

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2022

**THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Sexualité des personnes âgées de 65 ans et plus,  
résidant à domicile dans les Hauts de France**

Présentée et soutenue publiquement le 01 Avril 2022 à 18h

au Pôle Recherche

par **Maxime HEUSELE**

---

**Membres du Jury**

**Président :**

**Monsieur le Professeur François PUISIEUX**

**Assesseur :**

**Madame le Docteur Marion DEFRETIN**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT**

---

## **Avertissement**

**La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs**



# Table des matières

I.	Introduction :	5
II.	Matériels et Méthodes.....	7
1.	Type d'étude.....	7
2.	Population étudiée.....	7
3.	Recrutement et déroulement de l'étude :	7
4.	Construction et contenu du questionnaire :	7
5.	Aspect éthique et réglementaire :	7
6.	Analyse statistique :	7
III.	Résultats.....	10
1.	Population étudiée :	10
2.	Satisfaction sexuelle.....	122
3.	Intérêt passé et présent de la sexualité .....	133
4.	Rapports sexuels.....	166
5.	Pensées, désir et rêves sexuels .....	19
6.	Masturbation.....	200
7.	Discussion de la sexualité .....	233
8.	Attente dans une relation .....	244
9.	Etat de santé et frein à la sexualité.....	255
IV.	Discussion .....	27
1.	Influence de l'âge .....	27
2.	Influence du sexe .....	27
3.	Influence du statut relationnel .....	28
4.	Discuter de la sexualité .....	29
5.	Limite de l'étude .....	31
V.	Conclusion .....	32
VI.	Références Bibliographiques .....	333
VII.	Annexe .....	37

## I. Introduction :

La notion de « santé sexuelle » est définie par l'OMS depuis 2002 par un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité. Ce n'est donc pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité [1]. Il existe depuis 2017 en France une stratégie nationale de santé sexuelle qui s'étend jusqu'en 2030 avec notamment un objectif de prendre en compte la sexualité des personnes dites « âgées » [2].

La sexualité en général est un sujet difficile à aborder autant par les professionnels de santé que par les patients [3–8]. Elle rentre dans la prise en charge globale du patient et donc trouve toute sa place en médecine générale. Son évocation en consultation dépend de beaucoup de facteurs notamment la formation initiale du professionnel de santé ou encore la sensibilité et les représentations individuelles du professionnel de santé et de son patient.

La formation initiale sur la sexualité et son approche en consultation est limitée lors du cursus des études médicales. Il existe chez les professionnels de santé non formés une peur d'être incompetent ou illégitime lorsqu'ils abordent le thème de la sexualité avec leur patient [9, 10].

Nous savons que nos aînés conservent une sexualité active favorisée par la libération des mœurs (génération de la révolution sexuelle de mai 68) ainsi que le changement du paysage familial (les seniors n'ont plus peur de refaire leur vie après une séparation avec leur partenaire ou un veuvage) [8, 11–15].

Cependant la sexualité des personnes de plus de 60 ans reste aujourd'hui un sujet tabou et est sujette à des mythes et fausses croyances [16, 17], notamment celle que l'existence d'une sexualité est réservée aux personnes jeunes ou exclusivement en bonne santé [18].

Les problèmes sexuels plus fréquents avec l'âge, qu'ils soient physiologiques (ménopause [19] et andropause[20]), ou pathologiques (maladies chroniques, cancers, opérations chirurgicales, iatrogénie) [21–24] sont rarement recherchés, ou alors évoqués en dernier lors de l'entretien. Ces mêmes problèmes peuvent être responsables d'une diminution de l'observance médicamenteuse ou de la qualité de vie des patients [25–27].

De plus, certaines maladies sexuellement transmissibles toujours présentes avec l'âge [28, 29] ne font plus l'objet d'une recherche diagnostique et préventive comparativement à une population plus jeune.

Il existe peu d'études récentes menées en France s'intéressant à la santé sexuelle des séniors. Les études traitant de la sexualité des français sont rares pour les personnes de plus de 70 ans [11, 30, 31].

Néanmoins quelques études françaises s'intéressent à la sexualité des personnes de plus de 60 ans mais résidant en institution ou hospitalisées, en situation de handicap ou dans le cadre d'une pathologie particulière [12, 32–38].

Le but de cette étude est de se faire une idée plus précise de la sexualité des personnes de 65 ans et plus vivant à domicile qui représentent la majorité de nos patients séniors en médecine générale afin d'améliorer leur prise en charge.

## II. Matériels et Méthodes

### 1. Type d'étude

Pour répondre à la question de recherche nous avons décidé de pratiquer une étude observationnelle transversale multicentrique. Il s'agit d'une enquête descriptive qui s'est déroulée du 3 novembre 2021 au 31 Décembre 2021.

### 2. Population étudiée

Il s'agit des personnes âgées de 65 ans et plus résidant à domicile dans les Hauts de France.

Les critères d'exclusion étaient :

- Etat cognitif et/ou physique ne permettant pas de répondre de manière seule ou objective à un questionnaire anonyme.
- Refus de répondre au questionnaire après une explication éclairée de son but et de son contenu.
- Rupture de l'anonymat lors de la réception du questionnaire.
- Réponses insuffisantes ou incohérentes lors de l'analyse du questionnaire.

### 3. Recrutement et déroulement de l'étude :

Le questionnaire a pu être distribué dans les clubs du troisième âge après avoir contacté la personne en charge et obtenu l'accord préalable des participants.

La distribution du questionnaire s'est également déroulée via les professionnels de santé en cabinets de médecine générale, de kinésithérapie, d'infirmiers libéraux et en pharmacies.

Après accord du centre hospitalier de Béthune Beuvry, le questionnaire a également été distribué via les professionnels de santé du centre de vaccination du CHB aux personnes de plus de 65 ans après leur vaccination anti-COVID.

Le questionnaire pouvait être distribué à tout patient de 65 ans habitant à domicile dans les Hauts de France sous réserve que le patient ne présentait pas de trouble cognitif connu. Les professionnels de santé distribuant le questionnaire avaient comme consigne d'expliquer l'intérêt de l'étude et de recueillir le consentement du patient. Une fois le questionnaire distribué, le patient devait le remplir à domicile, seul, et le renvoyer via service postal au moyen d'une enveloppe pré timbrée remise en même temps que le questionnaire.

#### 4. Construction et contenu du questionnaire :

Le questionnaire a été établi à partir des données de la littérature [11, 12, 14, 15] recueillies via le moteur de recherche de PubMed, Cochrane library, Hyper article en Ligne (HAL), Inserm, Santé Publique France et Google Scholar d'Août 2021 à Janvier 2022.

Les mots clés étaient : « sexuality » ; « sexual activity » ; « sexualité » ; « elders » ; « olders » ; « old age » ; « seniors » ; « ageism ».

Le questionnaire comprend trois parties (*cf en annexe page 39*) :

La première partie concerne les principales caractéristiques personnelles et environnementales du patient (sexe, âge, situation maritale, nombre d'enfants, religion, pathologie en cours, orientation sexuelle).

La deuxième partie s'intéresse à la sexualité des patients (intérêt de la sexualité actuelle et antérieure, nombre et fréquence des rapports, nombre de partenaires, sexualité avec et sans partenaire).

La troisième partie porte sur l'attente et la discussion du patient sur sa sexualité avec son entourage ou les professionnels de santé.

#### 5. Aspect éthique et réglementaire :

Une déclaration simplifiée à la CNIL le 2 novembre 2021 a été effectuée au titre de la MR00-1 (recherche dans le domaine de la santé avec recueil de consentement) et enregistrée sous le numéro : 2224811v0.

#### 6. Analyse statistique :

Les possibles différences statistiques univariées qualitatives vs quantitatives ont été analysées par le test du Chi<sup>2</sup>. Lorsque les effectifs théoriques étaient insuffisants (<5), nous avons utilisé le test de Fisher. Une différence était jugée comme significative avec un  $p < 0.05$ .

Les facteurs significatifs en univarié ont été introduites dans une première régression logistique multivariée. Le modèle final a ensuite été construit suite à une procédure pas-à-pas descendante en ne retenant que les variables associées à une p-value significative à  $p < 0.05$ .

Nous avons fait le choix de conserver les patients dans notre étude n'ayant pas répondu à toutes nos questions.



Lorsque des patients ne répondaient pas à une question, ils n'étaient pas inclus dans l'analyse statistique de cette question.

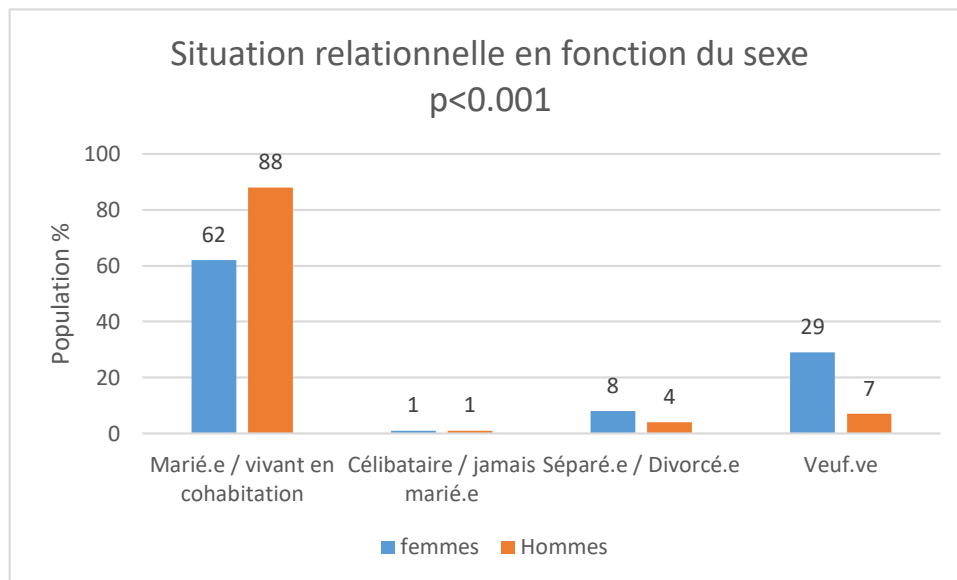
### III. Résultats

#### 1. Population étudiée :

Les principales caractéristiques sociodémographiques sont indiquées dans le tableau ci-dessous

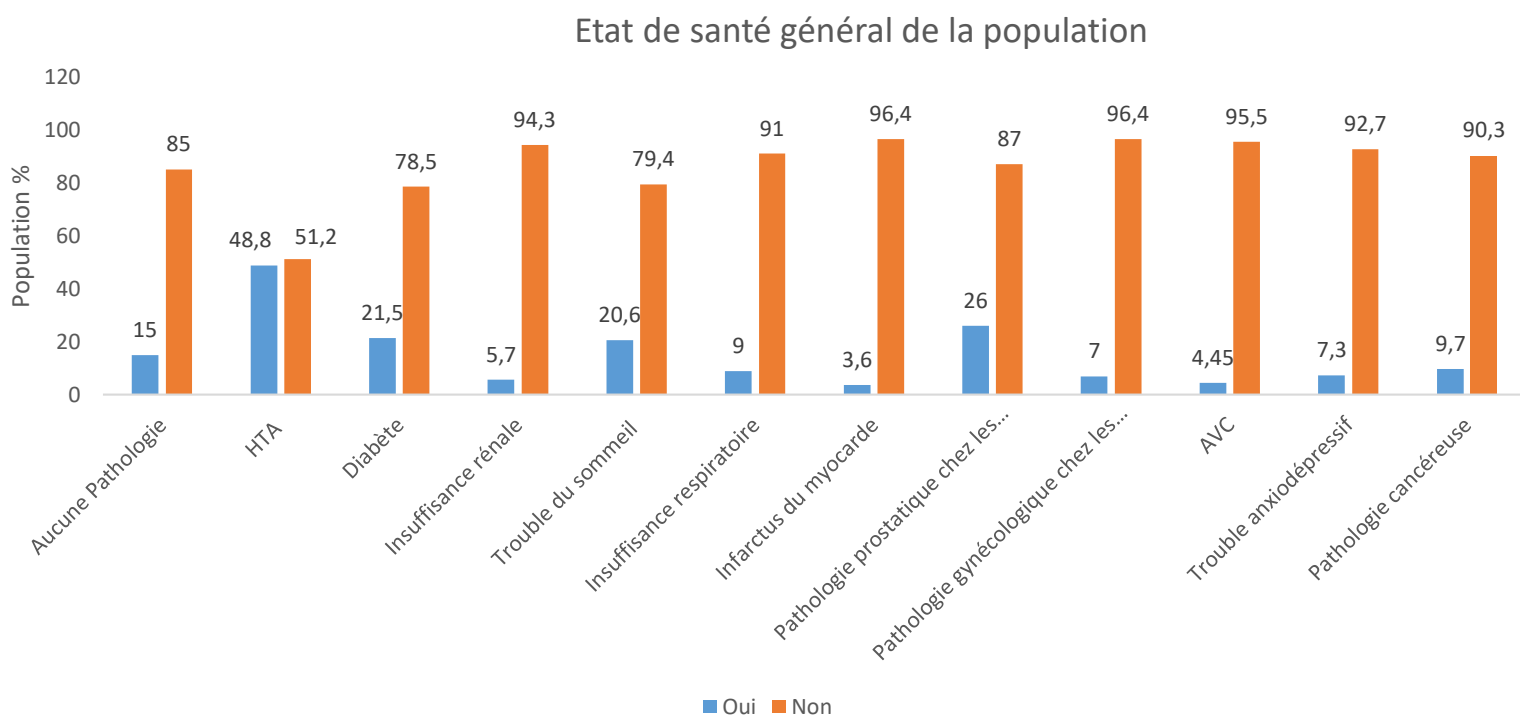
	N	N (%)
<b>Total</b>	260	100%
<b>Sexe</b>		
Masculin	121	53,5
Féminin	139	46,5
<b>Tranche d'âge</b>		
65-74	148	56,9
75-84	87	33,4
>= 85 ans	25	9,6
<b>Etat marital</b>		
Marié.e / vivant en cohabitation	190	73,1
Séparé.e / Divorcé.e	16	6,1
Veuf.ve	49	18,8
Célibataire / jamais marié.e	2	0,8
NR*	3	1,2
<b>Education</b>		
Aucun	17	6,5
certificat d'études	131	63,4
Baccalauréat	54	20,8
études supérieures	56	21,5
NR*	2	0,8
<b>Situation professionnelle</b>		
en activité professionnelle	3	1,15
Retraité.e	257	98,85
<b>Métier</b>		
Agriculteurs exploitants	10	3,85
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	26	10
Cadres et professions intellectuelles supérieures	45	13,5
Employés	61	17,3
Ouvriers	47	23,5
Professions Intermédiaires	16	18,1
Autres	35	6,15
NR*	20	7,7
<b>Enfant</b>		
0	15	5,8
1 ou 2	134	51,5
>2	108	41,5
NR*	3	1,15
<b>Identité sexuelle</b>		
Hétérosexuelle	202	76,7
Homosexuelle	6	2,3
Bisexuelle	4	1,5
Autres	13	5
NR*	35	13,5
<b>Habitat</b>		
Rural	87	33,45
Semi Urbain	102	39,25
Urbain	61	23,45
NR*	10	3,85
<b>Etat religieux</b>		
Possède une religion et pratiquant	61	23,45
Possède une religion et non Pratiquant	137	52,69
Ne possède pas de religion	55	21,15
NR*	7	2,71

\* Non renseigné



54 personnes (21.5%) ont répondu ne pas être en couple. Dans cette catégorie, 80% étaient des femmes.

Le veuvage était la principale cause de célibat (68.5%) suivi d'une séparation ou d'un divorce (26%).



Parmi les patients, l'état de santé ressenti était très satisfaisant pour 19 d'entre eux (7.5 %), satisfaisant pour 188 (74%), peu satisfaisant pour 32 (12.6%) et très peu satisfaisant pour 17 (6.6 %).

## 2. Satisfaction sexuelle

Dans la population étudiée, 71 patients (31 %) trouvent leur sexualité très satisfaisante, 51 patients (22.2%) satisfaisante, alors que 96 patients (41.9%) sont peu satisfaits de leur sexualité et 11 (4.8%) pas du tout satisfaits.

Les patients ne sont pas plus satisfaits de leur sexualité en fonction de leur tranche d'âge (48.2% des 65-74 ans sont satisfaits ou moyennement satisfaits contre 43.8% chez les 75-84 ans et 47% chez les 85 ans et plus) ( $p=0.83$  en  $\chi^2$ ).

Ce résultat est retrouvé en test de Student où l'âge est une variable quantitative avec  $p=0.46$ .

Le sexe des patients n'est pas non plus un facteur discriminatoire (46% des femmes vs 47.3% des hommes sont satisfaits ou moyennement satisfaits de leur sexualité) ( $p=0.84$ )

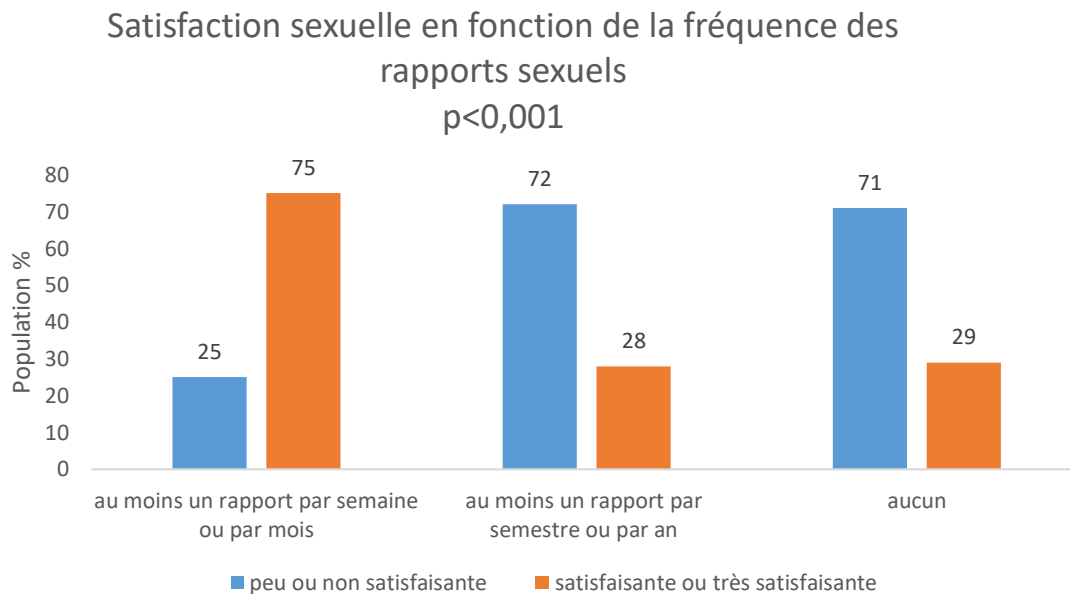
Les antécédents d'hypertension ( $p=0,73$ ), d'AVC ( $p=0.46$ ), de diabète ( $p=0,12$ ), de syndrome anxio-dépressif ( $p=0,18$ ), d'infarctus du myocarde ( $p=0.7$ ), d'insuffisance respiratoire ( $p=0,63$ ), d'insuffisance rénale ( $p=0,46$ ), de pathologie prostatique ( $p=0,09$ ), de pathologie gynécologique ( $p=0.46$ ), de pathologie cancéreuse ( $p=0,10$ ) ne semblent pas impacter la satisfaction sexuelle des patients.

Les patients ayant déclaré n'avoir aucune pathologie ont une meilleure satisfaction sexuelle que les patients ayant déclaré au moins une pathologie. (75% vs 42,2 % avec  $p=0.0006$ ).

De même, les patients indiquant un état de santé ressenti très satisfaisant ou satisfaisant ont une satisfaction sexuelle plus importante que les patients ayant un état de santé ressenti peu ou non satisfaisant (91.5% vs 59% avec  $p<0.001$ ).

Les patients ayant au moins un rapport par mois sont plus satisfaits sexuellement (75%) que les personnes n'ayant aucun rapport dans l'année (29%) ( $p<0.001$ ).

En revanche les personnes ayant au moins un rapport par semestre ou par an ne sont pas plus satisfaites sexuellement que les personnes n'ayant aucun rapport dans l'année (28% vs 29% avec  $p=0.89$ ).



Les personnes en couple sont plus satisfaites sexuellement que les personnes non en couple (49.9% vs 31% avec  $p=0.03$ ).

Le fait d'avoir une religion ( $p=0.69$ ) ou de pratiquer une religion ( $p=0.16$ ) ne modifie pas la satisfaction sexuelle.

Le lieu d'habitation ne modifie pas non plus la satisfaction sexuelle ( $p=0.5$ ).

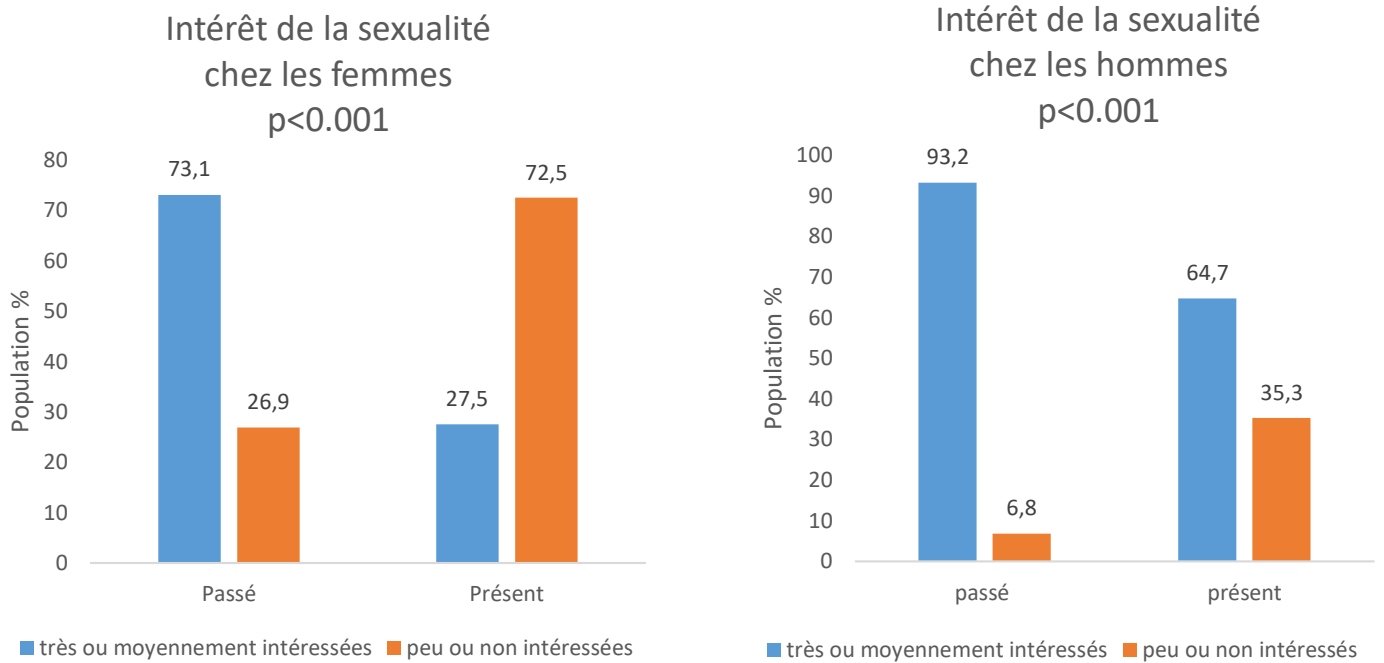
L'orientation sexuelle (hétérosexuelle vs autre) n'influence pas sur la satisfaction sexuelle. ( $p=0.9$ )

Enfin le nombre d'enfants par patient ne modifie pas la satisfaction sexuelle ( $p=0.97$ ).

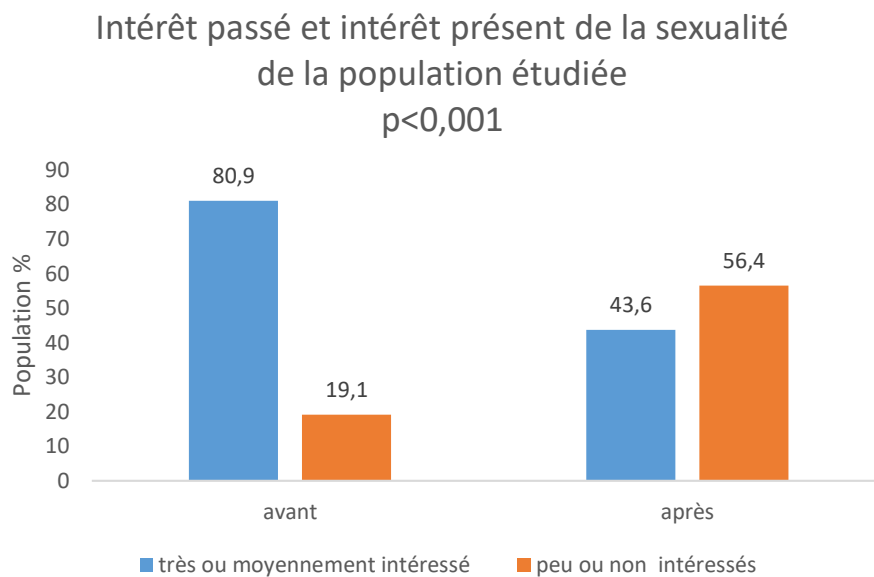
### 3. Intérêt passé et présent de la sexualité

L'intérêt actuel pour la sexualité est important pour 17 (6.6%) patients, 95 (37%) portent un intérêt modéré pour la sexualité, 62 (24.1%) sont peu intéressés et 83 (32.3%) ne sont pas du tout intéressés.

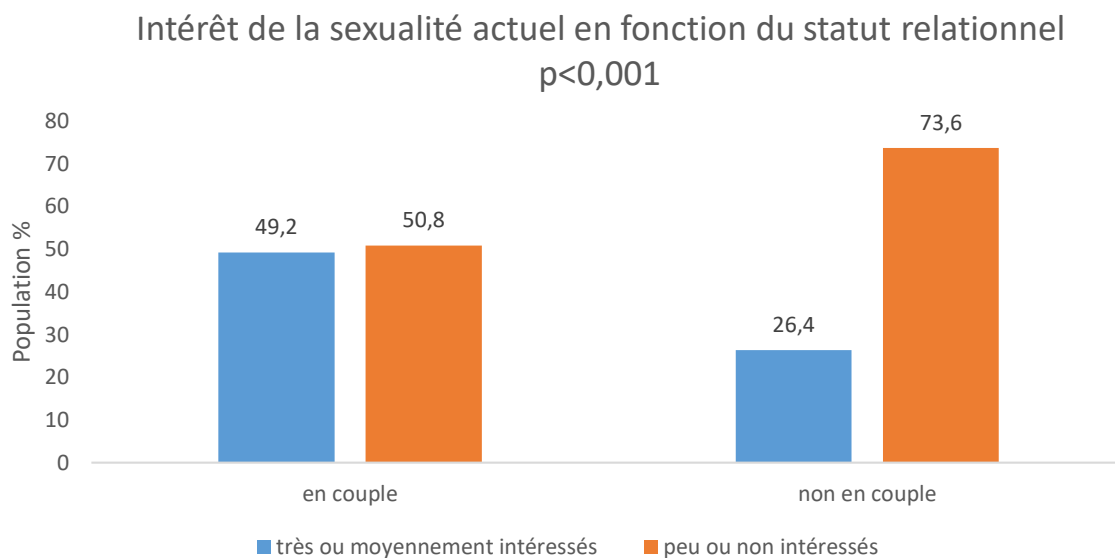
L'intérêt passé ou présent de la sexualité est plus important chez les hommes que chez les femmes. ( $p < 0.001$ )



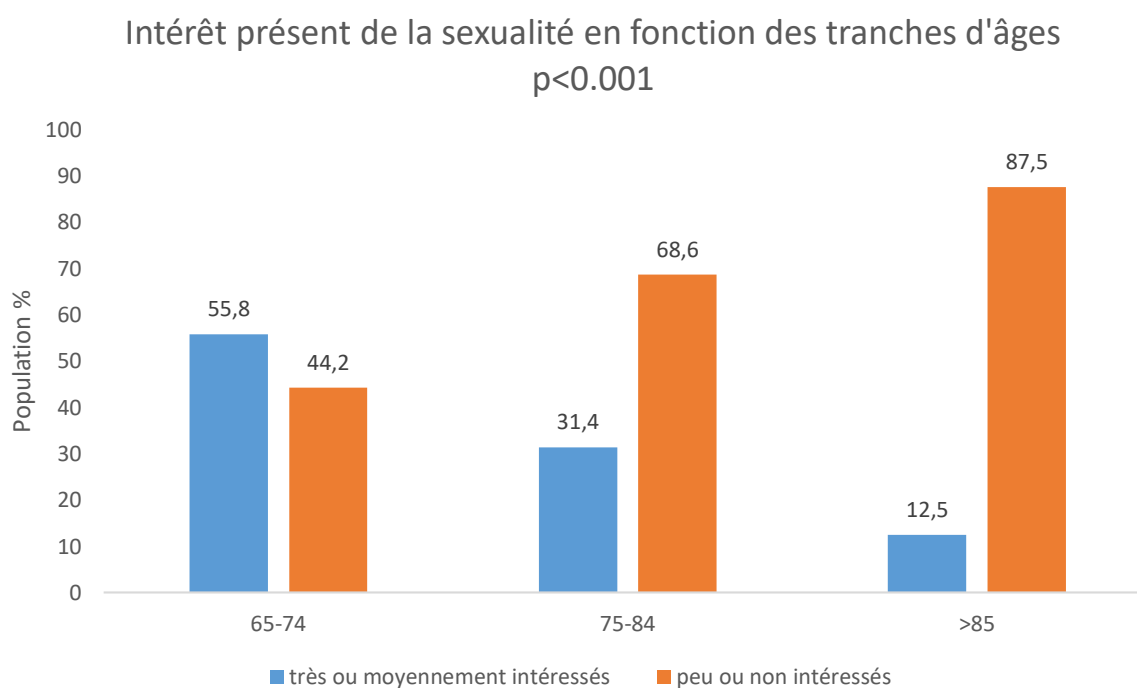
Nous observons une diminution entre l'intérêt passé et l'intérêt présent de la sexualité aussi bien chez les hommes ( $p < 0.001$ ) que chez les femmes ( $p < 0.001$ ).



Nous observons également un intérêt sexuel plus important chez les personnes en couple que les personnes non en couple.

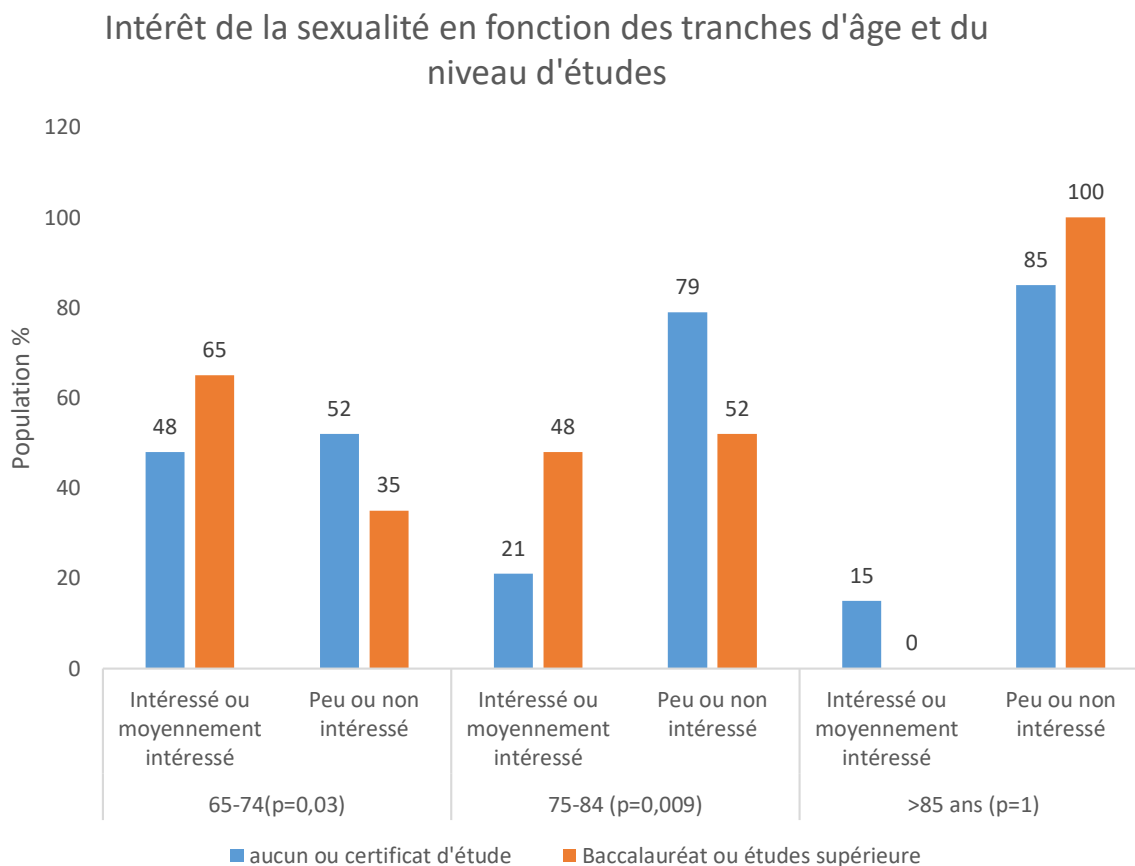


L'intérêt sexuel est plus important chez les tranches d'âge de vie plus jeunes.



Par contre, il n'y a pas de différence significative de l'intérêt passé de la sexualité en fonction des tranches d'âges. 120 patients (82.8%) âgés de 65 à 74 ans étaient très ou moyennement intéressés par la sexualité dans le passé, contre 64 (78 %) âgés de 75 à 84 ans et 20 (80%) âgés de plus de 85 ans.  $p=0.68$

Un niveau d'étude équivalent ou supérieur au baccalauréat entraîne un intérêt sexuel plus important (58% vs 33 % avec  $p < 0.001$ ).



Le fait d'avoir une religion ( $p=0.43$ ) ou de pratiquer une religion ( $p=0.63$ ) ne modifie pas l'intérêt présent envers la sexualité.

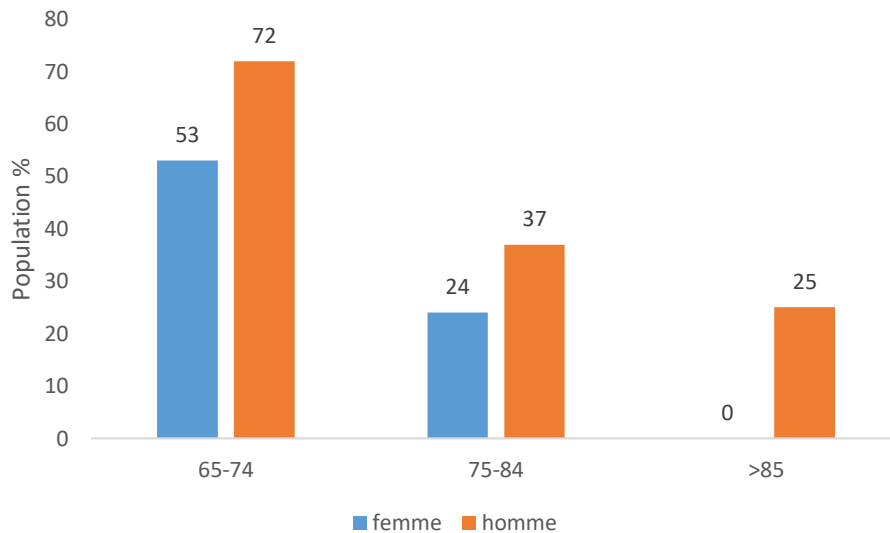
#### 4. Rapports sexuels

Concernant la fréquence des rapports sexuels dans l'année écoulée, 41 (16.3%) patients avaient au moins un rapport par semaine, 47 (18.7%) au moins un rapport par mois, 23 (9.2%) au moins un rapport par semestre, 9 (3.6%) au moins un rapport par an et 131 (52.2%) aucun rapport dans l'année.

Les hommes ont plus de rapports sexuels que les femmes : 44% des hommes déclaraient avoir au moins un rapport par semaine ou par mois vs 27% des femmes ; 14% déclaraient avoir au moins un rapport par semestre ou par an vs 11% des femmes ; 42% des hommes n'ont eu aucun rapport sexuel depuis un an vs 62% des femmes. ( $p=0.005$ )



Personnes ayant eu au moins un rapport sexuel  
dans l'année en fonction de leur tranche d'âge et  
du sexe  
p=0,002



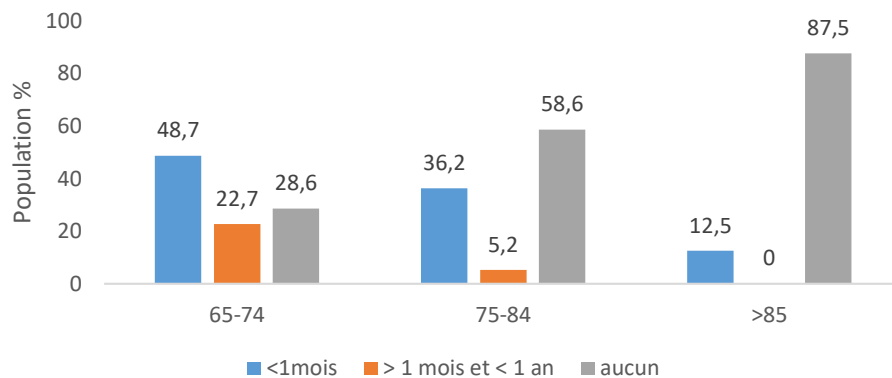
Parmi les personnes ayant répondu être en couple (cohabitantes ou non) (N=193), 42% avaient au moins un rapport sexuel par semaine ou par mois, 15.5 % avaient au moins un rapport sexuel par semestre ou par an et 42.5 % n'avaient aucun rapport sexuel dans l'année.

Les personnes en couple ont plus de rapports sexuels dans l'année que les personnes non en couple (57.5% vs 14% avec  $p < 0.001$ ).

Les personnes en couple âgées de 65 à 74 ans avaient plus de rapports sexuels que ceux de 75-84 ans et ceux > 85 ans.

## Fréquence des rapports sexuels des patients en couple en fonction des tranches d'âges

$p < 0,001$



Il n'y a pas de différences statistiques de la fréquence de rapport sexuel en fonction de l'appartenance ( $p=0.35$ ) ou la pratique d'une religion ( $p=0.42$ ), ou du lieu d'habitat ( $p=0.052$ ).

Le niveau d'étude (aucun ou certificat d'étude vs baccalauréat ou études supérieures) en univariée semble avoir un impact sur la fréquence des rapports sexuels ( $p < 0.001$ ) mais lorsqu'on analyse les données séparément en fonction des tranches d'âge nous ne retrouvons pas de différence statistique significative (dans la tranche des 65-74 ans  $p=0.1$  avec le test de Fisher, dans la tranche des 75-84 ans  $p=0.058$ , et dans la tranche des >85 ans  $p=1$ ).

L'orientation sexuelle ne joue pas de rôle non plus dans la fréquence des rapports ( $p=0.43$ ).

Enfin le nombre d'enfants par patient n'est pas un critère de différence statistique par rapport à la fréquence des rapports sexuels ( $p=0.39$  avec test de Fisher).

Le dernier rapport sexuel datait de moins d'une semaine chez 44 (18%) patients, de moins d'un mois chez 42 (17.2%) patients, de moins d'un semestre chez 24 (9.8%), de moins d'un an chez 6 (2.5%), de moins de 18 mois chez 15 (6.2%) et de plus de 18 mois chez 113 (46.3%) patients.

## 5. Pensées, désir et rêves sexuels

La présence de pensées sexuelles est jugée comme très présente (N=11) ou moyenne (N=61) chez 28 % des personnes interrogées. Elle est peu présente (N=68) ou pas du tout présente (N=117) chez 72 % des patients.

Le désir sexuel est décrit comme important (N=21) ou moyen (N=103) chez 49 % des patients, faible (N=70) ou très faible (N=59) chez 51% des patients.

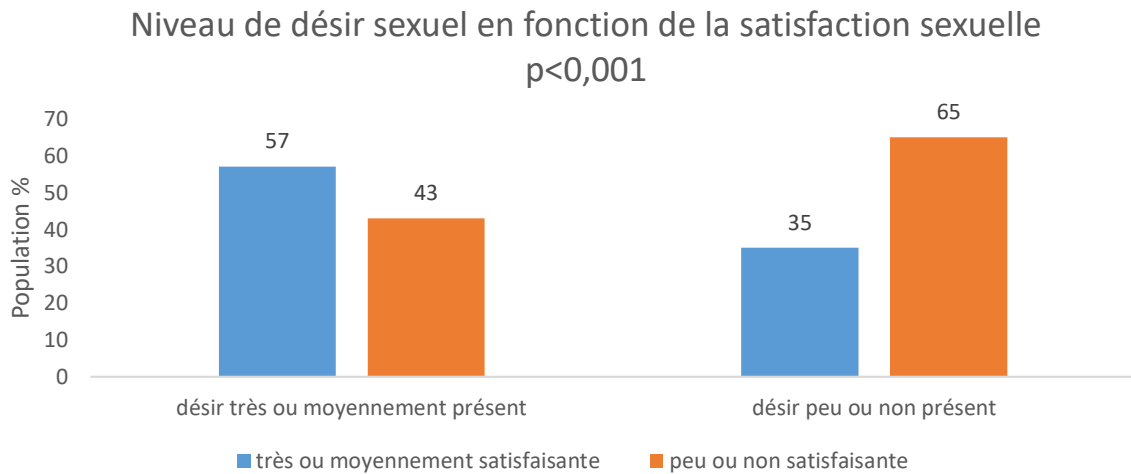
Parmi les hommes, 82 (70%) ont répondu avoir beaucoup ou moyennement de désir et 35 (30%) ont répondu en avoir un peu ou pas du tout, ce qui est significativement différent des femmes qui elles sont moins nombreuses 42 (30.9%) à éprouver beaucoup ou moyennement du désir et 94 (69.1%) à éprouver peu ou pas du tout de désir ( $p < 0.001$ ).

Cette différence de désir sexuel est confirmée par l'analyse multivariée qui montre que le désir sexuel est significativement plus important chez les hommes que chez les femmes, avec OR=5.14 (0.80-503.6) et  $p < 0.001$ .

Le désir diminue avec l'âge ( $p = 0.006$  avec le test de Student). Ce résultat est confirmé avec une analyse multivariée qui retrouve que l'augmentation de l'âge d'une année multiplie par OR=0.95 (IC95% : .91-0.99) la probabilité d'avoir du désir, la p-value associée étant de  $p = 0.020$ .

Bien que le statut relationnel montre une différence significative en modèle univarié ( $p = 0.01$  avec 54% de personnes en couple ayant moyennement ou beaucoup de désir vs 34% de personnes non en couple ayant moyennement ou beaucoup de désir), il n'apparaît pas significatif dans le modèle multivarié. Ce facteur n'a donc pas été retenu pour le modèle multivarié final.

Le désir sexuel semble être corrélé avec le niveau de satisfaction sexuelle.



Les patients hétérosexuels n'éprouvent pas plus de désir que les patients ayant une autre orientation sexuelle (52.2% vs 50% avec  $p=0.84$ ).

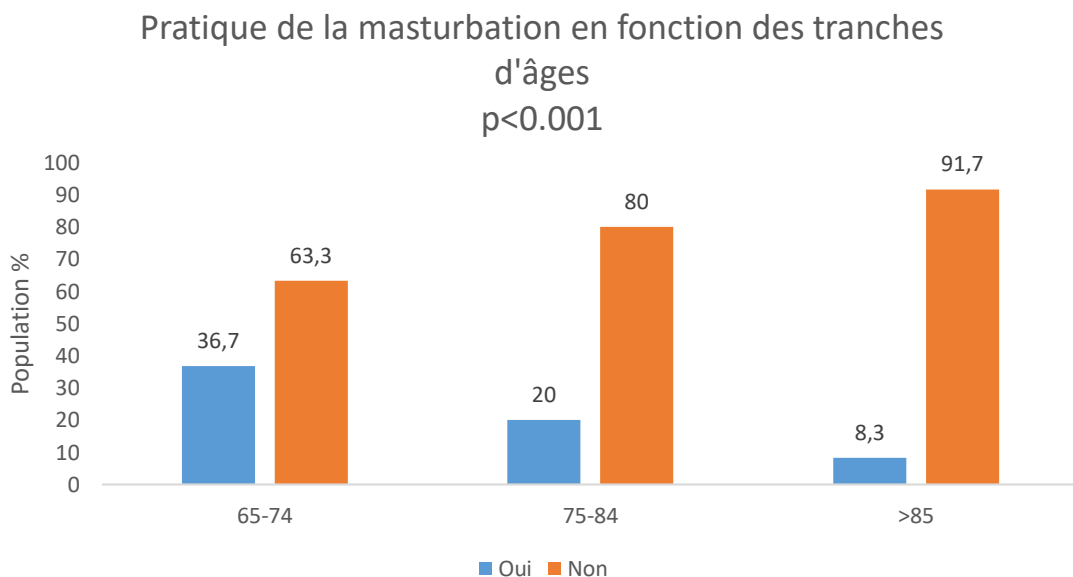
La présence de rêves sexuels est évaluée à 17.4% (N=44) dans la population étudiée.

## 6. Masturbation

La pratique de la masturbation est observée chez 28.5% (N=73) des patients.

Les hommes se masturbent plus que les femmes (40.8% vs 17.6% avec  $p < 0.001$ ).

La pratique de la masturbation diminue en fonction des tranches d'âges.



Ces résultats sont confirmés par l'analyse multivariée :

- Le fait de se masturber diminue avec l'âge. L'augmentation de l'âge d'une année multiplie par  $OR=0.93$  (IC95% : 0.88-0.99) la probabilité de se masturber, la p-value associée étant de  $p=0.001$ .

- La masturbation est significativement plus importante chez les hommes que chez les femmes, avec  $OR=3.16$  (0.76-5.68) et  $p<0.001$ .

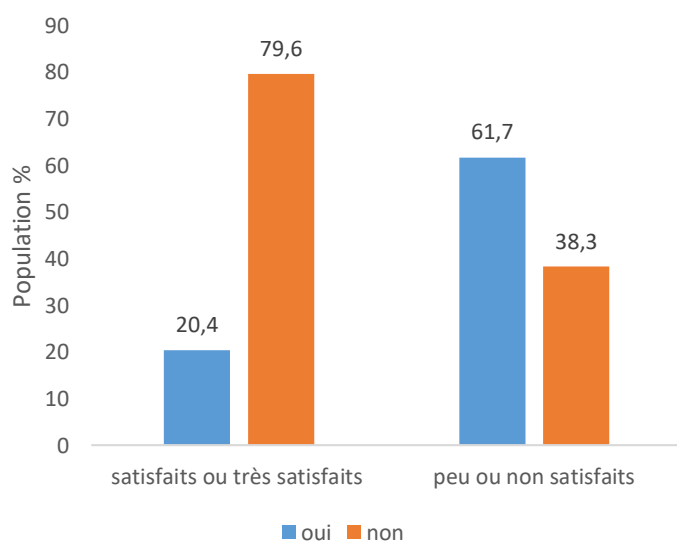
Dans la tranche d'âge des plus de 85 ans, 50 % des hommes avaient au moins un rapport sexuel par an ou pratiquaient la masturbation.

On ne retrouve pas de différence de la pratique de la masturbation chez les personnes en couple comparativement aux personnes non en couple (30% vs 25% avec  $p=0.53$ ).

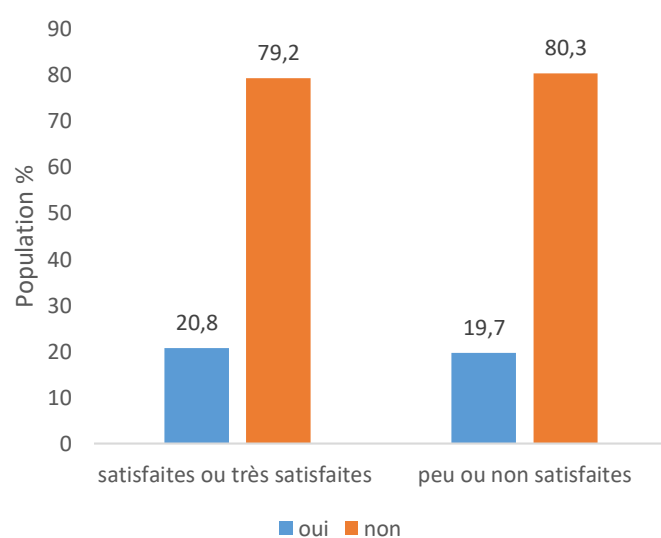
Tous sexes confondus, les patients non satisfaits ou peu satisfaits de leur sexualité ne se masturbent pas plus que les patients satisfaits ou très satisfaits. ( $p=0.86$ ).

Par contre, les hommes peu ou non satisfaits de leur sexualité se masturbent plus que les hommes satisfaits ou très satisfaits contrairement aux femmes où aucune différence significative n'est relevée.

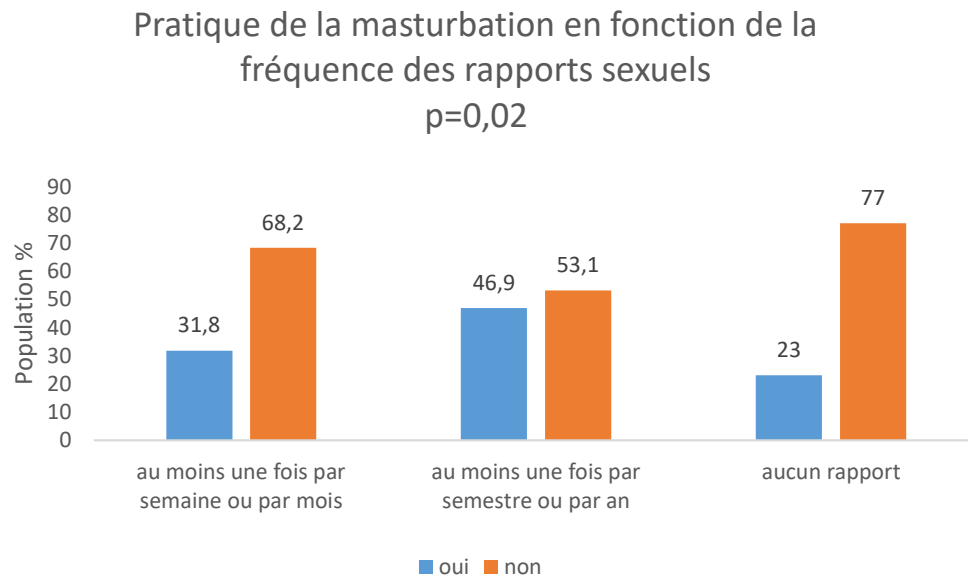
Pratique de la masturbation en fonction de la satisfaction sexuelle chez les hommes  
 $p<0,001$



Pratique de la masturbation en fonction de la satisfaction sexuelle chez les femmes  
 $p=0,88$



Les patients ayant des rapports sexuels se masturbent plus que ceux n'ayant pas de rapport.



Les hommes ayant un rapport sexuel par semestre ou par an sont une majorité à pratiquer la masturbation (64%) contrairement aux femmes (26%)  $p=0.03$ .

Il n'y a pas de différence significative lorsqu'on compare la fréquence des rapports sexuels avec la pratique de la masturbation chez les hommes ( $p=0.12$ ) et chez les femmes ( $p=0.37$ ).

L'appartenance ( $p=0.06$ ) ou la pratique ( $p=0.39$ ) d'une religion ainsi que le lieu d'habitat n'influence pas la pratique de la masturbation ( $p=0.24$ ).

La consultation de magazines ou films érotiques ou pornographiques était présente chez 15.1 % de la population étudiée ( $N=38$ ).

L'appartenance ( $p=0.55$ ) ou la pratique ( $p=0.54$ ) d'une religion ainsi que le lieu d'habitat ( $p=0.2$ ) n'influencent pas la consultation de magazines ou films érotiques ou pornographiques.

## 7. Discussion de la sexualité

La sexualité est un sujet difficile à aborder avec le médecin traitant chez 33,3% (N=83) des patients.

19% (N=48) des patients en ont déjà discuté avec leur médecin traitant et 16.3% (N=41) avec un autre professionnel de santé ; 16.2% (N=41) discutent de sexualité avec leur entourage proche.

29 patients (11.6%) ont répondu que leur médecin traitant leur avait déjà posé une question à propos de leur sexualité.

Les patients non satisfaits de leur sexualité (peu ou pas du tout satisfait) ne parlent pas plus à leur médecin traitant que les patients satisfaits (moyennement ou satisfait). 21.5% vs 19%  $p=0.67$ .

Ils ne discutent pas davantage avec un autre professionnel de santé ( $p=0.92$ ) ou avec leur entourage ( $p=0.58$ ).

Les patients ayant un état de santé ressenti non satisfaisant ne parlent pas plus à leur médecin que les patients ayant un état de santé ressenti satisfaisant. (20.2 % vs 18.2 % avec  $p=0.24$ ).

La sexualité est un sujet plus difficile à aborder avec le médecin traitant chez les femmes que chez les hommes (39.6 % de femmes vs 23.1% de hommes avec  $p=0.003$ ).

Le sujet de la sexualité n'est pas plus difficile à aborder lorsque l'on compare les différentes tranches d'âge (65-74, 75-84, >85 ans) ( $p=0.59$ ).

Lorsque l'âge est pris en compte comme variable quantitative, le test de Student confirme l'absence de corrélation avec  $p=0.76$ .

Les médecins traitants ne semblent pas poser plus de questions au sujet de la sexualité de leurs patients en fonction du sexe du patient (37.9% de femmes vs 62.1% d'homme mais  $p=0.09$ ).

Par contre les médecins posent plus de questions aux patients qui sont en couple (20%) que ceux qui ne sont pas en couple (8.3%).

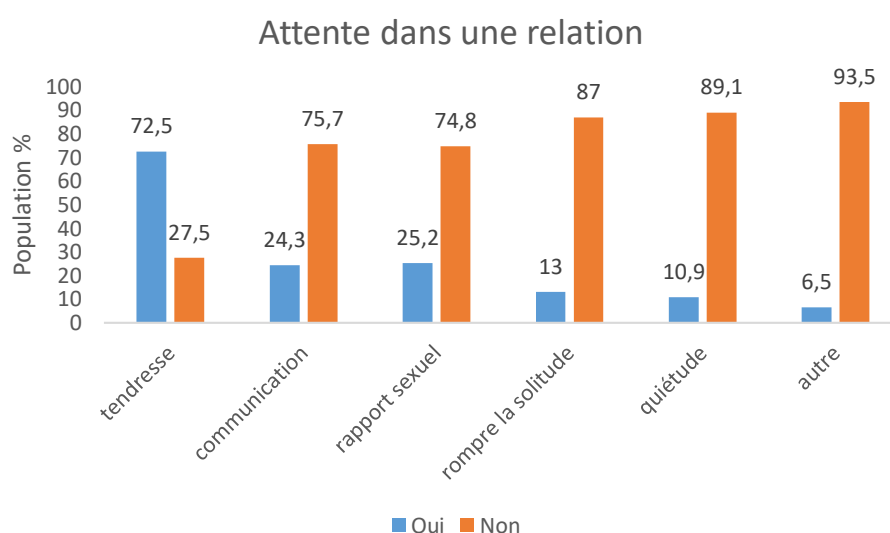
Les médecins traitants ne posent pas plus de questions si leurs patients ont une pathologie prostatique (23,3% vs 12.9% avec  $p=0.2$  en Fisher), une pathologie

gynécologique (41% vs 7.1 %  $p=0.1$  en Fisher), une pathologie cancéreuse (29% vs 19% avec  $p=0.15$  avec Test de Fisher) ou encore une pathologie anxiodépressive (11.1% vs 11.7% avec  $p=0.94$  au test de Fisher).

De plus, le médecin ne pose pas plus de questions à leurs patients en fonction de leurs nombres d'enfants ( $p=0.09$  avec test de Fisher) ou de leurs orientations sexuelles ( $p=0.2$  avec test de Fisher).

## 8. Attente dans une relation

Ce que les patients attendent le plus dans une relation est de la tendresse.



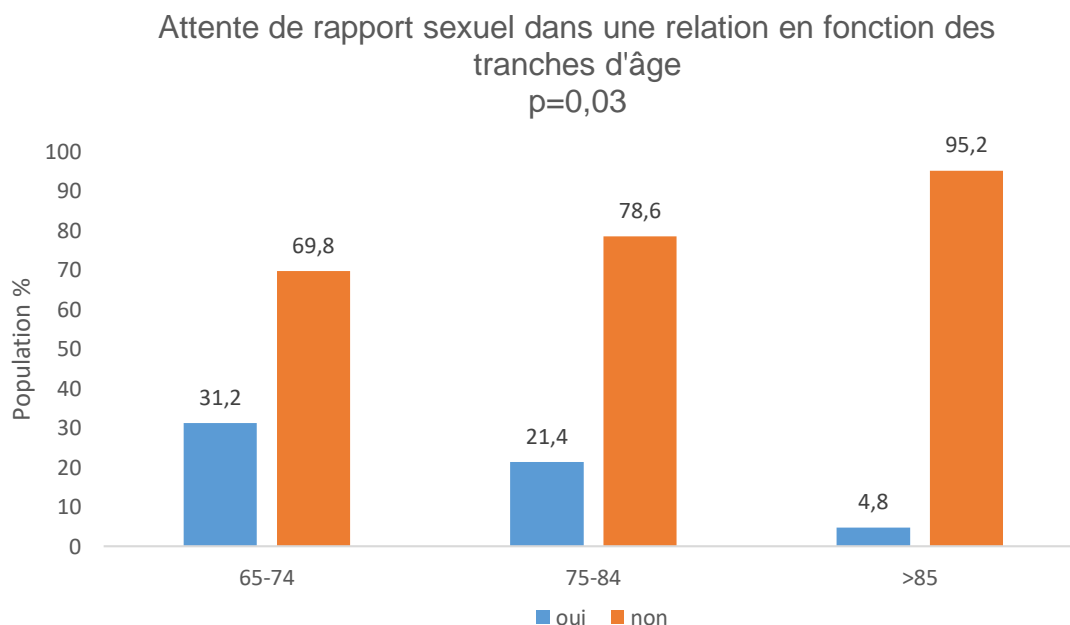
Il n'y avait pas de différence significative sur les attentes entre hommes et femmes pour la tendresse (71% vs 74.1% avec  $p=0.59$ ) ; pour la communication (21.6% vs 26.7% avec  $p=0.39$ ) ; pour rompre la solitude (10.3% vs 15.5% avec  $p=0.26$ ) ; pour la quiétude (8.6% vs 12.9% avec  $p=0.31$ ).

Les hommes sont néanmoins plus à la recherche de rapports sexuels que les femmes (31.9% vs 18.1% avec  $p=0.01$ ).

Les femmes sont quant à elles plus à la recherche d'« autre » chose (2.6 % vs 10.4% avec  $p=0.017$ ) comme la compréhension, l'amour, l'équilibre, la paix, l'attention, la confiance, la sincérité, la santé et le désir de ne pas être envahie.



En ce qui concerne le statut relationnel, les patients en couple sont plus à la recherche de tendresse dans une relation que les personnes non en couple.



La seule attente qui montre une différence statistique avec les différentes tranches d'âge des patients (65-74 ; 75-84 ; >85 ans) est une attente de rapports sexuels plus importante chez les patients plus jeunes.

#### 9. Etat de santé et frein à la sexualité

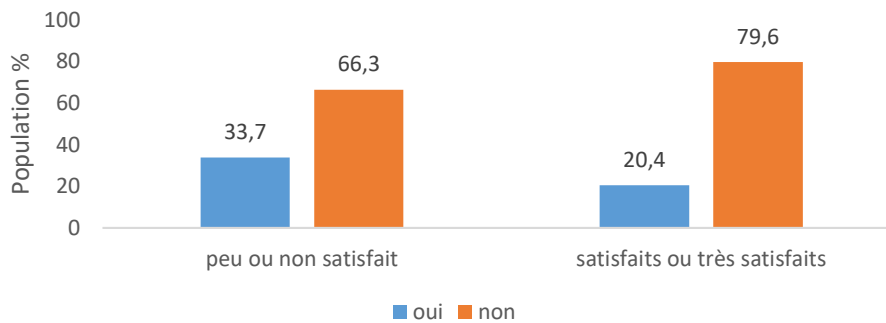
Pour les 2 questions « l'état de santé de votre partenaire est-il un frein à votre sexualité ? » et « Pensez-vous que votre état de santé est un frein à la sexualité de votre partenaire ? », seules les personnes en couple ont été incluses dans les analyses statistiques.

Le nombre de patients trouvant que leur état de santé est un frein pour la sexualité de leur partenaire était de 50 (27%).

63 (33.5%) patients trouvent que l'état de santé de leur partenaire est un frein pour leur sexualité.

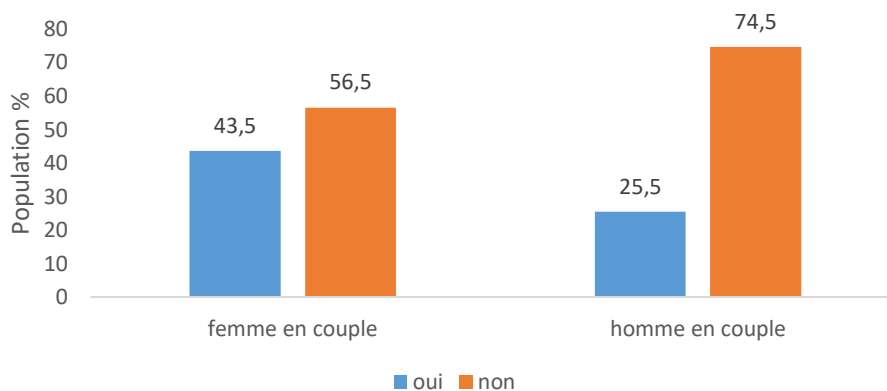
Les patients peu ou non satisfaits de leur sexualité sont plus nombreux à penser que leur état de santé est un frein à la sexualité de leur partenaire.

L'état de santé du patient freine la sexualité du partenaire en fonction de la satisfaction sexuelle du patient  
 $p=0,047$



Par contre, le sexe des patients ( $p=0.88$ ) ou leur tranche d'âge ( $p=0.86$ ) ne montrent aucune différence statistique.

Sexualité du patient freinée par l'état de santé du partenaire en fonction du sexe  
 $p<0.009$



Les femmes sont plus nombreuses à penser que l'état de santé de leur partenaire est un frein à leur sexualité.

La tranche d'âge ( $p=0.27$ ) ou le niveau de satisfaction sexuelle ( $p=0.83$ ) ne montrent aucune différence statistique.

## IV. Discussion

### 1. Influence de l'âge

Non observons une baisse de l'intérêt sexuel en fonction de l'âge malgré une satisfaction sexuelle qui reste inchangée.

La fréquence des rapports sexuels diminue également avec l'âge ainsi que le désir sexuel ou encore la pratique de la masturbation.

Cependant la présence d'une sexualité est bien présente notamment chez les patients âgés de 65 à 74 ans mais même au-delà de 75 ans avec 36 % de patients âgés de 75 à 84 ans en couple qui ont au moins un rapport sexuel par mois. 20 % des personnes de 75-84 ans pratiquent la masturbation, et 31 % conservent un intérêt pour la sexualité, ce qui était retrouvé dans d'autres études [11, 39, 40].

Pour aller plus loin, la sexualité des patients de plus de 85 ans existe encore (12.5 % des patients en couple ont au moins un rapport sexuel dans le mois), notamment celle des hommes (50% des hommes de plus de 85 ans ont encore au moins un rapport par an ou pratiquent la masturbation). Ces résultats viennent confirmer ceux des études anglo-saxonnes [14, 15].

Concernant les attentes dans une relation, les patients les plus âgés recherchent de moins en moins le rapport sexuel.

### 2. Influence du sexe

Les hommes ont un intérêt sexuel plus important que les femmes. Ils sont également une majorité (64%) à porter un intérêt moyen ou important à leur sexualité contrairement aux femmes (27.5%).

Ils éprouvent plus de désir, ont plus de rapports sexuels et se masturbent plus que les femmes.

Contrairement aux femmes, un homme non satisfait par sa sexualité pratique plus la masturbation qu'un homme satisfait (61 % vs 20%) ce qui peut être perçu comme une alternative dans la sexualité des hommes qui ne peuvent plus avoir de rapports sexuels [41].

En effet les troubles sexuels (notamment les dysfonctions érectiles) sont moins présents lors d'un acte masturbatoire que lors d'un rapport sexuel [42].

Dans une relation, les hommes sont plus à la recherche de rapports sexuels (31.9 %) juste après la tendresse (71%) alors que les femmes sont plus à la recherche de tendresse (74%) et de communication (26.7%).

Cependant les femmes sont plus nombreuses à penser que l'état de santé de leur partenaire est un frein à leur propre sexualité. Les femmes pratiquant moins la masturbation, leur sexualité est peut-être plus dépendante de celle de leur partenaire [41].

Il a été prouvé qu'améliorer la prise en charge des troubles sexuels de l'homme pouvait avoir un effet bénéfique sur la satisfaction sexuelle des femmes [43–45]. Enfin, le sujet de la sexualité semble être moins tabou chez les hommes qui ont moins de difficultés à discuter de leur sexualité avec leur médecin.

Cette différence homme-femme dans le rapport à la sexualité peut résulter d'un ancien schéma qui plaçait les besoins sexuels de l'homme comme impérieux et nécessaires alors que ceux de la femme entraient plus dans une logique de couple et d'affectivité, voir au service de la sexualité des hommes [8, 46].

### 3. Influence du statut relationnel

La majorité des personnes non en couple sont des femmes (79.6%). Le veuvage en est la principale cause (68.5%). Ceci est expliqué par le fait que l'espérance de vie des hommes est moins importante que celle des femmes [47], et une plus grande proportion d'hommes refont leur vie après un veuvage notamment auprès de femmes plus jeunes, alors que les femmes veuves préfèrent conserver une sociabilité avec des amies et préserver leur indépendance nouvelle (notamment leur logement et ne pas avoir à s'occuper d'une personne avec des problèmes médicaux) [48, 49].

Le fait d'être en couple augmente la satisfaction sexuelle, l'intérêt sexuel et, sans surprise, la fréquence des rapports sexuels.

Les personnes en couple sont plus en attente de tendresse. Les personnes seules ne recherchent pas plus dans une relation de rompre la solitude ou de communiquer.

Les médecins discutent davantage de sexualité avec leurs patients en couple.

Cependant cette disparité relationnelle ne veut pas dire que les personnes célibataires n'ont pas de sexualité.

Nous n'avons pas retrouvé de différence statistique du désir sexuel en fonction de la situation relationnelle, 14 % des personnes non en couple ont encore au moins un rapport sexuel par an et 25% pratiquent la masturbation.

#### 4. Discuter de la sexualité

Dans cette étude, seulement 12 % des patients interrogés ont un médecin traitant qui leur a déjà posé une question sur leur sexualité.

Les médecins traitants ne semblent pas poser plus de questions sur la sexualité de leurs patients ayant une pathologie prostatique, gynécologique ou cancéreuse alors que le résultat de précédentes études montrait une diminution de la sexualité des patients atteints de cancer à deux ans de leur diagnostic et ce quel que soit la localisation cancéreuse [50], qu'une hyperplasie bénigne de prostate entraînait une diminution de la qualité de vie des patients du fait d'une dysfonction érectile ou encore qu'un prolapsus urogénital était responsable d'une baisse de la sexualité [36, 51].

Nous savons également que les dysfonctions sexuelles ont un lien de comorbidité bidirectionnelle avec la dépression et ses traitements [24, 27, 52].

Les médecins généralistes ont une difficulté à aborder la sexualité notamment celle des séniors [3–5, 7, 53], ce qui peut être source de retard de diagnostic ou, de manière plus générale, peut être vu comme un refus de prise en charge d'un problème de santé d'une partie de leur patientèle.

Les principaux freins mis en évidence étaient les propres représentations du médecin, son jeune âge ou son installation récente, son manque de formation [10] ou encore le fait que la sexualité soit un sujet chronophage et difficile à aborder. Le fait que le médecin et le patient soient de sexe opposé était également un frein important.

Une thèse de médecine générale [6] montrait que l'élément le plus important pour avoir une discussion avec son médecin était une bonne relation médecin-patient basée sur la confiance. Les patients trouvaient qu'il était plus naturel que ce soit le patient qui parle de sa sexualité en cas de problèmes mais n'étaient pas fermés à l'idée que le médecin généraliste pose des questions. L'idée d'une consultation dédiée au sujet de la sexualité est perçue comme une bonne idée par les patients [6].

Cependant nous avons vu que les patients non satisfaits de leur sexualité ne parlent pas davantage à leur médecin traitant que les patients satisfaits (21.5% vs 19%), ce qui est également retrouvé dans la littérature. Certains patients notamment, ne considèrent pas leur problème sexuel comme étant un problème de santé [53].

Le médecin généraliste a une place d'information et de prévention de la modification de la sexualité avec l'âge [53]. Des conseils peuvent être donnés notamment sur l'importance des préliminaires et des caresses [23, 54].

Il existe une modification de l'expression de la sexualité avec l'âge.

Certains patients (majoritairement des hommes) peuvent présenter un phénomène de « castration préventive » [54] faisant référence à un refus d'avoir une sexualité présente si elle ne peut plus être identique à celle du passé en raison notamment d'une baisse de performance.

Une rupture des normes sociétales à la recherche de la performance ou du « beau » [18, 23, 55] est nécessaire pour permettre à chaque couple de trouver son propre rythme et permettre une sexualité plus épanouie.

Le bien être sexuel est un bon facteur prédictif de la qualité de vie autant dans le domaine physique que psychologique [56].

Le médecin généraliste peut y trouver une porte d'entrée pour aborder le thème de la sexualité avec son patient en mettant en avant la possible iatrogénie de certains médicaments ou en questionnant le patient sur sa qualité de vie (par exemple « avez-vous l'impression que votre maladie ou vos traitements ont une influence sur votre sexualité ? » ou encore « votre sexualité s'est-elle modifiée suite à... ») [57].

Cette discussion de la sexualité doit se faire avec l'accord de son patient en lui permettant d'exprimer ses difficultés et ses attentes. Le professionnel de santé doit aborder une attitude de neutralité, d'ouverture et de respect en évitant toute projection personnelle [57].

## 5. Limite de l'étude

Un nombre significatif de personnes n'a pas répondu à certaines questions, ce qui peut signifier une réticence à aborder un sujet trop intime. Un biais de confusion est ici bien sûr probable.

Malheureusement, nous avons limité l'expression de la sexualité aux seuls « rapport sexuel » et « pratique de la masturbation ».

Le terme « rapport sexuel » a pu être compris par les interrogés comme rapport sexuel avec pénétration sans inclure le rapport sexuel avec rapport oral exclusif (fellation, cunnilingus) qui est une partie non négligeable de la sexualité des personnes de plus de 65 ans [11, 14, 39].

De même, nous n'avons pas différencié la pratique de la masturbation individuelle avec celle pratiquée en couple.

Concernant les questions sur la discussion de la sexualité avec son médecin traitant ou autre, un biais de mémorisation est possible.

Il existe également un biais de sélection car les personnes ayant donné leur accord, répondu et renvoyé le questionnaire, étaient très certainement plus à l'aise avec le sujet de la sexualité.

Nous savons que l'iatrogénie est responsable de manière non négligeable de troubles sexuels (diminution du désir sexuel, dysfonction érectile, sécheresse vaginale). Nous avons choisi de ne pas poser cette question car cela aurait nécessité que certains patients consultent leur ordonnance ou demandent à leur médecin la classe de médicament qui leur a été prescrit ce qui aurait certainement diminué le taux de réponses de ce questionnaire [58].

Enfin, le fait de ne pas avoir trouvé de différence significative entre satisfaction sexuelle et pathologies présentes est très certainement due à un manque de puissance statistique.

En effet, plusieurs études confirment le lien entre maladie chronique et trouble de la sexualité [19, 27, 35, 36, 59].

Une étude complémentaire de plus grande échelle permettrait éventuellement de confirmer cette hypothèse.

## V. Conclusion

Notre étude vient confirmer les résultats de travaux réalisés majoritairement à l'étranger : la sexualité des personnes de 65 ans et plus, résidant à domicile existe jusqu'à des âges avancés.

Cependant, ce domaine de la santé reste encore un sujet tabou pour grand nombre de médecins et patients malgré une libération des mœurs et des pratiques ces dernières décennies.

Notre étude a montré que l'expression de la sexualité était différente en fonction de l'âge (différence de génération), du sexe et de la situation relationnelle.

Du fait de l'augmentation future du nombre de nos patients d'âge avancé due au vieillissement de notre population, il est primordial d'intégrer à nos pratiques la notion de santé sexuelle : marqueur prédictif de la qualité de vie de nos patients et d'un vieillissement réussi.

Chaque spécialité médicale et paramédicale peut se voir impliquée dans la prise en charge du maintien ou de l'amélioration de la santé sexuelle de nos patients.

Une formation plus approfondie notamment en médecine générale est nécessaire pour pouvoir aborder le sujet de la sexualité avec nos patients avec confiance et bienveillance.



## VI. Références Bibliographiques

- [1] Définition, <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>
- [2] *strategie\_nationale\_sante\_sexuelle.pdf*, [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_nationale\\_sante\\_sexuelle.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf)
- [3] Baurain M. *Parlons sexualité! Les médecins généralistes sont-ils prêts à améliorer leur abord de la santé sexuelle avec leurs patients?* Nice Sophia Antipolis, 2018.
- [4] Dourlens E. *ABORD DE LA SEXUALITE DANS LA PRATIQUE DE MEDECINS GENERALISTES PICARDS Étude qualitative auprès de 20 médecins généralistes en Picardie.* 2018.
- [5] Fievet C. *Comment aborder le sujet de la sexualité en consultation de médecine générale? Enquête qualitative auprès de patientes à La Réunion.* Nice Sophia Antipolis.
- [6] Saroux D. *Des réticences aux attentes des patients âgés de plus de 74 ans sur leur sexualité: place du médecin généraliste.* Nice Sophia Antipolis, 2019.
- [7] Leveque J, Jego P. *Les freins à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale : Etude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine.* Rennes 1, 2016.
- [8] Levinson S. *Les « difficultés » de la fonction sexuelle : contextes, déterminants et significations.* La Découverte, <https://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293-page-485.htm> (2008)
- [9] Snyder RJ, Zweig RA. Medical and psychology students' knowledge and attitudes regarding aging and sexuality. *Gerontol Geriatr Educ* 2010; 31: 235–255.
- [10] Taylor A, Gosney MA. Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals. *Age Ageing* 2011; 40: 538–543.
- [11] Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France - PubMed, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16409225/>
- [12] André C. *État des lieux de la sexualité des personnes âgées non démentes en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.* Bordeaux, 2018.
- [13] Herron MJ, Herron WG. Elder Sexuality. *J Soc Distress Homelessness* 1999; 8: 167–176.
- [14] Bretschneider JG, McCoy NL. Sexual interest and behavior in healthy 80- to 102-year-olds. *Arch Sex Behav* 1988; 17: 109–129.
- [15] Lee DM, Nazroo J, O'Connor DB, et al. Sexual Health and Well-being Among Older Men and Women in England: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Arch Sex Behav* 2016; 45: 133–144.
- [16] Adams M, Oye J, Parker T. Sexuality of older adults and the Internet: From sex education to cybersex. *Sex Relatsh Ther* 2003; 18: 405–415.
- [17] Hodson DS, Skeen P. Sexuality and Aging: The Hammerlock of Myths. *J Appl Gerontol* 1994; 13: 219–235.
- [18] Calasanti T. Ageism, Gravity, and Gender: Experiences of Aging Bodies. *Generations*; 29.

- [19] Menopause and Sexuality - PubMed, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26316248/>
- [20] Singh P. Andropause: Current concepts. *Indian J Endocrinol Metab* 2013; 17: S621-629.
- [21] Træen B, Hald GM, Graham CA, et al. Sexuality in Older Adults (65+)—An Overview of the Literature, Part 1: Sexual Function and its Difficulties. *Int J Sex Health* 2017; 29: 1–10.
- [22] Nicolosi A, Moreira ED, Villa M, et al. A population study of the association between sexual function, sexual satisfaction and depressive symptoms in men. *J Affect Disord* 2004; 82: 235–243.
- [23] Reynaert C, Dubois T, Jacques D, et al. *Chapitre 61. Le patient avec des troubles sexuels*. Lavoisier, <https://www.cairn.info/psychiatrie-de-liaison--9782257206923-page-654.htm> (2018)
- [24] Porto R. [Depressive symptoms and sexuality]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983 2014; 43: 1111–1115.
- [25] Smith L, Yang L, Veronese N, et al. Sexual Activity is Associated with Greater Enjoyment of Life in Older Adults. *Sex Med* 2019; 7: 11–18.
- [26] Krag A, Nielsen HS, Norup M, et al. Research report: do general practitioners tell their patients about side effects to common treatments? *Soc Sci Med* 1982 2004; 59: 1677–1683.
- [27] Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, et al. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 Suppl 3: 10–21.
- [28] SPF. Bulletin de santé publique VIH-IST dans les Hauts-de-France. Novembre 2019., <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/hauts-de-france/documents/bulletin-regional/2019/bulletin-de-sante-publique-vih-ist-hauts-de-france.-novembre-2019>
- [29] Tran T-C. DÉCOUVERTES DE SÉROPOSITIVITÉ VIH CHEZ LES SENIORS EN FRANCE, 2008-2016 / NEW HIV DIAGNOSES IN PEOPLE AGED 50 YEARS OR OLDER IN FRANCE, 2008-2016. 2018; 7.
- [30] Landry S, Chartogne M, Landry A. Les impacts du confinement lié au coronavirus sur la sexualité. *Sexologies* 2020; 29: 173–180.
- [31] Caremel R, Berthier A, Sentilhes L, et al. [Analysis of a French female sexuality reference population]. *Progres En Urol J Assoc Francaise Urol Soc Francaise Urol* 2008; 18: 527–535.
- [32] Darnaud T, Sirvain S, Igier V, et al. Une étude sur la sexualité cachée des personnes âgées en institution. *Sexologies* 2013; 22: 169–175.
- [33] İncedere A, Küçük L. Sexual Life and Associated Factors in Psychiatric Patients. *Sex Disabil* 2017; 35: 89–106.
- [34] Derouesné C. Sexualité et démences. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2005; 3: 281–289.
- [35] Hyperplasie bénigne de la prostate et troubles sexuels. *Revue Medicale Suisse*, <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2005/revue-medicale-suisse-44/hyperplasie-benigne-de-la-prostate-et-troubles-sexuels>
- [36] Thibault F, Wagner L, Rouvellat P, et al. Prolapsus uro-génital : analyse de la sexualité préopératoire. *Prog En Urol* 2012; 22: 665–670.

- [37] Eshmauey M, Fredouille J, Bianchi-Demicheli F. [Advanced age, cognitive decline and sexuality in healthcare institutions]. *Rev Med Suisse* 2020; 16: 548–551.
- [38] Villar F, Serrat R, Celdrán M, et al. Staff attitudes and reactions towards residents' masturbation in Spanish long-term care facilities. *J Clin Nurs* 2016; 25: 819–828.
- [39] Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, et al. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med* 2007; 357: 762–774.
- [40] Bergström-Walan M, Nielsen HH. Sexual expression among 60–80-year-old men and women: A sample from stockholm, sweden. *J Sex Res* 1990; 27: 289–295.
- [41] Regnerus M, Price J, Gordon D. Masturbation and Partnered Sex: Substitutes or Complements? *Arch Sex Behav* 2017; 46: 2111–2121.
- [42] Rowland DL, Hamilton BD, Bacys KR, et al. Sexual Response Differs during Partnered Sex and Masturbation in Men With and Without Sexual Dysfunction: Implications for Treatment. *J Sex Med* 2021; 18: 1835–1842.
- [43] Heiman JR, Talley DR, Bailen JL, et al. Sexual function and satisfaction in heterosexual couples when men are administered sildenafil citrate (Viagra) for erectile dysfunction: a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2007; 114: 437–447.
- [44] Jiann B-P, Su C-C, Tsai J-Y. Is female sexual function related to the male partners' erectile function? *J Sex Med* 2013; 10: 420–429.
- [45] Kingsberg SA. The Impact of Aging on Sexual Function in Women and Their Partners. *Arch Sex Behav* 2002; 31: 431–437.
- [46] Hamel C, Rault W, Société GE. Les inégalités de genre sous l'œil des démographes. *Popul Soc* 2014; 517: 1–4.
- [47] Espérance de vie à divers âges | Insee, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631>
- [48] Caradec V. EXPERIENCE OF WIDOWHOOD. *Gerontol Soc* 2007; 30121: 179–193.
- [49] Delaunay-Berdaï I. Veuvage précoce et différences de genre. *Rev Polit Soc Fam* 2006; 85: 29–38.
- [50] La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après-cancer - Ref : ETUDVICAN14, <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-vie-deux-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer-De-l-annonce-a-l-apres-cancer>
- [51] Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 144–148.
- [52] Quinta Gomes AL, Nobre P. Personality traits and psychopathology on male sexual dysfunction: an empirical study. *J Sex Med* 2011; 8: 461–469.
- [53] Hinchliff S, Gott M. Seeking Medical Help for Sexual Concerns in Mid- and Later Life: A Review of the Literature. *J Sex Res* 2011; 48: 106–117.
- [54] Masson E. Sexualité après 60 ans, déclin ou nouvel âge de vie ? *EM-Consulte*, <https://www.em-consulte.com/article/64164/article/sexualite-apres-60-ans-declin-ou-nouvel-age-de-vie>.

- [55] Ginsberg TB. Aging and sexuality. *Med Clin North Am* 2006; 90: 1025–1036.
- [56] Flynn T-J, Gow AJ. Examining associations between sexual behaviours and quality of life in older adults. *Age Ageing* 2015; 44: 823–828.
- [57] CNGE 2021 - Plénière Santé sexuelle \_ Madeleine Gerardin Toran - YouTube.html.
- [58] Comment augmenter le taux de réponse des enquêtes de santé effectuées par voie postale. *Caducee.net*, <https://www.caducee.net/actualite-medicale/3878/comment-augmenter-le-taux-de-reponse-des-enquetes-de-sante-effectuees-par-voie-postale.html>.
- [59] La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après-cancer - Ref : ETUDVICAN14, <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-vie-deux-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer-De-l-annonce-a-l-apres-cancer>.

## VII. Annexe

Questionnaire :

Questionnaire dans le cadre d'une thèse de médecine :

Quelle est la sexualité des personnes de plus de 65 ans à domicile en Hauts de France?

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale je m'intéresse à connaître la sexualité des personnes de plus de 65 ans vivant à domicile en Hauts de France pour ensuite sensibiliser les professionnels de santé et les encourager à poser plus de questions quant à la sexualité de leurs patients.

Ce sujet est malheureusement trop souvent mis de côté car jugé « tabou ».

Pour ce faire j'ai établi ce questionnaire **entièrement anonyme** que je vous demande de bien vouloir me renvoyer via l'enveloppe pré timbrée ci-jointe.

Merci beaucoup de votre participation.

Heusele Maxime

1) Age : ..... ans

2) Sexe :  Féminin  Masculin  Autre

3) Etes-vous actuellement ?

Marié.e / vivant en cohabitation

Séparé.e / Divorcé.e

Célibataire / jamais marié.e

Veuf.ve

4) Situation relationnelle :

Couple cohabitant

Couple stable non cohabitant

Ni cohabitant Ni relation stable

5) Niveau d'études :

Aucun

certificat d'études

Baccalauréat

études supérieures

6) Situation professionnelle :

En activité professionnelle

retraité.e

7) Professions ou fonctions exercées : (plusieurs réponses possibles)

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions Intermédiaires
- Ouvriers
- Employés
- Autres

**8) Lieu d'Habitat**

- Rural (< 2000 habitants)
- Semi Urbain (< 20 000 habitants)
- Urbain (> 20 000 habitants)

**9) Avez-vous une religion ? :**

- Oui  Non

**10) Si oui, êtes-vous pratiquant ? :**

- Oui  Non

**11) Combien d'enfant(s) avez-vous ?**

- 0  1  2  >2

**12) Votre état de santé ressenti est :**

- Très Satisfaisant  Satisfaisant  Peu satisfaisant  Très peu satisfaisant

**13) Etes-vous suivi pour : (plusieurs réponses possibles)**

- Diabète  Hypertension artérielle  Syndrome anxio-dépressif
- Insuffisance respiratoire  Insuffisance rénale  AVC
- Infarctus du myocarde  Trouble du sommeil  Pathologie cancéreuse
- Pathologie prostatique  Pathologie gynécologique
- Aucune pathologie  Ne sait pas

**14) Attirance sexuelle :**

- Hétérosexuelle  Homosexuelle  Bisexuelle  Autre

**15) Nombre de partenaire(s) sexuel(s) ces douze derniers mois**

- 0  1  plus de 1

**16) Par le passé, étiez-vous intéressé.e par la sexualité ?**

- Pas du tout  Peu  Moyennement  Beaucoup

**17) Actuellement, êtes-vous intéressé.e par la sexualité ?**

- Pas du tout  Peu  Moyennement  Beaucoup

18) Avez-vous des pensées à caractère sexuel ou érotique ?

- Pas du tout       Peu       Moyennement       Beaucoup

19) Avez-vous des rêves à caractère sexuel ou érotique ?

- Oui       Non

20) Vous arrive-t-il d'éprouver du désir ?

- Pas du tout       Peu       Moyennement       Beaucoup

21) Quelle est votre satisfaction sexuelle en ce moment ?

- Très satisfaisante       Satisfaisante  
 Peu satisfaisante       Pas du tout satisfaisante

22) Fréquence des rapports sexuels en moyenne ces douze derniers mois ? :

- Au moins une fois par semaine :
- Au moins une fois par mois :
- Au moins une fois par semestre :
- Au moins une fois par an :
- Aucun :

23) A quand date votre dernier rapport sexuel ?

- moins de 1 semaine  
 moins de 1 mois  
 moins de 1 semestre  
 moins de 1 an  
 moins 18 mois  
 plus de 18 mois

24) Vous arrive-t-il de vous masturber ?

- Oui       Non

25) Regardez-vous des magazines ou films à caractère érotique ou pornographique ?

- Oui       Non

26) Avez-vous déjà discuté de votre sexualité avec votre médecin ?

- Oui       Non

27) Votre médecin vous a-t-il ou elle déjà posé une question sur votre sexualité ?

- Oui       Non

28) Est-ce un sujet difficile à aborder avec votre médecin traitant ?

Oui

Non

29) Avez-vous déjà discuté de votre sexualité avec un.e autre professionnel.le de santé ?

Oui

Non

30) Parlez-vous de votre sexualité avec votre entourage (amis ou famille) ?

Oui

Non

31) Que recherchez-vous dans votre relation avec votre partenaire :

Tendresse  Communication  Rapport sexuel  Rompre la solitude  Quiétude

Autre : .....

32) La santé de votre partenaire est-elle un frein à votre sexualité ?

Oui

Non

33) Pensez-vous avoir déjà été un frein pour la sexualité de votre partenaire ?

Oui

Non

Merci de bien vérifier que toutes les questions ont bien été répondu sinon votre questionnaire ne pourra peut-être pas être pris en compte.

Je vous remercie encore une fois de votre participation.



**AUTEUR : Nom : HEUSELE**

**Prénom : Maxime**

**Date de soutenance : 01 Avril 2022**

**Titre de la thèse : Sexualité des personnes âgées de 65 ans et plus résidant à domicile dans les Hauts de France**

**Thèse - Médecine - Lille année 2022**

**Cadre de classement : Thèse de Docteur en médecine**

**DES + FST/option : Médecine générale**

**Mots-clés : Sexualité, âgisme, domicile, gérontologie**

**Résumé :**

**Contexte :** La sexualité des personnes dites âgées est taboue. Il existe peu de données de la littérature française explorant la sexualité des séniors ce qui l'expose à des mythes et préjugés.

**Objectif :** Mieux connaître la pratique et les besoins des séniors en termes de sexualité.

**Méthode :** Etude observationnelle quantitative multicentrique. Les patients de 65 ans ont été recrutés dans les associations du 3eme âge et dans des lieux de santé (cabinets médicaux, pharmacies, centre de vaccination) pendant une période de 2 mois. Un questionnaire anonyme leur était proposé et devait être renvoyé via service postal une fois rempli à domicile.

**Principaux résultats :** La satisfaction sexuelle est satisfaisante chez 53% de la population étudiée. 68 % de la population sont peu (24%) moyennement (37 %) ou très (6.6%) intéressés par la sexualité. Le désir sexuel est très présent ou moyennement présent chez 49% des patients. Il diminue avec l'âge ( $p=0.02$ ) et est plus présent chez les hommes ( $p<0.001$ ).

48 % des patients ont encore au moins un rapport par an. Les hommes ( $p=0.005$ ), les patients plus jeunes ( $p<0.002$ ), les patients en couples ( $p<0.001$ ) avaient plus de rapports sexuels. Les hommes se masturbent plus que les femmes (41 % vs 17%  $p<0.001$ )

La première attente dans une relation est la tendresse (72%).

La sexualité est un sujet difficile à aborder avec le médecin traitant pour 33% des patients.

11% ont un médecin traitant qui leur a posé une question sur leur sexualité et 19% en ont déjà parlé avec leur médecin traitant. Les patients non satisfaits de leur sexualité n'en discutent pas davantage avec leur médecin traitant.

**Conclusion :** La sexualité des personnes de 65 ans et plus existe jusqu'à un âge avancé mais reste majoritairement tabou. Il existe une grande disparité de la sexualité des patients en fonction de leur âge et de leur sexe.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur François PUISIEUX**

**Assesseurs : Madame le Docteur Marion DEFRETIN**

**Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT**