



Faculté de médecine et
médecine dentaire

"La sexualité des personnes âgées : défis et opportunités en médecine générale"

Docteur Baudoux Brandon

Travail de fin d'études

Master de spécialisation en médecine générale

Année académique 2022-2023

Promoteur : Dr Henriët Nicolas

REMERCIEMENTS

Au Docteur Nicolas Henriët, pour notre collaboration fructueuse, ses conseils avisés et notre relation amicale et sincère.

A Madame Charlotte Leemans, pour avoir partagé son temps, son savoir et sa gentillesse.

Je suis également reconnaissant envers tous les collègues que j'ai rencontrés durant ce début de carrière, qui ont contribué de près ou de loin à ce travail et qui ont accordé leur confiance pour répondre aux sollicitations.

Je n'oublie pas toutes les personnes que j'ai croisées sur le chemin de l'université et qui ont eu une place prépondérante dans ce chapitre de ma vie qui se clôture aujourd'hui. Leur soutien et leur encouragement ont été précieux.

Je voudrais également remercier mes proches amis pour leur présence à mes côtés.

Enfin, un grand merci à ma famille et surtout à mes parents, ma sœur et ma grand-mère pour leur soutien indéfectible. Ils ont toujours été là dans les moments difficiles et imprévus mais également dans les plus grands bonheurs de ma vie. Merci pour tout!

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	1
TABLE DES MATIERES.....	3
ABREVIATIONS.....	5
ABSTRACT.....	7
I. INTRODUCTION.....	1
SEXUALITE.....	3
1.1 Historique et Épidémiologie.....	3
1.2 Reconnaissance de l'importance de la sexualité.....	4
1.3 Vieillesse de la personne âgée	5
1.3.1 Vieillesse physiologique	5
1.3.2 Maladies chroniques et Médications	6
1.3.3 Maladies sexuellement transmissibles	7
1.3.4 Maisons de repos	7
II. METHODOLOGIE	9
2.1 Recherche bibliographique	9
2.2 Type d'étude	10
2.3 Stratégie d'échantillonnage	10
2.4 Recrutement	11
2.5 Guide d'entretien	11
2.6 Réalisation des entretiens	11
2.7 Analyse des entretiens	12
2.8 Comité d'Ethique	12
2.9 Conflits d'intérêts	12
III. RESULTATS	13
3.1 Généralités	13
3.1.1 Conception de la sexualité.....	13
3.2 Préparer l'itinéraire afin d'éviter les zones difficiles.....	14
3.2.1 Silence : rempart qui nous protège de la gêne et de l'embarras	14
3.3 Marche en montée	16
3.3.1 Influence de la société dans laquelle on vit.....	16
3.3.2 Croyances erronées.....	18
3.3.3 Les hommes viennent de Mars, les femmes de Vénus.....	19
3.4 Marche en descente	20
3.4.1 Réduire la sexualité à sa dimension biologique.....	21
3.5 Arrivée : Répit bien mérité et/ou second souffle ?	23
3.5.1 Lieu de vie.....	23
3.5.2 Organisation	24
3.5.3 Consentement	25
3.6 Perspectives d'amélioration	26

3.6.1	Sensibilisation du médecin traitant	26
3.6.2	Reconnaissance de la société en évolution	27
3.6.3	Sensibilisation des patients	28
3.6.4	Organisation	28
IV.	DISCUSSION.....	30
4.1	Interprétation des résultats	30
4.1.1	Converger vers la même définition	30
4.1.2	Principaux obstacles	31
4.1.3	Explorer les obstacles en maison de repos.....	35
4.1.4	Regard vers l'avenir	36
4.2	Qualité des résultats.....	39
4.3	Limites et Biais de l'étude	40
V.	CONCLUSION.....	41
	BIBLIOGRAPHIE.....	42
	ANNEXES	45

ABREVIATIONS

- **ASBL** : Association Sans But Lucratif
- **AVC** : Accident Vasculaire Cérébral
- **BPCO** : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive
- **CiSMeF** : Catalogue et index des Sites Médicaux de langue Française
- **CPAS** : Centre Public d'Action Sociale
- **GEIMG** : Groupe d’Ethique Interuniversitaire pour la Médecine Générale
- **GHdC** : Grand Hôpital de Charleroi
- **GLEM** : Groupe Local d’Evaluation Médicale
- **HPV** : Human Papillomavirus
- **HTAP** : Hypertension Artérielle Pulmonaire
- **LGBTQIA+** : Lesbienne, Gay, Bisexuel.le, Trans, Queer, Intersexué·e·, Asexuel·le ou Aromantique et tous les autres
- **PICO** : Patient Intervention Comparaison Outcome
- **PSA** : Prostate-Specific Antigen
- **MRS** : Maisons de Repos et de Soins
- **MST** : Maladie(s) Sexuellement Transmissible(s)
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **ONE** : Office de la Naissance et de l’Enfance
- **THS** : Traitement Hormonal de Substitution
- **TFE** : Travail de Fin d’Etudes
- **SSMG** : Société Scientifique de Médecine Générale
- **VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ABSTRACT

Introduction : La société évolue avec une population de plus en plus vieillissante, la sexualité des personnes âgées est un aspect important et souvent négligé de leur santé globale. Le médecin généraliste joue un rôle non négligeable dans l'accompagnement de ces changements, étant souvent la première personne à laquelle les patients se réfèrent. Cette étude vise à explorer la prise en charge de la sexualité des personnes âgées par les médecins généralistes, à identifier les obstacles rencontrés et à proposer des pistes d'amélioration pour une pratique optimale.

Méthodologie: Pour mener à bien cette étude, une recherche dans la littérature a été effectuée, en complément d'une étude qualitative. Neuf entretiens semi-dirigés ont été menés auprès de médecins généralistes en Wallonie, sélectionnés en fonction de leurs caractéristiques socio-démographiques. Une analyse thématique a été effectuée, permettant de regrouper les réponses en différentes catégories conceptualisantes.

Résultats : La prise en charge de la sexualité des patients âgés par les médecins généralistes est une tâche complexe. Les médecins interrogés sont conscients de l'importance de la sexualité pour les personnes âgées et révèlent au fil des discussions l'importance de leur rôle. Malgré cela, plusieurs obstacles sont identifiés, provenant à la fois du médecin, du patient et de l'environnement socio-culturel. En premier lieu, le médecin doit être en mesure de surmonter ces obstacles afin d'aborder le sujet. Une fois le sujet abordé, le médecin doit avoir des connaissances théoriques et des compétences de communication et pouvoir référer le patient, si nécessaire. Plusieurs pistes d'amélioration ont été évoquées : la sensibilisation et la formation des médecins, la sensibilisation des patients, le travail en équipe, un réseau de soins efficaces ainsi qu'une bonne organisation de la consultation.

Conclusion : La prise en charge de la sexualité des personnes âgées doit être adaptée à chaque situation individuelle, en prenant en compte les aspects médicaux, psychologiques et sociaux. Les médecins doivent être sensibles aux besoins des patients et aux différences socio-culturelles. Afin d'améliorer cette prise en charge, une piste d'amélioration est explorée. Celle-ci aboutit à la création d'une fiche d'aide à la consultation.

Mots-clés : étude qualitative, sexualité, personnes âgées, médecine générale, médecin généraliste

Indexation : QR31, QS41, QC15, QP3, QP52, QD12

I. INTRODUCTION

La sexualité : un sujet qui peut faire sourire ou choquer en société, mais qui nécessite une approche sérieuse en médecine générale. Bien plus qu'un sujet de divertissement pour les médias, la sexualité est une question de santé publique qui mérite d'être abordée avec le plus grand sérieux par les médecins généralistes.

En tant que médecins généralistes , nous sommes parfois confrontés à des sujets de santé qui évoluent avec la population vieillissante (771 millions de personnes âgées en 2022). En effet, les projections démographiques pour les prochaines décennies annoncent 994 millions de personnes âgées dans le monde en 2030 et 1,6 billion en 2050 (1). Les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses grâce aux soins de santé qui s'améliorent continuellement, engendrant une espérance de vie toujours plus grande, année après année.

Actuellement, la projection en 2070 est une espérance de vie projetée à 90 ans pour les femmes et 88 ans pour les hommes (2). La médecine doit évoluer en parallèle avec les mœurs de la société afin de pouvoir accompagner efficacement ces changements. La sexualité des personnes âgées est un aspect important à prendre en compte.

Il est indispensable de mentionner dans ce TFE que le terme "personne âgée" est une catégorisation arbitraire liée à l'âge. Ce terme fait référence aux personnes de plus de 65 ans, ce qui correspond historiquement aux personnes retraitées. Cependant, cette catégorisation suscite un débat, étant donné que l'âge chronologique n'est pas un critère valide pour déterminer la vieillesse (3).

En 2002, la santé sexuelle est définie par l'OMS comme : *« un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés. »* (4).

La définition de l'OMS concernant la santé sexuelle est multidimensionnelle, et peut être abordée selon différentes approches (éthiques, philosophiques, médicales et sociales). Elle implique la capacité des hommes et des femmes à être en bonne santé sexuelle, ce qui leur permet d'éprouver un sentiment de bien-être dans ce domaine. Par conséquent, la sexualité est un concept large et fondamental pour la vie humaine, contribuant au bien-être personnel. Au fil des années, la sexualité est devenue un sujet de santé publique visant actuellement à assurer une santé sexuelle satisfaisante, responsable, libre et sûre.

La sexualité concerne de ce fait tous les pans de la société et est incluse dans la promotion de la santé chez les personnes âgées.

Mon choix de sujet pour ce TFE s'est inspiré des problématiques que j'ai rencontrées au cours de mes premières années d'assistantat en médecine générale. En effet, les commentaires de mes patients sur leur vie sexuelle m'ont souvent laissé perplexe.

La sexualité peut s'avérer être un sujet difficile pour le personnel soignant, comme en témoignent quelques exemples rencontrés dans ma pratique médicale :

- Un monsieur de 83 ans, résidant dans une maison de retraite, qui souhaite consulter son médecin généraliste pour des érections incontrôlées suivies d'éjaculations. Il exprime le souhait d'avoir une pièce privée pour pouvoir avoir des relations sexuelles en toute intimité.
- Une dame âgée qui demande de manière humoristique un traitement pour son compagnon de 85 ans, qui ne peut plus avoir d'érections.

Le personnel soignant peut être confronté à des situations qui remettent en question leur pratique médicale et les mettent parfois dans des situations difficiles. Cette réalité a engendré une réflexion avec les confrères médecins qui étaient également déstabilisés par la question de la sexualité chez les personnes âgées. Cependant, la recherche de littérature n'a pas permis de trouver des études qualitatives sur la prise en charge de la sexualité des personnes âgées par les médecins généralistes belges. Cela a donné lieu à une question de recherche : « *Quelle est la prise en charge du médecin généraliste face à la sexualité des personnes âgées en Wallonie ? Freins, obstacles, perceptions du médecin et perspectives d'amélioration* ».

SEXUALITE

1.1 Historique et Épidémiologie

La sexualité est définie par la population elle-même et se caractérise par de multiples facettes, incluant les comportements sexuels, les désirs, les identités, les orientations sexuelles, la motivation et les relations sexuelles. Ce concept peut également se manifester par l'expression de la sensualité, source de plaisir et de satisfaction, ou être associé à la reproduction (5). Elle joue donc un rôle important dans l'épanouissement personnel de chaque personne.

La représentation de la sexualité a connu de nombreuses transformations au fil de l'histoire. Au cours de l'Antiquité, la sexualité était principalement « phallo-centrée », le statut social de chacun prévalait au sein d'une relation sexuelle tandis que l'orientation sexuelle n'était pas un concept établi. Au Moyen Âge, la religion a légiféré la sexualité au sein d'un modèle patriarcal, considérant l'activité sexuelle comme "sale" et bannissant l'homosexualité. La sexualité était alors associée à la procréation plutôt qu'au plaisir. Cependant, avec le mouvement des Lumières et la révolution française du 20ème siècle, la sexualité a commencé à être vue d'une manière différente (6).

Le mouvement de la révolution sexuelle des années 60 (Mai 68¹) a été marqué par une évolution significative des mœurs, avec l'émancipation des femmes, la découverte de la pilule contraceptive et l'émergence des minorités sexuelles. Cette évolution a eu un impact considérable sur la sexualité. Les personnes ayant vécu cette première révolution sexuelle durant les années 60, appelées les « Baby-Boomers² », ont aujourd'hui atteint l'âge de 65 ans en 2010. Ceux-ci adoptent une attitude plus permissive concernant le sexe au fur et à mesure des années. On peut donc parler de seconde révolution sexuelle : « la révolution sexuelle gériatologique » (7).

Actuellement, au sein de l'Europe, la sexualité s'inscrit dans un contexte socio-culturel qui diffère selon l'endroit dans lequel on vit. La culture des pays sudistes met en exergue la dualité

¹Mai 68 : Ce mouvement est caractérisé par une vaste révolte spontanée antiautoritaire (« ici et maintenant »), de nature à la fois sociale, politique et culturelle, dirigée contre le capitalisme, le consumérisme, l'impérialisme américain et, plus immédiatement, contre le pouvoir gaulliste en place. Définition consultée le 11/02/2023 en ligne, sur https://fr.wikipedia.org/wiki/Mai_68

²Baby-boomer : Une personne née en Occident pendant la période du baby boom, après la Seconde Guerre mondiale. Définition consultée le 11/02/2023 en ligne, sur https://fr.wikipedia.org/wiki/Baby_boomer

homme/femme avec un homme indépendant, dominant et preneur d'initiatives contrairement à la femme passive. Au contraire, il existe une égalité des sexes et une équité plus importante dans les pays Nordiques par rapport au Sud de l'Europe (Italie, Portugal) (8).

En ce qui concerne l'épidémiologie, il s'avère que dans la population occidentale, les stéréotypes représentent les personnes âgées comme asexuées ou sans attrait pour la sexualité. Cependant, l'activité sexuelle chez les personnes âgées a été estimée et montre qu'elle est bien réelle. Une étude transversale belge a révélé que chez les personnes âgées de 70 à 99 ans, 31,3% étaient sexuellement actives et 68,7% étaient sexuellement inactives. Près de la moitié des personnes âgées sexuellement inactives (47,3%) ont déclaré avoir éprouvé des formes de tendresse physique (câlins et baisers) au cours des 12 derniers mois. Cette étude corrobore les statistiques des personnes âgées entre 60 et 75 ans, qui ont montré que 84% des hommes et 61% des femmes avaient une activité sexuelle dans l'année (9).

A propos de la satisfaction sexuelle, 74,4% des personnes âgées sexuellement actives et 59,5% des personnes âgées sexuellement inactives ont déclaré être satisfaites de leur vie sexuelle. Cette satisfaction dépend plus de la fréquence des rapports sexuels chez les hommes, contrairement aux femmes qui accordent plus d'importance au plaisir sexuel qu'à la fréquence de ces derniers (9).

1.2 Reconnaissance de l'importance de la sexualité

En tant que professionnel de la santé, il est important de comprendre l'importance de la sexualité pour chaque personne âgée dans un contexte bio-psycho-social. Il est désormais possible d'établir des liens entre la sexualité et la santé. En effet, il existe une corrélation entre la présence d'une sexualité active et certains facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

On peut noter :

- Du côté biologique : une réduction de la sensibilité à la douleur, une baisse des maladies chroniques pulmonaires et cardio-vasculaires, une mortalité moindre (10).
- Du côté psychologique : une meilleure estime de soi, une qualité de vie supérieure, une fréquence réduite de syndromes dépressifs, une intimité émotionnelle, une communication intime, une satisfaction du mariage et de la relation de couple (10).

- Du côté social : Les personnes âgées avec un partenaire (qu'elles vivent ensemble, aient un conjoint ou soient en couple) sont plus susceptibles d'être sexuellement actives que celles qui ne sont pas mariées ou qui ne sont pas en couple (9). Cependant, l'espérance de vie plus élevée chez les femmes par rapport aux hommes peut entraîner une disparité de disponibilité entre les partenaires (5). Vivre dans une maison de retraite semble être également un obstacle à l'expression de la sexualité.

Par ailleurs, une inactivité sexuelle est associée à de nombreuses pathologies, telles que le cancer, des troubles vésicaux, une vision réduite, des interventions chirurgicales fréquentes, des maladies cardio-vasculaires, des problèmes de santé mentale, des troubles gynécologiques et dermatologiques, des douleurs chroniques (11). Au contraire, une activité sexuelle accrue est liée à des indicateurs positifs de bonne santé émotionnelle, physique et sociale.

1.3 Vieillessement de la personne âgée

1.3.1 Vieillessement physiologique

Les effets du vieillissement physiologique et des maladies chroniques sur le corps humain peuvent altérer l'expression de l'intimité et les différentes étapes du cycle de réponse sexuelle, qui comprennent le désir, l'excitation, le plateau, l'orgasme et la période réfractaire ou de résolution (12). Les cinq sens peuvent également perdre de leur sensibilité avec l'âge, ce qui entraîne une redistribution des stimuli sexuels. De plus, la morphologie du corps peut changer, ce qui peut affecter l'image de soi et la séduction (13).

- Pour les femmes, les problèmes sexuels les plus fréquents sont liés à la ménopause. La baisse d'œstrogènes peut causer une atrophie vaginale avec une diminution de la sensibilité des zones érogènes et une sécheresse vaginale. La baisse de la production de testostérone peut entraîner une baisse de la libido et une sensibilité réduite des zones érogènes. La combinaison de ces deux facteurs peut entraîner une diminution du désir et de l'excitation sexuelle (43% des plaintes), une sécheresse vaginale (20% des plaintes) et une difficulté à atteindre l'orgasme (13,7% des plaintes). Les femmes de 65 à 74 ans sont moins inquiètes pour les problèmes sexuels que les femmes de 45 à 54 ans (9,5% vs 12,5%) (5).

- Pour les hommes, les problèmes sexuels augmentent avec l'âge, les dysfonctions érectiles touchent 30% des hommes de plus de 65 ans (14). La dysfonction érectile est donc un facteur

prédictif de maladies cardio-vasculaires et micro-vasculaires (15). D'autres difficultés incluent la difficulté de maintenir une érection, des troubles de l'orgasme avec une période réfractaire plus longue, une éjaculation précoce, des douleurs génitales ou des troubles de la libido.

Bien que la testostérone puisse avoir un impact sur le désir et non sur les érections chez les personnes âgées, la relation entre les hormones et la sexualité est complexe. Les niveaux hormonaux ne déterminent pas le désir sexuel, le comportement ou la responsabilité sexuelle. L'intérêt sexuel de la partenaire est un facteur plus important dans le désir que la testostérone (13).

1.3.2 Maladies chroniques et Médications

Le fonctionnement sexuel peut être altéré par des maladies chroniques et par certains médicaments ou actes chirurgicaux. Les maladies les plus fréquentes qui peuvent avoir un impact sur la sexualité incluent (14)(15) :

- Le diabète : qui peut affecter le bien-être ainsi que le fonctionnement physique et psychologique
- La dépression
- Le déconditionnement physique avec une baisse de la mobilité
- Le cancer de la prostate ou du sein
- Les maladies cardio-vasculaires telles que l'insuffisance cardiaque, l'AVC, l'infarctus du myocarde
- Les maladies pulmonaires telles que la BPCO et l'HTAP
- Les maladies neurologiques telles que les démences
- Les maladies urologiques telles que l'incontinence urinaire d'urgence, d'effort et mixte

Certains médicaments tels que les antihypertenseurs, les bêta-bloquants, la chimiothérapie, les antidépresseurs et la radiothérapie peuvent également altérer le bien-être sexuel (**annexe n°1**).

Toutes les maladies ou médicaments qui affectent directement les artères, le système nerveux central ou périphérique, la fonction musculo-squelettique et le système hormonal peuvent avoir un impact sur le bien-être sexuel. Par ailleurs, les effets secondaires des médicaments peuvent également entraîner des changements physiques et des fluctuations de l'état mental, ce qui peut affecter la sexualité de manière indirecte (14).

1.3.3 Maladies sexuellement transmissibles

Il est important de considérer les maladies sexuellement transmissibles (MST) dans la prise en charge de la sexualité des personnes âgées, car deux études récentes ont montré une augmentation des cas de MST chez les personnes de plus de 65 ans en Angleterre et aux États-Unis. Les MST les plus courantes chez les personnes âgées sont : le VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine), la syphilis (*Treponema pallidum*), le gonocoque (*Neisseria gonorrhoeae*) et le *Chlamydia trachomatis*.

Plusieurs éléments peuvent expliquer cette recrudescence des MST chez les personnes âgées (16)(17) :

- La stigmatisation de la sexualité chez les personnes âgées, ainsi que le manque de connaissances sur le sujet, tant du côté des patients que du côté des professionnels de la santé, limitent la prévention et le traitement.
- Les femmes ne se protègent plus car elles ne risquent plus de grossesse, tandis que les hommes n'y accordent pas plus d'attention.
- Les personnes divorcées ou veuves sont davantage concernées par les MST. Les MST peuvent également affecter la santé physique et mentale des personnes âgées. Il est donc important de prendre des mesures appropriées de prévention et de traitement.

1.3.4 Maisons de repos

Il est important de considérer que les consultations médicales peuvent avoir lieu dans différents environnements tels que le cabinet de médecine générale, le domicile ou les maisons de repos. En Belgique, on estime qu'il y a plus de 150 000 personnes institutionnalisées, dont environ 45 000 en Wallonie (18), ce qui souligne l'importance de se concentrer sur les institutions de soins. Afin de mieux comprendre l'environnement dans lequel se déroulent les consultations en maison de repos, une revue de la littérature a été réalisée en prenant en compte la perspective des résidents.

Bien que l'intérêt des résidents pour la sexualité soit modéré par rapport à d'autres sujets tels que l'appétit ou la mémoire, être en maison de repos peut imposer des barrières à l'expression de la sexualité (19). 60% estiment que vivre en maison de repos n'intervient pas dans leur sexualité tandis que 40% des personnes interrogées sont incapables d'identifier les barrières entravant leur sexualité. 20% des personnes interrogées disent que le fait d'être institutionnalisé empêche d'être sexuellement actif. La sexualité relève de l'ordre du privé,

mais malgré cela, certains résidents aimeraient en discuter avec le personnel de soins de santé. Leurs principales préoccupations concernent la confidentialité de leur vie sexuelle et la crainte que le personnel soignant ne reconnaisse pas cette dimension de leur vie (20). Plusieurs barrières sont également mises en évidence, telles que le manque d'intimité, la peur d'être découvert, la difficulté de trouver un partenaire sexuel et la stigmatisation de la sexualité chez les personnes âgées.

Cependant, le ressenti des résidents par rapport à la sexualité des congénères semble être positif (19). Plusieurs facteurs, tels que le statut marital, la confidentialité de la relation ou encore la méthode de séduction des personnes âgées, peuvent influencer, si le comportement des partenaires est considéré comme approprié. Il est également important de noter la présence d'une forme d'homophobie au sein des résidences pour personnes âgées ; certains résidents étant plus portés sur le jugement que le personnel de soins (19).

Concernant les résidents atteints de démence, ceux-ci peuvent être confrontés à des comportements sexuels inappropriés ou à des abus sexuels. Dans la plupart des cas, les interactions sont initiées par un homme à l'égard d'une personne de sexe opposé, bien qu'il puisse également se tourner vers une personne du même sexe, le personnel ou les visiteurs. Étant donné que les personnes atteintes de démence peuvent avoir du mal à donner un consentement éclairé pour les relations sexuelles, cela soulève des questions éthiques pour le personnel soignant qui peut être mal préparé pour gérer de telles situations (19)(20).

II. METHODOLOGIE

En tant que médecin généraliste, la première étape a été de sélectionner une problématique de soins de santé. Cette problématique est née de mon expérience professionnelle. Celle-ci m'a conduit à me poser des questions et à m'intéresser à la sexualité des personnes âgées, ainsi qu'à leur prise en charge en médecine générale. L'objectif de ma recherche est d'améliorer cette prise en charge en examinant les perceptions, les obstacles et les freins existants, et en proposant des perspectives d'amélioration pour résoudre les problèmes identifiés.

2.1 Recherche bibliographique

La recherche bibliographique s'est faite à partir des concepts choisis et présentés ci-dessous : Ces concepts ont permis d'établir un plan et de réaliser une recherche de littérature (non-exhaustive) à partir de celui-ci.

Tableau 1: Plan Concept

<u>Concept n°1</u>	<u>Concept n°2</u>	<u>Concept n°3</u>	<u>Concept n°4</u>
- Sexualité - Santé sexuelle - Comportement sexuel - Dysfonction sexuelle - Sexuality - Sexual behaviour - Sexual dysfunction - Sexual Health - Sexual activity	- Personne âgée - Personne sénile - Senior - Aged - Aged and over - Eldery - Older adults - Aging - Seniors	- Médecine générale - Médecin de famille - Médecin généraliste - Attitude du personnel soignant - General practice - General practitioners - Family practice - Physicians family - Attitude of health personnel	- Maison de repos - Maison de retraite - Nursing home residents - Home residents - Senior Center - Center Senior/ Centers for the Aged

Lors de cette recherche, aucune recommandation n'a été trouvée. De plus, aucune étude qualitative concernant ce sujet n'a été faite en Belgique. La recherche la plus exhaustive a été effectuée entre Janvier 2022 et Janvier 2023.

En outre, la question de recherche a été construite également selon la méthode « **PICO** » :

P: Sexualité de la personne âgée en Wallonie

I: Prise en charge du médecin généraliste

C: Absence de guidelines/ pas de prise en charge du médecin généraliste

O: Freins, obstacles dans la prise en charge du médecin généraliste , avec pour objectif : améliorer la santé sexuelle du patient

Ceci permettant d'établir la question de recherche : *Quelle est la prise en charge du médecin généraliste face à la sexualité des personnes âgées en Wallonie ? Freins, obstacles, perceptions du médecin et perspectives d'amélioration.*

A partir des mots-clés concepts présents, une recherche a été effectuée dans les bibliothèques suivantes : Pubmed, Embase, CISMef, Cochrane, TRIP Database, Cairn.info ainsi que le moteur de recherche Uptodate. A partir de ces recherches, l'abstract et/ou l'entièreté de 146 articles ont été analysés. Ensuite, les articles ayant contribué à ce TFE ont été sélectionnés selon les critères d'inclusion et critères d'exclusion de la recherche (**annexe n°2**), ainsi que de la pertinence de ceux-ci. De plus, le site de l'OMS, l'office belge de statistique (Statbel) ainsi que le site de la fédération des CPAS ont également été consultés.

2.2 Type d'étude

L'**étude qualitative** a retenu mon attention pour réaliser ce TFE. Cette étude qualitative a été réalisée sous forme d'entretiens semi-dirigés. Le choix de faire ces entretiens semi-dirigés, a permis de recueillir des informations autour de thèmes définis via le guide d'entretien.

Des informations précises sur l'attitude et la prise en charge de la sexualité des personnes âgées ont été recueillies auprès des participants, permettant ainsi de détecter les obstacles et les freins, et de proposer des solutions pour y remédier. Afin de permettre à chaque intervenant de s'exprimer librement sur ce sujet délicat, des entretiens individuels ont été privilégiés plutôt que des focus groups, évitant ainsi toute influence des autres médecins interviewés (21).

2.3 Stratégie d'échantillonnage

Afin de réaliser cette étude, les participants médecins généralistes ont été choisis en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques telles que leur âge, leur sexe, leur province et leur type de pratique médicale. Une variété de profils a été intentionnellement favorisée (21). De plus, les critères d'inclusion pour les médecins généralistes interviewés étaient : d'être actuellement en activité en Wallonie et de s'occuper de personnes âgées d'au moins 65 ans.

Les critères d'exclusion comprenaient : tout professionnel de la santé autre que médecin généraliste, tout médecin généraliste dont la pratique ne concernait pas les personnes âgées, ainsi que tout médecin généraliste non actif.

De plus, les assistants n'ont pas été inclus dans cette étude car ceux-ci sont en formation et liés au milieu universitaire. Ils peuvent donc se former dans ce domaine pendant leur assistantat.

2.4 Recrutement

Cette étude qualitative via des **entretiens semi-dirigés** a nécessité un recrutement de participants. Entre novembre 2022 et février 2023, 9 médecins généralistes ont été recrutés. Le recrutement des intervenants s'est fait par divers canaux : courriels électroniques, SMS, les contacts téléphoniques ainsi que le bouche-à-oreille. Antérieurement à l'interview, les modalités pratiques de l'interview et l'objectif de celle-ci sont explicitées à l'interviewé.

2.5 Guide d'entretien

Le questionnaire a été créé à partir de la lecture de la littérature ainsi que des questionnements discutés avec les collègues. Une première partie comprend l'enquête sociodémographique, la deuxième partie comprend des questions ouvertes, laissant la liberté dans leurs réponses, aux médecins participants. Des questions fermées sont posées pour approfondir certains éléments. L'entretien se termine par une question ouverte permettant d'établir de possibles perspectives d'amélioration. Le guide d'entretien est présent **en annexe n°3**.

2.6 Réalisation des entretiens

Toutes les interviews se sont déroulées en présentiel, au cabinet médical des médecins généralistes. L'ensemble des personnes interviewées a signé le formulaire de consentement au préalable de l'entretien. Un rappel succinct de l'objectif et de la question de recherche de cette étude a été effectué avant l'interview.

Lors d'une étude qualitative, une saturation des données est obtenue lorsque le dernier entretien n'apporte plus aucun élément nouveau par rapport au phénomène étudié. Au sein de ce TFE, nous ne sommes pas arrivés à une saturation des données. Le nombre total de participants est au nombre de 9 personnes : celui-ci étant limité par le temps de collecte, d'analyse et de retranscription des données. Les entretiens ont duré entre 35 minutes et 1 heure et 15 minutes avec pour moyenne 45 minutes. Toutes les discussions ont été enregistrées à l'aide d'un magnétophone et retranscrites entièrement et présentes dans un

dossier annexe. Ces enregistrements servant comme aide à la retranscription, ceux-ci seront effacés après la défense du TFE.

Des « notes de terrain » (**annexe n°4**) ont été prises concernant le déroulement de chaque interview permettant de remanier le guide d'entretien au fur et à mesure des interviews et cela, afin d'améliorer la pertinence des celles-ci .

2.7 Analyse des entretiens

Pour garantir la confidentialité des participants et protéger l'identité des médecins interrogés, j'ai choisi de les renommer avec les initiales "MG" pour "Médecin Généraliste", suivies du numéro correspondant à l'ordre chronologique des entretiens. Ainsi, les participants ont été identifiés sous les noms de "MG1, MG2, MG3, ...". Afin de m'imprégner des réponses des participants, une retranscription dactylographiée des entretiens a été réalisée personnellement.

Pour effectuer une analyse rigoureuse, j'ai réalisé une micro-analyse et élaboré des énoncés phénoménologiques (**annexe n°5**). Ensuite, j'ai procédé à des lectures répétées des entretiens pour préparer la conceptualisation. Enfin, j'ai mené une analyse descriptive pour identifier les thèmes clés du matériel et créer des catégories qui sont interconnectées (**annexe n°5**). J'ai regroupé les réponses **par catégories conceptualisantes**. Chacun des entretiens a été étudié en entier, en comparant les réponses fournies pour extraire les éléments pertinents.

2.8 Comité d'Ethique

Le Groupe d'Ethique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG) a mentionné que le sujet de mon TFE nécessitait la soumission d'un dossier au comité d'éthique. Ce travail a été soumis au comité d'éthique le 13 octobre 2022 et a été accepté par voie électronique par le GEIMG le 07 novembre 2022 (**annexe n°6**).

2.9 Conflits d'intérêts

Mon promoteur, le docteur Nicolas Henriët, et moi-même, n'avons pas noté de conflit d'intérêt à déclarer.

III. RESULTATS

Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants

Au total, 9 médecins généralistes ont accepté de participer à l'interview. Parmi les 9 médecins généralistes interrogés, il y a 5 hommes et 4 femmes, âgés entre 27 à 68 ans, exerçant tous en région Wallonne. Les caractéristiques de ces médecins sont reprises dans le tableau ci-dessous :

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants

	Genre	Tranche d'âge (ans)	Expérience (ans)	Province	Milieu	Pratique	Activité(s) Complémentaire(s)
MG1	Fê	36-45 ans	7 ans	Hainaut	Semi-rurale	Association médicale	ONE
MG2	Fê	25-35 ans	4 ans	Brabant Wallon	Semi-rurale	Association médicale	/
MG3	Hô	>55 ans	35 ans	Luxembourg	Rurale	Maison Médicale	Addictologie : Alcool et Toxicomanie
MG4	Hô	25-35 ans	4 ans	Luxembourg	Rurale	Maison Médicale	ONE
MG5	Fê	36-45 ans	11 ans	Liège	Semi-rurale	Maison Médicale	Médecine du sport et Nutrition ONE Formation en échographie
MG6	Hô	46-55 ans	25 ans	Liège	Urbain	Association médicale	Enseignement universitaire Formation en Ostéopathie
MG7	Hô	>55 ans	39 ans	Namur	Urbain	Maison Médicale	Planning Familial Formation en psychologie des adolescents Thérapie Familiale et Systémique
MG8	Hô	36-45 ans	17 ans	Hainaut	Urbain	Maison Médicale	ONE Coordinateur d'un centre pour personnes handicapées
MG9	Fê	>55 ans	30 ans	Brabant Wallon	Urbain	Solo	/

Les résultats présentés ci-dessous ont été analysés par catégories conceptualisantes. Les extraits d'interviews (*MG1 à MG9*) ont servi de fondement à la réflexion et serviront également de base pour la discussion. Ces extraits sont repris ci-dessous *en italique* afin d'illustrer les résultats. Pour représenter les résultats, le choix s'est porté sur une métaphore d'une randonnée en montagne. Cette métaphore permet de mieux comprendre les obstacles rencontrés et de les étayer de manière pertinente. Le parcours de randonnée inclura la préparation de l'itinéraire afin d'éviter les zones difficiles, l'ascension, la descente, et enfin la ligne d'arrivée.

3.1 Généralités

3.1.1 Conception de la sexualité

La sexualité peut être définie de manière différente selon les médecins généralistes interviewés. Il existe un continuum entre les différentes représentations de la sexualité.

Certains considérant que la sexualité est définie par un rapport sexuel avec acte de pénétration ou encore un rapport intime incluant les organes génitaux.

- *MG2 : « Pour moi le rapport sexuel, ce sont les préliminaires. Cela commence déjà rien qu'avec les préliminaires et ensuite, pas spécialement la pénétration, mais en tout cas certains attouchements entre les deux personnes âgées. »*
- *MG4 : « Faut vraiment qu'il y ait « déshabillage » sinon je considère plus ça comme de l'amitié proche. »*

Tandis que d'autres ont une approche globale de celle-ci , y incluant les caresses, les baisers ou encore le désir :

- *MG7 : « J'ai envie de dire qu'il y a en premier lieu la question de l'attirance et du désir si vous voulez, qui ne préjuge pas des actes qui vont être posés mais qui préjuge un peu de l'envie d'avoir une relation intime, physique avec quelqu'un, que ce soit de l'autre sexe ou du même sexe (...). Ensuite, moi j'ai une vision pas très réduite de ce que peut être la sexualité. »*
- *MG8 : « C'est plutôt la vie affective, donc ça dépasse complètement l'acte. »*

3.2 Préparer l'itinéraire afin d'éviter les zones difficiles

Lorsque nous randonnons en montagne, il est nécessaire de préparer cette randonnée avec un plan de route. En effet, on peut sur le chemin , être confronté à des zones difficiles. Nous choisissons parfois de les éviter pour des raisons de sécurité ou de confort ou par manque de temps. De la même façon, certains médecins peuvent éviter d'aborder le sujet de la sexualité avec leurs patients âgés et cela, pour plusieurs raisons.

3.2.1 Silence : rempart qui nous protège de la gêne et de l'embarras

Les professionnels de la santé soulignent que la discussion de la sexualité avec les patients peut être source de malaise, tant pour le personnel soignant que pour le patient.

3.2.1.1 Reconnaître l'inconfort du patient

La plupart des médecins témoignent de la gêne que peut occasionner le fait d'évoquer la sexualité en consultation. Une fois le sujet abordé, les patients peuvent être inconfortables lorsque l'on se réfère à leur sexualité et donc à leur intimité. Tout en suggérant que la question de la sexualité chez les personnes âgées devrait être abordée comme tout autre sujet de santé, les médecins mentionnent que certains seniors peuvent ne pas être disposés à discuter de cela.

- *MG2 : « Et c'était une crème que tu utilises pour avoir des érections mais je ne saurais même plus te sortir le nom. Et j'ai vu la gêne, quand j'ai posé la question qui est montée au visage des deux. Le monsieur et son épouse. »*
- *MG7 : « Vous savez, le statut de la sexualité dans la société, c'est inhérent à la culture. Et donc, par exemple, on a beaucoup évolué sur l'acceptation de l'homosexualité, des choses comme ça. Je pense que la sexualité des personnes âgées est encore un sujet autour duquel il y a une certaine gêne et une certaine pudeur à parler au sein de la société. »*
- *MG9 : « Comme on parlerait d'un dépistage de cancer du sein ou cancer du côlon, on devrait parler du thème de la sexualité chez la personne plus âgée. Ça peut être compliqué parce qu'ils ne veulent pas forcément parler des sujets comme ça, la porte est fermée. »*

3.2.1.2 Prendre en considération l'inconfort du médecin

Les médecins soulèvent que ce sujet peut engendrer de l'inconfort et une gêne de leur part. Ce sujet pouvant être considéré comme « sensible » peut générer la crainte d'être intrusif. Le respect de l'intimité de l'autre et la pudeur sont également évoqués.

- *MG2 : « J'étais gênée parce que je me suis dit : « mince, j'ai abordé un sujet dont il ne voulait pas spécialement parler et qu'il pensait que ça allait passer » (elle grimace) (...) Mais, je n'ai jamais parlé des risques parce que je n'ose pas parler, de savoir ce qu'ils font exactement. »*
- *MG8 : « Je ne l'aborde pas spontanément, c'est sans doute parce que j'estime que c'est un peu intrusif et que si on n'en parle pas, c'est que les gens aiment bien ne pas m'en parler. »*

3.2.1.3 Manque de formation : barrière à la communication

Les médecins interrogés émettent le fait que la sexualité est peu abordée en consultation. En cause : un manque d'informations et de compétences dans ce domaine. Par ailleurs, un manque de légitimité en tant que médecin généraliste est également cité.

- *MG1 : « J'initie pas tellement. Je pense que c'est parce que je ne suis pas assez informée sur ce sujet. »*
- *MG4 : « Je suis mal à l'aise au niveau compétences (...) parce que comme je disais je ne me sens pas légitime (...) Comme je n'ai pas les compétences je ne me vois pas leur dire : « revenez en consultation » (...) Je me base très fort sur ce que je me souviens de mes cours. Je ne vais pas plus loin, forcément, mais dans les deux cas, ma prise en charge n'est pas exceptionnelle. C'est donc en lien avec les compétences. C'est pas voulu, c'est juste un problème de formation. »*

3.2.1.4 Prioriser son temps

Le temps est évoqué comme obstacle à la prise en charge. Certains estiment que la priorité est donnée à d'autres aspects de la santé. D'autres reconnaissent le temps comme facteur limitant, préférant répondre aux demandes des patients, et non à initier la discussion autour de ce sujet.

- *MG5 : « Je pense que c'est plus une question de temps et que dans la priorisation de prise en charge sans doute, cette santé sexuelle prend une moindre place que la santé cardiovasculaire. »*
- *MG8 : « Il y a sans doute une mauvaise réponse : c'est le temps sans doute qui me manque et je réponds à la demande de la personne qui est en face de moi. »*

3.2.1.5 La sexualité vue comme un jardin secret

Les médecins expriment la difficulté d'aborder le sujet de la sexualité avec leurs patients âgés en raison de la notion taboue du sujet. Certains patients peuvent se sentir offusqués, tandis que d'autres sont ouverts à en parler, mais il y a également ceux qui gardent leur sexualité comme un jardin secret, même si cela peut avoir des conséquences négatives sur leur bien-être.

- *MG4 : « Ca fait aussi partie des personnes qui sont complètement ouvertes à en parler et ceux qui vont garder ça comme un jardin secret, même parfois au prix de voir leur jardin faner et mourir. »*

3.3 Marche en montée

Pendant la randonnée, nous rencontrons des montées : un parcours difficile qui nécessite de surmonter des obstacles. S'adapter à l'environnement et aux conditions changeantes est primordial, tout en respectant les limites de chaque individu. Tout comme lors d'une marche en montée, des obstacles peuvent être présents sur le chemin de la consultation : obstacles culturels et sociaux, croyances erronées et préjugés. Ceux-ci pouvant masquer la bonne collaboration patient-médecin.

3.3.1 Influence de la société dans laquelle on vit

La société dans laquelle nous vivons peut avoir une influence importante sur la sexualité des personnes âgées. Des facteurs tels que la famille, la religion, la culture et normes sociales peuvent tous jouer un rôle dans la manière dont le sujet est abordé.

3.3.1.1 Se référer à sa propre sexualité

Les médecins généralistes peuvent se référer à leur propre expérience en matière de sexualité pour mieux comprendre et aider leurs patients. Certains d'entre eux estiment que l'expérience personnelle les aide à mieux appréhender les questions de santé sexuelle de leurs patients. Au contraire, le manque d'expérience rend plus difficile la prise en charge des seniors.

- *MG2 : « Parce que honnêtement, comme je te disais tout à l'heure, j'en parle beaucoup plus facilement avec un patient de jeune âge parce que je sais ce qu'il en est. »*

L'importance de la formation personnelle et de la réflexion sur sa propre vie sexuelle permet d'utiliser sa propre expérience pour aborder ce sujet.

- *MG6 : « Et, comme je suis à une étape de ma vie où je suis juste dans le wagon qui les précède ou qui les suit, je ne peux pas m'empêcher de m'identifier beaucoup plus. Et, donc c'est clair que je vais beaucoup plus aborder certaines choses maintenant. Ouais, c'est un peu con hein (il rigole) ? Parce que bon : si on doit s'identifier à nos patients pour pouvoir bien les traiter, on est mal barré. »*
- *MG7 : « Je pense qu'avec l'âge, on est plus au clair avec son propre rapport à la sexualité. Et que donc, ça aide dans la relation avec les patients. Malgré tout, on a vécu soi-même une vie sexuelle et on y a réfléchi et parfois, on s'est formé, etc. »*

3.3.1.2 Culture familiale : terre de discussion ou pas ?

Alors que la sexualité est omniprésente dans les médias, la religion et la culture familiale peuvent influencer son approche.

- *MG7 : « Et donc dans l'entourage, ça dépend à mon avis très fort de la culture familiale qui est plus ou moins sensibilisée à la sexualité. D'abord : est-ce qu'on parle de sexualité dans la famille ou pas ? Et ensuite ? Quel statut a la personne âgée dans la famille ? (...) C'est un paradoxe de notre société, c'est que le sexe est présent partout dans les médias (etc) mais par rapport à la personne elle-même, ça reste un sujet où les gens sont assez pudiques. »*
- *MG9 : « Il y a encore de la religion aussi qui empêche d'en parler. La religion du patient même. »*

3.3.1.3 Relation thérapeutique

L'expérience mais surtout la relation thérapeutique se créant au fil du temps, les patients peuvent se sentir gênés ou hésitants à aborder des problèmes sexuels avec des médecins plus jeunes.

- *MG2 : « Parce que déjà moi, je suis fort jeune. Donc, il y a certains patients hommes qui ressentent je pense, une certaine gêne de m'en parler. Parce que c'est un problème de leur côté, un blocage. (...) Qu'avec une personne plus âgée qui déjà, elle a du mal à venir m'en parler. Et donc, c'est vrai que l'âge du patient, déjà, ça joue énormément. »*

Cependant, à mesure que les médecins vieillissent et que la relation thérapeutique évolue, les médecins sentent que les patients peuvent être plus enclins à leur parler de leurs problèmes sexuels.

- *MG3 : « En tous les cas, peut-être qu'au début, quand j'étais plus jeune docteur, mais on en parlait moins parce qu'on n'avait pas de solution non plus, donc je pense que c'était plus gênant pour une personne âgée de parler à un jeune docteur d'une problématique sexuelle. Maintenant, étant donné mon âge, je pense que les gens ont moins peur et je pense qu'ils me connaissent. »*

De plus, les patients âgés peuvent être plus à l'aise pour aborder des sujets sexuels avec des médecins de leur âge ou plus âgés, avec qui ils peuvent se sentir plus en confiance.

- *MG4 : « Je suis trop jeune, du coup les personnes n'aiment pas trop m'en parler. Je suis amené à prescrire beaucoup moins de traitements ou même de parler de ça « en mode conseils » avec des patients de la cinquantaine, soixantaine que mon collègue, qui a 60 ans et avec qui les hommes sont probablement plus ouverts. »*

3.3.2 Croyances erronées

Certains médecins et patients peuvent avoir des croyances erronées sur la sexualité des personnes âgées que ce soit en termes de besoins, désirs et maladies. Ce qui a des conséquences sur le dépistage et la prévention.

3.3.2.1 MST : préjugés et stigmates

La plupart des médecins soulignent les fausses croyances que les patients et eux-mêmes peuvent avoir. En effet, il est plus probable que l'on recommande un dépistage des MST aux patients homosexuels célibataires de plus de 65 ans en raison de leur risque potentiellement plus élevé de partenaires multiples, par rapport à une personne âgée résidant dans une maison de repos. Par ailleurs, les personnes âgées elles-mêmes se considèrent moins à risque d'attraper une MST.

- *MG6 : « Si tu me demandais par exemple sur le dépistage MST, si j'ai des patients homosexuels célibataires de plus de 65 ans, j'aurais tendance à plus vite proposer un*

dépistage MST parce que ça reste un milieu qui est un peu plus « ouvert » et où le risque de partenaires multiples me semble un peu plus grand. »

- *MG7 : « Mais ils pensent que ça arrive peut-être aux autres et aux plus jeunes, mais pas forcément à eux en tant que personnes âgées qui multiplient peut-être les partenaires ou vont voir les prostituées. »*

Le dépistage des MST se fait donc le plus souvent chez les jeunes patients car les personnes âgées auraient une vie sexuelle présumée plus stable.

- *MG8 : « Oui, je dépiste plus les « MST » chez les jeunes que chez les personnes âgées. Parce que de nouveau, je m'imagine qu'ils ont une vie plus stable. »*

3.3.2.2 Dépistage : portes d'entrée difficile

La plupart des médecins mentionnent les opportunités limitées pour aborder ce sujet. Une des possibilités d'initier la conversation chez l'homme se fait par le dosage du PSA. Cependant, chez les femmes, cette initiation est plus difficile en raison de la diminution des dépistages du cancer du sein et de l'utérus après 65 ans.

- *MG1 : « Après, j'essaie chaque fois de demander par des choses plus simples. Donc, je parle du PSA : je demande : « est-ce qu'il n'y a pas de diminution au niveau de la miction, de la diminution au niveau du jet ? ». Je demande : « est-ce que vous avez encore des érections matinales ? ». »*
- *MG5 : « Après, je pense que oui, il y a cette croyance que le vieillissement physiologique est tout à fait parallèle à la diminution de l'activité physique, autant du côté du médecin que du côté du patient (...). Donc, c'est vrai que je trouve que les dépistages avant 65 ans sont vraiment une belle porte ouverte pour parler sexualité et rapports. Tandis que c'est vrai qu'on perd un peu ce fil de dépistage après septante ans. Donc, c'est peut-être une porte moins ouverte à la discussion. »*

3.3.3 Les hommes viennent de Mars, les femmes de Vénus

Il peut exister différents modes de communication, comportements et attentes entre l'homme et la femme.

3.3.3.1 Tropisme psy ou mécanique

En matière de communication, les patientes femmes ont tendance à ne pas oser parler de leurs problèmes sexuels ou à accorder une plus grande importance à l'aspect psychologique

de leur situation, tandis que les hommes ont souvent moins de difficultés à exprimer leurs préoccupations, en particulier en ce qui concerne leurs troubles érectiles qui peuvent altérer leur sentiment de virilité.

- *MG1 : « Je crois que oui : « je n'ai plus d'érection, c'est la catastrophe et je ne suis plus vraiment un homme ». J'ai cette sensation-là, mais la dame n'ose pas vraiment en parler. »*
- *MG3 : « Il y a quand même beaucoup dans l'explication du phénomène des effets secondaires, pour un peu rassurer aussi le patient que ça ne vient peut-être pas de son corps, mais que c'est un effet iatrogène. Donc là, la prise en charge sera plutôt psychologique et orale. Tandis que si ça ressemble plus à un dysfonctionnement mécanique, par exemple pour l'érection chez l'homme. »*
- *MG9 : « Je pense qu'une femme, si c'est un problème relationnel, elle aura des facilités pour demander et avoir de l'aide près d'une psychologue et elle est vraiment toujours d'accord pour faire une thérapie de couple. Chez l'homme, la thérapie de couple, une fois sur deux, il n'accepte pas. »*

3.3.3.2 Le genre compte

Le genre influence grandement la demande ou non-demande du patient envers le médecin généraliste.

- *MG2 : « Les femmes, elles m'en parlent sans problème qu'à partir de la ménopause, elles ont une sécheresse, des difficultés, des douleurs. Il y a beaucoup moins de tabous, je trouve avec les femmes qu'avec les hommes. »*
- *MG6 : « J'ai très peu de demandes gynéco, entre autres parce que je suis un mec. Par contre, mes collègues filles qui travaillent au cabinet avec moi, on travaille dans un cabinet de groupe où on est grosso modo 50/50. Elles font beaucoup de gynéco et ont beaucoup de demandes gynéco. »*
- *MG8 : « J'initie moins souvent, parce que les femmes vont moins chez moi. Parce que dans mon cabinet, il y a cinq femmes et un homme. Et donc, elles ont plutôt tendance à aller chez les cinq femmes plutôt que chez l'homme pour leur problème de ménopause. »*

3.4 Marche en descente

Descendre une montagne peut paraître plus simple que la montée, mais cela peut également être dangereux si l'on ne reste pas vigilant. Lorsqu'on s'engage dans une descente en montagne, il est fréquent de se concentrer sur la pente escarpée et de négliger les autres

aspects de l'environnement. De même, aborder la sexualité avec les patients âgés peut être une tâche potentiellement délicate pour le médecin généraliste en risquant de réduire cette sexualité à sa dimension biologique. Tout comme une personne qui marche en descente risque de perdre de vue les autres aspects de son environnement ; une prise en charge de la sexualité doit tenir compte des aspects psychologiques, relationnels et sociaux afin d'obtenir une bonne compréhension du sujet.

3.4.1 Réduire la sexualité à sa dimension biologique

La sexualité est souvent mise en évidence en se concentrant sur ses aspects physiques et physiologiques, laissant dans l'ombre les dimensions psychologiques, émotionnelles et sociales qui y sont liées.

3.4.1.1 La médication au centre de la prise en charge

La médication est souvent privilégiée dans la prise en charge des patients, comme l'illustre notamment la tendance des médecins à prescrire des médicaments pour les troubles érectiles. Ceux-ci demandent souvent « la petite pilule ». Quant aux femmes, les crèmes et les ovules sont généralement les premiers traitements proposés.

- *MG1 : « Après c'est vrai que tout ce qui est tendresse etc, c'est plus d'un point de vue psychologique, d'un point de vue plus médical, ça a moins son sens. Nous, en tout cas, on nous interpelle moins là-dessus. »*
- *MG2 : « Du coup, chez les femmes, c'est plutôt une dyspareunie, une sécheresse vaginale et c'est très embêtant au niveau des rapports sexuels. Donc là, j'essaie de les aider avec des crèmes ou avec des ovules pour essayer de que ce soit moins douloureux. »*
- *MG4 : « C'est un peu ma petite gêne, mais autant quand quelqu'un vient pour un problème d'insomnie, je ne cède pas à la « benzo », autant quand un homme vient avec un problème d'impuissance, de troubles érectiles, je cède avec un petit discours associé. Je cède vachement plus facilement aux médicaments. »*
- *MG8 : « Ce sont les troubles érectiles chez l'homme et ce sont des consultations où ils me demandent la petite pilule. Et, quand tu commences à signaler que cela peut aussi être associé à des troubles cardio-vasculaires et que ça vaut la peine de faire une visite chez le cardio en même temps. Ils ne réagissent pas ou à la limite, ils disent « oui, oui » ».*

3.4.1.2 Les conséquences néfastes : décider d'en parler ?

Les effets secondaires des maladies chroniques et des médicaments sur la sexualité sont souvent passés sous silence, lors des consultations médicales.

- *MG5 : « Ceci dit, si j'ai un patient qui a juste de l'arthrose, c'est vrai que je ne lui poserai peut-être pas la question. Quand le patient qui a de l'arthrose et en même temps du diabète, je lui poserai sans doute plus la question, j'ouvrirai plus cette porte au niveau de la santé sexuelle. »*

D'autres n'en parlent pas, sauf si le patient montre une demande non exprimée. Dans ce cas, il est important de répondre aux questions du patient.

- *MG6 : « De nouveau, même si on devrait le faire systématiquement en cas de diabète, en cas de décompensation cardiaque, c'est vrai que ce n'est pas nécessairement une question que j'aborde en direct en leur demandant si cela a une incidence sur leur sexualité? Ça m'arrive parfois de le faire quand je sens qu'il y a une ambiance propice avec une espèce de demande non exprimée, comme on peut parfois le ressentir de la part des patients. »*

Bien que la majorité des médecins interrogés soit d'avis que c'est de la responsabilité du médecin de signaler et d'aborder les effets secondaires des pathologies et des traitements sur la sexualité avec les patients.

- *MG7 : « Si la pathologie ou le traitement peut avoir des effets secondaires sur la sexualité, j'essaie quand même de le signaler et d'en parler afin de répondre aux questions des patients. Cela me paraît vraiment une responsabilité importante. Sur le plan du médecin, oui. »*

3.4.1.3 Spécialistes : partenaires de soutien

Une première évaluation est réalisée généralement par les médecins généralistes. Ceux-ci se tournent vers un spécialiste, comme un(e) urologue ou un(e) gynécologue pour un examen plus approfondi. Plus rarement un(e) sexologue. Les médecins généralistes travaillent généralement en étroite collaboration avec les spécialistes.

- *MG3 : « Mais l'avis du spécialiste, souvent c'est l'urologue, ça peut être pris dans un deuxième temps, quand on arrive un peu à la limite de nos possibilités, bien qu'il n'y ait souvent pas de solution, non plus chez l'urologue. C'est plus une question de vérifier s'il n'y a pas une cause éventuelle et de supprimer éventuellement des médicaments ou changer des médicaments. »*

- *MG6: « Chez les dames, on sera plutôt là aussi sur une exploration hormonale et éventuellement le fait de référer vers un gynécologue. Et donc là, ce n'est pas moi qui vais faire l'examen puisque je ne fais déjà pas de petite gynéco d'habitude, donc je réfère. »*

3.4.1.4 Que reste-t-il de la plainte initiale ...

Dans certains cas, les médecins généralistes réfèrent leurs patients à des spécialistes pour une évaluation plus approfondie. Cependant, il n'y a pas toujours de suivi systématique de la part des médecins après cette référence.

- *MG1 : « S'il y a des plaintes plutôt communes, j'ai déjà eu un couple qui disait que monsieur était fort demandeur et madame n'avait plus du tout de libido. Je les ai renvoyés chez la sexologue. Sont-ils allés ? Je n'en sais rien. »*
- *MG2 : « Et puis, une fois qu'ils en ont parlé, après ils n'en parlent plus de toute façon parce qu' on en a parlé une fois et du coup, on sait quel était le problème et je prescris juste.*

3.5 Arrivée : Répit bien mérité et/ou second souffle ?

La sexualité en maison de repos et la fin de la randonnée sont deux moments où la diversité des expériences individuelles doit être respectée. Certains randonneurs peuvent continuer à explorer de nouveaux itinéraires et à pousser leurs limites physiques, certains résidents en maison de repos peuvent continuer à vivre leur sexualité de manière active. Cependant, il existe également des randonneurs qui choisissent de se reposer après une randonnée comme il existe des résidents qui ont besoin de se retirer de la vie sexuelle active.

3.5.1 Lieu de vie

3.5.1.1 Autonomie en diminution

L'autonomie en maison de repos est un changement pris en compte par le médecin généraliste. La priorité ne se situant pas au niveau de la sexualité, mais sur des besoins de base tels que la nourriture et l'hygiène personnelle. Les patients en maison de repos peuvent avoir une diminution de leur autonomie, ce qui peut conduire à des problèmes de santé liés à la mobilité, à la cognition et à l'humeur. En outre, ceux-ci reconnaissent que l'environnement de la maison de repos peut avoir un impact sur l'intimité des patients.

- *MG3 : « La sexualité n'est pas forcément la priorité. C'est plutôt de savoir ce qu'ils vont manger à 12 h ou s'ils ont bien été à la toilette. »*

- *MG5 : « C'est la perte d'intimité du patient. Puis comme je disais, autant dans son espace que par rapport à son corps lui-même, beaucoup de patients sont lavés par des infirmières, donc déjà, ils sont un peu « dépossédés » de leur corps. »*
- *MG8 : « Je pense que je n'ai pas abordé ça avec les patients en maison de repos parce que ce n'est pas tellement mis en avant. Ce sont souvent des patients isolés pour lesquels je n'imagine pas une vie sexuelle complètement épanouie. Ça c'est un fait. »*

3.5.2 Organisation

3.5.2.1 Où se déroule la consultation

L'organisation de la consultation est l'élément prédominant à prendre en compte au sein d'une consultation en maison de repos. L'environnement doit favoriser la confidentialité et le confort du patient. Certains médecins trouvent qu'il est possible de créer un climat propice en s'isolant avec le patient.

- *MG6 : « On peut rendre propice le lieu de consultation. Le tout, c'est d'avoir une certaine confidentialité. De nouveau, si le patient est bien orienté, je trouve qu'il y a quand même moyen de s'isoler et de demander d'être seul à seul avec celui-ci. Je trouve qu'il y a moyen de créer un climat propice. »*

D'autres considèrent qu'il peut parfois être difficile à organiser en raison de l'emplacement du patient, au sein de la maison de repos.

- *MG9 : « Si les personnes sont dans leur chambre, à ce moment-là, on a vraiment toutes les facilités pour parler aussi, pour sentir comment ils se sentent là-bas. Mais, parfois c'est compliqué ; parfois, ils sont dans les salles communes et franchement, les porter jusqu'au deuxième étage, c'est compliqué. »*

3.5.2.2 Confidentialité : équilibre toute en délicatesse

Les médecins généralistes sont confrontés à un équilibre délicat entre la confidentialité et la nécessité de travailler en collaboration avec le personnel soignant. Certains patients souhaitent que leur traitement reste secret et ne soit pas divulgué aux infirmières. Cela rend difficile la collaboration entre le personnel soignant présent chaque jour dans la maison de repos et le médecin venant de temps à autre en visite. Le dialogue entre le personnel paramédical et les médecins peut être semé d'embûches également, lorsque certains comportements inappropriés de patients subsistent .

- *MG2 : « Déjà le patient, il n'a pas voulu que je dise que j'avais prescrit du Spedra®, donc il a dit : « vous ne le dites pas aux infirmières ». J'ai dû faire l'ordonnance papier. Donc, c'est très secret. »*
- *MG5 : « Donc sinon, la plupart du temps, on va plutôt avoir une infirmière qui va décrire un comportement inapproprié par rapport à un patient qui se dévêtit par exemple devant quelqu'un ou qui se trouve dans la chambre de quelqu'un d'autre. »*

Certains médecins mettent en avant l'importance de la compassion et de l'empathie envers les patients lorsqu'il s'agit de leur intimité, le personnel soignant jouant également un rôle essentiel dans la préservation de la dignité et de la confidentialité du patient.

- *MG6 : « Concernant le personnel, je trouve qu'il y a quand même une belle compassion vis-à-vis de cela. Il faut qu'on s'identifie et qu'on se dise que peut-être un jour, on aura aussi peut-être envie d'avoir un tout petit peu d'intimité et qu'on sera peut-être dans la chambre 48 et qu'on espère qu'à ce moment-là, on respectera la chambre 48. »*

3.5.2.3 Chambres : entre infantilisation et liberté, comment trouver l'équilibre?

Les médecins généralistes sont conscients du délicat équilibre à trouver entre la préservation de l'intimité et de la dignité des patients en maison de repos, tout en permettant une certaine liberté. Certaines mesures peuvent être infantilisantes, comme les portes des chambres qui ne ferment pas à clé, obligeant les patients à annoncer leur envie de câlins aux infirmières.

- *MG6 : « Entre les portes qui ne ferment pas à clé et heureusement qu'elles ne ferment pas à clé, parce que ça génère d'autres problèmes. Certains devaient annoncer presque aux infirmières qu'ils avaient envie de faire un câlin et donc je trouve que c'est totalement infantilisant. »*
- *MG8 : « Une vie sexuelle tout seul dans son lit, c'est quand même fort limité, hein? Parce que ce sont des chambres séparées, des chambres à un lit. Quelles sont les limites physiques liées à l'âge? Parce que c'est vrai que la fin de vie secrètement en maison de repos peut apporter une sexualité débridée. C'est un peu un état de fait. »*

3.5.3 Consentement

3.5.3.1 Savoir gérer le consentement

Les médecins interrogés soulignent la complexité de reconnaître la présence ou non de consentement entre deux personnes lorsqu'il s'agit d'actes sexuels entre personnes âgées en

maison de repos. Cette question est un enjeu important car l'absence de consentement peut avoir des conséquences importantes telles que la transmission de maladies sexuellement transmissibles et des problèmes juridiques impliquant les familles et les avocats. La clarification du consentement et la gestion de comportements inappropriés représentent des défis importants pour les professionnels de la santé travaillant dans ce contexte.

- *MG2 : « Le consentement, parce que j'ai pas l'impression que c'est toujours clair entre les deux personnes qui veulent entreprendre des actes sexuels. Donc le consentement, et puis peut-être les risques qu'ils encourent. Parce que mine de rien, il y a certaines personnes âgées qui peuvent avoir des rapports sexuels avec différentes personnes, que ce soit en home ou en dehors. »*
- *MG4 : « Mais, j'ai eu une expérience un peu particulière justement dans une maison de repos avec un monsieur qui a été surpris en train d'embrasser une dame totalement démente avec les mains dans la culotte. Cela a été très, très mal pris. Et là, ça a été vraiment une situation très compliquée à gérer parce que finalement, cela a pris une ampleur folle, avec convocation des familles et avocats. »*

3.6 Perspectives d'amélioration

Au cours des discussions, les praticiens ont eu l'occasion de réfléchir à des moyens d'améliorer la prise en charge de la sexualité des personnes âgées en médecine générale. De plus, des pistes ont émergé au fil de leurs témoignages, en se basant sur leur propre expérience.

3.6.1 Sensibilisation du médecin traitant

3.6.1.1 Formations

Les médecins interrogés soulignent l'importance de la formation dans ce domaine, notamment en ce qui concerne les traitements. Une formation avec une sexologue permet par exemple d'acquérir des connaissances et des compétences spécifiques. La nécessité d'avoir une formation continue pour les professionnels de santé est évoqué et cela, afin de mieux comprendre les enjeux liés à la sexualité des personnes âgées en maison de repos.

- *MG1 : « Par contre, en terme de traitements, on avait eu une formation dans nos GLEM, on avait eu une formation avec une sexologue et donc cela, je trouve ça super bien. »*
- *MG2 : « Parce que moi j'aime bien les e-learning. Je participe à beaucoup de webinaire, mais si je voyais un webinaire sur « comment prendre en charge la sexualité des personnes âgées », je m'y inscrirais volontiers. »*

3.6.1.2 L'expérience au fil du temps

Les expériences, au fil du temps, semblent jouer un rôle clé dans le développement de l'aisance des soignants à aborder la sexualité des patients âgés et à développer ses compétences. Cependant, il est important de souligner que l'expérience seule ne suffit pas, et que la formation via la lecture d'articles par exemple est mentionnée.

- *MG4 : « Et là, j'avoue que je me suis bien renseigné sur la prise en charge de la baisse de libido, etc. Ça m'avait intéressé, j'avais lu un article là-dessus, donc j'étais vachement plus à l'aise d'en discuter avec elle et j'avais des propositions à leur faire qui parfois ont été prises, parfois pas. »*
- *MG6 : « Je suis beaucoup plus à l'aise avec les garçons car au cours de mon parcours, j'ai pu acquérir des compétences, au fur et à mesure du temps. C'est clairement ça. »*

3.6.1.3 Aides à la consultation

De nombreux médecins désirent disposer de recommandations pouvant aider à la consultation. Parmi les demandes d'aide, ceux-ci émettent surtout : de connaître les différentes approches permettant d'évoquer ce sujet, d'avoir des bases théoriques concernant les dépistages des MST, effets secondaires des médicaments ainsi que les maladies pouvant impacter la sexualité.

- *MG6 : « Peut-être une checklist avec des « choses physiologiques qui vaudraient la peine d'être screenées ». Voilà, peut-être, connaître les différentes approches ou petits trucs pour aborder le sujet de manière élégante sans mettre les pieds dans le plat. »*

3.6.2 Reconnaissance de la société en évolution

Les médecins semblent conscients que la société est en constante évolution et que les mentalités changent. Ceux-ci expriment que la vie sexuelle chez les personnes âgées deviendra moins taboue et donc plus riche que celle de la génération précédente. Les médecins généralistes plus âgés soulignent également cette évolution en notant que la génération actuelle de plus de 65 ans a grandi dans une période beaucoup plus libérée sur le plan sexuel, grâce à la révolution sexuelle des années 60. Cette transformation sociétale est donc un facteur clé à prendre en compte dans le futur afin de s'adapter à leur réalité et à leurs besoins spécifiques.

- *MG1 : « De plus, je crois que la population évolue et ça deviendra moins tabou. Et donc, peut-être que la vie sexuelle chez les personnes plus âgées va être plus riche que celle de la génération précédente. »*
- *MG3 : « Les gens qui ont plus de 65 ans, mais on commence à être dans une période qui est beaucoup plus libérée au niveau sexuel, avec tout ce qui s'est passé dans les années 60. Je pense que c'est une révolution sexuelle dont la génération arrive pratiquement à 65 ans maintenant, entre 65 et 70 ans. »*

3.6.3 Sensibilisation des patients

Des campagnes de sensibilisations des patients sont également soulignées comme pistes d'amélioration. Cela pourrait se faire par le biais de formations organisées dans les maisons de repos et par la diffusion de flyers, afin d'encourager les personnes âgées à s'ouvrir sur ce sujet.

- *MG2 : « Tu pourrais même faire des formations dans les maisons de repos et après faire un flyer par rapport à ça en disant que ça ne devrait pas être un sujet tabou et ça permettrait aux personnes âgées de s'ouvrir elles aussi.*
- *MG8 : « Donc, c'est peut-être effectivement mettre des « flyers » dans la salle d'attente qui expliquent qu'on peut en parler. Avoir peut-être des campagnes qui expliquent un peu c'est quoi les différents troubles de la sexualité fréquents qu'on rencontre et à qui ils peuvent s'adresser. »*

3.6.4 Organisation

3.6.4.1 Travail en groupe : possible solution

La pratique de groupe pourrait être une piste de solution intéressante pour aider les patients à se sentir plus à l'aise en parlant de leur sexualité. Les femmes auraient souvent tendance à parler à des personnes du même sexe, tandis que les hommes seraient également plus à l'aise avec d'autres hommes. Travailler en groupe avec des collègues féminins et masculins pourrait ainsi permettre aux patients de discuter de leur sexualité de manière plus confortable et plus ouverte, en fonction de leurs préférences personnelles.

- *MG8 : « J'ai donc des collègues féminines comme je te l'ai dit et à mon avis, les femmes vont en parler à mes collègues féminines. »*

- *MG9 : « Si j'avais un collègue, ce serait très enrichissant. Très certainement. Il y aurait des gens qui tout d'un coup, raconteraient des choses qu'ils ne m'ont jamais racontées très probablement. »*

3.6.4.2 Trucs et Astuces en Maison de repos

Ces professionnels de la santé proposent des solutions pour sensibiliser à la fois le personnel médical et paramédical ainsi que les patients en maison de repos. Pour la consultation avec le patient en maison de repos, le médecin devrait systématiquement avoir une pièce exclusivement dédiée à celle-ci, afin de créer un environnement plus intime. Il serait opportun de mettre en place une signalétique pour préserver l'intimité des patients dans leur chambre. Enfin, l'importance de canaliser les patients déments vers des activités autorisées pour éviter toute forme de non-consentement, via des livres ou vidéos, pourrait aider à faciliter la discussion.

- *MG1 : « Donc ,c'est vrai que ce serait bien que systématiquement au final, il y ait une pièce dédiée aux médecins où les infirmiers ou les aides-soignants viennent amener le patient. »*
- *MG2 : « Vous pouvez faire dans les chambres, mais il faut juste mettre un petit papier : « ne pas déranger mais, il ne faut pas ne pas fermer à clé comme ça.»*
- *MG5 : « S'il y a des personnes non consentantes autour de ce patient dément, je pense que c'est important de signaler que ce patient dément ne peut pas non plus dépasser un certain cadre qui dépasse la liberté d'autrui. Et d'essayer, oui, de canaliser ces patients déments vers des choses autorisées. Peut- être seul dans sa chambre, avec peut-être des livres ou des vidéos. »*

IV. DISCUSSION

La prise en charge de la sexualité chez les personnes âgées représente un défi complexe. L'objectif de cette étude est de mettre en lumière les obstacles auxquels sont confrontés les médecins généralistes lors de la prise en charge de la sexualité chez les personnes âgées. Selon les entretiens réalisées dans cette revue ainsi que les connaissances actuelles de la littérature, les freins sont multiples et d'origine multifactorielle provenant du médecin, du patient, et de l'environnement organisationnel et socio-culturel. Les résultats ont été présentés sous forme de métaphore pour une meilleure compréhension. Cette recherche vise à identifier les actions à entreprendre et les changements à apporter pour une prise en charge adéquate.

4.1 Interprétation des résultats

4.1.1 Converger vers la même définition

Tout d'abord, la définition du terme « sexualité » requiert des opinions divergentes sur ce qu'elle englobe. Certains médecins généralistes ont une vision plus large de la sexualité, la considérant comme faisant partie de la vie affective, dépassant ainsi complètement l'acte sexuel. D'autres ont une définition limitée aux rapports sexuels avec acte de pénétration ou aux rapports intimes incluant les organes génitaux. Les patients ont également des définitions qui leur sont propres, lorsqu'ils parlent d'activité sexuelle.

Des observations ont été effectuées sur la manière dont les personnes âgées interprètent les termes sexuels, révélant que leur compréhension est très spécifique. Le terme « activité sexuelle » était compris comme se référant uniquement aux rapports sexuels, alors que le terme « sexualité » était interprété plus largement pour inclure le désir sexuel, la libido, l'humour, les pensées sexuelles et la masturbation. En outre, la santé sexuelle était comprise comme étant exempte de maladies sexuellement transmissibles et de grossesse non désirée, tout en permettant de profiter d'une quantité et d'une qualité de sexe satisfaisantes (19). Un des premiers enjeux est de pouvoir s'accorder entre le médecin et le patient sur les différentes conceptions de la sexualité, afin de répondre aux besoins individuels des patients.

La plupart des médecins reconnaissent l'importance significative de la sexualité pour la santé et la qualité de vie de leurs patients. Cependant, ils indiquent rarement aborder le sujet lors des consultations, comme le confirment les résultats de l'étude de Vik et al. Cette dernière a montré que seulement 4% des consultations pour une patientèle âgée de 17 à 75 ans étaient

liées à des troubles sexuels, avec un âge moyen de consultation de 47 ans. Les professionnels de la santé ont également déclaré qu'ils étaient plus enclins à discuter de la sexualité avec des adultes d'âge moyen (âgés de 40 à 65 ou 70 ans) et moins susceptibles d'aborder le sujet avec des jeunes de moins de 35 ans ou des adultes plus âgés (22). Il est donc peu probable que les personnes âgées soient les premières à aborder le sujet, lors d'une consultation.

4.1.2 Principaux obstacles

A ma connaissance, à ce jour, aucune étude qualitative belge n'a été menée pour explorer les obstacles à la prise en charge de la sexualité chez les patients âgés. Cependant, une étude qualitative similaire a été menée en Israël en 2018, et ses résultats ont permis d'identifier des obstacles similaires à ceux trouvés dans ce TFE (23). Ce TFE a permis également d'identifier d'autres obstacles. Le tableau ci-dessous répertorie ces freins, mais il est important de noter que cette liste n'est pas exhaustive et que certains obstacles peuvent se chevaucher entre les différentes catégories.

Tableau 3 : Résumé des différents freins

Freins concernant le médecin	Freins concernant le patient	Freins concernant l'environnement
Inconfort et gêne lié au sujet	Embarras et gêne	Sujet tabou
Communication difficile	Attitude du personnel soignant	Famille
Méconnaissance des pathologies peu abordées (principalement féminines)	Manque d'éducation sexuelle et de connaissances : changements physiologiques, traitements et ressources disponibles	Lieu de Résidence
Priorisation du temps	Méconnaissance des pathologies du sexe opposé	Classe sociale
Méconnaissance des pathologies du sexe opposé	Ressources peu présentes	Barrières linguistiques et culturelles dont les croyances religieuses
Ressources peu présentes	Stigmatisation et discrimination en raison de l'orientation sexuelle, l'identité de genre, tranche d'âge, groupe racial ou présence un retard ou un handicap mental	
Stéréotypes de genre	Croyances erronées : âgisme et sexisme surtout pour les femmes	

La première problématique concerne l'inconfort et la gêne pouvant être ressentis par le médecin et le patient lorsqu'il s'agit d'aborder la question de la sexualité. Du côté du patient, cette problématique a été mise en évidence dans l'étude de Zeler et al. qui montre que la communication entre les médecins et les patients en matière de sexualité peut être difficile

et inconfortable, quel que soit l'âge du patient. Les patients peuvent se sentir gênés, honteux ou embarrassés de discuter de leur sexualité avec leur médecin, ce qui peut entraver la qualité de la communication (24).

En ce qui concerne l'avis des personnes âgées, plusieurs obstacles entravent cette communication. Parmi ces obstacles, on peut notamment citer les perceptions, les attitudes négatives, et le manque d'intérêt du personnel soignant. Il est fréquent que les personnes âgées éprouvent des problèmes sexuels qu'elles ne communiquent pas au personnel soignant. Les connaissances sur les changements physiologiques et les ressources disponibles pour les patients sont souvent insuffisantes. Bauer et al. souligne l'importance que les personnes de plus de 65 ans accordent à la reconnaissance de la sexualité et de la santé sexuelle dans les soins de santé, mais également leur frustration face à la faible sensibilisation des professionnels de la santé sur cette question (19).

Quant aux médecins généralistes interrogés, ceux-ci expriment des craintes quant à la pertinence d'aborder un sujet si intime avec leurs patients, ainsi que la peur d'être intrusifs ou indiscrets. Le manque de temps est également évoqué comme un obstacle à la prise en charge. De plus, la sexualité est souvent considérée comme moins importante que d'autres aspects de la santé, en particulier chez les personnes âgées. Certains médecins estiment également avoir reçu peu de formation sur ce sujet pendant leur cursus universitaire.

Les dépistages des cancers de la prostate et du col de l'utérus sont souvent l'occasion privilégiée pour aborder la question de la sexualité avec les patients. Toutefois, il est important de noter que chez les hommes, les maladies de la prostate sont une ouverture de discussion courante, tandis que le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes n'est plus recommandé après l'âge de 65 ans. Seul le dépistage du cancer du sein reste une porte jusqu'à 69 ans. Cette situation rend plus difficile l'initiation d'aborder la question de la sexualité avec leur médecin généraliste.

En outre, une faible visibilité est accordée au sujet des maladies sexuellement transmissibles (MST). Les médecins sont souvent confrontés à des idées fausses chez leurs patients, mais eux-mêmes peuvent également en avoir. Par exemple, il est plus fréquent de dépister les MST chez les plus jeunes ou les personnes homosexuelles en raison de leur risque potentiel de

partenaires multiples plutôt que chez les personnes âgées, ayant une vie sexuelle supposée plus stable. Toutefois, cette situation pourrait entraîner une négligence des patients âgés quant à leur protection, lors de rapports sexuels ou leur recherche de dépistage pour les MST, augmentant ainsi leur risque d'infection (17). Ainsi, les médecins doivent sensibiliser tous les patients aux risques des MST, sans considération d'âge ou d'orientation sexuelle. Encourager les seniors à se protéger paraît donc indispensable.

D'autre part, les professionnels de la santé interrogés sont conscients que les personnes âgées peuvent maintenir un désir sexuel et avoir une sexualité. Cette sexualité ayant un impact positif sur leur qualité de vie. Cependant, selon une étude menée par Srinivasan S et al., des stéréotypes erronés sur les personnes âgées, tels que l'asexualité ou la diminution de la sexualité, persistent chez certains professionnels de la santé ; ce qui peut entraîner des conséquences négatives, notamment un manque de communication et une gêne dans la collaboration patient-médecin. Pour remédier à cette situation, Dr Srinivasan propose de remettre en question ces stéréotypes et d'inclure une réflexion sur les croyances erronées dans la formation des professionnels de la santé (5).

En outre, de multiples facteurs socio-culturels tels que la religion ou la famille peuvent avoir une influence sur l'approche de la sexualité chez les patients âgés. Les médecins considèrent que leur propre âge est un facteur essentiel lors de la discussion de problèmes sexuels avec leurs patients âgés. Les patients âgés peuvent être plus enclins à discuter de sujets sexuels avec des médecins de leur âge ou plus âgés, avec qui, ils peuvent être plus à l'aise.

Une réflexion sur sa propre sexualité paraît nécessaire afin de mieux comprendre et aider les patients âgés. En outre, le genre du médecin peut être un facteur important, car les patients âgés sont souvent plus à l'aise avec les médecins du même sexe. Cependant, avec l'expérience clinique acquise, au fil du temps, les médecins se sentent plus compétents dans la prise en charge des patients, quels que soient leur âge ou leur orientation sexuelle. En se formant sur les questions liées au sexe opposé, les médecins peuvent combler ce manque de connaissances et réduire le stress associé à cette situation.

Le Dr Huberland, dans sa revue qualitative de la littérature sur la sexualité en médecine générale, souligne également ces mêmes facteurs tels que les suppositions, les représentations et les valeurs, qui peuvent rendre la prise en charge difficile, en particulier lorsque le patient appartient à un autre genre, orientation sexuelle, tranche d'âge, groupe racial ou présente un retard ou un handicap mental (25). Ces éléments peuvent donc considérablement influencer la décision des professionnels de la santé d'aborder ou non la question de la sexualité.

D'autre part, les discussions sur la sexualité se font souvent uniquement avec le patient et rarement avec le couple. La prise en charge du médecin généraliste se fait principalement par des solutions médicamenteuses. Cette approche peut être influencée par le fait que les hommes viennent plus fréquemment en consultation à la recherche de médicaments pour les troubles érectiles. Cependant, il est important de ne pas généraliser, car chaque individu est différent avec des préférences et des besoins de traitements différents pour la prise en charge des problèmes sexuels.

Gewirtz et al. pousse le questionnement de la médicalisation de la sexualité chez les personnes âgées. Celles-ci pouvant entraîner un questionnement quant à une possible dévalorisation des pratiques sexuelles non-pénétratives en proposant des solutions médicales pour améliorer les performances, poussant ainsi les personnes âgées à utiliser ces produits pour imiter une sexualité jeune et "normative". Ceci étant signe d'un vieillissement réussi. D'un côté, cela normalise le désir d'activité sexuelle plus tard dans la vie, mais d'un autre côté, cela implique que l'activité sexuelle réussie est associée à des rapports sexuels vaginaux. Cela crée une perception binaire de vieillissement réussi ou non, limitant ainsi la signification et la gamme de l'expression sexuelle (26). Cette approche peut avoir pour effet de minimiser l'importance de la sexualité en tant que composante essentielle de la vie des patients et de négliger les aspects psychologiques, émotionnels et relationnels qui y sont associés.

Deux études qualitatives menées en Israël confirment ces observations, en mettant en évidence une tendance chez les médecins à privilégier la prescription de médicaments pour la prise en charge des troubles sexuels, en particulier chez les hommes (23)(26).

La prise en charge des personnes âgées est complexe car elle combine vieillissement physiologique, maladies chroniques et médicaments qui peuvent altérer leur sexualité. Selon une revue systématique, seulement 25% des professionnels de santé évoquent régulièrement la sexualité avec les patients atteints de maladies chroniques (27). Les obstacles rencontrés sont similaires à ceux présentés précédemment. De nombreux seniors considèrent les problèmes sexuels comme faisant partie du vieillissement, ce qui les empêche de chercher de l'aide médicale. Il n'existe pas d'approche systématique pour discuter des conséquences spécifiques des maladies ou des médicaments prescrits, et ces problèmes sont souvent négligés lors des consultations médicales. Certains médecins n'abordent la question qu'en cas de symptômes ou de demandes spécifiques, tandis que d'autres considèrent qu'il est de leur responsabilité d'aborder les effets secondaires des maladies chroniques et des traitements sur la sexualité des patients, afin de répondre à leurs questions et préoccupations.

4.1.3 Explorer les obstacles en maison de repos

Considérer les obstacles qui peuvent entraver la prise en charge de la sexualité chez les personnes âgées dans les maisons de repos est fondamental. Bien que certains de ces obstacles soient abordés dans cette discussion, une future recherche plus approfondie sur ce sujet est nécessaire pour mieux comprendre les enjeux.

La plupart des médecins généralistes estiment que les limitations physiques et les troubles cognitifs peuvent rendre difficile la sexualité chez les patients âgés, tandis que d'autres considèrent que les besoins de base tels que la nourriture ou l'hygiène personnelle sont plus importants, bien que la sexualité soit présente. En effet, les résidents des maisons de repos peuvent faire face à des problèmes de santé ou des limitations physiques qui rendent les relations sexuelles difficiles, voire impossibles. Des problèmes cognitifs peuvent également affecter leur capacité à consentir à des relations sexuelles ou à comprendre les risques liés à la sexualité, ce qui peut être un obstacle important pour les résidents qui souhaitent maintenir une vie sexuelle active.

Les médecins considèrent que les contraintes organisationnelles jouent un rôle prédominant dans la prise en charge. Cela peut inclure des contraintes de temps, de personnel et de ressources matérielles qui peuvent limiter la qualité des soins offerts aux patients. En ce qui concerne l'organisation de la consultation, l'environnement doit être propice à la

confidentialité et au confort du patient. Certains médecins estiment qu'il est possible de créer un climat propice en s'isolant avec le patient, tandis que d'autres considèrent que cela peut être difficile en raison de l'emplacement du patient au sein de la maison de repos où l'intimité est compromise. Par ailleurs, les politiques institutionnelles peuvent également avoir un impact sur la sexualité des résidents. Les médecins doivent donc être conscients de ces politiques et être en mesure de fournir des informations claires et précises aux patients sur leurs droits en matière de sexualité (19)(28).

La communication avec le personnel soignant est également essentielle pour assurer des soins efficaces et coordonnés en maison de repos. La difficulté réside dans l'équilibre délicat à trouver entre la confidentialité et dignité des patients et la collaboration étroite avec le personnel soignant. La compassion et l'empathie sont également des éléments clés pour établir une relation de confiance avec les patients et leur offrir un soutien émotionnel important.

Les résidents avec des troubles cognitifs peuvent avoir des difficultés à comprendre les risques liés à la sexualité ou à donner leur consentement pour des relations sexuelles, ce qui peut constituer un défi important pour le personnel soignant, y compris les médecins. Dans ces situations, les membres de la famille peuvent intervenir dans la prise en charge de leurs proches en raison de préoccupations concernant les abus ou la stigmatisation. Travailler en étroite collaboration avec la famille est donc nécessaire pour garantir que les droits et la dignité des résidents soient respectés.

4.1.4 Regard vers l'avenir

La prise en charge de la sexualité des personnes âgées est en constante évolution. Celle-ci évoluant d'une approche purement médicale axée sur la dysfonction sexuelle à une approche holistique tenant compte des aspects bio-psycho-sociaux et interpersonnels du bien-être sexuel. Pour répondre aux besoins spécifiques de leur patientèle, les médecins doivent être conscients des changements sociétaux en cours et tenir compte des attentes des patients en considérant les différences culturelles, religieuses et autres qui peuvent influencer leurs croyances et attitudes envers la sexualité.

4.1.4.1 Communication

La sexualité des personnes âgées est de plus en plus mise en avant dans la société. Des reportages sur ce sujet sont diffusés dans des émissions de santé à la télévision, tels que « Allo

Docteurs » sur France 3 ou encore des enquêtes sur la sexualité des seniors sont réalisées par la télévision suisse. En Wallonie, l'ASBL « Espace Seniors », membre du réseau associatif de Solidaris, organise des activités d'éducation et a publié un guide intitulé « Intimité et sexualité des seniors en maisons de repos ». Ces initiatives contribuent à sensibiliser le public et les professionnels de la santé à l'importance de la prise en charge de la sexualité des personnes âgées.

4.1.4.2 Former et sensibiliser les médecins généralistes

Tout d'abord, il est nécessaire de sensibiliser et de former les médecins pour mieux comprendre les enjeux liés à la sexualité des personnes âgées. Les professionnels de la santé ont souligné l'importance de proposer des formations continues, y compris sous forme d'e-learning ou dans les Groupes Locaux d'Entraide Médicale (GLEM), Dodécagroupes© ou encore ateliers de la SSMG, pour améliorer leurs connaissances des démarches préventives, diagnostiques et thérapeutiques.

4.1.4.3 Apprentissage avec les pairs

Il est possible d'envisager des ateliers de communication via l'utilisation de simulations de consultations supervisées par des collègues plus expérimentés. La communication est un élément essentiel de la relation thérapeutique et il est important pour les médecins d'établir une communication ouverte avec leurs patients. En se concentrant sur cet aspect, les médecins peuvent identifier les aspects de la consultation à améliorer. Faire preuve de curiosité, d'ouverture d'esprit et de respect envers la vie privée des patients, tout en maintenant un regard objectif sont les qualités requises pour une prise en charge efficace et adaptée (29). En contextualisant et en généralisant les questions, ainsi qu'en expliquant les actions, les médecins peuvent aider leurs patients à se sentir plus à l'aise et déculpabilisés lors de la consultation (25).

4.1.4.4 Environnement

Pour cela, il est important de créer un environnement propice à la préservation du secret médical, en veillant notamment à l'insonorisation du cabinet, à l'appel discret en salle d'attente et à l'éviction de tiers lors de la consultation. Les médecins peuvent également utiliser des aides à la consultation telles que des questionnaires ou des entretiens pour faciliter la communication et aborder le sujet de manière élégante.

4.1.4.5 Réseaux de soins

De plus en plus, la médecine générale adopte une approche collaborative pour surmonter les obstacles, liés à la complexité des soins médicaux et offrir une gamme plus diversifiée de

praticiens aux patients. Cette méthode permet à chaque patient de choisir un praticien avec qui, il se sent à l'aise, qu'il soit du même âge ou du même sexe si désiré, et de créer une relation thérapeutique solide. L'augmentation de la présence de femmes médecins dans la profession est une évolution importante, car elles peuvent apporter une sensibilité et une compréhension spécifique à certaines problématiques, notamment en ce qui concerne les différences anatomiques féminines et les troubles sexuels chez les femmes. Cette diversification permet donc une prise en charge médicale plus adaptée aux besoins des patients. Pour garantir une prise en charge complète des troubles sexuels des patients, les médecins généralistes doivent collaborer avec différents spécialistes (gynécologues, des urologues, des psychiatres etc..) et coordonner les soins pour une qualité optimale.

4.1.4.6 Informer les patients

La sensibilisation à la sexualité chez les patients âgés est essentielle pour garantir une prise en charge médicale adaptée. Il faut donc éduquer et informer les patients sur les questions de sexualité, notamment en abordant ces sujets lors des consultations ou en orientant les patients vers des ressources adaptées. Les professionnels de santé peuvent donc aider à sensibiliser la communauté en participant à des événements locaux ou en partageant des informations sur les médias sociaux, ou en plaçant des supports dans la salle d'attente. Il peut être utile de mettre à disposition des questionnaires dans la salle d'attente pour permettre aux patients de les remplir avant de voir le médecin en consultation.

Les maisons de repos pour les personnes âgées peuvent proposer des formations sur la sexualité pour les professionnels de santé et les résidents eux-mêmes. De plus, diffuser des flyers peut encourager la communication sur ce sujet. Il est capital que les maisons de repos fournissent un environnement respectueux de la vie privée et de l'intimité, en sensibilisant le personnel soignant et en créant des espaces de discussion pour briser les tabous. L'évaluation de l'aptitude cognitive des patients est importante pour évaluer leur capacité de consentement. Les aménagements pour favoriser l'intimité des couples et des espaces adaptés pour des rencontres intimes en toute sécurité doivent être envisagés. Le médecin généraliste peut jouer un rôle essentiel en sensibilisant l'ensemble du personnel de la maison de repos à l'importance du respect de la vie privée et de la liberté de choix des résidents en matière de sexualité.

4.1.4.7 Fiche d'information à destination des médecins

Au cours de ce travail de fin d'études, des pistes d'amélioration ont été identifiées. Bien que toutes ne soient pas réalisables, certaines ont été concrétisées, notamment par la création d'une fiche d'aide à la consultation pour les médecins généralistes, basée sur l'analyse effectuée (**annexe n°1**). Cette fiche contient des informations non exhaustives. Les rappels théoriques présents dans la fiche ont été collectés grâce à l'analyse de la littérature de ce travail, en choisissant quelques articles pertinents parmi cette littérature (13)(14)(25)(30)(31). Charlotte Leemans, doctorante en psychologie à l'UCLouvain et sexologue clinicienne au GHdC (Grand Hôpital de Charleroi), a également contribué à la création de cette fiche pratique en fournissant des précisions théoriques et pratiques ainsi que des données disponibles du réseau de soins dans le contexte de la sexualité.

4.2 Qualité des résultats

Dans un premier temps, l'objectif de cette étude était de répondre à la question de savoir comment les médecins généralistes prennent en charge la sexualité des personnes âgées en Wallonie. L'approche qualitative a permis d'identifier les différents obstacles et perceptions des acteurs de la santé, ce qui a permis de proposer des solutions pour améliorer la pratique médicale. Ceci aboutissant à une meilleure compréhension de la question et à l'élaboration de nouvelles perspectives, comme cela a été exposé dans la discussion des résultats.

En ce qui concerne l'échantillonnage, une attention particulière a été portée pour que celui-ci soit hétérogène en termes de critères sélectionnés (sexe, âge, province et type de pratique des médecins généralistes) pour garantir un échantillon représentatif des médecins généralistes de Wallonie. Les entretiens semi-dirigés ont permis d'obtenir une grande variété de réponses et ont offert une liberté d'expression aux personnes interviewées. Les réponses variées des différents praticiens n'ont pas permis d'atteindre la saturation des données. Cette recherche est non-exhaustive, il a fallu se concentrer sur les premiers résultats considérés comme pertinents pour notre étude, au vu de la complexité du sujet et de la limite imposée du nombre de pages pour ce TFE.

Dans l'analyse des résultats, j'ai également pris en compte les ressentis divergents pour obtenir une vision complète des perceptions des acteurs de la santé sur la question étudiée. En outre, un travail de réflexivité a été effectué en gardant à l'esprit mes préjugés pour essayer d'assurer une analyse aussi objective. Enfin, cette étude est novatrice car il n'y a pas, à ma connaissance, d'étude qualitative sur cette thématique en Belgique.

Pour accroître les connaissances et approfondir les recherches, il serait bénéfique d'entreprendre une étude qualitative portant sur les maisons de repos, étant donné que celles-ci constituent un environnement de vie à part entière. En outre, il serait judicieux de se concentrer sur les personnes LGBTQIA+ pour une approche plus ciblée.

4.3 Limites et Biais de l'étude

Biais de sélection : Cette étude repose sur 9 entretiens semi-dirigés. L'échantillon est sous-représentatif dans la province de Namur. De plus, le sujet de la sexualité chez les personnes âgées étant délicat et potentiellement tabou, certains médecins ont refusé de participer, annulant leur entrevue pour cause de maladie ou de non-désir de parler de ce sujet, en raison de leur religion. Le recrutement des médecins s'est fait via un réseau de connaissances directes, ceux-ci étant tous caucasiens. Enfin, les médecins généralistes ayant une patientèle de plus de 65 ans ont été inclus dans l'échantillon, ce qui restreint la représentativité de l'étude.

Biais d'investigation : N'ayant pas bénéficié d'une formation initiale à la conduite d'entretiens semi-dirigés, j'ai acquis cette compétence au fur et à mesure des interviews. La qualité des interviews est donc à nuancer par le possible manque de maîtrise de la méthode pouvant mener à une exploration incomplète de certaines données.

Biais de méthodologie : La revue de la littérature a été effectuée par une seule personne, ce qui pourrait affecter la validité de la recherche. Bien que j'aie discuté de la structure et de l'élaboration des questions du guide d'entretien avec mon promoteur et ma lectrice, il est possible que quelques défauts persistent. Malgré un travail de réflexivité, je suis conscient que ma pratique a pu influencer l'interrogatoire et l'analyse des résultats.

Biais de désirabilité sociale : Lors d'une interview, où le participant pourrait chercher à donner une image positive de lui-même en cachant certains comportements moins avantageux.

V. CONCLUSION

La prise en charge de la sexualité des personnes âgées est un sujet d'une importance capitale devant être abordée par les médecins généralistes. Bien que ce sujet soit souvent considéré comme tabou, il ne peut être ignoré dans le cadre des soins de santé. La sexualité étant une composante essentielle de la santé globale. Les médecins généralistes en première ligne doivent être formés et informés pour répondre aux besoins spécifiques de cette population. Et cela, afin d'aborder cette question délicate avec leurs patients âgés de manière confiante et autonome.

Il est important de reconnaître que des sentiments de gêne et de honte peuvent parfois être présents chez le patient et le médecin, ce qui peut rendre la communication difficile. Pour cette raison, les médecins doivent disposer de compétences en communication et être capables de créer un environnement de confiance et d'empathie pour leurs patients.

En outre, une connaissance théorique approfondie et actualisée sur les aspects physiologiques, psychologiques et sociaux de la sexualité est également indispensable pour une prise en charge optimale. Une approche globale bio-psycho-sociale permettra une prise en charge complète et adaptée de la sexualité des personnes âgées. En considérant tous ces aspects, une prise en charge efficace et holistique de la sexualité des personnes âgées peut être assurée, ce qui contribuera à améliorer leur qualité de vie.

Ce travail de fin d'études a permis de mettre en évidence les difficultés que rencontrent les médecins généralistes dans la prise en charge de la sexualité des personnes âgées. En effet, les obstacles peuvent provenir de plusieurs sources : du médecin, du patient ainsi que de l'environnement.

Pour instaurer des améliorations significatives, des actions concernant la formation et la sensibilisation pour les professionnels de santé et le grand public paraissent utiles. Ainsi, la création de supports pratiques pour les aider dans leur pratique quotidienne comme une fiche d'aide à la consultation constitue une première étape importante dans l'amélioration de la prise en charge de la sexualité des personnes âgées. En somme, il est essentiel de sensibiliser les professionnels de santé à la sexualité des personnes âgées et de leur fournir les outils nécessaires pour une prise en charge adaptée et respectueuse de leur dignité et de leurs droits.

BIBLIOGRAPHIE

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). World Population Prospects 2022: Summary of Results. UN DESA/POP/2022/TR/NO. 3. from: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf.
2. Duyck J, Nevejan H, Paul JM et al. Perspectives démographiques 2021-2070 : Hausse de 1,3 million d'habitants d'ici à 2070, par rapport à 1,5 million durant les 30 dernières années. La crise sanitaire n'influence pas cette croissance. 08 février 2022. Disponible sur: <https://www.plan.be/publications/publication-2205-fr-perspectives-demographiques-2021-2070-hausse-de-1-3-million-d-habitants-d-ici-a-2070-par-rapport-a-1-5-million-durant-les>.
3. Ennuyer B. À quel âge est-on vieux ? : La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus. *Gérontologie et société*. 2011;34 / n° 138(3):127.
4. Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Accessed from: <https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>.
5. Srinivasan S, Glover J, Tampi RR, Tampi DJ, Sewell DD. Sexuality and the Older Adult. *Curr Psychiatry Rep*. oct 2019;21(10):97.
6. Bon-Saliba, B. « Petite histoire de la sexualité à travers les âges et les chiffres », *Tiers*, vol. 20, no. 2, 2017, pp. 49-59.
7. Dupras A. Une sexualité en santé et enchantée pour les personnes âgées. *Empan*. 2016;102(2):123-9.
8. Træen B, Štulhofer A, Janssen E, Carvalheira AA, Hald GM, Lange T, et al. Sexual Activity and Sexual Satisfaction Among Older Adults in Four European Countries. *Arch Sex Behav*. avr 2019;48(3):815-29.
9. Cismaru-Inescu A, Hahaut B, Adam S, Nobels A, Beaulieu M, Vandeviver C, et al. Sexual Activity and Physical Tenderness in Older Adults: Prevalence and Associated Characteristics from a Belgian Study. *The Journal of Sexual Medicine*. 1 avr 2022;19(4):569-80.
10. Træen B, Carvalheira A, Kvaalem IL, Štulhofer A, Janssen E, Graham CA, et al. Sexuality in Older Adults (65+)—An Overview of The Recent Literature, Part 2: Body Image and Sexual Satisfaction. *International Journal of Sexual Health*. 2 janv 2017;29(1):11-21.
11. Bach LE, Mortimer JA, VandeWeerd C, Corvin J. The Association of Physical and Mental Health with Sexual Activity in Older Adults in a Retirement Community. *The Journal of Sexual Medicine*. 2013;10(11):2671-8.
12. DeLamater J. Sexual expression in later life: a review and synthesis. *J Sex Res*. 2012;49(2-3):125-41. doi: 10.1080/00224499.2011.603168. PMID: 22380585.

13. Colson MH. Sexualité et pathologies du vieillissement chez les hommes et les femmes âgés: *Gérontologie et société*. 1 mars 2012;35 / n° 140(1):109-30.
14. Træen B, Hald GM, Graham CA, Enzlin P, Janssen E, Kvaalem IL, et al. Sexuality in Older Adults (65+)—An Overview of the Literature, Part 1: Sexual Function and its Difficulties. *International Journal of Sexual Health*. 2 janv 2017;29(1):1-10.
15. Goodwach R. Let's talk about sex. *Aust Fam Physician*. 2017 Jan/Feb;46(1):14-18. PMID: 28189125.
16. Smith ML, Bergeron CD, Goltz HH, Coffey T, Boolani A. Sexually Transmitted Infection Knowledge among Older Adults: Psychometrics and Test–Retest Reliability. *IJERPH*. 3 avr 2020;17(7):2462.
17. Camacho C, Camacho E, Lee D. Trends and projections in sexually transmitted infections in people aged 45 years and older in England: analysis of national surveillance data. *Perspect Public Health*. 29 juin 2022;175791392211063.
18. Fédération des CPAS, "LES MAISONS DE REPOS DOIVENT-ELLES DISPARAÎTRE ? La désinstitutionnalisation des aînés est-elle souhaitable ?", Juillet 2020, visionné le 20/02/2023 sur https://www.uvcw.be/no_index/files/2944-fed.cpas-uvcw-bxl-etude-desinstitutionnalisation-072020.pdf.
19. Bauer M, Haesler E, Fetherstonhaugh D. Let's talk about sex: older people's views on the recognition of sexuality and sexual health in the health-care setting. *Health Expect*. déc 2016;19(6):1237-50.
20. Mahieu L, Anckaert L, Gastmans C. Intimacy and Sexuality in Institutionalized Dementia Care: Clinical-Ethical Considerations. *Health Care Anal*. mars 2017;25(1):52-71.
21. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve: De Boeck; 2014.
22. Vik A, Brekke M. Do patients consult their GP for sexual concerns? A cross sectional explorative study. *Scand J Prim Health Care*. déc 2017;35(4):373-8.
23. Levkovich I, Gewirtz-Meydan A, Karkabi K, Ayalon L. Views of family physicians on heterosexual sexual function in older adults. *BMC Fam Pract*. 11 juin 2018;19(1):86.
24. Zéler A, Troadec C. Doctors Talking About Sexuality: What Are the Patients' Feelings?. *Sex Med* 2020;8:599e607.
25. Huberland V. Un abord inclusif de la sexualité en médecine générale : revue qualitative rapide de la littérature. *Rev Med Brux* 2020 ; 41 : 457-463.
26. Gewirtz-Meydan A, Levkovich I, Mock M, Gur U, Karkabi K, Ayalon L. Sex for seniors: how physicians discuss older adult's sexuality. *Isr J Health Policy Res*. déc 2020;9(1):8.
27. McGrath M, Low MA, Power E, McCluskey A, Lever S. Addressing Sexuality Among People Living With Chronic Disease and Disability: A Systematic Mixed Methods Review of

Knowledge, Attitudes, and Practices of Health Care Professionals. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. mai 2021;102(5):999-1010.

28. Villar F, Celdrán M, Fabà J, Serrat R. Barriers to sexual expression in residential aged care facilities (RACF s): comparison of staff and residents' views. J Adv Nurs. nov 2014;70(11):2518-27.
29. Godin F. Étude du vécu des patient.e.s de l'abord de la sexualité en médecine générale, etude qualitative phénoménologique par entretiens semi-dirigés. TFE. ULB. 2019-2020.
30. Giuliano F. Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle. Progrès en Urologie. juill 2013;23(9):811-21.
31. Conaglen HM, Conaglen JV. Drug-induced sexual dysfunction in men and women. Aust Prescr. 1 avr 2013;36(2):42-5.

ANNEXES

Annexe n°1: Fiche pratique

Fiche pratique

ENVIRONNEMENT FAVORABLE À LA DISCUSSION

SALLE D'ATTENTE :

- FAVORISER LES DÉPLIANTS, LIVRES AU SUJET DE LA SEXUALITÉ, ÉVITER LES SIGNES RELIGIEUX

CABINET :

- AMBIANCE CHALEUREUSE ET ACCESSIBLE

CONFIDENTIALITÉ :

- RAPPEL DU CADRE : SECRET MÉDICAL, FONCTIONNEMENT INTERNE (QUI A ACCÈS AU CONTENU DES DOSSIERS? DANS QUELLES CONDITIONS?...)
- PRIVILÉGIER LE/LA PATIENT.E SEUL.E OU AVEC UNE PERSONNE DÉLIBÉRÉMENT CHOISIE, OU S'ASSURER DU CONSENTEMENT LORS DE LA PRÉSENCE DE TIERS (CONJOINT.E, STAGIAIRES MÉDECINS, ...)
- ORGANISATION : INSONORISATION DES LOCAUX

COMMENT ABORDER LE SUJET?

APPROCHES

→ **APPROCHE « FORTE PROBABILITÉ »** : CERTAINS PATIENTS QUI SOUFFRENT DE CETTE PATHOLOGIE/SUBISSENT CE TYPE D'INTERVENTION/PRENENT CE TYPE DE TRAITEMENT, PRÉSENTENT, À UN MOMENT DONNÉ, DES PROBLÈMES SEXUELS. AVEZ-VOUS DES QUESTIONS À POSER CONCERNANT LA SEXUALITÉ?

→ **APPROCHE « QUESTION INTIME »** : BEAUCOUP DE GENS ÉPROUVENT DES DIFFICULTÉS À PARLER DE LEUR PROPRE SEXUALITÉ. POURTANT CELA CONSTITUE UNE PARTIE IMPORTANTE DE NOTRE VIE. PUIS-JE VOUS POSER UNE QUESTION À CE SUJET?

→ **APPROCHE « SYSTÉMATIQUE »** : IL EST RECOMMANDÉ DE PRENDRE EN COMPTE LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS SOUFFRANT DE CE TYPE DE PATHOLOGIE. C'EST POURQUOI, JE VOUDRAIS VOUS POSER CERTAINES QUESTIONS.

→ **APPROCHE « GRADUELLE »** : INTERROGER D'ABORD SUR LA RELATION DE COUPLE

ATTITUDE

- POSER 1 SIMPLE QUESTION DE MANIÈRE APPROPRIÉE
- DISPOSER DE TEMPS POUR POSER LA QUESTION ET ATTENDRE LA RÉPONSE
- BIENVILLANCE AVEC APPROCHE NON JUGÉANTE CENTRÉE SUR LE/LA PATIENTE
- AVOIR UNE VISION DECULPABILISANTE, INCLUSIVE, OUVERTE ET NATURELLE
- **LANGUAGE COMPRÉHENSIBLE** : PARLER DES ORGANES ET DES PRATIQUES EXPLICITEMENT, DANS UN VOCABULAIRE QUI VOUS MET AUSSI À L'AISE
- **COMMUNICATION NON VERBALE** : ATTITUDE OUVERTE ET DISPONIBLE, REGARDER DANS LES YEUX, QUITTER SON ÉCRAN
- **CONTEXTUALISER** ET GÉNÉRALISER LES QUESTIONS

PORTER UNE ATTENTION SUR :

- SES PROPRES CONCEPTIONS DE LA SEXUALITÉ
- LES DIFFÉRENCES SOCIO-CULTURELLES
- LE DÉPISTAGE DES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (MST)
- L'IMPORTANCE D'ENGLOBER LE/LA PATIENT.E AU SEIN DE SA RELATION DE COUPLE

QUESTIONNAIRES D'EVALUATION

HOMME

- DYSFONCTION ERECTILE : IIEF (15 QUESTIONS), IIEF (6 QUESTIONS), SHIM (5 QUESTIONS)
- EJACULATION PRÉMATURÉE : PEP (4 QUESTIONS)
- SEXUALITÉ GLOBALE MASCULINE : MHSQ (25 QUESTIONS)

FEMME

- SEXUALITÉ FÉMININE : FSFI (19 QUESTIONS)

PRINCIPALES PATHOLOGIES

HOMME:

- TROUBLES DE L'ERECTION
- TROUBLES DE L'EJACULATION ET ORGASME :
 - EJACULATION PRECOCE
 - EJACULATION RETARDEE
 - ANEJACULATION
- TROUBLES DE LA LIBIDO

AVEC L'AGE:

- Erouissement des 5 sens
- Impuissance plus fréquente
- Augmentation du temps requis pour avoir une érection
- Erection moins dure
- Erection plus courte
- Période réfractaire plus longue
- Ejaculation précoce possible
- Libido diminue lentement

FEMME:

- SECHERESSE VAGINALE
- DYSPAREUNIE
- TROUBLE DE LA LIBIDO
- TROUBLE DU DESIR
- TROUBLE DE L'ORGASME

AVEC L'AGE:

- Erouissement des 5 sens
- Expansion du vase vaginal
- Rétraction du clitoris
- Réduction de la taille du vagin et de la vulve
- Hypovascularisation et hyposécrétion conduisant à une sécheresse vaginale
- Déclin plus marqué de la libido possible

QUELQUES CLASSES DE MEDICAMENTS AYANT UN IMPACT SUR LA SEXUALITE

Classe de médicaments	Diminue le désir	Diminue l'excitation	Difficultés d'orgasme ou éjaculation
Antidépresseurs	Amitriptyline Clomipramine Fluoxétine Imipramine Paroxétine Phénelzine Sertraline	Amitriptyline Citalopram Clomipramine Doxépin Fluoxétine Imipramine Nortriptyline Paroxétine Phénelzine Sertraline Tranylcypromine	Citalopram Clomipramine Doxépin Escitalopram Fluoxétine Fluvoxamine Imipramine Nortriptyline Paroxétine Sertraline Tranylcypromine Venlafaxine
Psychotropes	Alprazolam Chlorpromazine Fluphenazine Halopéridol Lithium Risperidone	Chlorpromazine Fluphenazine Lithium Risperidone	Alprazolam Fluphenazine Halopéridol Risperidone
Cardio-vasculaire	Clonidine Digoxine Hydrochlorothiazide Méthyldopa Spironolactone	B-bloquants Clonidine Digoxine Hydrochlorothiazide Méthyldopa Perhexilène Spironolactone	
Autres	Cimetidine Gabapentine Topiramate	Anti-histaminiques Cimetidine Cyproterone Disulfiram Gonadotrophin-releasing hormone agonists Propantheline Pseudoéphédrine	Naproxène Gabapentine Topiramate

AUTRES MÉDICAMENTS À NE PAS NEGLIGER:

- ALPHA-BLOQUANTS: PRINCIPALEMENT TAMSULOSINE
- CONTRACEPTIFS: ORAUX ET ACÉTATE DE MÉDROXYPROGESTERONE
- ANTI-EPILEPTIQUES: GABAPENTINE ET TOPIRAMATE
- TRAITEMENTS ANTI-CANCEREUX: CHIMIOTHERAPIE ET RADIOTHERAPIE

QUELQUES MALADIES AYANT UN IMPACT SUR LA SEXUALITÉ

ENDOCRINIENNES:

Diabète, obésité, thyroïdite, hypogonadisme, ...

CARDIOVASCULAIRES:

Hypertension artérielle, artériosclérose, insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde, angine de poitrine...

URINAIRES, RÉNALES, GYNÉCOLOGIQUES:

Prostatite, cystite, SOPK, infertilité, endométriose, insuffisance rénale, hémodialyse ...

RHUMATOLOGIQUES:

Spondylarthrite ankylosante, polyarthrite rhumatoïde, arthrose, fibromyalgie, goutte,...

DIGESTIVES:

MICI, Crohn, RCUH, stomie,...

RESPIRATOIRES:

BPCO, apnée du sommeil, cancers

NEUROLOGIQUES:

Sclérose en plaque, AVC, Parkinson, ...

DERMATOLOGIQUES:

Psoriasis, lichen, acné, eczéma, ulcères,...

HÉMATOLOGIQUES:

Lymphome, leucémie,...

MALADIES SYSTÉMIQUES :

Lupus, syndrome de Sjögren,...

- TOUTES LES MALADIES QUI AFFECTENT DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT LES ARTÈRES, LE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL OU PÉRIPHÉRIQUE, LA FONCTION MUSCULO-SQUELETTIQUE ET LE SYSTÈME HORMONAL PEUVENT AVOIR UN IMPACT SUR LE BIEN-ÊTRE SEXUEL.

SUPPORTS EXTERNE

RÉSEAUX DE SOINS

- LISTE DE SEXOLOGUES SUR LE SITE WWW.SSUB.BE
- REFERER VERS LES CENTRES DE MÉDECINE SEXUELLE
- SPÉCIALISTES CLASSIQUES: UROLOGUES, GYNÉCOLOGUES, SEXOLOGUES,...

BIBLIOGRAPHIE

- CONTRIBUTIONS DE MME CHARLOTTE LEEMANS, DOCTORANTE A L'UCLouvain ET SEXOLOGUE CLINICIENNE AU GHDC
- HUBERLAND V. UN ABORD INCLUSIF DE LA SEXUALITÉ EN MÉDECINE GÉNÉRALE : REVUE QUALITATIVE RAPIDE DE LA LITTÉRATURE. REV MED BRUX 2020 ; 41 : 457-463.
- TRÆEN B, HALD GM, GRAHAM CA, ENZLIN P, JANSSEN E, KVALEM IL, ET AL. SEXUALITY IN OLDER ADULTS (65+)—AN OVERVIEW OF THE LITERATURE, PART 1: SEXUAL FUNCTION AND ITS DIFFICULTIES. INTERNATIONAL JOURNAL OF SEXUAL HEALTH. 2 JANV 2017;29(1):1-10.
- COLSON MH. SEXUALITÉ ET PATHOLOGIES DU VIEILLISSEMENT CHEZ LES HOMMES ET LES FEMMES ÂGÉS: GÉRONTOLOGIE ET SOCIÉTÉ. 1 MARS 2012;35 / N° 140(1):109-30.
- GIULIANO F. LES QUESTIONNAIRES RECOMMANDÉS EN MÉDECINE SEXUELLE. PROG EN UROL. JUILL 2013;23(9):811-21.
- CONAGLEN HM, CONAGLEN JV. DRUG-INDUCED SEXUAL DYSFUNCTION IN MEN AND WOMEN. AUST PRESCR 2013;36:42-5. [HTTPS://DOI.ORG/10.18773/AUSTPRESCR.2013.021](https://doi.org/10.18773/austprescr.2013.021)

Annexe n°2 : Recherche bibliographique

Critères d'inclusion

- Articles parus à partir de 2011
- Articles en Anglais ou Français
- Articles avec texte complet disponible
- Articles portant sur le sujet de la sexualité de la personne âgée, prise en charge du médecin généraliste
- Articles portant sur la sexualité associée à la démence, MST, maladies chroniques
- Articles portant sur la sexualité en maison de repos (et de soins)
- Mémoire, thèse ou revues systématiques, méta-analyse, RCT, études cliniques, études qualitatives

Critères d'exclusion

- Case Reports
- Articles parus avant 2011
- Articles se focalisant uniquement sur les populations autres que des personnes de > 65ans: enfants, femmes enceintes, hommes et femmes de < 65ans
- Articles se focalisant uniquement sur le HIV, Cancer, Post-chirurgical, Violences sexuelles
- Articles portant sur la pharmacocinétique, pharmacogénomique ou efficacité de médicaments.
- Sujet principal de l'article autre que la sexualité: nutrition de la personne âgée, personne âgée fragile, delirium de la personne âgée

Annexe n°3: Guide d'Entretien

Identification du profil du médecin généraliste

Identifications des caractéristiques du médecin généraliste :

- Âge, genre
- Lieu de travail
- Nombre d'années d'expérience
- Type de pratique
- Parcours professionnels et formations complémentaires

Brainstorming

- Que vous évoque le titre de ce TFE ? Selon vous, quels sont les grands points à aborder quand on parle de « santé sexuelle » chez la personne âgée ?

Abord de la sexualité

- Comment considérez-vous la sexualité ? Quelle est la représentation de la sexualité pour vous ? Est-ce que seule la pénétration concerne la sexualité, ou englobez-vous également les préliminaires bucco-génitaux, ou la masturbation (ou encore la tendresse, l'affection, les bisous sur la bouche, la nudité, l'intimité, etc....) ?
- Organisez-vous un temps spécifique pour cette thématique ? Comment avez-vous l'habitude de vous organiser ?

Perception des patients

- Selon vous, qu'est-ce que les patients attendent de la part du médecin généraliste ? dépistage, diagnostic, traitement ?
- Si vous avez déjà abordé ce sujet, quelles réactions ont eu les patients ? Y-a-t-il des différences de réaction entre les hommes et les femmes ?
- Selon vous , pourquoi les patients abordent-il la problématique de la sexualité tandis que d'autres ne désirent pas en parler et pourquoi d'autres ne le font pas ? Comment palier à cet obstacle ?
- Quelle est la place du conjoint ou de la partenaire ?

Dépistage des troubles sexuels

- Est-ce que vous dépistez les troubles sexuels et les problématiques de la santé sexuelle chez les personnes âgées ? Si oui, De quelle façon ? A quelle fréquence ? Comment les dépistez-vous ? Si non, pourquoi ? Quelles sont les raisons à cela ?
- Êtes-vous confronté à des obstacles qui vous empêchent de poser ces questions ?

Mise au point/examens complémentaires :

- Réalisez-vous des examens complémentaires lorsqu'une plainte de ce type est émise par la personne âgée ?
- Référez-vous chez un spécialiste (gynécologue/urologue/sexologue) ?
 - Si oui pourquoi ? Avec quel réseau travaillez-vous pour la prise en charge de ces troubles ?
 - Si non, quels sont les éléments qui vous permettent de gérer cette plainte ?

Traitements :

- Quel est votre ressenti par rapport aux traitements liés à la sexualité ?
- Que pensez-vous des traitements proposés ?
 - inhibiteurs de la phosphodiesterase V pour les troubles de l'érection ?
 - neuroleptiques/anti-depresseurs pour les comportements sexuels inappropriés
 - hormones locales ou THS pour les femmes souffrant de sécheresse vaginale ou trouble de la libido
 - testostérone pour déficit de libido chez l'homme
 - castration chimique pour l' hypersexualité chez l'homme
 - Êtes-vous en confiance avec la prescription de ces traitements ?
 - Quel est votre ressenti concernant les effets secondaires possibles des médicaments ?
 - Est-ce que vous vous sentez parfois dépourvu par rapport aux possibles solutions proposées ?
 - Quel est votre ressenti par rapport aux effets secondaires des médicaments impactant la sexualité ?

Autres questionnements

- Pensez-vous que la qualité de la prise en charge de la sexualité , diffère selon l'âge du patient ? Si oui, quels sont les éléments qui selon vous, modifient cette prise en charge ?
- Pensez-vous que la qualité de la prise en charge de la sexualité , diffère selon le sexe du patient ? Si oui, quels sont les éléments qui selon vous, modifient cette prise en charge ?
- Comment abordez-vous la sexualité des personnes âgées LGBTQIA+ ? Cela diffère-t-il des relations hétérosexuelles ?

Maladies chroniques et Démences

- Concernant la sexualité des personnes démentes : comment vous sentez-vous ? Quelle est votre approche? Quels sont les freins possibles et quels sont les éléments qui vous permettent de faciliter la prise en charge de leur sexualité ?
- Quel est votre ressenti pour gérer les potentiels effets secondaires ou les potentielles conséquences des maladies chroniques par rapport à la sexualité des personnes âgées?

MRS

- Pensez-vous qu'un climat spécifique est propice au bon déroulement d'une consultation concernant la prise en charge de la sexualité chez la personne âgée ?
- Comment pourriez-vous me décrire le lieu de consultation en maison de repos ?
- Selon vous, en quoi une MRS peut être un frein et au contraire un élément facilitant la sexualité de la personne âgée ?
 - Lieu ? Temps ? Organisation ? Intimité ? Partenaire ? Offre ?
 - Quel est votre rapport avec les autres membres du personnel concernant ce sujet?

Recommandations

- Si des recommandations devaient être établies, quels seraient les 3 grands points à évoquer ?

Conclusion

- En quoi trouvez-vous ce sujet important ?

Annexe n°4 : Notes de terrain

Notes de terrain	
<u>Interview n°1</u>	1 ^{er} interview : anxiété de savoir comment les questions vont être reçues. Femme âgée de 30-40ans, venue en retard au RDV, assez pressée au départ mais qui prend finalement le temps de répondre. Met à l'aise au vu de son âge, me « tutoie » directement. Parle énormément du côté médical ++ et dépistage HPV chez la femme. Nouvelle idée pour futures questions : parler de maladies chroniques et traitements.
<u>Interview n°2</u>	Interview permettant d'évoquer de futures questions sur les démences. Évoque comme dans la première interview, l'influence du sexe du patient.
<u>Interview n°3</u>	Médecin plus âgé, interview se faisant dans son salon, au sein de sa maison. M'évoque « MAI 68 » : concept intéressant que les jeunes médecins n'évoquaient pas : permet de se poser les questions sur l'influence de l'âge du médecin généraliste.
<u>Interview n°4</u>	Jeune médecin, première personne à parler d'un cas éthique sur la sexualité en MRS.
<u>Interview n°5</u>	Dame, annule le premier RDV mais est bien présente au deuxième, pour avoir plus de temps de discussion. Discussion très ouverte.
<u>Interview n°6</u>	Premier à évoquer de manière directe que l'on se réfère à sa propre sexualité, en parlant de ce sujet en consultation. Me parle en OFF de son parcours et de son futur, au sein de la médecine générale.
<u>Interview n°7</u>	Médecin plus âgé, se réfère à sa propre sexualité, évoque formations pour MG pour se connaître soi avant de pouvoir parler de sexualité. Entretien avec arrivée du médecin à son cabinet avec un retard de 15 min. Stress de savoir si c'était le bon jour de l'interview, mais rapidement le contact se fait facilement, en discutant d'une connaissance commune avant de réaliser l'interview.
<u>Interview n°8</u>	Interview se faisant dans son cabinet après 19H. Pas de collègue aux alentours, permettant de parler librement. Déni par rapport à la sexualité, peu évoqué comme sujet.
<u>Interview n°9</u>	Interview se faisant chez la MG après sa journée , en soirée. Permet d'établir directement un contact familial.

Annexe n°5 : Ancrage dans le matériel

Micro-analyse mot à mot d'une phrase de l'interview MG1

« On n'ose pas par peur de froisser. »

Oser :

- Se lancer
- Tenter sa chance
- Braver
- Affronter
- Surmonter les obstacles internes (peurs, doutes, hésitations)
- Avoir le courage de faire

Peur :

- Anxiété
- Angoisse
- Effroi
- Terreur
- Appréhension
- Crainte
- Anticiper un danger potentiel : réel ou imaginaire
- Emotion empêchant d'agir, mesure de précaution face à un danger

Froisser :

- Plier, tordre
- Écraser quelque chose ou quelqu'un
- Déformer, Chiffonner
- Vexer, Blesser quelqu'un
- Offenser

Enoncés phénoménologiques

Entretien MG1 :

- *« Les patients hommes, eux, n'osent pas. Et puis par après, lorsqu'on entame la discussion, c'est un peu plus facile. Je pense que c'est hyper important, même chez les femmes. Plus, on avance dans nos consultations, plus j'ai l'impression que les dames ne vont plus chez le/la gynécologue. On a quand même pas mal de cancers du col de l'utérus qui sont détectés, vraiment tard parce qu'il n'y a plus de suivi gynécologique. Elles ont l'impression que ce n'est plus nécessaire parce que justement elles n'ont plus de sexualité. »*

Enoncé n°1 : Je considère qu'il est nécessaire d'initier la conversation avec les patients masculins, car une fois la discussion entamée, cela devient plus facile. Je remarque que de plus en plus de femmes ne vont plus chez le/la gynécologue, ce qui peut avoir pour conséquences à des détections tardives de cancers du col de l'utérus."

- *« C'est vrai que les maladies sexuellement transmissibles, on n'en parle quasiment pas. Enfin je pense. Alors qu'on pourrait, s'il y a des nouveaux partenaires. Je ne dépiste généralement pas sauf si les patients me parlent par exemple de troubles de manque de libido chez les femmes ou encore la sécheresse vaginale. »*

Enoncé n°2 : Je trouve que les maladies sexuellement transmissibles sont souvent peu abordées en consultation. Je ne fais pas de dépistage sauf si les patients abordent des symptômes spécifiques.

- *« Quand il y a des plaintes chez l'homme, d'office, on fait une prise de sang, je renvoie chez l'urologue. S'il y a des plaintes plutôt communes, j'ai déjà eu un couple qui disait que monsieur était fort demandeur et madame n'avait plus du tout de libido. Je les ai renvoyés chez la sexologue. Sont-ils allés ? Je n'en sais rien. »*

Enoncé n°3 : Je prescris une prise de sang et je réfère les patients masculins à un urologue en cas de plaintes spécifiques ; pour les problèmes de libido plus communs, je réfère le couple à un sexologue, mais je ne sais pas s'ils ont suivi cette recommandation.

- « Ce que je disais en maison de repos, pour moi, et c'est certainement une erreur, on met vraiment des œillères concernant la sexualité et tout ce qui est MST, tout ce qui est même dépistage. A partir d'un moment donné, en effet, on ne le fait pas spécialement et est-ce que ça a encore un intérêt ? »

Enoncé n°4 : J'ai l'impression que dans les maisons de repos, on a tendance à éviter de parler de sexualité, de MST et de dépistage. Je me pose la question : si c'est une erreur et s'il ne faudrait pas continuer à en parler.

Entretien MG2 :

- « En plus, j'ai parfois du mal à imaginer certaines personnes âgées avoir des rapports sexuels, donc je ne pose pas spontanément la question. Je devrais peut-être plus m'y intéresser. Mais, c'est vrai que passé un certain âge, j'ai ce mauvais réflexe de ne plus trop m'intéresser de ce côté-là. »

Enoncé n°1 : Je suis parfois incapable d'imaginer des personnes âgées ayant des relations sexuelles. Bien que je devrais y porter un intérêt, je tends à négliger la chose, passé un certain âge.

- « Oui rien que l'âge du patient modifie la prise en charge. Parce que honnêtement, comme je te disais tout à l'heure, j'en parle beaucoup plus facilement avec un patient de jeune âge parce que je sais ce qu'il en est. Eux, en parlent plus facilement aussi. Qu'avec une personne plus âgée qui déjà, elle a du mal à venir m'en parler. Et donc, c'est vrai que l'âge du patient, déjà, ça joue énormément. »

Enoncé n°2 : Je trouve plus facile de discuter de ces sujets avec les patients plus jeunes. En somme, l'âge du patient joue un rôle important dans la prise en charge.

- « Déjà le patient, il n'a pas voulu que je dise que j'avais prescrit du Spedra®, donc il a dit : « vous ne le dites pas aux infirmières ». J'ai dû faire l'ordonnance papier. Donc c'est très secret. »

Enoncé n°3 : Je me suis vu demander par un patient de ne pas révéler que j'avais fait une prescription. Je devais garder le secret afin que cela ne soit pas communiqué aux infirmières.

- « Donc oui, l'intimité pose question. Après, c'est le fait que toutes les personnes âgées se retrouvent dans un même lieu, sous le même toit, c'est propice à des rencontres et du coup peut-être à des rencontres amoureuses comme amicales et donc avec certains besoins physiques qui peuvent s'exprimer de la part d'un partenaire ou de l'autre. »

Enoncé n°4 : Je me rends compte que le fait que toutes les personnes âgées vivent sous le même toit peut conduire à des rencontres amoureuses ou amicales.

Analyse thématique de l'interview MG1

<u>Thèmes générés à partir de l'interrogation : « Quels sont les grands points à aborder quand on parle de « santé sexuelle » chez la personne âgée? »</u>	
<u>Thèmes générés à partir des verbatims</u>	<u>Présentations détaillées des thèmes</u>
- <u>Tabou sociétal</u>	<i>« Je pense que c'est hyper important parce que je crois que c'est encore hyper tabou vis-à-vis de nos patients âgés. »</i>
- <u>Inconfort du patient</u>	<i>« Les patients hommes, eux, n'osent pas. »</i>
<u>Thèmes générés à partir de l'interrogation : « Que représente pour vous la sexualité ? »</u>	
- <u>Evolution de la sexualité au fil de l'âge</u>	<i>« Je pense que ça peut englober tout parce que plus on avance dans l'âge, au plus on tend vers de la tendresse ou des choses comme cela. Après les choses évoluent. »</i>
- <u>Besoin fondamental de l'être humain</u>	<i>« Je crois que les instincts humains restent. »</i>
- <u>Abstraction du côté psychologique lors prise en charge médicale</u>	<i>« Après c'est vrai que tout ce qui est tendresse etc, c'est plus d'un point de vue psychologique, d'un point de vue plus médical, ça a moins son sens. Nous, en tout cas, on nous interpelle moins là-dessus. »</i>
<u>Thèmes générés à partir de l'interrogation : « Selon vous, qu'est-ce que les patients attendent d'un médecin généraliste par rapport à ce sujet? »</u>	

- <u>Inconfort du médecin</u>	« Chez les personnes plus âgées, je pense que si on l'aborde en premier, c'est compliqué parce qu'on ne sait jamais quelles vont être leurs réactions. Il y a des gens qui vont plus vite mal le prendre, ils sont vraiment plus timides, de plus c'est vraiment tabou pour eux et on n'en a jamais parlé dans leur famille, etc. » « on n'ose pas par peur de froisser. »
- <u>Influence du contexte socio-culturel</u>	(...)« ils sont vraiment plus timides, de plus c'est vraiment tabou pour eux et on n'en a jamais parlé dans leur famille, etc. »
<u>Thèmes générés à partir de l'interrogation : « Est-ce que vous remarquez une différence de réaction entre justement les hommes et les femmes ? »</u>	
- <u>Réactions différentes en fonction du sexe</u>	« Les hommes , je crois que oui : « je n'ai plus d'érection, c'est la catastrophe et je ne suis plus vraiment un homme ». J'ai cette sensation- là, mais la dame n'ose pas vraiment en parler. »
<u>Thèmes générés à partir de l'interrogation : « Est-ce que vous dépistez les troubles sexuels et les problématiques de la santé sexuelle chez les personnes âgées ? Si oui, de quelle façon ? A quelle fréquence ? Si non, pourquoi ? »</u>	
- <u>Priorisation du temps</u>	« On préfère mettre ce temps- là dans le dépistage des maladies sexuellement transmissibles chez des plus jeunes. Le

	<i>risque est plus élevé que chez des personnes plus âgées. »</i>
<u>Thèmes générés à partir de l'interrogation : « Quelle est la place du conjoint ou de la partenaire en consultation ? »</u>	
- <u>Seul face à sa sexualité</u> - <u>Approche non collaborative au sein du couple</u> - <u>Déni de sa propre sexualité (chez la femme)</u>	<i>« Et puis, souvent, les hommes viennent tout seuls et les femmes, elles sont un peu plus introverties, elles n'en parlent pas vraiment. J'ai l'impression, beaucoup moins de femmes. Comme si elles se voilaient la face au niveau même de la sexualité et au niveau du dépistage : « A partir d'un certain âge, ce n'est plus nécessaire parce que peut-être je n'ai plus de rapport. »</i>
<u>Thèmes générés à partir de l'interrogation : « Quand il y a une plainte sexuelle, réalisez-vous des examens complémentaires. Travaillez-vous en réseau avec des gynécologues, des urologues, des sexologues ? »</u>	
- <u>Non suivi de la plainte initiale</u>	<i>« Je les ai renvoyés chez la sexologue. Sont-ils allés ? Je n'en sais rien. »</i>
- <u>Médecin généraliste : première personne ressource</u>	<i>« Parfois, il y a les dames plus âgées, qui ne sont plus allées chez leur gynéco depuis longtemps et le gynéco n'étant plus présent, elles ne veulent pas s'adresser à une nouvelle gynécologue. »</i>
<u>Thèmes générés à partir de l'interrogation : « Quel est votre ressenti par rapport aux traitements proposés ? »</u>	
- <u>Manque d'initiation / Non information sur le sujet</u>	<i>« J'initie pas tellement. Je pense que c'est parce que je ne suis pas assez informée sur ce sujet. Et, après ça peut être un</i>

	<i>défaut parce que l'un dans l'autre, comme ils vont moins voir leur gynéco, c'est un peu nous, le seul pilier de ce côté-là. Mais ,j'avoue que je ne l'initie quasiment jamais et que je ne sais pas s'il y a des nouveautés. »</i>
- <u>Référer vers les spécialistes, mais à quel moment ?</u>	<i>« On peut peut-être initier sur la sexualité en tant que telle, demander même s' il y a une infection urinaire au final et voir s' il y a une nécessité de mettre un traitement hormonal de substitution. Mais, parfois j'essaie de dire : « peut-être peut-on revoir une fois la gynécologue et en reparler par la suite ? »</i>
- <u>Influence des médicaments</u> - <u>Bénéfices/Risques des médicaments</u> - <u>Quelle pathologie traiter en 1^{er} ?</u> - <u>Partenaire lésé de la situation</u>	<i>« J'ai eu une dame qui était super bien mieux avec le traitement antidépresseur, mais sa libido était vraiment diminuée et son mari était vraiment embêté là-dessus. Donc là, je jouais sur deux terrains. »</i>
<u>Thèmes générés à partir de l'interrogation : « Êtes-vous à l'aise avec le bilan des troubles de la santé sexuelle chez les personnes âgées? Si non, pourquoi? Si oui , quels sont les éléments qui vous permettent de gérer cette problématique ?</u>	
- <u>Se référer à sa propre sexualité</u>	<i>« En effet, en terme de dépistage, pour essayer d'aller un petit peu plus loin, s'ils n'entament pas la conversation, c'est un peu plus délicat chez les personnes plus</i>

	<i>âgées. Parce qu'en plus, moi, je suis plus jeune. On n'a pas du tout le même vécu. »</i>
- <u>Désir d'en connaître davantage</u> - <u>Connaissances du réseau</u>	<i>« On avait eu une formation dans nos GLEM, on avait eu une formation avec une sexologue et donc cela, je trouve ça super bien. Je renvoie quand même assez facilement, mais peut-être pas assez de personnes âgées. »</i>
<u>Thèmes générés à partir de l'interrogation : « Pensez-vous que la qualité de la prise en charge de la sexualité diffère selon l'âge du patient? »</u>	
- <u>Fréquence des rapports sexuels selon l'âge</u>	<i>« On se dit qu'elle peut avoir plusieurs partenaires. On se dit qu'elle a une vie sexuelle beaucoup plus importante et donc, on va plus vite aborder le sujet. »</i>
- <u>Non communication de la sexualité en MRS</u>	<i>« Justement, comme on dit dans la maison de repos, c'est insignifiant. Je pense qu'on n'en parle même plus. »</i>
- <u>Désir et Besoins sexuels</u> - <u>Non prise en charge en médecine générale</u> - <u>Référer immédiatement</u> - <u>Sexualité : conséquence d'une maladie ?</u>	<i>« J'ai dit que ce serait bien une fois qu'elle aille chez la gynécologue parce que les soignants me disent qu'elle a encore des envies sexuelles? Des troubles liés à son AVC ? Elle pourrait encore avoir une vie active et qu'on ne le sache pas. »</i>
<u>Thèmes générés à partir de l'interrogation : « Est-ce que vous pensez que la prise en charge diffère selon le sexe du patient (H/F)? »</u>	
- <u>Mutisme de la femme</u>	<i>« Je pense que la femme va moins l'aborder sauf si elle a des symptômes, et</i>

	<i>encore je pense qu'elle se voile un peu la face, même si elle a des symptômes. »</i>
- <u>Atteinte à la masculinité</u>	<i>« Contrairement à un homme qui a un trouble de l'érection, etc. J'ai cette sensation qu'il a une atteinte à sa masculinité. »</i>
<u>Thèmes générés à partir de l'interrogation</u> : <i>« Pensez-vous que la prise en charge de la sexualité chez la personne âgée diffère en fonction de l'endroit où se déroule la consultation ? Comment pourriez-vous me décrire le lieu de consultation en maison de repos ? »</i>	
- <u>Fermer les yeux , absence de sexualité</u>	<i>« On met vraiment des œillères concernant la sexualité et tout ce qui est MST, tout ce qui est même dépistage. A partir d'un moment donné, en effet on ne le fait pas spécialement et est-ce que ça a encore un intérêt? »</i>
- <u>Organisation du lieu de consultation</u> - <u>Intimité en consultation à conserver</u>	<i>« Mais donc le climat qu'on a habituellement n'est pas du tout propice. Donc, aller voir les gens entre deux, voir si tout va bien ou avoir une belle chambre double où il y a une autre patiente dans la même chambre, c'est compliqué. »</i>
<u>Thèmes générés à partir de l'interrogation</u> : <i>« Si des recommandations devaient être établies, quels seraient les 3 grands points à évoquer dans celles-ci ? »</i>	
- <u>Différentes approches d'aborder la sexualité</u>	<i>« Comment aborder le sujet ? Peut-être nous donner des pistes par rapport aux approches. »</i>

- <u>Envie d'apprendre</u>	« Je serais ravie d'avoir des recommandations. En tout cas de les lire et de voir si en pratique, c'est vraiment possible. »
Thèmes générés à partir de l'interrogation : « Pour conclure, en quoi trouvez-vous ce sujet important dans votre pratique? »	
- <u>Sujet secondaire, peu présent dans le cursus scolaire</u> - <u>Évolution des mentalités</u>	« Parce que je crois qu'on ne l'a jamais réellement abordé, même pas certaine que cela avait été vu dans nos cours de gériatrie. De plus, je crois que la population évolue et ça deviendra moins tabou. »
- <u>Prise de conscience</u> - <u>Importance de la prévention</u>	« Parce que je pense aussi que je laisse toute une partie de la population sans prévention et qui, elle a une sexualité, donc l'un ne va pas sans l'autre. Donc, peut-être essayer d'aborder plus fréquemment. »

Annexe n°6 : Avis favorable du Comité d’Ethique Hospitalo-Facultaire



Université Catholique de Louvain
Faculté de médecine



Comité d’Ethique Hospitalo-Facultaire

Bruxelles, ce 07 Novembre 2022

A l'investigateur responsable:
Dr Brandon BAUDOUX
Rue des Fauvettes 1
6250 Aiseau-Presles

AVIS FAVORABLE

Concerne : 2022/17OCT/385

N° Protocole : MACCS

Acronyme : n/a

Intitulé : Quelle est la prise en charge du médecin généraliste face à la sexualité des personnes âgées en Wallonie ?
Freins, obstacles, perceptions du médecin et perspectives d'améliorations

Cher Collègue,

Le Comité d’Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCL a pris connaissance de l'étude susmentionnée.
Après examen détaillé et discussion, nous concluons que votre projet ne tombe pas sous le champ d'application de la loi belge du 07.05.2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Ceci étant dit, nous donnons un avis éthique favorable à votre projet.

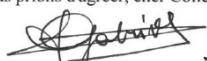
Nous vous recommandons

- de prendre les mesures nécessaires afin de garantir la confidentialité des données en accord avec le RGPD
- d'informer correctement les participants sur le but de leur participation et sur ce qui est attendu d'eux
- de prévenir le participant s'il est prévu ou non des enregistrements audio ou vidéo et de prévoir la destruction de ceux-ci le cas échéant.
- d'utiliser les plateformes sécurisées Qualtrix ou LimeSurvey pour les enquêtes en ligne car elles sont considérées comme respectant l'anonymat des données

Vous trouverez ci-joint les commentaires qui sont à prendre en compte dans le document d'information et le questionnaire.

Une liste des membres actuels est jointe en annexe.

Nous vous prions d'agréer, cher Collègue, l'expression de nos sentiments les meilleurs.


Mme A. GABRIEL
Membre CEHF


Prof. J.-M. MALOTEAUX
Président

Annexe n°7 : Retranscriptions MG1 et MG7

L'entièreté des 9 interviews sont toutes regroupées dans le dossier « Annexes-interviews ».

Retranscription MG1

Temps d'interview : 36 minutes

Identification du profil du médecin généraliste

- **MG1** : Je suis une dame âgée de 33 ans. Je travaille à Aiseau, pas très loin de Fosse-la-Ville, en milieu semi-rural. Cela va faire la septième année que je travaille en tant que médecin généraliste. Plus trois ans d'assistantat, toujours au même endroit à Aiseau. Je suis allée faire des remplacements à Farciennes ou encore à Anhée, en milieu rural. Je fais des visites à domicile, des visites en maison de repos et des consultations au cabinet. On travaille en association avec des médecins généralistes. Bientôt, en maison médicale. Nous sommes trois médecins, un assistant, une secrétaire ainsi que des kinés. J'ai fait une formation ONE ainsi que la formation ECG. J'ai fait une partie de la formation en médecine sportive mais j'ai arrêté assez rapidement.

Brainstorming

- **BB**: *Que vous évoque ce titre de TFE? Selon vous, quels sont les grands points à aborder quand on parle de « santé sexuelle » chez la personne âgée?*
- **MG1** : Je pense que c'est hyper important parce que je crois que c'est encore hyper tabou vis-à-vis de nos patients âgés. Personnellement, je n'ai pas vraiment de difficultés d'aborder, même chez les hommes, le manque de libido ou les problèmes érectiles, etc. Les patients hommes, eux, n'osent pas. Et puis par après, lorsqu'on entame la discussion, c'est un peu plus facile. Je pense que c'est hyper important, même chez les femmes. Plus, on avance dans nos consultations, plus j'ai l'impression que les dames ne vont plus chez le/la gynécologue. On a quand même pas mal de cancers du col de l'utérus qui sont détectés, vraiment tard parce qu'il n'y a plus de suivi gynécologique. Elles ont l'impression que ce n'est plus nécessaire parce que justement, elles n'ont plus de sexualité.
- **BB** : *Justement, par rapport à la prévalence de l'activité sexuelle au niveau de la tranche d'âge, donc les plus de 65 ans. Sur une échelle de 100 %, à combien estimez-vous le % des personnes ayant une relation sexuelle au moins dans l'année ? ou sur le mois?*

- **MG1** : Je crois que de plus en plus les gens osent quitter leur conjoint ou alors osent refaire leur vie plus qu'avant. Donc, je dirais, j'ose espérer 60 % au moins.
- **BB** : *Que représente pour vous la sexualité ? Qu'est-ce que cela signifie pour vous ? Est-ce que seule la pénétration concerne la sexualité ? Ou alors est-ce que vous englobez également tout ce qui est préliminaires, masturbation, tendresse et signes d'affection ?*
- **MG1** : Je pense que ça peut englober tout parce que plus on avance dans l'âge, au plus on tend vers de la tendresse ou des choses comme cela. Après, les choses évoluent. Je t'avais expliqué, une situation en maison de repos : donc, c'est un monsieur qui avait son épouse qui venait encore le voir, mais lui, il perdait la tête. Il avait une nouvelle compagne dans la maison de repos. Et, je pense qu'on a retrouvé cette compagne dans sa chambre. Je crois que les instincts humains restent. Pour moi, ce n'est pas spécialement que la pénétration ou l'acte en tant que tel au niveau de la sexualité. Après, c'est vrai que tout ce qui est tendresse etc, c'est plus d'un point de vue psychologique, d'un point de vue plus médical, ça a moins son sens. Nous, en tout cas, on nous interpelle moins là-dessus.

Perception des patients

- **BB** : *Concernant la perception des patients. Selon vous, qu'est-ce que les patients attendent d'un médecin généraliste par rapport à ce sujet ? En passant du dépistage, du diagnostic au traitement ou à la prévention, ce sujet devrait-il être abordé de manière spontanée par le médecin généraliste en consultation ?*
- **MG1** : Chez les personnes plus âgées, je pense que si on l'aborde en premier, c'est compliqué parce qu'on ne sait jamais quelles vont être leurs réactions. Il y a des gens qui vont plus vite mal le prendre, ils sont vraiment plus timides, de plus c'est vraiment tabou pour eux et on n'en a jamais parlé dans leur famille, etc. Je pense qu'on n'en parle pas assez justement dans le sens où demander à des personnes, enfin même aux dames : « est-ce que vous avez encore des rapports sexuels ? Est-ce que vous allez toujours voir votre gynécologue ? ». Après, on pourrait l'initier comme ça. Demander si les patients vont encore chez la gynécologue pour des dépistages. Après, on pourrait les faire aussi ces dépistages (Elle réfléchit)... Et puis, essayer d'initier la conversation et de demander : s'il y a toujours des rapports. Mais par après, soit on connaît bien les patients et on ose, soit on n'ose pas, par peur de froisser. Après, réellement, me

concernant, j'ai vraiment plus d'hommes qui osent dire : « j'ai des troubles de l'érection... »

- **BB** : *Est-ce que vous remarquez une différence de réaction entre justement les hommes et les femmes?*
- **MG1** : J'ai l'impression que les hommes en parlent plus que les femmes. Les femmes vraiment plus âgées, ne cherchent pas spécialement les rapports sexuels alors que les hommes ont cette sensation que la sexualité n'est que de la pénétration.
- **BB** : *Quand vous évoquez des femmes plus âgées, vous pensez à quel âge plus ou moins ?*
- **MG1** : Plus de 70 ans ou plus de 80 ans. Pour moi, 65-70 ans, ils peuvent toujours avoir des rapports. C'est plus les dames qui ne sont pas spécialement obnubilées par des rapports en tant que tels avec pénétration, etc. Les hommes , je crois que oui : « je n'ai plus d'érection, c'est la catastrophe et je ne suis plus vraiment un homme ». J'ai cette sensation là, mais la dame n'ose pas vraiment en parler.
- **BB** : *Sur base de votre expérience justement? Vous estimez que sur une échelle de 100 personnes âgées, combien amènent le sujet ?*
- **MG1** : Pas beaucoup, peut-être 10 %.

Dépistage des troubles sexuels

- **BB**: *Est-ce que vous dépistez les troubles sexuels et les problématiques de la santé sexuelle chez les personnes âgées ? Si oui, de quelle façon ? A quelle fréquence ? Si non, pourquoi ? Quelles sont les raisons à cela ?*
- **MG1**: C'est vrai que les maladies sexuellement transmissibles, on n'en parle quasiment pas. Enfin, je pense. Alors qu'on pourrait, s'il y a des nouveaux partenaires. Je ne dépiste généralement pas sauf si les patients me parlent par exemple de troubles de manque de libido chez les femmes ou encore la sécheresse vaginale. Des troubles d'érection plutôt chez les hommes. Ça c'est plus au niveau de la sexualité. Et puis après, c'est de nouveau : « je ne veux pas aller chez le gynéco », alors je parle du cancer du col de l'utérus pour la dame.
- **BB** : *Selon vous, c'est un manque de temps également ?*
- **MG1** : Oui. Parce qu'on se dit : on préfère mettre ce temps- là dans le dépistage des maladies sexuellement transmissibles chez des plus jeunes. Le risque est plus élevé que chez des personnes plus âgées .Et chez les personnes plus âgées, peut- être qu'il y

a plein d'autres maux qui nous prennent plus de temps et donc ce n'est pas ça qui revient et on n'a plus le temps d'aborder ce sujet- là à la fin de la consultation. Après, peut-être qu'avec des patients qui viennent souvent pour un renouvellement et aussi des patients que l'on voit assez habituellement, on pourrait prendre ce temps-là pour essayer d'aborder le sujet.

- **BB :** *Quand il amène le sujet ou que vous en parlez en consultation, quelle est la place du conjoint ou de la partenaire en consultation ?*
- **MG1:** Soit les hommes sont tout seuls et n'en parlent pas spécialement. Après, j'essaie chaque fois de demander par des choses plus simples. Donc, je parle de la PSA : je demande : « est-ce qu'il n'y a pas de diminution au niveau de la miction, de la diminution au niveau du jet ? ». Je demande : « est-ce que vous avez encore des érections matinales ? ». Pour essayer d'initier. Mais alors là, les époux, les épouses peuvent être là. Après, c'est vrai que des personnes très âgées, je ne pose pas très souvent ce genre de questions-là réellement. Et puis, souvent, les hommes viennent tout seuls et les femmes, elles sont un peu plus introverties, elles n'en parlent pas vraiment. J'ai l'impression, beaucoup moins de femmes. Comme si elles se voilaient la face au niveau même de la sexualité et au niveau du dépistage : « A partir d'un certain âge, ce n'est plus nécessaire parce que je n'ai plus de rapport ».

Mise au point/examens complémentaires

- **BB :** *Quand il y a une plainte sexuelle, réalisez-vous des examens complémentaires. Travaillez-vous en réseau avec des gynécologues, des urologues, des sexologues? Est-ce que vous référez? Si oui, pourquoi? Et si pas, quels sont les éléments qui permettent de gérer cette plainte?*
- **MG1 :** Quand il y a des plaintes chez l'homme, d'office, on fait une prise de sang ; je renvoie chez l'urologue. S'il y a des plaintes plutôt communes, j'ai déjà eu un couple qui disait que monsieur était fort demandeur et madame n'avait plus du tout de libido. Je les ai renvoyés chez la sexologue. Sont-ils allés ? Je n'en sais rien. Mais, c'est vraiment parce qu'il y a eu une demande, je ne sais même plus comment ça avait été initié. Mais, je crois que ce n'est pas moi qui avait initié le sujet. C'étaient les patients. Et, ils étaient venus ensemble et étaient demandeurs. Mais sinon, oui, d'office urologue, gynécologue ou moi-même. Parfois, il y a les dames plus âgées, qui ne sont plus allées chez leur gynéco depuis longtemps et le gynéco n'étant plus présent, elles

ne veulent pas s'adresser à une nouvelle gynécologue. La nouveauté fait peur. Donc, j'essaie de faire des frottis, de donner du Vagisan® pour la sécheresse vaginale.

Traitements

- **BB :** *Quel est votre ressenti par rapport aux traitements proposés ? Par exemple pour les traitements concernant les dysfonctions érectiles, les traitements hormonaux locaux ou traitement hormonal de substitution, la testostérone pour les troubles de libido chez l'homme ou encore la castration chimique.*
- **MG1 :** Tout ce qui est au niveau des troubles érectiles, tout ce qui est pour augmenter les capacités sexuelles pour les hommes comme des inhibiteurs de la phosphodiesterase V, je n'ai aucun souci avec ça. Souvent, on l'initie mais je dis, toujours quand même en complément, on doit réaliser un bilan complémentaire afin de voir s'il n'y a pas un problème sous-jacent pour des personnes à risque cardiovasculaire. On va un peu plus loin que juste prescrire le médicament, mais je trouve que c'est pas mal. Et souvent, je demande qu'ils reviennent pour me dire si ça va mieux ou pas du tout. Concernant la sécheresse vaginale, j'ai vu la déléguée récemment mais, je crois qu'elle m'a parlé justement du traitement hormonal de substitution. J'initie pas tellement. Je pense que c'est parce que je ne suis pas assez informée sur ce sujet. Et, après ça peut être un défaut parce que l'un dans l'autre, comme ils vont moins voir leur gynéco, c'est un peu nous, le seul pilier de ce côté-là. Mais, j'avoue que je ne l'initie quasiment jamais et que je ne sais pas s'il y a des nouveautés. Après, avec les facteurs de risque, comme les gens ne se plaignent pas tellement, on se dit : est-ce que ça vaut la peine au niveau risques-bénéfices de mettre quelque chose en place?
- **BB :** *Par rapport aux effets secondaires de ces médicaments? Quel est votre ressenti ?*
- **MG1 :** Les dames viennent beaucoup plus parler de leurs bouffées de chaleur ou des choses comme ça que de parler de libido ou parler de sécheresse vaginale, etc. Après, ça pourrait être un élément de se dire : « ça ne va pas, depuis que je suis ménopausée, c'est la catastrophe au niveau des bouffées de chaleur ». On peut peut-être initier sur la sexualité en tant que telle, demander même s'il y a une infection urinaire au final et voir s'il y a une nécessité de mettre un traitement hormonal de substitution. Mais, parfois j'essaie de dire : « peut-être peut-on revoir une fois la gynécologue et en

reparler par la suite ? ». Mais, je ne suis pas certaine que ça soit la bonne solution parce que je ne sais pas quels sont les délais pour avoir une gynéco ? Et peut-être que, on passe à la trappe et que les gens ne reviennent plus spécialement avec cette demande-là et ne vont pas voir la gynécologue non plus à ce moment-là. Castration : je n'ai jamais fait. J'ai par contre eu des antidépresseurs qui diminuent cette libido. J'ai déjà eu des cas où alors là, les gens viennent séparément. J'ai eu une dame qui était super bien mieux avec le traitement antidépresseur, mais sa libido était vraiment diminuée et son mari était vraiment embêté là-dessus. Donc là, je jouais sur deux terrains. J'avais l'avis du mari, jamais en association avec son épouse. Aussi, je pense qu'elle avait de l'endométriose. Donc, mais ça c'est de nouveau des gens un peu plus âgés. Le mari un peu plus âgé, la femme un peu plus jeune.

Autres questionnements

- **BB** : *Êtes-vous à l'aise avec le bilan des troubles de la santé sexuelle chez les personnes âgées? Si non, pourquoi? Quels sont les éléments que vous pourriez améliorer par rapport aux compétences médicales et si oui, quels sont les éléments qui vous permettent de gérer cette problématique ?*
- **MG1** : Je pense que je suis assez à l'aise et j'essaie de rendre justement les patients à l'aise sur ce sujet en disant que ce n'est pas du tout tabou. Après l'initier, c'est plus compliqué. J'aimerais améliorer la façon de l'initier si ce n'est jamais abordé, pour que ça soit plus routinier. Peut-être qu'il y a des gens qui n'en parleront jamais. Et puis, si on avait initié le sujet, ça leur ferait du bien et ça changerait quelque chose à leur situation. En effet, en terme de dépistage, pour essayer d'aller un petit peu plus loin, s'ils n'entament pas la conversation, c'est un peu plus délicat chez les personnes plus âgées. Parce qu'en plus, moi, je suis plus jeune. On n'a pas du tout le même vécu. Pour moi, ce n'est pas tabou, mais pour eux, je pense encore vraiment que c'est quand même tabou. Par contre, en terme de traitements, on avait eu une formation dans nos GLEM, on avait eu une formation avec une sexologue et donc cela, je trouve ça super bien. Je renvoie quand même assez facilement, mais peut-être pas assez de personnes âgées. Peut-être que parce que le sujet n'est pas spécialement abordé. Par contre, tout ce qui est traitements, oui, « les traitements basiques », je suis plutôt à l'aise avec cela, mais les autres traitements, ça serait matière à en tout cas à revoir ou à avoir une petite formation à ce sujet pour pouvoir plus aider les gens.

- **BB** : *Pensez-vous que la qualité de la prise en charge de la sexualité diffère selon l'âge du patient? Imaginons une personne âgée en comparaison à une personne jeune de 20-25 ans, est-ce que la qualité de la prise en charge du médecin généraliste est différente ?*
- **MG1** : Bien sûr, parce qu'une personne plus jeune, on se dit qu'elle peut avoir plusieurs partenaires. On se dit qu'elle a une vie sexuelle beaucoup plus importante et donc on va plus vite aborder le sujet. Je crois aussi, que premièrement c'est moins tabou. Après, c'est toujours le cas de se dire que les parents sont là, il y a quand même certains freins. Mais oui, beaucoup plus vite, concernant tout ce qui est MST, etc. Surtout, pour moi, pas spécialement dans la tranche d'âge 65-70 ans, mais beaucoup plus âgées. Justement, comme on dit dans la maison de repos, c'est insignifiant. Je pense qu'on n'en parle même plus. Aller voir une gynécologue, c'est même pas abordé. J'ai juste un cas : une dame dans une maison de repos. J'ai dit que ce serait bien une fois qu'elle aille chez la gynécologue parce que les soignants me disent qu'elle a encore des envies sexuelles. Alors, est-ce que c'est augmenté par un problème psychologique? Des troubles liés à son AVC ? Elle pourrait encore avoir une vie active et qu'on ne le sache pas. Mais pour les autres, je pense que ce n'est quasiment jamais abordé vraiment.
- **BB** : *Est-ce que vous pensez que la prise en charge diffère selon le sexe du patient (H/F)?*
- **MG1** : Je pense que la femme va moins l'aborder sauf si elle a des symptômes, et encore je pense qu'elle se voile un peu la face, même si elle a des symptômes. Je crois que s'il y a des rapports sexuels et que la dame a des douleurs, elle va moins venir en parler. Elle va plus prendre sur elle. Contrairement à un homme qui a un trouble de l'érection, etc. J'ai cette sensation qu'il a une atteinte à sa masculinité. Plus vite, il abordera le sujet qu'une dame.
- **BB** : *Au sein des personnes âgées, avez-vous déjà eu à gérer des expériences avec des personnes homosexuelles ? Que ce soit en maison de repos ou à domicile? Cela diffère des relations hétérosexuelles ?*
- **MG1** : Je n'en ai jamais eu le cas pour des plus de 65 ans. Dans les plus jeunes, oui. Après, ces patients-là qu'on voit évoluer seront à un moment donné plus vieux. Mais, je pense que le sujet aura déjà été abordé à ce moment-là et la prise en charge est un peu différente. J'ai quelques patients homosexuels, lesbiennes, plus jeunes. Au niveau sexualité et risques, c'est vrai qu'il y a quand même toujours un petit frein. Je ne suis

pas du tout mal à l'aise vis-à-vis d'une situation comme ça, mais on ne connaît pas toujours toutes les pratiques. Mais chez des personnes âgées, je n'ai jamais eu de cas, donc je ne sais pas.

MRS

- **BB** : *Pensez-vous que la prise en charge de la sexualité chez la personne âgée diffère en fonction de l'endroit où se déroule la consultation ? Comment pourriez-vous me décrire le lieu de consultation en maison de repos ? Est-ce un lieu opportun pour parler de sexualité ? Quels sont les freins et les éléments positifs de l'organisation d'une maison de repos en terme de sexualité pour la personne âgée ?*
- **MG1** : Ce que je disais en maison de repos, pour moi, et c'est certainement une erreur, on met vraiment des œillères concernant la sexualité et tout ce qui est MST, tout ce qui est même dépistage. A partir d'un moment donné, en effet on ne le fait pas spécialement et est-ce que ça a encore un intérêt ? Mais, dans les maisons de repos, de plus en plus : il y a des gens qui ne se sentent plus capables de rester seuls à la maison, donc qui sont en effet plus jeunes et pas vraiment très âgés. Ils ont besoin justement de voir des gens. Mais donc, le climat qu'on a habituellement n'est pas du tout propice. Donc, aller voir les gens entre deux, voir si tout va bien ou avoir une belle chambre double où il y a une autre patiente dans la même chambre, c'est compliqué. Donc, c'est vrai que ce serait bien que systématiquement au final, il y ait une pièce dédiée aux médecins où les infirmiers ou les aides-soignants viennent amener le patient. Et qu'on puisse se dire une fois ou deux par année, on discute de ce sujet dans un environnement plus intime. Après, je crois que chez certains patients, il n'y a pas de nécessité. Mais, pouvoir oser poser la question ou se demander même en terme de dépistage chez les plus jeunes. Ou encore chez des gens qui sont en couple au final en maison de repos parce qu'en maison de repos, en couple, on ne voit jamais un lit double dans la même chambre.

Recommandations

- **BB** : *Si des recommandations devaient être établies, quels seraient les 3 grands points à évoquer dans celles-ci ?*
- **MG1** : D'abord, comment aborder le sujet ? Peut-être nous donner des pistes par rapport aux approches. Pour justement ne pas essayer de heurter les gens. Parce que je crois : qu'il y a encore des anciens dans notre population actuelle. Plus on va

avancer, moins ce sera peut-être tabou. D'autre part, savoir en termes de dépistage, peut-être jusqu'à quel âge réellement en faire un ? Même les gynécos parfois disent que ce n'est pas nécessaire. Il n'y a plus besoin de faire de dépistage et ensuite, on se rend compte qu'il y a un cancer du col de l'utérus qui est présent. Et, j'ai l'impression que même les gynécos ne trouvent pas nécessaire de faire un suivi de leurs patients. Et, en maison de repos, c'est quasi nul. Je serais ravie d'avoir des recommandations. En tout cas de les lire et de voir si en pratique, c'est vraiment possible.

Conclusion

- **BB** : *Pour conclure, en quoi trouvez-vous ce sujet important dans votre pratique?*
- **MG1** : Parce que je crois qu'on ne l'a jamais réellement abordé, même pas certaine que cela avait été vu dans nos cours de gériatrie. De plus, je crois que la population évolue et ça deviendra moins tabou. Et donc, peut-être que la vie sexuelle chez les personnes plus âgées va être plus riche que celle de la génération précédente. Et, qu'il y a toute une partie de la population qu'on laisse de côté. Parce qu'on se dit : « s'ils ont des rapports, tant mieux, si pas, tant pis. On a l'impression que ça coule de source ». Et, on ne se demande pas s'ils sont heureux comme ça ou si ça les pèse. Et, je crois qu'ils n'osent pas aborder le sujet. Et donc, je crois qu'il y a une partie des personnes qui ne sont pas épanouies parce qu'on les laisse de côté. Et alors, je pense qu'il y a une partie en effet de dépistages nécessaires qu'on laisse tomber déjà bien tôt. Donc, on disait 65 ans, mais je suis certaine qu'il y en a avant 65 ans qui ne vont déjà plus chez le gynéco et qui n'abordent plus ce sujet-là.
- **BB** : *Y-a-t-il une manière d'aborder la sexualité que vous aimeriez améliorer, que vous aimeriez développer et mettre en place dans votre pratique dans le futur?*
- **MG1** : Peut-être, être plus vigilante et moins me voiler la face? Parce que je pense aussi que je laisse toute une partie de la population sans prévention et qui, elle a une sexualité, donc l'un ne va pas sans l'autre. Donc, peut-être essayer d'aborder plus fréquemment. De se dire même d'un point de vue de l'initiation du sujet en consultation, en disant : « est-ce que vous allez encore chez le gynécologue? ». Ou peut-être directement poser la question chez la dame : « est-ce que vous avez encore des rapports sexuels avec votre mari ou pas? ». Voilà : peut-être oser plus et prendre le temps d'aborder ces sujets, mais en profondeur.

Retranscription MG7

Temps d'interview : 1heure et 15 minutes

Identification du profil du médecin généraliste

- **MG7** : Je suis un homme âgé de 68 ans. Je travaille depuis 1984. J'ai d'abord travaillé pendant dix ans en pratique solo. Après 10 ans, je me suis associé avec d'autres médecins. On a travaillé ensemble pendant cinq ans dans le quartier où je travaille maintenant. Et puis, on a décidé de créer une maison médicale clairement orientée sur une pratique de quartier. Voilà, ça c'est pour ma pratique de médecin généraliste. Je travaille actuellement en maison médicale au forfait et on est sept médecins dans l'équipe. Une grande équipe d'une vingtaine de personnes que je ne détaille pas. On fait de la médecine générale tout à fait ordinaire, sauf qu'on est dans une équipe pluridisciplinaire, ce qui modifie un tout petit peu l'abord par rapport aux patients. A d'autres endroits de ma pratique, j'ai travaillé comme médecin dans un centre de planning familial qui était réservé aux adolescents, un centre que j'avais eu l'opportunité de développer, fin des années 1980. Donc, j'ai évidemment beaucoup abordé les questions de sexualité, mais là plutôt pour les adolescents. J'ai aussi beaucoup participé à la prévention et à la prise en charge des patients « HIV » dans le début de l'épidémie. Et là, il n'y avait pas encore effectivement de traitements, donc les patients étaient encore très stigmatisés pour les comportements qui les avaient menés à la contamination. La plupart des patients en tout cas. C'est à peu près l'essentiel de ma pratique. Puis, j'ai fait des formations dans le domaine du planning familial, dans le domaine de la psychologie des adolescents. Et puis, j'ai fait une formation en thérapie familiale et systémique.

Brainstorming

- **BB** : *Que vous évoque le titre de ce TFE ? Selon vous, quels sont les grands points à aborder quand on parle de « santé sexuelle » chez la personne âgée ?*
- **MG7** : Il y a un premier point qui me paraît vraiment important. C'est une sorte de tabou sur la sexualité de la personne âgée. Parce que je pense que dans la représentation populaire, si je peux dire, les personnes âgées deviennent inactives sexuellement et donc, on ne les envisage même plus comme ayant une sexualité. Comme si c'était quelque chose qui était un peu honteux, ou par exemple le désir d'un homme âgé pour une femme plus jeune. C'est vécu comme un peu pervers. Donc, il y a une sorte de tabou sur quelque chose qui, à mon avis, n'est pas du tout absent, ni inexistant. Ça, c'est la première chose.
- **BB** : *Quand vous dites tabou, c'est tabou auprès de quelles personnes ?*

- **MG7** : Pour les médecins mais cela, c'est différent. Je mettrai un peu cette question-là, à part, mais de l'entourage sans doute à des degrés divers. D'un point de vue culturel, je dirais. Vous savez, le statut de la sexualité dans la société, c'est inhérent à la culture. Et donc, par exemple, on a beaucoup évolué sur l'acceptation de l'homosexualité, des choses comme ça. Je pense que la sexualité des personnes âgées est encore un sujet autour duquel il y a une certaine gêne et une certaine pudeur à parler au sein de la société. Et donc, dans l'entourage, ça dépend à mon avis très fort de la culture familiale qui est plus ou moins sensibilisée à la sexualité. D'abord : est-ce qu'on parle de sexualité dans la famille ou pas? Et ensuite? Quel statut a la personne âgée dans la famille?
- **BB** : *Par rapport à cette sexualité, comment considérez-vous la sexualité, qu'est-ce que ça signifie pour vous? Est-ce que vous considérez cela comme seulement des pratiques sexuelles, comme de la pénétration ou alors, est-ce que vous incluez également avec l'intimité, les bisous ou les caresses dans ce terme?*
- **MG7** : J'ai envie de dire qu'il y a en premier lieu la question de l'attirance et du désir si vous voulez, qui ne préjuge pas des actes qui vont être posés mais qui préjuge un peu de l'envie d'avoir une relation intime, physique avec quelqu'un, que ce soit de l'autre sexe ou du même sexe. C'est quelque chose qui va guider complètement ce qui va se passer ensuite. Ensuite, moi j'ai une vision pas très réduite de ce que peut être la sexualité. Il y a un tas de manières d'avoir un rapport sexuel avec quelqu'un. Et donc, le coït avec la pénétration n'est qu'une des formes. Et justement, par rapport à la personne âgée, je ne sais pas jusqu'où cette vision, je dirais un peu classique ou conventionnelle de la sexualité est encore d'application parce que ça dépend aussi de la possibilité de performance physique des deux personnes. Et donc voilà, ça peut varier assez bien, je pense. Mais par contre, la question du désir reste présente.
- **BB** : *Est-ce que vous organisez un temps spécifique sur cette thématique en médecine générale ? Et plus spécifiquement, pour des personnes âgées ?*
- **MG7** : Qu'est-ce que vous voulez dire par un temps spécifique ?
- **BB** : *Les personnes viennent pour un motif de consultation. Est-ce qu'en général la personne vient de manière spontanée aborder ce sujet? Ou alors, abordez-vous ce sujet de manière spontanée ?*
- **MG7** : Il peut y avoir les deux, mais ça peut venir comme le sujet à peine déguisé de la consultation. Par exemple, il y a des femmes en post ménopause qui viennent demander des conseils pour des problèmes de sécheresse vaginale. C'est quand même souvent un sujet qui gêne un peu les gens. Ils n'ont pas spécialement envie d'une discussion très ouverte sur ce qu'ils font dans leur intimité. Donc, on est souvent quand

même amené à faire comprendre qu'on a compris. Et puis, poser quelques questions pas trop intrusives pour savoir. Et puis après, évidemment, ça dépend un peu aussi si les personnes ont envie d'aller plus loin dans leur questionnement ou au contraire, si elles viennent juste chercher une réponse à un problème assez concret. Mais, c'est vrai que moi je suis un homme, donc c'est souvent les hommes qui viennent me parler de troubles de l'érection, par exemple. Ça c'est quand même une question assez fréquente. Un autre exemple que j'ai eu récemment, c'est par exemple les traitements hormonaux pour le cancer de la prostate. « Est-ce que ça va ou non compromettre ma vie sexuelle, mon désir? ». Il y a des hommes qui se posent la question et là, il faut pouvoir en discuter avec eux.

Perception des patients

- **BB :** *Concernant la perception des patients. Selon vous, qu'est-ce que les patients attendent d'un médecin généraliste par rapport à ce sujet? En passant du dépistage, du diagnostic au traitement ou à la prévention, ce sujet devrait-il être abordé de manière spontanée par le médecin généraliste en consultation ?*
- **MG7 :** Je pense que dans mon expérience, les patients apprécient d'avoir un médecin qui ne soit pas trop gêné de leurs questions, donc qui leur fasse comprendre que ça ne le dérange pas qu'on parle ouvertement de sujets comme cela. Je pense que les femmes, c'est à peu près pareil. Ça arrive qu'elles me parlent de difficultés dans leur vie sexuelle, de couple, etc. Mais, c'est quand même moins fréquent que les hommes dans ma pratique.
- **BB :** *Selon vous, pourquoi certains patients abordent ce thème-là alors que d'autres n'en parlent pas? Comment pourrait-on pallier à cet obstacle? Quels seraient les freins par rapport à cela?*
- **MG7 :** Moi, je pense qu'il y a toute une panoplie de facteurs différents qui agissent là-dessus. C'est ancré dans la personne depuis très longtemps. Je pense qu'elle a vécu à l'âge adulte avec un certain rapport à sa propre vie sexuelle et elle continue à trainer ça, même dans son troisième âge. Et donc, d'une personne à l'autre, on va avoir vraiment des différences. On va avoir des gens qui seront assez à l'aise avec le sujet. Et d'autres qui le seront moins.

Dépistage des troubles sexuels

- **BB:** *Est-ce que vous dépistez les troubles sexuels et les problématiques de la santé sexuelle chez les personnes âgées ? Si oui, de quelle façon ? A quelle fréquence ? Si non, pourquoi ? Quelles sont les raisons à cela ?*

- **MG7** : Je dois dire que non, pas forcément. C'est la première fois que je me pose la question. Du coup, moi, c'est vrai que j'ai toujours montré assez bien d'ouverture. J'ai toujours voulu signifier aux gens que c'était un sujet qu'on peut aborder, mais le faire de manière proactive, c'est pas mon kiff. J'ai l'impression parfois que je pourrais être intrusif vis-à-vis des gens et les emmener sur un terrain où ils n'ont pas envie d'aller. Après, par exemple, il y a des circonstances particulières chez un patient arthritique, je peux poser la question. Ou diabétique, des choses comme ça.
- **BB** : *Il faut que vous ayez une porte d'entrée pour évoquer le sujet ?*
- **MG7** : Oui. Si je veux être proactif , c'est dans le contexte des maladies chroniques. Cela va être dans ce cadre-là. Je sais que les gens n'en parlent pas forcément, alors que le risque est quand même important.
- **BB** : *Lorsque vous parlez de ce sujet-là, comment faites-vous la transition entre le sujet de maladies chroniques à la sexualité? Est-ce que c'est le patient qui vous en parle? Ou alors justement comme vous dites, c'est vous qui en parlez?*
- **MG7** : Non, dans un cadre comme ça, je peux en parler. Je peux dire à un patient diabétique : « écoutez, je sais que des patients qui ont un diabète déséquilibré depuis quelques temps peuvent avoir du fait de problèmes artérielles, ils peuvent avoir des difficultés d'ordre sexuel. Est-ce que c'est votre cas? ». Ça, je peux dire et les gens me répondent oui ou non. Et puis, après ,on voit comment on peut embrayer. Je demande aussi à une femme qui vient dans le cadre d'une ménopause si elle a des symptômes qui la gênent vraiment. Je peux dire que je sais que dans ce cadre-là, ce n'est pas toujours facile d'avoir des rapports intimes parce que ça devient désagréable. Je peux ouvrir les portes comme ça.
- **BB** : *Par rapport au sida et aux maladies sexuellement transmissibles, Comment abordez-vous cela?*
- **MG7** : C'est du cas par cas. Mais, on ne réalise pas souvent des dépistages. Chez les jeunes plus. Chez les jeunes, il y a quand même la question de la multiplicité des partenaires sexuels. Je pense qu'on la retrouve moins chez les personnes âgées. Dans une de mes vies antérieures, j'ai fait pendant quinze ans du dépistage anonyme et gratuit des maladies sexuellement transmissibles. Et, je dois dire quand même que j'ai vu quelques personnes âgées dans ce cadre-là, mais pas beaucoup.
- **BB** : *Est-ce qu'elles sont assez informées de cela?*
- **MG7** : Je crois. Je n'ai pas vu non plus des personnes de 80 ans mais des personnes de 65-70 ans, j'en ai vues. Je pense qu'elles étaient informées. Les gens s'informent plus qu'on ne le croit. Ce n'est parce qu'ils n' en parlent pas, qu'ils ne sont pas informés. Et,

j'ai rencontré par exemple des personnes âgées qui fréquentaient des prostituées. Je pense qu'elles étaient relativement informées.

- **BB** : *Mais justement, est-ce que ces personnes-là ne sont pas plus à risque que quelqu'un d'autre?*
- **MG7** : Oh! Si, bien sûr! Donc, on imagine qu'elles ont acquis l'information, mais elles pensent que ça arrive peut-être aux autres et aux plus jeunes, mais pas forcément à elles en tant que personnes âgées qui multiplient peut-être les partenaires ou vont voir les prostituées. En effet, c'est possible.
- **BB** : *Peut-être qu'un mouvement de génération qui change. C'est-à-dire qu'avant, il y avait des gens qui étaient mariés, alors qu'il y avait peut-être des infidélités?*
- **MG7** : Ça, c'est une certitude. Et puis, la génération de plus de 65 ans de maintenant qui arrive, c'était l'époque de « Mai 68 ». Beaucoup de gens ont connu ce qu'on appelait « la révolution sexuelle ». Après, les gens sont en meilleure santé, et les personnes de plus de 65 ans auront peut-être plus de partenaires qu'à l'époque donc plus de probabilité d'avoir des maladies sexuellement transmissibles qu'à l'époque. Elles ont probablement moins de problèmes à avoir une sexualité active alors qu'elles sont âgées.
- **BB** : *Pensez-vous qu'il existe un changement sociétal ?*
- **MG7** : Ce changement change fortement ici, avec le temps. Enfin, va changer fortement ou est en train de changer fortement dans cette catégorie d'âge-là.

Mise au point/examens complémentaires

- **BB** : *Quand il y a une plainte sexuelle travaillez-vous en réseau avec des gynécologues, des urologues, des sexologues? Est-ce que vous référez? Si oui, pourquoi? Et si pas, quels sont les éléments qui permettent de gérer cette plainte?*
- **MG7** : Pas pour les femmes, c'est quand même beaucoup les gynécologues. Ou alors, ce que je fais parfois, c'est que je leur suggère de prendre rendez-vous dans la maison médicale chez une de mes collègues femme qui pourrait faire un examen clinique.
- **BB** : *Est-ce que vous avez l'impression que la multidisciplinarité permet du coup d'élargir un peu la palette d'offres de soins et de combler justement cette problématique entre le patient homme et la patiente dame ?*
- **MG7** : Oui, le fait qu'on soit une équipe mixte, c'est vraiment important. Et, je vois bien quand même que ça plaît beaucoup aux femmes qu'on leur propose que ce soit une femme qui fasse leur examen. C'est assez rare qu'une femme me dise : « vous pouvez faire l'examen gynéco vous-même, c'est bien ». En général, elles sont très contentes qu'on leur propose d'aller voir une femme pour des questions comme ça.

- **BB** : *Vous référez directement du coup à votre collègue ?*
- **MG7** : Je propose. Je dis : « si vous trouvez que c'est mieux pour vous, on peut faire comme ça ». Moi, j'ai fait énormément de gynéco quand j'étais jeune médecin avec des jeunes filles adolescentes. Donc, ce n'est pas que je ne sais pas le faire ; mais, je vois bien par expérience que la profession de gynécologue s'est fort féminisée et je pense qu'il y a une raison à ça. Je pense que c'est mieux pour les femmes de s'adresser à une femme probablement. En tout cas, je suis absolument sûr que ce n'est pas neutre.
- **BB** : *Par rapport au sexe de la patiente et au sexe du médecin? C'est ça. Et par rapport à l'âge du médecin, est-ce que vous avez l'impression que cela a une influence?*
- **MG7** : C'est une impression, mais j'ai l'impression que le fait que le médecin soit âgé, ça sécurise les gens. J'avais déjà réfléchi à cette question-là avec des psys dans le temps. Quelle est l'importance du sexe du médecin par rapport aux patients? Et il y a un psy qui m'avait dit que chaque fois qu'un médecin de l'autre sexe examine un patient, il y a forcément, dans la rencontre professionnelle, l'idée que, peut-être, la dimension sexuelle peut avoir un impact. Et si on essaie de faire comme si ça n'était pas le cas, on se trompe quelque part. On doit justement, au contraire, quelque part, signifier qu'on le sait mais qu'on va garantir les choses.
- **BB** : *Et, est-ce que vous vous sentez plus à l'aise avec une personne âgée de sexe masculin par rapport à une personne âgée de sexe féminin?*
- **MG7** : Non, pas forcément, non. Je dirais que la gêne vient beaucoup du côté du patient. Et peut-être un peu du côté du médecin. Malgré tout, je perçois de la gêne de la part d'une personne, même âgée de sexe opposé à être examinée, etc. Je ne vais pas non plus me sentir tout à fait bien.
- **BB** : *Est-ce que vous référez à des spécialistes ou pas? Ou c'est plutôt des personnes en médecine générale, donc vos collègues médecins généralistes? Est-ce que vous travaillez en un réseau externe par rapport aux centres d'ici ?*
- **MG7** : Parfois oui, quand c'est des trucs un peu plus « complexes ». J'envoie par exemple chez un endocrinologue ou chez un urologue. Mais, il y a beaucoup de cas que je prends en charge moi-même.
- **BB** : *Qu'est-ce qui vous permet justement de gérer la plainte vous-même?*
- **MG7** : Un peu de tout. Un peu de mes formations scientifiques , de l'expérience, de mon parcours universitaire certainement. Quand j'ai vraiment des questions parce que j'ai l'impression que ça va dépasser ma compétence scientifique, alors je vais référer. Ou parfois, il arrive que cela ait attiré aux comportements sexuels eux-mêmes ou là,

j'adresse aussi parfois à des sexologues. Ça m'arrive plutôt rarement mais ça peut m'arriver. Mais, c'est pas tellement le fait de parler de la sexualité qui va faire que je vais renvoyer les gens ailleurs, ça, ça me gêne pas du tout. Plus je vieillis, moins ça me gêne.

- **BB** : *L'âge du médecin a donc une influence par rapport à la relation patient lorsqu'on parle de sexualité ?*
- **MG7** : Je pense clairement. Je pense qu'avec l'âge on est plus au clair avec son propre rapport à la sexualité. Et que donc, ça aide dans la relation avec les patients. Malgré tout, on a vécu soi-même une vie sexuelle et on y a réfléchi et parfois on s'est formé, etc. Et puis, on a aussi une expérience clinique. Tout ça, ça détend très fort dans le travail.

Traitements

- **BB** : *Quel est votre ressenti par rapport aux traitements proposés ? Par exemple pour les traitements concernant les dysfonctions érectiles, les traitements hormonaux locaux ou traitement hormonal de substitution, la testostérone pour les troubles de libido chez l'homme ou encore la castration chimique ? Est-ce que vous vous sentez à l'aise par rapport à cette pratique ?*
- **MG7** : Moi, je prescris beaucoup moi-même parce qu' une grande partie des plaintes des patients, on peut trouver une thérapeutique ou un soutien qu'on peut faire en médecine générale. Donc, je suis relativement à l'aise de prescrire.
- **BB** : *Et votre ressenti par rapport aux effets secondaires possibles des traitements ?*
- **MG7** : Je me sens particulièrement à l'aise avec cela.
- **BB** : *Est-ce que vous vous sentez parfois dépourvu par rapport aux solutions proposées aux patients, enfin aux possibles solutions proposées aux patients ?*
- **MG7** : C'est difficile de répondre. Je ne m'en souviens pas vraiment. On parle de la pratique comme on l'utilise tous les jours. Mais, j'ai quand même l'impression que dans toutes mes formations qui concernaient l'accompagnement des questions de sexualité, que ce soit dans le domaine du planning familial, que ce soit dans le domaine de la prise en charge des patients « HIV », la question du partage, de l'intimité et tout ça sont toutes des questions très personnelles finalement du rapport qu'on a avec sa propre sexualité. Ces formations permettent quand même d'y réfléchir. Et, de travailler parfois cela avec d'autres. J'ai l'impression que ça m'a aidé beaucoup. Du coup, si on voulait proposer quelque chose à des médecins, il faudrait peut-être travailler de la manière à ce qu'ils puissent eux-mêmes se questionner et partager leurs questions. Et ça, ce n'est pas fréquent dans les formations qu'on propose aux

médecins. Moi, par exemple, à un moment donné, j'ai animé des groupes pour aller dans les « Dodécasgroupes », parler de l'accompagnement des personnes, de la prévention du sida, etc. J'ai quand même été un peu effaré de voir que les soirées prenaient souvent une allure « de blagues un peu potaches » autour des questions de sexualité.

- **BB** : *Entre les médecins ?*
- **MG7** : Entre les médecins. Et, je me suis dit que cela traduisait quand même probablement un malaise à parler de ces questions-là de manière professionnelle. Et donc, je pense que si on veut avancer un peu, il faudrait permettre aux médecins de le faire. Ça, c'est un prérequis, je dirais. Après, on peut bien sûr faire des formations qui informent au sujet de comportements sexuels ou au sujet de modalités possibles d'accompagnement, des thérapeutiques. Tout ça c'est bien, mais il faut d'abord commencer par travailler la question de la relation médecin-patient, je pense.
- **BB** : *Ce serait la base nécessaire pour après aborder des choses plutôt d'ordre « purement thérapeutique » au point de vue médicamenteux, etc ?*
- **MG7** : Oui, je crois quand même que c'est vraiment important, si on veut que les médecins puissent être « ok » pour aborder ça avec leurs patients. Alors, il faut faire des formations en petits groupes. Si possible où les gens ne se connaissent pas trop avec des gens qui sont formés à animer des groupes.
- **BB** : *Est-ce que vous parlez de « cas cliniques » parlant de la sexualité entre médecins ? Est-ce qu'il y a un échange de pratiques par rapport à cela ? Ou est-ce qu'il y a aussi une gêne entre médecins de parler de ça ?*
- **MG7** : Ici à la maison médicale, je pense qu'on pourrait en parler de façon libre. Je pense qu'il y a assez de distance des uns et des autres par rapport à ces questions-là. Peut-être pas tout le monde, mais on a deux autres médecins femmes qui ont travaillé en planning familial, par exemple. Ce qui fait que déjà dans une équipe, ça ouvre la possibilité d'aborder des choses ; ce qui fait que ça entraîne les autres aussi.

Autres questionnements

- **BB** : *Est-ce que vous voyez une différence de prise en charge entre les sexes (H/F) ?*
- **MG7** : Je pense que les hommes n'ont pas tellement d'adresse spécifique, alors que les femmes, elles, ont quand même la consultation gynécologique dans laquelle je pense, elles s'autorisent plus à poser des questions. Alors que les hommes, ils sont assez contents quand on montre de l'ouverture vis-à-vis de questions comme celles-là. Je ne dis pas qu'ils ont tous envie d'en parler. C'est un paradoxe de notre société, c'est que le sexe est présent partout dans les médias (etc) mais par rapport à la

personne elle-même, ça reste un sujet où les gens sont assez pudiques. Enfin bon, évidemment, on parle de personnes âgées, donc c'est forcément des personnes qui ont vécu à d'autres époques. Peut-être que dans l'avenir, ça va se modifier, mais actuellement ça reste comme ça et les hommes âgés sont assez pudiques par rapport à leur sexualité.

- **BB:** *Au sein des personnes âgées, avez-vous déjà eu à gérer des expériences avec des personnes homosexuelles ? Que ce soit en maison de repos ou à domicile? Cela diffère des relations hétérosexuelles ?*
- **MG7 :** *C'est actuellement le cas. Je n'ai qu'un exemple clinique. Mais, j'ai effectivement une personne homosexuelle de plus de 65 ans. Et, c'est intéressant parce que cette personne n'est pas en couple. Elle a toujours vécu seule et elle vivait sa sexualité à travers des rencontres relativement furtives. Et, quand elle m'en parle maintenant, elle dit que ça devient très rare. Parce qu'elle ne se sent plus désirée dans le regard des autres, ni même désirable à ses propres yeux. Et donc, sa sexualité est en train de diminuer très fortement.*
- **BB :** *Quelle était votre réaction ?*
- **MG7 :** *Il n'y a pas vraiment de demande de la part de la personne. Mais, on en parle. Donc, je pense que si elle avait vraiment une demande, elle sait que c'est un sujet dont on peut parler « relax ».*

Maladies chroniques et Démences

- **BB :** *Comment gérer vous les potentiels effets secondaires de médicaments ayant effet sur la sexualité ? Quel est votre ressenti par rapport aux potentielles conséquences des maladies chroniques par rapport à la sexualité des personnes âgées? Est-ce que c'est du cas par cas, comme vous me disiez pour le diabétique ? Ou est-ce que vous l'abordez de manière systématique selon les pathologies abordées?*
- **MG7 :** *Si la pathologie ou le traitement peut avoir des effets secondaires sur la sexualité, j'essaie quand même de le signaler et d'en parler afin de répondre aux questions des patients. Cela me paraît vraiment une responsabilité importante. Sur le plan du médecin, oui.*
- **BB :** *Par rapport aux personnes démentes, qui sont cognitivement pas ou peu stables, comment vous sentez-vous ou quelle est votre approche? Quels sont les freins possibles ou les obstacles? Et quels sont les éléments qui vous permettent de faciliter cette prise en charge?*

- **MG7** : Très peu. Très peu. Car en général ,si elles sont désinhibées , elles sont quand même dans des institutions et les institutions gèrent pas mal ça.

MRS

- **BB** : *Justement, on en vient aux institutions. Pensez-vous qu'en maison de repos, le climat est adéquat et propice au bon déroulement d'une consultation concernant la sexualité chez la personne âgée, en termes de lieu, de temps, d'espace, d'intimité?*
- **MG7** : J'ai l'impression que non, mais je n'ai jamais vraiment creusé la question.
- **BB** : *Est- ce que vous avez déjà abordé, vous, la sexualité justement en maison de repos?*
- **MG7** : Non, pas directement, non. Je crois que j'ai vraiment rarement eu des patients en maison de repos pour qui la question se posait concrètement. Après, dans les maisons de repos, on ne nous parle jamais de ces questions-là. Pourtant, je pense qu'elles sont présentes. Je pense que dans la maison de repos, là, ça c'est bien plus présent. C'est un milieu de vie quelque part. Donc, on ne peut pas faire l'impasse mais je n'ai jamais eu vraiment de demandes, ni de patients, ni du personnel à ce sujet- là.
- **BB** : *Quels seraient les freins? Ou à l'inverse les éléments facilitants une sexualité chez la personne âgée en maison de repos?*
- **MG7** : Je pense que c'est le fait de disposer d'intimité déjà en maison de repos. On frappe, on attend pas qu'on vous dise : « entrez » avant d'ouvrir la porte d'une chambre. Et les résidents ne peuvent pas s'enfermer et donc il n'y a pas beaucoup d'intimité.
- **BB** : *Est-ce que vous avez déjà eu d'autres contacts avec les autres membres du personnel, donc le staff paramédical? Est- ce qu'on vous a déjà parlé de ce sujet ?*
- **MG7** : Non. Je pensais à une situation d'un patient qui était dément et qui était jeune. Il avait une maladie d'Alzheimer et il avait environ 67-68 ans. Et donc, sur le plan de sa forme physique, il était encore très en forme, mais il était dans un « cantou » avec des personnes plus âgées, etc. Alors, je sais que plusieurs fois, il est rentré dans la chambre de résidents. Il n'y avait pas de proposition sexuelle de sa part, mais les femmes en avaient peur. Ça a été plutôt la gestion des allers et venues nocturnes de ce monsieur par le personnel.
- **BB** : *Vous n'avez pas initié un traitement ou dû gérer la situation ou lui en parler ?*
- **MG7** : Non.

Recommandations

- **BB** : *Si des recommandations devaient être établies, quels seraient les 3 grands points à évoquer dans celles-ci ?*

- **MG7** : Je pense qu'il faut peut-être avancer sur accepter comme une réalité, un fait, la sexualité de la personne au-delà de 65 ans.
- **BB** : *De la part du médecin? Ou alors de la part du patient et de l'entourage?*
- **MG7** : C'est d'un point de vue de la société, mais de la part des professionnels en général, je pense qu'on ne doit plus mettre un couvercle sur cette question-là. On ne peut plus être dans le déni (il réfléchit). Oui, je pense qu'il y a une sorte de déni. Je m'inclus là-dedans, peut-être. Peut-être qu'il y a des choses qu'on n'a pas envie de se raconter par rapport à la sexualité des personnes qu'on trouve « vieilles ». Cela dit, je pense qu'il y a vraiment un chemin à faire, à ce niveau-là. Je pense que c'est le plus important. Après normalement, le reste doit suivre. Une certaine reconnaissance d'un droit à l'intimité. De comprendre que l'on peut tomber amoureux à 80 ans et de le respecter, c'est-à-dire de nous le permettre, si on est dans un lieu de résidence ou des choses comme ça. On peut tomber amoureux. Et puis, on peut avoir envie de partager de l'intimité physique. Dans ce cas, à partir du moment où c'est reconnu... Et accepter, pas comme une espèce de curiosité, de déviance, mais comme quelque chose qui fait partie de la vie.
- **BB** : *C'est peut-être la difficulté de savoir ce qu' est réellement une déviance ou réellement une envie de la part du patient ?*
- **MG7** : Moi, je ne pense pas que ce soit une déviance. Je ne pense pas du tout même. Je pense que c'est une fonction de la vie et c'est aussi un désir vital de la part de tout le monde. Alors pourquoi? Alors, peut-être que le désir peut s'éteindre au-delà d'un certain âge. Mais parfois, il faut accepter qu'il reste présent et qu'il peut y avoir de la réciprocité entre deux personnes à ce niveau-là. Il faut accepter que ce n'est pas quelque chose de laid.

Conclusion

- **BB** : *Pour conclure, en quoi trouvez-vous ce sujet important dans votre pratique?*
- **MG7** : Je pense qu'il n'y a pas vraiment de « tabou », ça ,c'est ma philosophie de la médecine générale. C'est un métier de relations, si vous voulez. Je pense que la principale chose avec laquelle on travaille, c'est la relation qu'on a avec les patients. C'est notre outil. Et après, on doit venir greffer là-dessus toute une série d'évaluations médicales, scientifiques. On doit les expliquer aux patients, on doit leur recommander des traitements, que ce soit médicamenteux ou autres. Mais tout ça se fait dans le contexte d'une relation. Et donc, je crois que par rapport à la dimension sexuelle, ce qui prime, c'est quand même de se doter d'une capacité de relation avec les patients pour parler de ce sujet. Il n'y a pas vraiment d'outils qui permettent ça. Si vous voulez, il n'y a pas une check-list, il n'y a pas un questionnaire tout fait. Je crois que ça dépend

un peu du savoir-faire de chaque médecin dans la relation qu'il a avec ses patients et qu'il ne peut pas avoir avec tel autre patient. Je ne pense pas qu'on soigne n'importe qui. Je pense qu'il y a une connivence possible ou pas possible entre un médecin et un patient. Et ,c'est pour moi ça qui prime. Et après? Je pense qu'il faut former les médecins sur les questions de sexologie de la personne âgée. Mais il y a d'abord, une éducation relationnelle, c'est- à- dire qu'il y a un travail sur soi-même comme médecin à faire dans sa capacité d'être en relation et d'accueillir la personne qui est en face de soi. Et en deux, après, c'est vrai que ce n'est pas du luxe non plus d'avoir quand même une toute une série de repères théoriques sur la sexualité que Monsieur et Madame tout le monde n'ont pas forcément reçu.

- **BB** : *C'est surtout la base relationnelle qui prime ?*
- **MG7** : Moi, je pense que c'est ça qui prime. Je le pense de manière générale dans la pratique médicale. Mais encore plus pour ce sujet car c'est un sujet très délicat. C'est un sujet qui va très loin dans l'intimité de la personne et comment parler de choses très intimes pour les gens sans se sentir mal à l'aise soi-même ou mettre la personne mal à l'aise. Bah ça, ça demande quand même du savoir-faire. Mais, je pense qu'il y a vraiment de la formation possible à ce niveau-là. Mais, il faut que l'objet de la formation soit un travail sur la relation.
- **BB** : *Un travail plutôt introspectif du médecin ?*
- **MG7** : Oui, avec un travail introspectif et un travail aussi dans la communication avec d'autres personnes, je pense que c'est vraiment important. Voyez par exemple : je change complètement de sujet. Mais comment parler avec un alcoolique de son alcoolisme? Comment cette personne va pouvoir à un moment donné accepter de parler de sa dépendance à l'alcool de manière sereine? Ce n'est pas évident. Et, je pense par exemple que dans les groupes de self-help comme les « Alcooliques Anonymes », je pense que c'est un des gros apports de ces groupes-là, c'est qu'une personne puisse s'exprimer. S'exprimer, ça veut dire parler d'elle-même avec un peu de distance par rapport à elle-même, à d'autres personnes, sans pour autant se sentir extrêmement mal. Ça peut se faire grâce à l'apport progressif de la participation à un groupe. Et, je pense que c'est une expérience très importante pour la personne. C'est à partir de là qu'elle va pouvoir construire une réflexion sur sa dépendance et peut-être avancer un peu. Eh bien, je pense que le médecin qui ne sait pas comment parler de sexe avec d'autres, il est comme l'alcoolique, il a besoin d'un support pour pouvoir en faire l'expérience et se sentir progressivement à l'aise avec ça. En y réfléchissant, moi je pense que la question de l'alcool, de la dépendance à l'alcool, elle est très liée à la question de la honte chez les gens. Euh, parfois il y a des personnes qui sont

tellement alcooliques qu'elles ont même perdu cette question de la honte, mais des personnes qui sont des buveurs excessifs, ils ont quand même beaucoup de mal à en parler, à essayer de reconnaître en présence d'autrui. Et, je pense qu'il y a un parallèle à faire avec les questions de sexualité. Pourquoi? (il réfléchit). Parce que le sexe, c'est comme la dépendance à l'alcool, c'est quelque chose qui échappe un peu à soi-même. On sait bien qu'on perd un peu le contrôle et on est un peu honteux de ça. Et, je pense que dans le domaine de la sexualité, je pense que la perte de contrôle est quand même inhérente à ce sujet. Il ne faut pas croire que tout le monde maîtrise son désir sexuel, etc, comme s'il pilotait un jeu vidéo. C'est pas du tout comme ça. Il y a des choses qui échappent complètement au rationnel et je pense qu'un petit parallèle comme ça en plus, c'est vrai.