santé au quotidien quoi.

J. D. Salinger : Et après éventuellement tu passes la main ?

O. Adam : Ah bah bien sûr. Alors...si...bon voilà, si moi je me sens débordé si je pense que je peux pas aller plus loin ou autre effectivement il y a des collègues ou des confrères qui sont sexo ou à des gynécologues

Xavier : Alors justement à qui on passe la main ?

O. Adam : Euh, alors ça peut être l'urologue si vraiment il y a des problèmes plutôt uro mécanique pour un homme, ça peut être le gynéco plus si c'est féminin et puis on a un ou deux collègues dans le département qui ont fait sexologie. Donc bah euh je donne les adresses et après les gens ils choisissent, ils y vont ou ils n'y vont pas.

Sabine : Vous orientez les autres ? Ca vous est déjà arrivé ?

Maupassant : Au delà de 50 ans ?

J. D. Salinger : Bah moi j'envoie vers l'urologue ou le sexologue

E. Brönte : Il y avait Chaumeron mais il n'en fait plus de sexologie

H. B. Stowe : Il y a pas un sexologue au CHU ?

E. Brönte et A. Gavalda : Si, Dr Boué

H. B. Stowe : Et vous envoyez toujours ?

E. Brönte : Chaumeron était un psychiatre qui prenait en charge les couples, il ne les prend plus

Maupassant : LES Chaumeron

E. Brönte : Monsieur pas Madame, il est sexologue et il fait partie de la...il était trésorier de la ...

H. B. Stowe : Et Boué au CHU c'est un homme ?

A.Gavalda : Je crois que c'est plus un homme le Dr Boué

E. Brönte : Il y a une revue de sexologie qui paraît que je reçois

Blanc

Xavier : Il y a un terme qui revient souvent c'est le terme intimité. Et alors euh... vous l'avez employé à des moments différents...euh...quand on a un trouble érectile dû à un diabète euh quand vous nous dites ça et quand après vous dites les sex toys etc là on est dans l'intimité, moi j'ai l'impression que quand on a un trouble érectile à cause du diabète on est déjà dans l'intimité ?

Blanc de nouveau

Sabine : Moi c'est quelque chose qui me sidère pas mal en tant que sociologue, c'est-à-dire que, excusez moi, vous allez mettre vos doigts dans des endroits pas possibles (*rires*) et vous allez voir des organes pas possibles et quand vous me parlez de l'intime euh... en parlant des sex toys moi je suis assez sciée parce que je me dis euh bah...vous y êtes déjà quoi !

Maupassant : Oui oui

Blanc

C. Pancol : Ca fait pas le même effet !

Sabine : Ah !

C. Pancol : Bah non voilà, ça fait pas le même effet... C'est pas pareil. Il y a ce côté apprentissage à la fac etc et après il y a le côté qui peut renvoyer aussi à notre propre habitude aussi, à notre pratique aussi finalement, sexuelle, je parle, d'accord ? Et ça, peut être que c'est pas en concordance, on arrive peut être pas à mettre...

E. Brönte *en même temps* : Non, c'est notre domaine (*suite de la phrase inaudible*)

E. E. Schmitt : Non parce que examiner des organes génitaux, en tant que médecin c'est quelque chose qui est asexué quoi

C. Pancol : C'est ça, oui c'est ça, c'est ça c'est exactement ça

Déborah : Tandis que là, d'en parler avec eux c'est plus du tout asexué ? Ca implique forcément votre expérience ?

C. Pancol : Oui c'est ça

D. de Vigan : Ca renvoie à notre sexualité finalement

C. Pancol : Oui c'est ça

J. D. Salinger : Oui oui pis heureusement d'ailleurs oui oui

Déborah : La neutralité qu'on arrive à avoir dans n'importe quel autre moment où on touche quand on parle vous arrivez plus à l'avoir

J. D. Salinger : Tout à fait

Brouhaha d'acquiescement

Déborah : Tout le monde est assez d'accord avec ça ou... ?

J. D. Salinger : Avec quoi ?

Déborah : Avec le fait que... euh... de parler de sexualité avec les patients ça renvoie à notre propre sexualité et c'est ça qui fait que...

E. Brönte : Que c'est difficile bah bien sûr

C. Pancol : Certainement, la barrière elle est probablement là

J. D. Salinger et E. E. Schmitt : Oui oui

Sabine : Tout à l'heure vous avez dit jusqu'où aller et j'ai l'impression que l'organique, le pathologique, le médical pose une barrière que la sexualité, le plaisir, la libido, le désir etc, euh là, cette frontière, cette porosité entre votre expérience et celle du patient c'est ça qui vous gêne ?

J. D. Salinger : Peut être

C. Pancol : Et il y a quelque chose d'intéressant c'est quand on fait un examen soit de la verge soit pour faire un frottis, c'est asexué, c'est vrai

J. D. Salinger : Ah ouais ça c'est vrai que c'était bien, ça oui oui

C. Pancol : C'est exactement ça

Sabine : C'est asexué

C. Pancol : C'est pas un mot peut être qu'il faut employer mais c'est quand même ça

E. Brönte : C'est de l'organe, c'est un organe

C. Pancol : On regarde mais on voit pas, voilà, on regarde mais on voit pas, c'est vrai en plus

Brouhaha d'approbation

J. D. Salinger : Oui oui c'est vrai

E. E. Schmitt : Si on examine un homme, on va prendre le cas d'un homme, une fois qu'il est sorti de bon...

C. Pancol : ...on sait même plus ce qu'on a vu, c'est ça

E. E. Schmitt : ...je suis incapable de vous dire à quoi il ressemble effectivement

J. D. Salinger et C. Pancol : Oui

Sabine : Mais si cet homme là vous dit j'utilise euh je fais ça et ça avec ma femme ou avec d'autres femmes, euh, j'ai telles pratiques sexuelles, je me pose des questions sur cette pratique sexuelle, j'ai pas de plaisir ou euh...

E. Brönte et J. D. Salinger : Et bien ?

Sabine : Et bien est ce que là, est ce que là ça devient moins asexué comme vous dites ?

C. Pancol : Ah oui

J. D. Salinger : Moins asexué ah oui bien sûr

E. Brönte et E. E. Schmitt : Oui oui

Déborah : C'est plus sexué de parler que de toucher

C. Pancol : C'est plus compliqué c'est ça

Maupassant : C'est l'évocation le rapport au fantasme

C. Pancol : Ou peut être qu'on n'a pas assez de formation par rapport à ça aussi

J. D. Salinger et Maupassant : Ouais, c'est ça

Déborah : La formation ? ...

C. Pancol : Peut être

J. D. Salinger : Et pis moi je dis, il y a toujours le facteur temps

C. Pancol : Le facteur temps et puis oui on peut se trouver gêné

Sabine : Est ce que vous avez le cas d'une situation dans laquelle vous avez pas su, vous étiez gêné, c'était euh, vous avez...

C. Pancol : Quand on est gêné on écoute

E. E. Schmitt : Moi ça m'est arrivé une fois et encore plusieurs fois

J. D. Salinger : C'est les plus de 50 ans toujours ?

Sabine : Toujours

E. E. Schmitt : Je pense que c'est là où c'est pas facile. C'est une visite, une lombalgie on part à la douleur, je...la dame en question, euh, ça va regrouper un peu tout hein, elle avait mal au dos, elle était dans son entrée dans son séjour et puis je dis allez dans votre chambre on sera plus à l'aise pour vous examiner. Et puis je rentre dans la chambre, et en parlant de sex toys, il y a avait toute une collection et tout...

E. Brönte : Les godemichés

Rires gênés

E. E. Schmitt : ...et là je me suis senti pas à l'aise quoi

Rires

H. B. Stowe : C'était intrusif subitement

Maupassant : Quoi pas à l'aise ?

E. E. Schmitt : J'ai pas su quoi répondre là, vous l'avez trouvé où ce modèle ? Je le cherche partout !

Rires Je savais pas quoi dire quoi

J. D. Salinger et H. B. Stowe : Bah rien, tu regardes pas

Maupassant : Mais t'es allé l'examiner dans la chambre ? Il y a avait pas de canapé, il y avait pas de choses comme ça ?

E. E. Schmitt : Non je lui ai dit on va aller jusqu'à votre chambre

Maupassant : C'est toi qui l'a proposé ?

E. E. Schmitt : Oui

C. Pancol : Aïe aïe aïe

Rires de D. de Vigan

H. B. Stowe : T'entends ce que tu dis quand même ?!

Rires

Maupassant : C'est quand même un peu étonnant ça !

J. D. Salinger : C'est peut être que secrètement elle était amoureuse de toi

Xavier : Comment elle se comportait elle ?

E. E. Schmitt : Elle était gênée

H. B. Stowe : Et bah elle aurait dû te dire non quand même !

E. E. Schmitt : Oui mais elle a pas osé ou elle a pas pensé. Moi je dis une collection, il y en avait deux ou trois sur la table de nuit quoi mais bon

Maupassant : Ah c'est déjà une belle collection

J. D. Salinger : Ah c'est pareil moi je voyais des étagères partout

Rires

O. Adam : On a tous récité le serment d'Hippocrate hein

Sabine : Et la question de la baisse de libido, de la baisse de désir chez les femmes puisque visiblement il y a pas de médicament, qu'est ce que... ?

Maupassant : Mais c'est marrant parce que, ça c'est rigolo, moi j'ai pas mal de personnes, de femmes âgées mais alors voilà pour le coup au-delà de 70 ans qui ont des propos coquins, presque provocateurs... Enfin...euh...

Sabine : Par exemple ?

Maupassant : Oui oui par exemple l'évocation de euh...là ici c'est le champ de tir bon bah là tu vois...ou t'arrives dans la chambre ou dans un petit bureau à côté avec un canapé un machin bon après « Et bah vous savez docteur si j'avais 20 ans de moins... » euh bon voilà, c'est quand même euh...c'est une proposition quand même hein ?

J. D. Salinger : Ouais

Maupassant : Une fois ça m'est arrivé euh... carrément une proposition. Elle était prête à échanger des services contre des Louis d'or tu vois c'était quand même, on était passé dans autre chose quand même. Euh, alors compte tenu du vécu tu te dis cette dame elle fait un transfert bon voilà quoi !

J. D. Salinger : C'est fréquent ça !

Maupassant : Elle a le droit de faire un transfert et même qui soit sexué, c'est tout à fait légitime. Les transferts on en a à longueur de temps et un peu à tous les âges. Mais il y a des fois euh...alors peut être parce que je suis un homme effectivement, j'ai eu le sentiment qu'il y avait des rapports avec des patientes qui était sur un mode érotique, de la part de femmes euh...

J. D. Salinger : Moi ça j'en suis tout à fait convaincu !

Maupassant : Alors après est ce que des hommes m'ont euh...des hommes d'un certain âge m'ont parlé ? Je sais euh... Ca c'est peut être parce qu'on est investi par les patients ça c'est le transfert, transférentiel plutôt...

Déborah : Et en dehors de ces situations un peu extrêmes et que je suppose pas quotidiennes euh, des gens que vous sentez plus à l'aise sur le sujet euh par des allusions ou par des choses que vous voyez, est ce que c'est des patients chez qui vous arriverez à poser une question spontanément ? Est ce que ça vous arrive de...pas forcément la question que Olivier Adam a citée mais euh d'aborder vous-même le sujet ? Comment ça se passe est ce que ça vous arrive de la faire ? Et si oui, qu'est ce que vous demandez dans ces moments là ?

Blanc général

J. D. Salinger : C'est-à-dire un genre de questions ouvertes comme euh...

Déborah : Parce que là on a beaucoup parlé des patients, de leurs motifs de consultation euh...il y a effectivement un peu le dépistage en posant une question neutre comme disait Olivier Adam. Est ce que il y a des patients en particulier ou après d'une manière générale est ce que vous arrivez, est ce que vous faites la démarche de poser des questions sur la sexualité en général ou en particulier chez la patiente qui a des sex toys est ce que derrière il y a eu euh...

Maupassant : Quel âge ta patiente, parce que c'est toujours pareil (*en s'adressant à E. E. Schmitt*)

E. E. Schmitt : Oh une quarantaine d'années

Maupassant : Alors entre 40 et 60 ans-70 ans je pense je veux dire je pourrais éventuellement comme chez quelqu'un de plus jeune parler de la sexualité. J'y arrive pas facilement mais...au-delà de 70 ans j'avoue que là, je serais quand même...aller demander à quelqu'un au-delà de 70 ans s'il a des rapports sexuels même de façon banale euh une sexualité satisfaisante, ça me paraîtrait je suis désolé, euh, incongru. Au-delà de 70 ans, 70-75.

Xavier : Chez les hommes comme chez les femmes ?

Maupassant : Chez les hommes comme chez les femmes, ça me viendrait pas à l'idée. A mon avis...

Déborah : Et les autres qu'est ce vous en pensez ?

E. Brönte : Non mais la sexualité c'est pas que le rapport, c'est pas...c'est leur affectif aussi. Comment ils sont dans leur vie.

Maupassant : La sexualité c'est pas l'affectif, c'est autre chose ça. Je suis pas d'accord

E. Brönte : Non pas l'affectif mais c'est pas que...

C. Pancol : Pour leur poser la question il faut que ça s'intègre dans la consultation, c'est pas directement

Maupassant : La sexualité c'est la sexualité, c'est pas l'affectif

Pas de réaction de la part du groupe

Déborah : Et est ce que vous pensez que c'est incongru après 70 ans ?

Maupassant : Ah ouais, enfin je pense

Déborah : Est ce qu'il y a un adjectif...puisque visiblement c'est pas forcément des questions qui viennent facilement, c'est quoi les adjectifs que vous attribueriez au fait de parler de sexualité avec des plus de 50 et donc 70-80, c'est quoi les adjectifs que vous mettriez sur la sexualité de ces patients là ? Le fait d'en parler euh...

E. Brönte : Bah leur bonheur ? Non j'ai pas compris

Déborah : Vous les adjectifs que vous mettriez sur le fait de parler de sexualité avec vos patients de plus de 50 ans ? Alors Maupassant dirait incongru, euh...c'est quoi les autres ?

Maupassant : Ah non c'est pas plus de 50 ans que je dis, c'est plus de 70 il y a une différence

Déborah : Alors il y a une différence. Et alors de 50 à 70 ce serait quoi l'adjectif ?

H. B. Stowe : De quel âge à quel âge ?

Déborah : De 50 à 70 et de 70 à plus ?

Blanc général

Maupassant : Au-delà de 70 ans car je vois pas la différence entre 30 ans et 70 ans, je vois pas la différence

J. D. Salinger : Dans la mesure où tu peux les aider euh d'une certaine manière, je vois pas de différence non plus moi

Sabine : Mais j'avais quand même le sentiment que une des portes d'entrée pour parler de sexualité au moins de 50 ans c'était le suivi notamment contraceptif euh...

C. Pancol : Mais après 50 ans...

Sabine : Mais alors est ce que du coup vous utilisez les mêmes portes d'entrée ? Vous utilisez toujours la porte d'entrée organique...

C. Pancol : Toujours

Sabine : Même si cette porte d'entrée varie, donc vous voyez pas de différence entre 30 ans ou 50 ans. C'est toujours le même mode d'entrée pour parler de sexualité ?

D. Kennedy : Pas forcément après c'est vrai que un patient qui vient vous voir pour un trouble de l'humeur, syndrome dépressif, euh, on essaie de voir justement qu'est ce qui va qu'est ce qui va pas sur sa vie d'une manière générale et...

C. Pancol *coupant* D. Kennedy : Et ça en fait partie

D. Kennedy *poursuit* : Et sa vie sexuelle peut en faire partie, comme le sommeil, comme l'appétit, comme euh comme euh voilà.

Sabine : Donc c'est là que spontanément vous allez évoquer la question de...

D. Kennedy : Bah ça peu être une porte d'entrée possible

E. Brönte : Mais si il vient et qu'il va très bien et qu'il a juste un rhume ou une angine...

D. Kennedy : Bah oui c'est ça

E. Brönte : ...on lui pose PAS de question, on va pas chercher

C. Pancol : Faut que ce soit quand même...

Sabine : Mais alors s'il a un rhume une angine et qu'il vous raconte que je sais pas qu'il...

E. Brönte et C. Pancol : Ah mais non...

E. Brönte : On lui pose toujours la question est ce qu'il y a autre choses ? Est ce que ça va bien ? Mais si il dit oui je suis en pleine forme tout va bien

C. Pancol : On va pas plus loin

E. Brönte : On va pas plus loin

C. Pancol : C'est ça

Maupassant : De temps en temps ça peut arriver, je... on a des veufs ou des veuves mais c'est posé différemment, c'est « Est ce que la solitude vous pèse ? »

D. de Vigan : Oui voilà

Maupassant : Parce que effectivement il y a des gens qui ont pas choisi de se retrouver seuls euh pour... voilà il y a les veuvages, il peut y avoir d'autres situations et là on peut se...on peut poser la question, justement ça fait partie de l'hygiène de la santé machin...sexuel...euh...alors est ce que la solitude vous pèse et alors là on euh...souvent les gens disent...enfin souvent... Les gens spontanément font un distingo en disant bah ouais la petite affaire ça me manque ou alors ce qui me manque c'est d'avoir quelqu'un, l'affectif, la présence euh voilà... On peut rentrer comme ça, par ce distingo là, mais pour les gens qui sont seuls après bon...euh...les gens qui sont en couple pfff. Comment on fait ça ? C'est la question...

E. E. Schmitt et J. D. Salinger : Il y a pas de règle

Blanc collectif

Sabine : Mais alors vous la posez ?

E. E. Schmitt : Pas forcément

J. D. Salinger : Pas forcément, pas forcément. On a déjà fait un tour de table, là je crois que presque personne la pose systématiquement

E. Brönte : Il y en a qu'un seul qui la pose systématiquement (*en parlant d'Olivier Adam*)

Rires

Xavier : Depuis le début on tourne autour de la manière dont on aborde, le motif, le motif secondaire, les problèmes organiques ou pas, l'intime. Alors là, la question que je voulais vous poser c'est à votre avis, quelles sont leurs réelles préoccupations ?

Blanc général

Xavier : Par rapport à la sexualité ? Qu'ils en parlent ou qu'ils en parlent. Juste d'après vous quelles sont leurs réelles préoccupations ?

Blanc de nouveau

Maupassant : Alors moi je pense que...

Xavier : Ou est ce que c'est la même réponse que ce qu'on vient de dire depuis le début ?

Maupassant : Il suffit de regarder les chiffres d'affaire de la prostitution, euh, des sites de machins, des sex bidules et des magasins et de tout un tas de trucs. En plus de ça, regardez la télévision et de la façon dont on traite euh...on parlait des sex toys justement des choses comme ça, je pense c'est certainement au cœur de leurs préoccupations beaucoup plus que ce qu'on perçoit nous dans nos consultations

E. Brönte et C. Pancol : Hum hum (*d'acquiescement*)

Sabine : La sexualité ?

Maupassant : Ah oui bien sûr !

Xavier : Et plus de 50 ans et plus de 70 ans ?

Maupassant : Et plus de 50 et plus de 70 ans oui bien sûr. J'en suis persuadé.

O. Adam : Le monde a changé, la vie a changé, il y a internet et autre effectivement il y a des moyens qu'il y avait pas il y a 30 ans hein donc heu

E. E. Schmitt : Je sais pas si le monde a changé. Alors c'est ce qu'on dit que le monde a changé, je sais pas quand vous prenez des textes heu...la sexualité était largement aussi présente sinon plus qu'à la télé

Rires et brouhaha

O. Adam : Elle était différente

E. E. Schmitt : Peut être plus réelle, moins virtuelle

J. D. Salinger : Ca c'est vrai

Maupassant : Bien sûr

Xavier : Mais alors du coup qu'est ce qui préoccupe les gens ?

D. Kennedy : La performance

Maupassant : La séduction aussi tout simplement

D. de Vigan : La performance

Maupassant : L'image aussi...alors on parle des femmes de 50 ans justement ou l'image c'est difficile je sais je suis pas...je suppose. Voilà quand on a entre 45 et 55 ans qu'on a des filles ou des belles filles ou je sais pas quoi qui sont jeunes voilà quand on dit que cet âge là, est difficile, la ménopause. La femme elle veut rester jeune, elle veut être dans la séduction elle veut garder son pouvoir. Est-ce que c'est forcément sexué ça ? Derrière tout ça est ce qu'elle veut rester une bombe sexuelle ? Pas forcément, elle peut avoir une légitimité de rester jeune, de rester en lien avec la société sans pour autant être dans une recherche de la sexualité enfin je...

Sabine : Du point de vue de la sexualité, dans la sexualité qu'est ce qui les préoccupe ?

Blanc

Xavier : Douglas Kennedy a dit la performance

Sabine relance : La performance

E. Brönte : La nostalgie

D. Kennedy : Oui c'est dans le cadre de la nostalgie des actes c'est ça en fait

Sabine : Et donc plutôt masculin ?

Tout le monde en cœur « Plutôt masculin »

D. Kennedy : Très masculin

Rires

Maupassant : Très masculin disent les femmes et plutôt masculin disent les hommes

Rires

Sabine : C'est la question rhétorique ?

E. E. Schmitt : La performance je sais pas si ça compte au-delà de 65 ans ? Ca compte plus

D. Kennedy : Mais vu que c'est 50 ans ça fait quand même pas mal de gens...

E. E. Schmitt : Je sais pas

Maupassant : Moi je pense que plaire c'est plus important...

Xavier : Ce qui est intéressant dans ce que dit Douglas Kennedy c'est qu'il a dit la performance mais surtout il a dit la nostalgie de la performance

C. Pancol : Ah oui oui tout à fait. Avant je pouvais maintenant je peux plus

Brouhaha incompréhensible

A. Gavalda : Le réalisme

E. Zola : Il y a peut être une image de la virilité aussi

C. Pancol : Ca c'est vrai

E. Zola : Quand ça marche plus, même si il va plus s'en servir c'est mieux quand c'est en haut que quand c'est en bas

C. Pancol : L'impuissance déprime

J. D. Salinger : Euh enfin ça, ça dépend des gens aussi et des patients. Il y a des patients qui ont des difficultés depuis leur plus jeune âge et qui le restent peut être jusqu'à la fin

E. Zola et E. E. Schmitt : Ouais

E. E. Schmitt : Et puis il y en a aussi qui ont une sexualité mais ça les intéresse pas

J. D. Salinger : Y en a aussi

E. E. Schmitt : Moi ça m'est pas arrivé personnellement, c'est arrivé à un médecin qui n'est plus actuellement qui avait un gars plein...avec son franc parler. Le Viagra quand c'est sorti, alors il était allé acheter ça à la pharmacie ça valait une petite fortune. Il est revenu il a dit au médecin au prix que ça m'a coûté j'aurais été plus satisfait de lui payer un gigolo quoi. C'est-à-dire que, ça l'intéressait plus quoi.

Blanc

J. D. Salinger : Hum il y a ça aussi

Sabine : Donc il y a un désintérêt qui n'est pas un problème pour le patient quoi ? Ok.

Déborah : Et d'après vous dans les sujets qu'ils n'abordent pas spontanément heu, qu'est ce qu'il y a à part la performance et la séduction... D'après vous c'est quoi les préoccupations sexuelles des plus de 50 ans ?

E. E. Schmitt : C'est la peur de se retrouver seul

Maupassant *en même temps* : Seul oui voilà oui

O. Adam : Le maintien de l'équilibre du couple

J. D. Salinger : Ouais

Xavier : Maintien de l'équilibre pour ceux qui sont en couple ou peur de se retrouver seul ou de rester seul...

O. Adam : La crainte de rester seul

E. E. Schmitt : Oui je pense

E. Brönte : La peur de perte de plaisir aussi non ?

A.Gavalda : La frustration de l'autre

J. D. Salinger : Je comprends pas, peur de rester seul ?

D. de Vigan : Perte de désir

E. Brönte : Perte du plaisir !

E. E. Schmitt et J. D. Salinger (*répondant à sa question*) : De perdre l'autre quoi

Xavier : Peur de rester seul

Blanc

Xavier à E. Brönte : Et toi t'as dit quoi ? Peur de perte du plaisir ?

E. Brönte : Oui

Blanc encore

Xavier : Et A. Gavalda a dit, la frustration de l'autre c'est ça ?

E. Brönte : Les femmes ménopausées

A.Gavalda : Ouais c'est ça

J. D. Salinger : De toute façon c'est pas la peur, hein, ils s'en rendent compte qu'il y a une perte de plaisir

Xavier : Oui donc ça les préoccupe c'est ça le...

Sabine : La perte de plaisir, alors là pour le coup comment ils l'expriment ? Enfin c'est une perte de plaisir...

Xavier : Est-ce qu'ils l'expriment déjà ?

J. D. Salinger : Bah souvent c'est la dépression

O. Adam : C'est l'âge docteur

Sabine : C'est l'âge docteur ? C'est-à-dire ?

E. Brönte : La fatalité

O. Adam : C'est normal, voilà, à partir d'un certain âge, c'est normal j'ai plus de désir, il y a plus de plaisir. A priori moi je pense que ça renvoie à des choses plus anciennes quand même. Je pense qu'on a la sexualité qu'on mérite, hein...

Rires « Il y va fort »

O. Adam : Non mais c'est vrai je pense que s'il y a eu une sexualité pleine et assumée et donc pendant toute la vie, cette sexualité continuera à être pleine et assumée longtemps après voilà

J. D. Salinger : Longtemps après la vie ?

Rires

O. Adam : Après 50 ans puisqu'on est dans les cinquantenaires et plus. Après heu, moi la question que je me pose toujours quand il y a des histoires comme ça moi ça m'intéresse plus et autres, ça me renvoie bon bah pourquoi ça se passe comme ça. Bon j'ai des exemples autour de moi où effectivement à 75 ans donc il y a encore une sexualité pas forcément physique qui est là. Alors pourquoi certains hommes et certaines femmes ne veulent plus ? Bon qu'est ce qui s'est passé avant ? Donc heu, comment ont-ils vécu cette sexualité ? Est-ce que ça a été contraint et forcé ? Hein ?

J. D. Salinger : C'est complexe

O. Adam : Tout ça c'est complexe

Maupassant : Et il y a un truc quand même qui est très différent entre 50 et 65 ans on va dire entre les hommes et les femmes. Donc 50 ans c'est l'âge moyen de la ménopause hein on va dire ça, ce qui est assez étonnant c'est quand même le nombre d'hommes qui refont une deuxième vie avec une partenaire plus jeune. Souvent euh, souvent qui vient de, d'une île lointaine ou d'une contrée lointaine qui recommence une vie (*Rires*) alors qu'ils ont des enfants de l'âge de leur partenaire quasiment et qui refont des enfants enfin c'est, c'est loin d'être anecdotique quand même hein, il suffit d'aller dans les maternelles vous voyez quand même des papas avec des cheveux blancs qui viennent chercher des enfants.

D. Kennedy approuve

Maupassant : Et ça moi je trouve ça tout à fait étonnant, je veux dire... et alors c'est vite fait, un homme de 52 ans peut rencontrer une femme de 38 ans heu...pff... c'était presque la norme au 19^{ème} d'avoir une différence d'âge comme ça sauf que là souvent il y a une vie antérieure et qu'on recommence une vie. Moi je...à chaque fois je me demande mais pourquoi, comment ? Est-ce que c'est la sexualité ?

Sabine : Dans le cas où il recommence cette vie là justement est ce qu'ils vous demandent ou est ce que vous vous leur posez des questions spécifiques dans le cadre de la sexualité ?

Maupassant : On ne leur pose absolument aucune question ! Je veux dire ceux là ils ne posent absolument aucune question

E. E. Schmitt : Je suis d'accord avec toi ils ne posent aucune question. Même avec les jeunes tout va bien hein

J. D. Salinger : Jusqu'à ce qu'elles partent quoi !

E. E. Schmitt : Voilà oui !

Rires

D. Kennedy : Après ça peut être aussi à la demande de la conjointe qui est plus jeune pour pouvoir justement assurer à côté

Maupassant : Oui mais ils savent que s'ils font d'enfants justement ils risquent de la perdre

Sabine : Et là c'est plutôt le patient qui est en demande éventuellement de quelque chose ? C'est pas vous qui... ?

Maupassant : Alors parfois il y en a qui disent « Ah vous savez, j'ai une jeune femme, vous savez il faut que je la satisfasse »

Xavier : Donc au moins on a rejoint ce que disait, on rejoint ce que disait Douglas Kennedy quand il disait que la préoccupation c'était la performance

Maupassant : Alors là oui !

Brouhaha de oui

Xavier : Mais on parle des hommes là ?!

J. D. Salinger : Toujours oui

Maupassant : On parle des hommes là ouais

E. Brönte : Toujours oui

Maupassant : Ah bah là c'est... Il y a une grosse différence entre 50-70 je pense et après au-delà où il y a des couples de 70 ans effectivement dans les maisons de retraite on le respecte tout à fait ça ! Quand on voit qu'il y a des affinités qui se font tout le monde ferme les yeux, on essaie de calmer la famille parce que souvent les enfants montent au créneau, c'est une catastrophe

E. E. Schmitt : Est ce qu'elle a du (*mot non compris lors de la retranscription suivi de rires*)

Maupassant : Mais effectivement on laisse les choses se faire, on n'intervient pas on laisse les choses se faire, on est tout à fait neutre. Mais là il y a une grosse différence, les comportements sexuels sont très différents pour les hommes et pour les femmes entre 50 et 70 ans et au-delà de 70 la sexualité est plutôt avec des pairs du même âge, de temps en temps on a des histoires, des hommes très âgés, enfin des hommes très avancés euh, avoir des partenaires beaucoup plus jeunes, ou l'inverse hein aussi. On voit parfois des femmes de 80 ans, enfin moi j'ai le cas ...ça pose pas mal de problèmes d'ailleurs, avoir quelqu'un de plus jeune dans sa vie et revendiquer une sexualité ce qui fiche le bazar avec les enfants. Alors là les enfants sont outrés, ça se passe très très mal. Mais ça ça nous pose pas de problème à partir du moment où ils y trouvent leur compte. Et c'est rarement...alors est ce que ceux de plus 70 ans viennent nous voir et nous disent j'y arrive pas avec...ils nous posent pas trop de questions ceux là, ils se débrouillent tout seuls

Sabine : Les femmes elles viennent pas... ?

E. E. Schmitt : Non (*hésitation*) pas beaucoup, de temps en temps mais rarement parce que je pense que quand ce sont des couples qui vieillissent ensemble ils adaptent leur sexualité en fonction de la hanche de madame, des érections de monsieur, de la hernie...hein ?

J. D. Salinger acquiesce

Sabine : Pourtant l'un des premiers cas que vous avez évoqué, c'était justement l'inadaptation à une femme qui ...

E. E. Schmitt : Oui c'était un cas mais ça c'est la marge hein

Sabine : ...qu'évoquait justement sa sexualité qui visiblement était peut être un peu contrainte avec son mari qui était plus rentre dedans

E. E. Schmitt : ...oui c'est une anecdote, je pense que c'est pas le cas le plus fréquent

Blanc général

Xavier : Je vois des « Hum », je voudrais pas dénoncer mais je vois des « Hum »

H. B. Stowe : Attends, c'est quand même une plainte récurrente ça que les hommes ont encore envie et que les femmes ont plus envie

Maupassant : Pourquoi vous avez choisi 50 ans ? Tiens ça ça me revient moi

Rires

Sabine : Sur le fait que ça soit une plainte récurrente visiblement il y a deux « écoles ». Vous avez l'air de dire que ça arrive, que c'est pas si anecdotique que ça

H. B. Stowe : Bah ça arrive oui. C'est plus souvent ça que l'inverse

J. D. Salinger : Moi il y a une plainte que j'ai eu de femmes c'était plutôt ça oui

Maupassant : Moi je suis d'accord

J. D. Salinger : Direct ou indirect. Par exemple je me souviens euh, un type à qui j'avais filé des échantillons médicaux justement. Quand sa femme a vu ça sur la table de nuit elle a dit allez hop, elle a foutu ça à la poubelle en plus. Alors moi j'ai râlé parce que je lui avais filé quand même heu du Viagra ! (*rires*) Oui c'est plutôt ça quand même

Silence

O. Adam : Je peux poser une question ? Euh...est ce que vous avez une expérience par rapport au fait que euh... les femmes soient ménopausées, elles aient plus la prévention des grossesses et autres, que ça a modifié leur sexualité. Moi j'ai jamais eu...j'ai pas eu l'impression de vivre ça

H. B. Stowe, C. Pancol et E. Brönte : Moi non plus

H. B. Stowe : C'est pas notre génération qu'on suit ça, c'est fini. Et puis maintenant les femmes qui ont 50-60 ans elles ont toutes connu la pilule alors la ménopause euh, ça change rien

C. Pancol : Ca change rien

Sabine : Mais ça affecte pas leur, alors... ?

Maupassant : La libido

Sabine : mais ça affecte pas leur libido ? La perception de soi, de son corps ?

H. B. Stowe : Si mais c'est pas l'idée de la conception qui affecte

Sabine : Non mais dans le désir féminin ?

H. B. Stowe : Oui bah bien sûr

Maupassant : Mais justement ça les libère pas. Tu vois c'est pas le fait qu'elle ne risquent plus de tomber enceinte qui va les libérer

Déborah : Mais alors c'est quoi les préoccupations à la ménopause ? Puisqu'on parle des plus de 50 ans et que...chez les femmes ?

Maupassant : C'est rester jeunes

E. Brönte : Le désir

O. Adam et C. Pancol *dans un brouhaha* : Plaire !

Dans le brouhaha : Le désir (moins fort)

D. Kennedy : Après la modification du corps déjà euh l'image du corps ça joue

C. Pancol, E. Brönte et H. B Stowe : La sécheresse vaginale

Sabine : Et le désir j'aimerais bien juste que, qu'est ce qu'il y a derrière la question du désir, quand elles disent le désir

Maupassant : C'est pas une obligation

Sabine : C'est qu'elles ont moins de désir ?

H. B. Stowe : L'envie

Sabine : C'est qu'elles ont moins d'envie ?

H. B. Stowe : Oui moins d'envie

J. D. Salinger : En tous cas moins d'envie avec leur mari !

Rires

Sabine : Et comment vous répondez à ça quand elles vous disent j'ai moins d'envie

Rires gênés

H. B. Stowe : C'est compliqué ça

E. Brönte : On dit de mater des films

Rires

Xavier : Emily Brönte elle a qu'une seule réponse : les films

Redoublement des rires

H. B. Stowe : Elle passe des cassettes sous le bureau

Rires

E. E. Schmitt : D'ailleurs dans la salle d'attente t'as une étagère avec...

H. B. Stowe : « Les deux cochonnes à Paris » !

E. Brönte : Même chez les gamins, chez les jeunes qui ont des difficultés je leur dit la même chose

Maupassant : Mais bien sûr

H. B. Stowe : Non mais c'est pas la sexualité ça !

E. Brönte : Non bien sûr mais...

J. D. Salinger : Bah ça la stimule, ça la...ça les rebooste

D. Kennedy : Ou pas d'ailleurs

H. B. Stowe : Ou pas peut être !

Brouhaha autour des vidéos pornographiques

E. Brönte : Des érotiques pas des pornos

Xavier : Donc finalement on en revient à...on est coincé sur des questions comme ça...

H. B. Stowe et C. Pancol : On n'est pas formé

Xavier : On n'est pas formé

H. B. Stowe : On n'a pas eu de cours de sexologie à la fac et puis moi je trouve que l'urologue il est pas plus formé que nous et puis le gynéco non plus hein ! C'est pas le remède miracle

J. D. Salinger : Est ce qu'elle existe dans le médicale ? (*sous entendu la réponse*) Ca c'est pas sûr !

H. B. Stowe : Parce que l'urologue il va donner de la (*mot incompréhensible lors de la retranscription*) quand on a essayé le Viagra qui marche pas et puis les gynéco il y en a sur lesquels elles vont tomber il y en a ils font plus dégâts que autre chose. Je pense qu'on n'est pas formé

E. Brönte : Et qui est formés pour les aider ? C'est ça ! Moi j'ai pas de... je sais pas je sais pas

H. B. Stowe : On est assez désemparé

J. D. Salinger : Nan nan mais enfin...

D. Kennedy : Juste l'écoute déjà

Maupassant : On peut pas être sexologue de ses patients habituels c'est pas possible

D. Kennedy : Ne serait ce que la réassurance. Ces patients parfois il y a qu'au médecin qu'ils peuvent en parler et parler déjà ça fait du bien

H. B. Stowe : Si on revient aux plus de 50 ans, l'éjaculateur précoce « bonjour ! » Qu'est ce qu'on en fait ? Pfiou

Maupassant : Oui ouais ouais

D. de Vigan : Surtout avec la pub je pense

Rires

H. B. Stowe : C'est pas facile non plus

Maupassant : C'est quoi cette pub ?

H. B. Stowe : T'as pas vu les allumettes ? Deux allumettes qui s'enlacent et puis pfchiou il y en a une qui s'allume tout de suite et puis l'autre...

Rire général

Maupassant : Non je l'ai pas vu celui là

H. B. Stowe : Bah alors !

Maupassant : Il y a aussi un médicament qui vient de sortir aussi c'est ça ? C'est quoi c'est un anti dépresseur ?

E. Brönte : Ouais c'est la famille

Maupassant : C'est vraiment encore un truc de labo !!

H. B. Stowe : C'est quoi qui vient de sortir ? Oh j'ai pas vu moi ça, j'ai pas vu la fin

J. D. Salinger : Alors finalement on n'est pas très à l'aise avec heu...

H. B. Stowe : Non je pense qu'on n'est pas à l'aise, on n'est pas formé

E. Brönte : On fait pas grand-chose hein

Maupassant : Je suis pas sûr de ça. J'étais le premier à dire que j'étais pas à l'aise

OUI ! RIRES

Maupassant : Je suis pas sûr que ça pose des problèmes et qu'il y ait plein de mecs qui sortent de chez moi en disant « Merde ce con je peux pas lui parler de sexualité » Je suis vraiment pas certain

J. D. Salinger : Peut être que si

Maupassant : Alors peut être que si je sais pas. Mais je suis pas certain de ça. Heu...

H. B. Stowe : Moi je crois que si quand même

Maupassant : Tu crois que si toi ? Des gens qui voudraient t'en parler et qu'arrivent pas à t'en parler ?

H. B. Stowe : Oui je pense et puis on n'est pas à l'aise

E. Brönte : Et on sait pas trop quoi faire hein

Maupassant : Ah moi je rougis pas. Quand on m'en parle, ça va j'y vais, j'ai plus peur quand même

E. Brönte : Non on n'a pas peur mais quelle réponse t'as donné, quelle écoute ?

H. B. Stowe : Alors t'es content quand t'as donné du Viagra, tiens mon pote ça va s'arranger mais c'est pas forcément ça qu'il faut dire !

Maupassant : Si moi je pense que au fur et à mesure des gens qu'on a aidé, qu'on a envoyé chez les sexologues, chez les psy chez les machins. Parce qu'on a pris, on a de l'expérience un peu...non ? Mais on a nos limites !

H. B. Stowe : Ah oui !!

Maupassant : Pis j'ai des limites que je veux pas franchir ça c'est sûr je veux pas rentrer dans l'intimité ou au-delà d'un certain degré d'intimité avec mes patients JE NE VEUX PAS alors là je revendique, je pense c'est pas notre rôle ! Je pense. Quel que soit l'âge heu, alors attends pour revenir à 50 ans, je sais pas s'il y a une différence

H. B. Stowe : La sexualité après 50 ans c'est comme si subitement tout changeait mais après 50 ans il faut peut être s'intéresser à ce qui s'est passé entre 15 et 50 aussi ! Parce que après 50 ans ça peut être merdique comme ça l'était avant !

Brouhaha d'acquiescement

H. B. Stowe : C'est pas parce que subitement on souffle ses 50 bougies que tout va s'arrêter ou que tout va aller mieux bon voilà. Faudrait qu'on fasse une prise en charge globale, faudrait les interroger sur tout, je crois pas qu'on prenne le temps voilà premier rapport sexuel à quel âge, avec qui ?...

Maupassant : Alors ça premier rapport sexuel quelle question ! Jamais

H. B. Stowe : Bah oui mais pourquoi à 50 ans tu poserais pas aussi la question du premier rapport sexuel ? Si le cousin germain qui l'a obligé derrière la cuisinière !

E. Brönte : Bah oui on le pose souvent ça quand même, c'est assez facile

Maupassant : Ah c'est marrant alors là j'ai un train de retard moi

H. B. Stowe : On s'est arrêté à 50 ans mais avant tu as des tas de femmes qui s'emmerdent hein, t'as des tas de mecs qui bandent pas. T'as les mêmes proportions peut être même plus !

O. Adam : Les premiers rapports sexuels lors des premières contraceptions quand tu les revois au bout de 3 mois ou un an tu leur demandes comment ça s'est passé hein a priori

Maupassant : Euh bah oui...non pas vraiment !

Rires

H. B. Stowe : Je sais pas quand Olivier Adam disait on a un peu la sexualité qu'on mérite c'est un peu judéo chrétien mais on a une sexualité qui démarre de tout petit petit hein voilà avec la masturbation à 6-7ans

Maupassant : Un de mes messages c'est que elle est toujours temps de venir la sexualité, c'est pas parce que tu as eu une sexualité nulle pendant 20 ans que tu peux pas...

H. B. Stowe : Elle évolue

Maupassant : Elle est toujours en évolution, c'est pas parce que tu as eu une sexualité pas satisfaisante pendant 20 ans que tu peux pas avoir autre chose

H. B. Stowe : Oui je suis d'accord avec toi elle évolue et il y a des pauses et des moments où c'est mieux

Xavier : Alors du coup par rapport à toute la discussion qu'il y a eu c'est intéressant de dire mais finalement ça s'inscrit dans la vie hein dans l'anamnèse

H. B. Stowe : Dans l'histoire

Xavier : Toi tu dis c'est toujours temps, que même si elle a été pourrie tout le temps ça peut devenir à un moment donné bien. Mais alors la question c'est est ce que à un moment donné on a un rôle à jouer là dedans ? Enfin...

Maupassant : Oui les rassurer, enlever dans un premier temps les angoisses par rapport...

E. Brönte : Et qu'il y a pas de norme

H. B. Stowe : Mais les rassurer tu parles comme un papa ! On n'est pas, non je suis pas d'accord avec toi, on n'a pas à les rassurer

O. Adam : Non les rassurer je suis pas d'accord, effectivement, c'est pas les rassurer mais c'est être à l'écoute. J'ai l'exemple d'un patient de 64 ans qui avait des troubles de l'érection suite à une prostatectomie qui a très bien géré le truc avec les injections et autres avec qui ça avait été mis en place avant même d'être opéré et qui a été très très heureux que moi j'aborde cette question parce qu'il en a même parlé après avec son épouse, il en a même parler avec ses collègues de bureau etc et il a eu des réflexions « Quoi ton médecin te parle de ce genre de choses ? » Heu bah écoutez bien sûr si je lui en parle pas qui c'est qui va lui en parler ?

H. B. Stowe : C'est vrai les prostatectomies je suis d'accord avec toi c'est un moment où là on a vrai rôle. On apprend d'eux mêmes moi j'ai eu une fois un patient qui m'avait ramené la brochure d'un

dispositif qu'il fallait gonfler je sais pas quoi il avait l'élastique à mettre il m'a tout expliqué en long en large *rire général* J'en ai fait profiter les autres. Et c'est vrai, des fois on voit passer des gens qui ont des prostatectomies mais alors comme des fleurs quoi vraiment. C'est pas un accident dans leur vie, leur vie continue quand même.

J. D. Salinger *en riant* : Moi j'ai pas la même expérience que toi !!

H. B. Stowe : Il y en a pour lesquels t'es surpris parce qu'ils vivent un traumatisme terrible quand même

O. Adam : Absolument

H. B. Stowe : Et ça se passe bien, et leur couple continue de vivre et de de... enfin moi je trouve que ça arrive

O. Adam : Et c'est pas si rare que ça finalement dans les plus de 50 ans, les prostatectomies et...

J. D. Salinger et C. Pancol : Ah bah oui c'est sûr

J. D. Salinger à O. Adam : Les prostatectomies et ?

O. Adam : Les troubles de l'érection secondaires

H. B. Stowe : Mais il y en a de moins en moins les prostatectomies dieu merci

Sabine : Je voudrais juste revenir, quand vous avez dit il en a parlé à ses collègues et ses collègues ont dit « Quoi tu parles de ça avec ton médecin ?? »

O. Adam : Ouais

Sabine : Est-ce que vous pensez que vos patients...hum...voilà, pensent que c'est abordable avec vous ? Comment est ce que vous pensez que cette question de la sexualité ils le perçoivent ? Est-ce qu'ils pensent que c'est abordable avec vous ou pas ?

O. Adam : Je pense que en nous montrant abordables, donc heu, les jeunes ils parlent entre eux, les personnes âgées parlent entre elles au club, au bal etc. et moi je pense qu'ils parlent beaucoup de la santé, c'est un thème de discussion qui revient tout le temps et en fait ils transmettent des messages « Ah moi mon docteur il a dit, moi le mien il a dit ça ». Donc en fait je pense que si...enfin moi c'est mon sentiment...en se montrant disponible finalement ça fait un peu boule de neige et euh...c'est aussi un peu à propos en lançant ses boules de neige en espérant qu'il y aura des gens qui viendront en parler un peu plus tard

Sabine : En fait ils se passent le mot tiens, avec ce toubib là on peut parler de sexualité

O. Adam : Peut être

E. Brönte : Donc avec d'autres on en parle moins et c'est quelque fois euh...c'est pas un sujet qu'on aborde euh...forcément rapidement. Il faut connaître

Xavier : Donc on en revient à la discussion du tout début euh...c'est-à-dire...

E. Brönte : Bah euh un premier patient que tu vois, non !

Déborah : C'est situationnel

J. D. Salinger : On dit souvent que le médecin il a une clientèle à son image euh...alors finalement c'est ça, il y a des gens qu'on a rejeté au départ et qui reviennent plus ceux là, et puis bon on n'a plus de gens qui nous parlent de ça parce que peut être qu'on n'a pas envie d'en parler

O. Adam et E. Brönte : Bien sûr

O. Adam : Et puis il y a plein de choses dont je ne parle pas

H. B. Stowe : T'as tes limites aussi

Silence

Xavier : Est ce que vous avez des choses à rajouter ? Parce que je pense qu'on pourrait en parler...

Rires d'acquiescement

Xavier : Comme on est revenu à la conversation de départ qui disait on n'en parle pas aux patients mais s'ils ne viennent pas nous en parler mais ils vont en parler à quelqu'un d'autre...

Merci !!



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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



RESUME

QUELLES SONT LES DIVERGENCES DE POINTS DE VUE ENTRE MEDECINS GENREALISTES ET PATIENTS DE PLUS DE 50 ANS CONCERNANT LES ATTENTES ET LES PREOCCUPATIONS SEXUELLES DE CES DERNIERS ?

Par Déborah Carrin

Introduction : La population française vieillit. L'exercice de la médecine générale est de ce fait de plus en plus tourné vers les plus de 50 ans. Dans cette population, la demande de prise en charge de la santé sexuelle est forte et les médecins généralistes y répondent de façon insuffisante et partielle. La faute aux freins sociétaux, au manque de formation, aux a priori sur la vieillesse mais aussi aux probables divergences de points de vue sur ce qui préoccupe les seniors et ce qu'ils attendent de leur médecin généraliste.

Objectif : Le but de cette étude exploratoire était de mettre en évidence ces divergences entre médecins généralistes et patients âgés de plus de 50 ans afin de mieux comprendre ce qui les empêchait de se retrouver sur le terrain de la santé sexuelle.

Méthode : Nous avons mené dans ce but un entretien collectif avec des médecins généralistes afin de recueillir leurs points de vue, faire un état des lieux de leurs pratiques en terme de santé sexuelle après 50 ans. En parallèle, nous avons effectué sur internet une recherche organisée, à saturation, basée sur l'algorithme de Google afin de dégager les principales préoccupations sexuelles des patients concernés. Enfin, nous avons mis en comparaison les deux travaux, après une analyse thématique du contenu afin d'en tirer les divergences et les convergences.

Résultats et Discussion : Les principaux sujets de divergences sont le manque de connaissances des préoccupations sexuelles des patients âgés, l'absence de recherche des conséquences sexuelles des pathologies courantes, l'insuffisance d'accompagnement des changements physiologiques corporels liés à l'âge, le manque de prise en charge des dysfonctions sexuelles féminines et le recours trop fréquent à la porte d'entrée organique ou médicamenteuse pour aborder la sexualité.

Conclusion : Il n'existe actuellement pas de formation à la faculté concernant la sexualité et encore moins celle des plus de 50 ans. Il conviendrait de rassurer les futurs médecins généralistes ainsi que les médecins installés quant à leurs capacités à prendre en charge ces problématiques en leur proposant de développer leurs connaissances des changements physiologiques liés à l'âge et des préoccupations sexuelles afin de franchir les tabous et de permettre la délivrance de conseils pratiques aux patients.

Mots clés : médecine générale ; sexualité ; seniors ; plus de 50 ans ; vieillesse ; préoccupations sexuelles ; divergences ; focus group