



HAL
open science

Comment aborder le sujet de la sexualité en consultation de médecine générale? Enquête qualitative auprès de patientes à La Réunion

Christopher Fievet

► **To cite this version:**

Christopher Fievet. Comment aborder le sujet de la sexualité en consultation de médecine générale? Enquête qualitative auprès de patientes à La Réunion. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01133386

HAL Id: dumas-01133386

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01133386>

Submitted on 19 Mar 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA-ANTIPOLIS
UFR DE MEDECINE

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Discipline : Médecine générale

Présentée et soutenue publiquement le 16 avril 2014

A Nice

Par Christopher FIEVET

Né le 05/02/1981 à Thionville

**Comment aborder le sujet de la sexualité en consultation de
médecine générale, Enquête qualitative auprès de patientes à la
Réunion.**

DIRECTEUR DE THÈSE:

Pr POURRAT Isabelle

CO-DIRECTEUR:

Dr HEMERY Patrice

JURY DE THÈSE:

Président : Pr SAUTRON Jean-Baptiste

Assesseurs : Pr CANIVET Bertrand

Pr POURRAT Isabelle

Pr BERTRAND François

Dr BEREDER Isabelle

UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

Liste des professeurs au **1er novembre 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

DOYEN

M. BAQUÉ Patrick

ASSESSEURS

M. BOILEAU Pascal
M. HEBUTERNE Xavier
M. LEVRAUT Jacques

CONSERVATEUR DE LA BIBLIOTHÈQUE

M. SCALABRE Grégory

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

Mme CALLEA Isabelle

DOYENS HONORAIRES

M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

PROFESSEURS HONORAIRES

M. BALAS Daniel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DAR COURT Guy
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTER Michel
M. INGLES AKIS Jean-André

M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAPALUS Philippe
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. HONORAIRE

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. HONORAIRES

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
M. EMILIOZZI Roméo
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand

M. GIUDICELLI Jean
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIREE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M. BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M. CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M. DAR COURT Jacques	Biophysiques et médecine nucléaire (43.01)
M. DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M. FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53-01)
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M. GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M. GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M. GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme LEBRETON Elisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et cytologie pathologiques (52.03)
M. PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. QUATRHOMME Gérald	Médecine légale et droit de la Santé (46.03)
M. SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M. THYSS Antoine	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIÈRE CLASSE

M. BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. BERARD Etienne	Pédiatrie (54.01)
M. BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M. BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M. DAR COURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M. DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M. FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M. GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M. GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M. MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M. MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. MOUNIER Nicolas	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)
M. PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M. RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M. ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. ROSENTHAL Eric	Médecine Interne (53.01)
M. SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)

M. TRAN Albert

Hépatogastroentérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIÈME CLASSE

M. ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M. BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M. BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M. BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. BENIZRI Emmanuel	Chirurgie générale (53.02)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M. BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
Mlle BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M. CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M. CARLES Michel	Anesthésiologie réanimation (48.01)
M. CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M. CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M. CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. DUMONTIER Christian	Chirurgie Plastique (50.04)
M. FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M. FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. GUERIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M. JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)
M. LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M. PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M. PRADIER Christian	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention (46.01)
M. ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M. RUIMY Raymond	Bactériologie – virologie (45.01)
M. SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M. STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M. TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. SAUTRON Jean-Baptiste

Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique(47.07)
M. BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)

M. GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme HINAULLT Charlotte	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)
Mlle LANDRAUD Luce	Bactériologie–Virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M. PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et Mycologie (45.02)
Mlle PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M. TESTA Jean	Epidémiologie-Economie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
M. MAKRIS Démosthènes	Pneumologie
M. PITTET Jean-François	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale
Mme POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M. CHATTI Kaouthar	Biophysique et médecine nucléaire
M. GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M. PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François	Médecine Interne
M. BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M. QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Les femmes de ma vie

À Ma mère : je me demande encore pourquoi j'ai choisi ce sujet.

À Mes grands- mères qui sont toujours là.

À Lucile ma meilleure amie, toujours là où on ne l'attend pas et prête pour l'aventure.

À Cathy, la canadienne la plus française que je connaisse.

À Delphine par son absence de présence, je te taquine, mais c'est sympa de te faire culpabiliser un peu.

À Audrey et Marc (vous n'aviez qu'à être dissociable si tu ne voulais pas apparaître dans les filles) pour l'illustration du couple idéal.

À Virginie pour son soutien et ses tentatives de motivation et j'espère encore beaucoup d'autres conversations sur le couple, l'amour et la sexualité.

À Éliane pour la joie de vivre et tes gourmandises.

À Aurélie pour être toi et à David parce qu'elle t'a choisi.

Au Dr Isabelle Pourrat ma directrice de thèse, on a enfin pu faire quelques choses avec toutes les idées qu'il y a dans ma tête, j'espère qu'on aura réussi à le rendre clair pour les autres. Nous échangeons sont toujours un plaisir, j'espère qu'on sera encore amené à en avoir.

Au Dr Isabelle Bereder, mon idole, si j'étais une femme médecin je voudrais être comme elle. Et je la remercie pour ce stage riche en apprentissage, en leçon de vie, en partage, et en fous rires. Si le travail en milieu hospitalier était toujours comme ça, je ne l'aurais jamais quitté.

Au Dr Virginie Hermann, pour nos longues discussions thèse sur le parking du cabinet.

Sandra, Cécilia, Clotilde, Lucile, nous ne parlerons plus de sexualité de la même manière après cette thèse. . . .

À Mélanie, la plus « vieille » amie, mais toujours là et toujours de bonne critique.

À Amandine pour notre prochain voyage, j'ai besoin de me détendre !!!

À Mary, Marie, et Justine j'espère qu'on partagera encore de bons moments de vérités et des plus légers, dans le lagon ou sur les sentiers de randonnées.

À Cynthia pour ta lecture critique et franche, pour tes histoires de cœur, pour ton amitié.

À Marie et Cédric pour ces vies en parallèles qui ne se croisent jamais, j'espère que nous nous recroiserons pour que tu continues à poser les questions que personne ne pose.

À mes patientes pour votre confiance, votre sincérité, et parfois l'image que vous me renvoyez de moi.

Et les hommes

À Ceux qui ne sont plus là

À Mon petit Damien, heureusement qu'il était là, quelle idée as tu eu d'avoir un bon niveau en orthographe. C'est dur à dire, mais merci pour ton soutien même si je pense que nous avons été aussi peu efficace l'un et l'autre pour nous motiver. Nous aurons pu vérifier que tout est possible.

À Mon grand Lionel qui a su me conseiller tout au long de l'écriture de cette thèse et m'a prêter ses outils.

Un grand merci à Robert, qui doit être une des personnes les plus gentilles que j'ai pu rencontrer, qui m'a accueilli dans sa maison avec sa belle véranda ensoleillée et qui a pris soins de moi, il va me rester des kilos en trop et ça va être dur de ne plus avoir quelqu'un qui me fait des bons petits plats, avec du bon vin.

À Emmanuel et Virginie, pour leur patience, et pour garder mes affaires sans trop râler.

À Mes Maîtres de stage Pr Canivet, Pr Bertrand, Dr Zeggag, Dr Babe, pour les connaissances et la confiance que vous avez mis en moi, et pour certains d'avoir répondu présent.

Merci au Pr Sautron, pour tolérer mes permissions exceptionnelles et pour m'avoir permis de partir sur son île.

Au médecins remplacés Dr Riedel, Dr Sherwinn, Dr Hemery, Dr Pastor, pour votre confiance à me laisser m'occuper de vos patients et de m'avoir permis d'utiliser vos locaux pour faire cette recherche.

À moi pour me permettre de faire ce que je pense nécessaire.

À Laurence et Bruno, pour me laisser leur fille, et faire partie de leur vie.

À Nice, pour rester ma ville préférée

À La Réunion pour me révéler à moi-même

À tous ceux qui ne font que passer, je prends presque autant que je donne.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	12
I. Introduction et motivation.....	12
II. Généralités et rappels.....	15
1) La santé sexuelle.....	15
2) La réponse sexuelle féminine.....	16
3) Quels sont les troubles ?.....	17
4) Approfondissement sur le sujet.....	18
METHODE.....	19
I. Le choix de l'enquête qualitative.....	19
II. L'échantillonnage de la population.....	19
a) La population.....	19
b) Le mode de recrutement.....	20
c) Le déroulement des entretiens.....	20
2) Le guide d'entretien : (annexe 1).....	21
• La relation médecin-patiente.....	21
• La santé.....	21
3) Méthodologie d'analyse.....	22
• La retranscription.....	22
• L'analyse des entretiens.....	22
RÉSULTATS :.....	24
I. Données quantitatives.....	24
1) Sélection des participantes.....	24
a) Les patientes interviewées.....	24
b) Les refus :.....	25
II. Caractéristiques de la population.....	25
1) Pyramide des âges.....	25
2) Les professions.....	26
3) Statut marital.....	27
4) Les pathologies des patientes.....	27
5) Les troubles sexuels recensés.....	28
6) Les pratiques.....	30
7) La motivation à la participation à l'enquête.....	32
III. <u>Analyse des verbatim</u> :.....	32
❖ « J'EN PARLE ».....	34
1) Les circonstances favorisant le discours :.....	34
a) Le devoir de transparence.....	34
b) Le devoir maternel.....	34
c) Le besoin de s'exprimer face à un trouble.....	35
d) Les évènements de vie.....	38
2) Les avantages de la fonction du médecin :.....	43
a) La représentation de son médecin.....	43
b) Le médecin aborde le sujet.....	46
3) La perception de la sexualité.....	47

a) La place de la sexualité dans le bien-être.....	47
4) Les caractéristiques de la patiente.....	49
a) La personnalité de la patiente, les traits de caractère	49
b) L'âge, l'expérience	49
c) La pression sociale	50
❖ « Je n'en parle pas ».....	52
1) L'intimité.....	52
2) Les émotions :.....	52
a) La peur	52
b) La gêne	53
c) La honte	53
3) Les inconvénients du rapport à son médecin.....	53
a) La proximité	53
b) L'absence de sollicitation de la part du médecin.....	54
c) Le sexe du médecin :.....	54
d) Un autre interlocuteur.	55
4) Les rationalisations pour éviter d'en parler.....	55
a) La sexualité n'est pas médicale.....	55
b) La fatalité du trouble.....	55
c) Le problème c'est l'autre	56
5) Les contraintes de temps et économique	56
❖ Le temps de la thèse : retour sur les entretiens	56
1) L'échange humain.....	57
2) Les moments émotionnellement forts	57
3) Les belles images	58
DISCUSSION	60
I. Méthode utilisée.....	60
1) Les difficultés rencontrées	60
2) Les limites et biais de l'étude.....	62
II. Les résultats obtenus	63
1) Les caractéristiques de notre population:.....	63
a) Le contexte où le sujet de la sexualité est abordé.....	64
b) Les pratiques :.....	65
c) Le nombre de consultation pour les troubles.....	66
2) Les difficultés pour en parler.....	66
a) Les émotions	66
b) Les résultats des autres études.....	67
3) La réponse à la question de la recherche :.....	72
a) Les moments propices pour le dépistage d'une dysfonction.	72
b) Les cas à part.....	88
CONCLUSION	92
Bibliographie	94

table des matière des figures:

Figure 1:Modélisation non -linéaire de la réponse sexuelle féminine....	Erreur ! Signet non défini.
Figure 2: Pyramide des âges de la population étudiée.....	26
Figure 3: Répartition de la population étudiée en fonction de leur catégorie socioprofessionnelle	26
Figure 4: Statut marital de la population étudiée.....	27
Figure 5: Représentation des différents troubles sexuels rencontrés durant l'étude	28
Figure 6: Répartition des troubles au cours du temps (en nombre de patientes)	29
Figure 7: Représentation des pratiques sexuelles évoquées au cours de l'étude.....	30
Figure 8: Représentation de la correspondance âge du premier rapport- nombre de partenaire et fréquence des rapports.	31
Figure 9: Motivation des patientes à répondre à l'enquête	32
Figure 10: Grille d'analyse.....	33

INTRODUCTION

I. Introduction et motivation

En médecine générale la prise en charge des patients nécessite une exploration aussi bien au niveau somatique que psychique et affective. A ce jour, l'exercice libéral de cette spécialité, a permis de constater que la sexualité était un sujet délicat voir difficile à aborder avec les patients et les patientes. Selon l'enquêtes CSF de 2008 (9), 84,4% des personnes interrogées considèrent la sexualité comme importante ou indispensable au bien être, cependant parmi eux 79 à 98% n'ont jamais consulté à ce sujet. Les médecins généralistes et autres intervenants se voient de plus en plus questionnés sur des sujets personnels qui vont au delà du trouble organique. Le point de départ de cette recherche était de pouvoir répondre à des patientes qui posent ce genre de questions : « *docteur, mon mari dit que je ne suis pas normale* ». Le sujet de la sexualité s'est donc imposé de lui même. Nous y sommes souvent confronté en consultation, et il s'est avéré que les médecins généralistes se heurtaient à des difficultés à aborder les questions en rapport avec la sexualité.

Souvent des patients hommes et femmes interrogent leur médecin sur le sujet. La formation, l'accès aux données et recommandations disponibles, permettent de gérer les questions organiques et mécaniques, même si elles ne sont pas abordées plus facilement. A priori les campagnes de sensibilisation et publicitaire ont un certain retentissement sur le nombre de demande en consultation, grâce au « parlez en à votre médecin ».

Ce genre d'interrogation sur un sujet très personnel, met le médecin dans une position délicate. Le médecin n'est pas seulement médecin, c'est un être humain, avec ses opinions, ses sentiments. Et soudain il est propulsé au devant de réflexions auxquelles il n'a pas été formé. Il n'y a pas d'arbre décisionnel, ou de définition de la normalité sexuelle. Le médecin n'est plus questionné sur ces connaissances médicales, mais sur son opinion personnelle. Ici est née la question.

Il semblerait donc que la sexualité soit une préoccupation importante pour une majorité des personnes, sans toutefois voir un nombre important de consultations en lien avec ce sujet, ce dernier restant tabou.

Trois constats sont fait à partir de la littérature, affirmant que le sujet est insuffisamment abordé en consultation. Les différentes études sur le sujet démontrent que la sexualité est importante mais que le patient ne l'aborde pas et surtout attend que le médecin le fasse. Dans une étude centrée sur la dysfonction érectile (42), on note que 95% des personnes interrogées ont une préoccupation sexuelle et 85% de ces personnes aimerait que le médecin ait l'initiative de parler du sujet de la sexualité. Une

autre étude, traitant du même sujet mais spécifiquement chez les patients diabétiques, annonce que 69% (32) des patients souhaitent que le médecin aborde le sujet. Même constatation sur une cohorte de patients dépressifs traités (43) pour lesquels la plupart ne parlent de leurs difficultés sexuelles que lorsque leur psychiatre le leur demande directement et de façon spécifique. Le médecin généraliste est le premier interlocuteur, de par sa position dans le parcours de soins mais également par préférence pour les patients (8). Et enfin que le médecin lui aussi a des difficultés à aborder le sujet puisque l'étude MALES study en 2004 (55) montre que 33% des médecins abordent rarement les sujets de la dysfonction érectile et la majorité parfois. Ces constats démontrent qu'il existe des freins à aborder ce thème de la vie des personnes qui consultent.

Cette recherche va se concentrer sur la portion féminine des patients consultants, le chercheur étant un homme et la population de médecine générale libérale étant encore à prédominance masculine : au premier janvier 2013 l'INSEE évalue à 41,6% la part des omnipraticiens femme. Il est donc important de se mettre en situation réelle, c'est à dire de comprendre les réflexions et les barrières qu'ont du rencontrer les patientes avant de pouvoir parler d'un problème de sexualité à leur médecin qui le plus souvent est du sexe opposé.

Il apparaît également que les hommes/patients sont plus sensibilisés à la prise en charge des dysfonctions sexuelles, par la propagande publicitaire, et qu'ils sont plus souvent la cibles d'enquêtes financées par les laboratoires que les femmes dont la prise en charge n'est pas allopathique.

La patiente nous concerne nous professionnel de santé plus directement c'est une part de la population générale qui à priori est déjà en démarche de soin et qui consulte, c'est un élément qui est différent des autres enquêtes sur la sexualité.

L'autre paramètre important est de comprendre les besoins et les attentes de nos patients en rapport avec ce sujet. Les études sur le sujet démontrent que les troubles sont sous diagnostiqués et qu'ils sont pourtant fréquents. Selon une analyse bibliographique faite en 2001 sur 52 études (59) étalées sur 10 ans, les chercheurs mettent en évidence que chez les femmes il y avait 7 à 10% de difficulté à atteindre l'orgasme, un manque de lubrification, des troubles du désir et des dyspareunies.

Et nous pouvons reprendre les chiffres de l'enquête CSF 2008, presque 12% des femmes interrogées ont un trouble selon les classifications standard. Il y a donc une bonne prévalence de ces troubles dans la population générale également puisque cette enquête n'étudie que les troubles dans les douze mois précédents le questionnaire. Et comme nous l'avons dit plus haut seulement 5% ont consulté un médecin ou une personne ressource sur le sujet.

La Réunion, département d'outre mer français depuis 1946, est devenue l'une des 7 régions ultrapériphériques de l'union européenne depuis 1997. La démographie locale est caractérisée par la jeunesse de ses habitants et leurs origines variées, le résultat étant une mixité culturelle et religieuse avec certaines coutumes communes et d'autres propres à chaque communauté. Du fait de la mixité culturelle, cette région particulière paraît intéressante. Nous savons que dans l'histoire du développement de la sexualité occidentale, il y a eu l'influence des courants religieux et des politiques (religieuses ou gouvernementales) sur les pratiques et libertés sexuelles. De ce fait la Réunion peut être un lieu intéressant pour avoir accès à des représentations et des pratiques différentes en fonction des cultures.

Le projet de notre recherche est d'explorer ce phénomène du point de vue des patientes, de leur donner la parole par l'intermédiaire d'une enquête qualitative et d'essayer de comprendre les circonstances et le cheminement qui a permis ou leur de parler ou non à leur médecin traitant.

II. Généralités et rappels

1) La santé sexuelle

L'approche de la sexualité en consultation est délicate, la simple évocation de ce sujet est longtemps restée tabou mais surtout considérée comme faisant partie de l'intimité. Il est donc d'autant plus difficile pour un médecin généraliste de ne pas être intrusif en abordant le sujet de la sexualité ou des relations sexuelles, qui sont pourtant un acte naturel et fréquent. La recherche et la prise en charge d'un dysfonctionnement dans ce domaine sont actuellement assez standardisées dans certaines pathologies, comme la dépression, la maladie prostatique ou le diabète. Même si l'évolution s'est faite lentement et qu'elle est plutôt récente, le sujet reste encore et toujours sensible.

La citation suivante de Michel BOZON, sociologue, illustre la complexité du sujet :

« La société est l'instance principale de la sexualité humaine. Contrairement aux espèces animales, les humains ne savent plus se comporter sexuellement par instinct. Il leur faut apprendre comment, quand et avec qui agir sexuellement et ils ne peuvent agir sans donner un sens à leurs actes. » (19).

La première définition OMS de la santé sexuelle apparaît en 1974 :

« La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux du bien être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir et développer la personnalité, la communication et d'amour. La notion de santé sexuelle implique une approche positive de la sexualité humaine. L'objectif de la santé sexuelle réside dans l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le counseling et les soins concernant la procréation et les MST » (1974).

Cette définition a été revue et complétée en 2000 : *« la santé sexuelle devient l'expérience d'un processus continu de bien-être psychique, physique et socioculturel concernant la sexualité. La santé sexuelle est fondée sur l'expression libre et responsable des capacités sexuelles qui renforce le bien-être harmonieux personnel et social et enrichit la vie individuelle et sociale. Elle ne réside pas uniquement dans l'absence de dysfonction, de maladie ou d'infirmité. Pour atteindre et maintenir les objectifs de la santé sexuelle, il est nécessaire que les droits sexuels de tous les individus soient reconnus et soutenus. Pour être en mesure de jouir de la santé sexuelle, il est essentiel que les droits sexuels de chacun soient reconnus et respectés. Une société qui offre plus de liberté dans les pratiques sexuelles doit également s'assurer que chacun est aussi libre de ne pas jouir de cette liberté. »*

2) La réponse sexuelle féminine

En ce qui concerne la réponse sexuelle féminine il existe trois modélisations :

- Le modèle linéaire, décrit par Master et Johnson en 1966, ils proposent un modèle en quatre phases : la phase d'excitation, la phase de plateau, l'orgasme et la phase de résolution. Ce modèle suppose que l'homme et la femme ont le même type de réponse sexuelle et ne prends pas en considération la relation de couple.
- Le modèle circulaire, en quatre phases lui aussi, avec la phase de séduction ou de désir, la phase de sensation qui englobe la phase d'excitation et de plateau du précédent modèle, la phase d'abandon ou d'orgasme et la phase de réflexion/résolution, modèle dit de Reed selon Whipple et Brash-Mc-Greer(1977).
- le modèle non linéaire, plus récent, construit par Basson, qui incorpore l'importance de l'intimité émotionnelle, des stimuli sexuels et de la satisfaction de la relation de couple. Ce modèle démontre que le fonctionnement sexuel des femmes est plus complexe que la réponse sexuelle des hommes. Il suggère que le désir d'augmenter la proximité ou l'ouverture au partenaire prédispose une femmes à participer à l'activité sexuelle. Le but de celle-ci n'étant pas nécessairement l'orgasme mais une satisfaction personnelle, qui se manifeste par un satisfaction émotionnelle ou sentimentale, et/ ou l'orgasme.

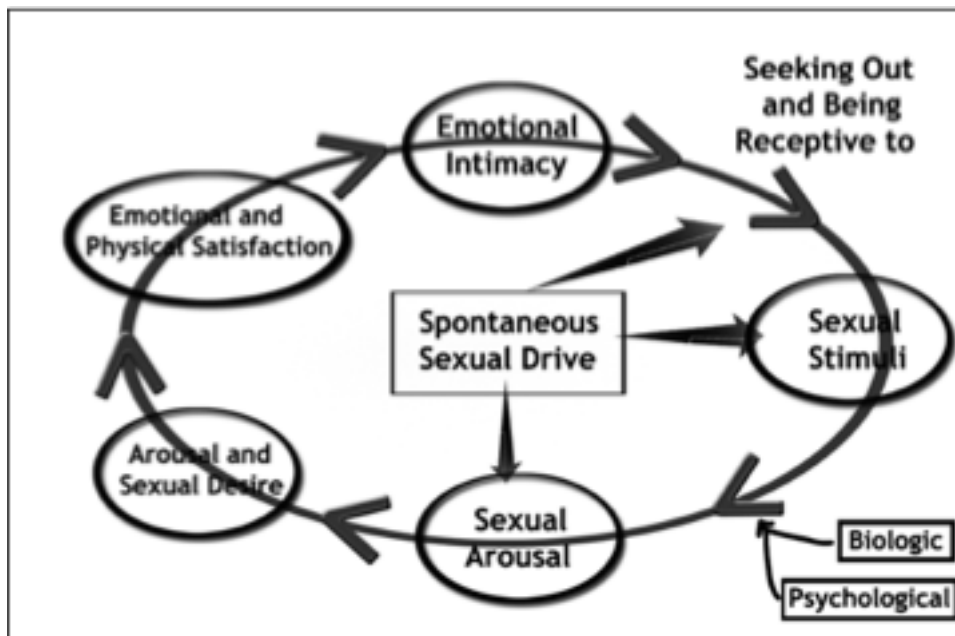


Figure 1: Modélisation non -linéaire de la réponse sexuelle féminine

Selon un article de revue de la littérature sur l'évolution du concept de la sexualité féminine, les raisons qui font qu'un femme initie ou permet une interaction sexuelle est un désir d'exprimer son amour, d'accepter et de partager un plaisir physique, de ressentir une intimité, de satisfaire son partenaire et d'augmenter son sentiment de bien-être, ce qui a été retrouvé dans des études récentes sur le sujet, notamment celle de Cain et al (24). (27).

Si nous nous tenons à la modélisation non-linéaire de la sexualité féminine, nous pouvons en conclure que la réponse sexuelle dépend de trois facteurs, qui sont :

- le contexte et la relation avec le partenaire, selon une étude aux Etats-Unis (10), il faut une relation stable et durable, une bonne santé physique et mentale et également être libre des risques sanitaires que sont les grossesses non désirées, les IST, le manque d'intimité, le manque de situations érotiques, le manque de temps ou la hâte.
- les facteurs psychologiques et l'historique personnel, avoir une bonne image de soi, ne pas avoir d'inquiétudes ou de situations anxiogènes et également l'absence de traumatisme ou d'abus sexuels, ainsi que d'expériences sexuelles négatives dans le passé.
- les facteurs biologiques, notamment d'effet secondaire médicamenteux, de carences hormonales ou liés à l'âge.

Le comité international recommande en 2003 une évaluation de ces trois facteurs qui peuvent agir sur les dysfonctions sexuelles, il faut donc interroger les patientes sur leur vie sexuelle antérieure, le contexte de leur vie actuelle et les facteurs médicaux(14).

3) Quels sont les troubles ?

L'OMS définit la dysfonction sexuelle comme *une incapacité du sujet à avoir une relation sexuelle comme il le souhaiterait*.(6)

Je reprendrai la classification CIM 10 de 1994 ou DSM IV (7) :

- L'absence ou la perte de désir. L'aversion ou le manque de désir (trouble du désir ou de l'excitation).
- L'échec de la réponse génitale : érection, lubrification.
- L'intumescence insuffisante des lèvres vaginales.
- La dysfonction orgasmique.
- L'éjaculation précoce.
- Le vaginisme non organique.
- La dyspareunie non organique.

- L'activité sexuelle excessive.

Au niveau de la classification des maladies psychiatriques, elles sont regroupées en 8 groupes syndromiques :

- Liés à la dysfonction sexuelle.
- Liés aux paraphilies.
- Liés à comportement sexuel compulsif.
- Liés au conflit d'identité et de genre.
- Liés à la violence.
- Liés à la reproduction.
- Liés aux IST.
- Liés à d'autres atteintes.

4) Approfondissement sur le sujet

Un complément d'information et des recherches plus poussées sur la thématique qui nous intéresse sont présentés en Annexe 10.

METHODE

I. Le choix de l'enquête qualitative

Il s'agit d'une enquête qualitative, descriptive, dont le but est de comprendre les comportements à travers l'analyse du contenu du discours au cours d'entretiens individuels semi-dirigés, car suivant un guide d'entretien préétabli et anonymes.

En effet le but est de comprendre les comportements, que de décrire systématiquement, de mesurer de comparer L'enquêteur s'engage activement dans les questions pour provoquer l'engagement de l'enquêté. Lors de l'analyse du contenu du discours, l'interprétation du matériau constitue l'élément décisif. Il s'agit de faire de la théorie fondée sur les faits, et d'obtenir des hypothèses forgées sur le terrain. Le terrain qui n'est plus l'instance de vérification d'une problématique mais le point de départ.(37)

L'entretien semi-directif laisse donc plus de liberté à l'enquêteur et la possibilité à la personne interrogée de partager son expérience et d'exprimer son ressenti de manière spontanée. Le but étant d'obtenir des « réponses » plus variées et contrastées que les questionnaires structurés. Il est dit semi-dirigés, parce que l'enquêteur suit son guide de l'entretien selon une thématique, tentant de contrôler le recueil de données tout en essayant de limiter les digressions.

L'entretien semi-dirigé individuel semble plus adapté à notre recherche qu'un entretien de groupe. D'une part il paraît déjà difficile d'encourager un individu à venir parler de sexualité. Regrouper plusieurs individus provoquerait probablement des gênes et des craintes de jugement qui biaiserait les informations, et poserait un problème de confidentialité.

Et d'autre part, même si les données obtenues dans un colloque singulier sont influencées par l'enquêteur, elle apparaît plus facile d'accès, moins chère, et facilement réalisable pour un praticien. L'entretien ressemblant d'assez près à une consultation approfondie.

II. L'échantillonnage de la population

a) La population

Nous avons choisi de restreindre la recherche à la **population féminine**, selon les recherches dans la littérature médicale, la femme a plus de difficultés pour aborder ce sujet.

Nous avons choisi d'interviewer des femmes qui consultent le médecin généraliste, qu'elles aient ou non déjà rencontré des dysfonctions sexuelles. Le principe d'inclusion est donc essentiellement l'accord de la personne et de la faisabilité de l'entretien pour les deux acteurs.

b) **Le mode de recrutement**

- la sélection par recommandation (annexe 3):

Une première tentative a consisté à faire remettre l'invitation par les secrétaires médicales des cabinets où l'enquêteur remplaçait, avec pour consigne de noter le nom de la patiente sur une liste des personnes intéressées par l'étude. Ou de lui permettre d'en parler au médecin au moment de la consultation si plus d'informations étaient nécessaire.

- La sélection par réponses spontanées :

Mise en place d'une affiche dans la salle d'attente des cabinets où l'enquêteur remplaçait régulièrement. L'affiche ne mentionnant pas la restriction au sexe féminin, plus d'hommes ont été sensibilisé par cette approche. Profitant de la consultation pour poser leurs questions, ou même contactant le chercheur par mail pour participer à l'enquête. Les patientes, elles demandaient des informations complémentaires, ce qui amenait au troisième type d'approche.

- La sélection par approche directe :

L'enquêteur à recruté lui même les consultantes en leur remettant l'invitation et en essayant d'expliquer brièvement de quoi il retournait et comment cela allait se passer.

Il s'agissait d'inviter toutes les patientes, y compris celles venant en tant qu'accompagnantes.

c) **Le déroulement des entretiens**

Dans les trois modes de recrutement le nom de la patiente était inscrit sur une liste des patientes intéressées, et son accord était demandé de pouvoir la recontacter pour fixer un rendez vous pour l'entretien. Les horaires disponibles étaient donnés, le temps de l'entretien était évalué de 25minutes à 1 heure selon ce que la patiente avait à dire. Il était convenu d'un rendez vous en dehors des heures de « consultations classiques », à un horaire qui leur conviendrait. (Soit à la pause déjeuner, soit après 19h, soit le mercredi après-midi).

La fiche de présentation de l'enquête/ thèse était présentée à la patiente (annexe 3). Nous avons rempli le formulaire de consentement (annexe 5), et avons insisté à nouveau sur la garantie d'anonymat. L'enregistrement a été fait à l'aide de deux types de dictaphone, dans un premier temps avec l'application dictaphone de l'iPhone de l'enquêteur, et avec le dictaphone numérique de la marque

Sony. Les deux types d'enregistrement s'expliquent par le contexte de l'étude : le caractère spontané voire inattendu de certains entretiens où le temps de préparation n'a pas pu être pris, le matériel n'étant pas en place, et l'enchaînement avec la journée normale de consultation sans coupure.

1) **Le guide d'entretien : (annexe 1)**

Le guide d'entretien sert de trame au chercheur pendant le déroulement des entretiens. Il a été élaboré grâce à la revue de la littérature en tenant compte du fait que le sujet à aborder était un sujet délicat, peu abordé et pourtant important pour le bien-être. Il permet d'avoir un fil conducteur pour investiguer différents domaines. L'enquêteur s'en est servi afin de ne pas influencer les réponses et favoriser la production d'information. Il se compose essentiellement de questions ouvertes qui abordent des thématiques jugées importantes pour la recherche d'information pour répondre à la question :

- **La relation médecin-patiente**

Nous avons décidé d'une entrée en matière plutôt directe, pour apprécier les rapports entre le médecin et sa patiente. Il s'agit ici de mettre à l'aise la patiente qui vient pour « parler de sexualité », et d'explorer sa représentation du médecin. Nous ne parlons pas directement de sexualité mais de comprendre s'il est possible d'aborder ou non des sujets intimes, personnels avec son médecin généraliste.

- **La santé**

Avec une série de questions sur les représentations que les patientes ont de leur santé, de la place que celle-ci occupe dans leurs priorités, de leurs actions pour la conserver. Puis nous recentrons sur le bien-être, en essayant de déboucher sur le thème suivant.

- **La sexualité**

Nous essayons de comprendre comment, la patiente vit sa sexualité, la place et du sens qu'elle lui donne dans sa vie.

- **Parler de sexualité**

Dans les échanges il sera question d'explorer les expériences et les troubles rencontrés par les patientes, de mettre en évidence des problèmes de sexualité ou des troubles sexuels, d'en étudier le retentissement et de savoir si le sujet a été abordé en consultation, avec une personne ressource, afin de

comprendre les freins et les leviers qui ont permis ou interdit l'émergence d'un espace d'échange sur ce sujet.

- **Motivations à participer à l'enquête**

Les deux dernières questions permettent de comprendre la motivation à venir à l'entretien et de recueillir à chaud l'impression sur le déroulement de celui-ci.

La motivation permet d'explorer l'intérêt pour le sujet et également d'appuyer l'hypothèse que la thèse a pu donner lieu à une discussion sur un sujet qui n'aurait pas été abordé sinon. L'appréciation est un échange de bons procédés qui permet d'avoir un retour sur l'entretien et de pouvoir essayer d'améliorer le suivant.

- **Recueil des caractéristiques de participantes : (Annexe 2).**

Il s'agit de questions fermées mais qui ont permis d'aborder d'autres sujets également.

Le premier but de ce questionnaire était de décrire la population comme dans les études déjà réalisées. Ce questionnaire sert également de fiche de caractéristiques des patientes pour les données démographiques : âge, catégorie socio-professionnelle, nombre d'enfants, maladies, etc.

Il s'agit également d'apprécier la diversification ou non des pratiques, car suite aux lectures sur le thème, notamment l'enquête CSF, la diversification des pratiques, tout comme le nombre de partenaires dans la vie, ou l'âge du premier rapport, permettent de mettre en évidence si la population rencontrée possède des caractéristiques similaires aux autres études, ou si nous avons une population ayant une sexualité particulière.

2) **Méthodologie d'analyse**

- **La retranscription**

La retranscription de chaque entretien a été réalisée par l'enquêteur, trois seront fait par une secrétaire médicale, de façon manuelle sans logiciel de reconnaissance vocale. La mise en forme a été réalisée à l'aide du logiciel Microsoft Word 2011.

- **L'analyse des entretiens**

L'enquêteur se sera essentiellement référé à la méthode de « l'enquête et ses méthodes : l'entretien compréhensif » (37). Tout le travail d'analyse a été fait manuellement. L'enquêteur a essayé de mettre en évidence, les parties du discours qui pourraient être une réponse à la question de la thèse : *quels sont les facteurs favorisant le discours sur la sexualité, quels sont ceux qui le limite ?*

Au fur et à mesure de la relecture des verbatim la grille d'analyse va apparaître, celle ci est présentée dans les résultats. Pour chaque facteur est apparus neuf thématiques abordées par les patientes, thèmes relevés selon l'ordre d'apparition dans les entretiens, puis elles seront recoupées et regroupées en quatre thèmes principaux pour donner des éléments de réponse à la question.

Le contenu le plus pertinent de chaque entretien sera retranscrit dans la partie résultats, pour illustrer au mieux avec les mots des patientes les axes de réponses.

RÉSULTATS :

I. Données quantitatives

1) Sélection des participantes

a) Les patientes interviewées

La population se compose donc de 18 patientes entre 22 et 79 ans, la moyenne d'âge est de 48 ans, sélectionnées au cabinet de ville. L'invitation a été remise à toutes les patientes se présentant à la consultation avec l'enquêteur, ou dans le cabinet en tant que patientes ou accompagnantes. Les entretiens se sont déroulés entre le mois d'octobre 2013 et le mois de Janvier 2014 à la Réunion, sur 2 communes, La Ravine des Cabris dans le sud-ouest pour les 3 premiers cas, et La Montagne au nord-est pour les 15 autres.

L'invitation par affiche a motivé plus d'homme que de femmes, seulement quatre patientes sont venues avec ce mode de recrutement par recommandation. Trois des ces quatre entretiens sont déroulés immédiatement après le recrutement, le cabinet fermant ses portes. Le deuxième entretien a été remis au lendemain les deux parties ayant pu se libérer.

Le mode par approche directe a été le mode principal de recrutement. Il n'y a pas eu beaucoup de refus directs, deux patientes ne sont pas venues au rendez vous, plusieurs l'ont décalé plusieurs fois. Par faute de temps et le nombre requis d'entretiens étant suffisant, les autres patientes potentielles n'ont plus été sollicitées. Dans les 14 derniers entretiens l'accord de la patiente a été demandé lors d'une consultation standard, son nom a été noté sur une liste des patientes intéressées par l'étude, puis les secrétaires les ont recontactées afin de trouver des créneaux horaires communs à l'enquêteur et l'enquêtée.

Les horaires choisis étaient les créneaux hors consultations habituelles, pause déjeuner et après 19h. Malgré les instructions certains entretiens ont été perturbés par des appels téléphoniques, et malgré le choix des horaires il y a eu à deux reprises des consultations après, qui ont pu entraîner un peu de bruit dans la salle d'attente.

La durée des entretiens a été en moyenne de 47 minutes, allant de 24 minutes et 1h14.

b) Les refus :

Il n'y aura pas de refus catégorique hormis pour 4 patientes, une dame âgée qui pense que ce n'est plus de son âge et malgré apparemment de gros soucis dont elle n'avait jamais parlé auparavant et qu'elle me confie, elle refuse de venir pour l'entretien. Même si je pense que son témoignage aurait pu être intéressant je trouve que devant l'émotion dont elle fait preuve en me racontant son histoire je me dois de ne pas insister d'avantage.

Une autre patiente de religion tamoule me confie également un gros traumatisme, mais refuse d'être enregistrée.

Une patiente de 20 ans refuse tout d'abord parce que je suis un homme, mais finalement aurait accepté si le quota n'avait pas déjà été atteint.

Une autre patiente de 30 ans, dont je sens qu'il peut y avoir un souci, le mari ayant confié les difficultés actuelle dues à une prise de poids, refuse en disant qu'il n'y a pas de troubles, donc il n'est pas nécessaire d'en parler.

Sur un total de 35 patientes sélectionnées ayant accepté par un « oui » lors de l'invitation directe, seulement les 18 premières disponibles ont été interviewées.

L'invitation aura permis de mettre en évidence beaucoup de troubles qui n'auraient pas été mentionnés si la thèse n'avait pas été le prétexte pour en parler.

De cette phase de présélection et de sélection, nous pouvons dire que l'affiche dans la salle d'attente à eu un bon impact sur les consultations sur le sujet de la sexualité, les hommes ayant plus saisi l'opportunité que les femmes. L'invitation remise par la secrétaire a eu de moins de bons résultats. L'invitation par l'enquêteur en aura le plus, car à partir du moment où ce mode d'approche a été choisi le déroulement de la recherche s'est enchaîné assez rapidement à la fréquence de trois à cinq entretiens par semaine.

II. Caractéristiques de la population

1) Pyramide des âges

Notre population est donc une population classique de médecine générale, les femmes qui ce sont présentées sont majoritairement âgées de plus de 50 ans, avec une moyenne d'âge de 48 ans. La tranche d'âge la plus représentée est entre 41 et 50 ans.

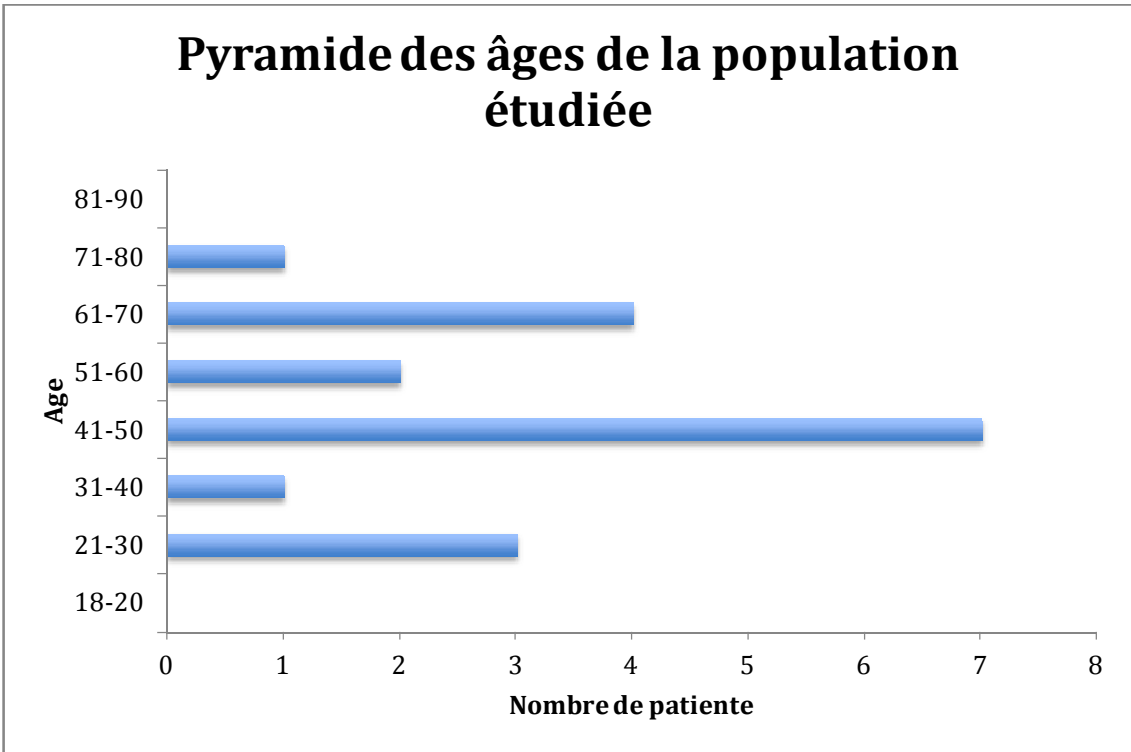


Figure 2: Pyramide des âges de la population étudiée

2) Les professions

Selon la classification INSEE des Catégories socioprofessionnelles présente en annexe:

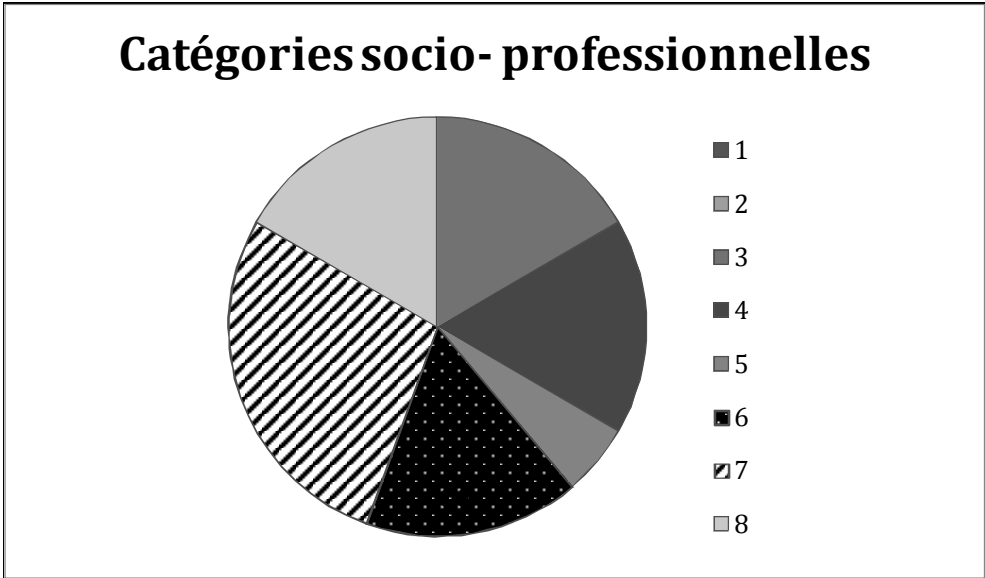


Figure 3: Répartition de la population étudiée en fonction de leur catégorie socioprofessionnelle

Nous disposons d'une population d'âge avancé, la majorité des patientes étant retraités (catégorie 7), ensuite il y a en quantité équivalente les cadres assimilés et enseignants (3 et 4), un quart d'employées(5) et d'ouvrières (6), et une petite minorité de sans emplois (8). Il n'y a pas d'agricultrice ou de commerçante dans notre échantillon (1 et 2). Une patiente est illettrée.

3) Statut marital

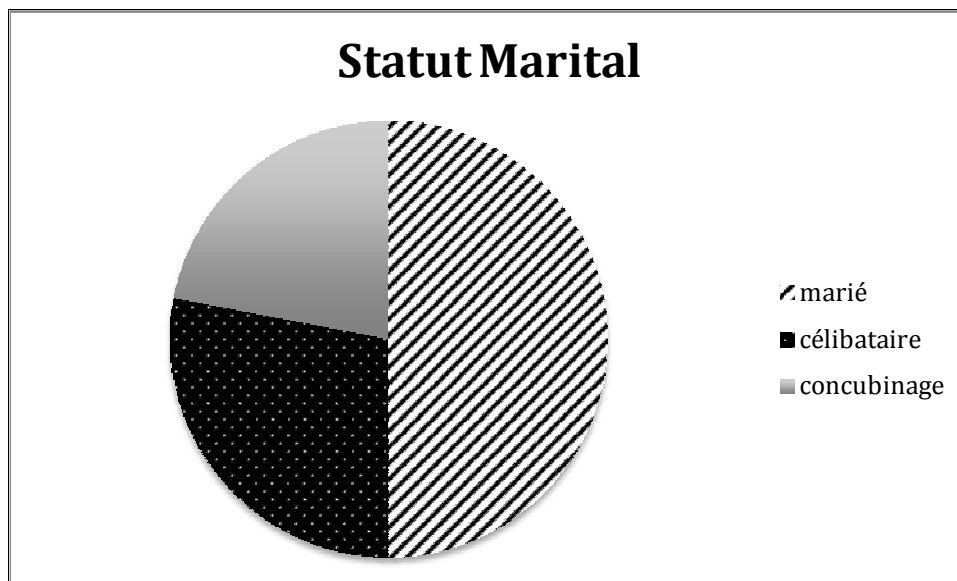


Figure 4: Statut marital de la population étudiée

Notre population est en majorité en couple, la moitié sont mariées, un quart vit en couple sans être marié, certains couples ayant des domiciles séparés, deux patientes étaient célibataires au moment de l'enquête, une ayant une relation régulière avec un partenaire/ ami.

4) Les pathologies des patientes

Nous avons ici un panel de pathologies chroniques d'une population suivie en médecine générale, qui vont de l'asthme, en passant par la migraine et la dysthyroïdie, au cancer du sein et de la thyroïde. Nous ne pouvons pas tout répertorier, mais juste citer quelques pathologies présentes pour illustrer notre échantillon. Il faut également prendre en compte que pour 5 patientes il y a un cumul de deux à trois pathologies.

Un détail important il n'y a que trois patientes indemnes de toutes pathologies, nous avons donc une majorité de patientes ayant une pathologie chronique.

Pour les maladies chroniques ayant une incidence sur le nombre de consultation il y a trois patientes ayant un diabète, trois hypertendus, trois dysthyroïdies, trois pathologies atopiques, deux patientes sous antidépresseur actuellement, une patiente dont le diagnostic retenu est une psychose maniacodépressive, et une patiente ayant deux cancers (sein et thyroïde) en cours de traitement.

5) Les troubles sexuels recensés.

La population étudiée nous aura confié une majorité de troubles de la sexualité, puisque en se référant aux classifications CIM 10 et DSM IV, seuls deux patientes n'ont pas de troubles.

Le nombre de patientes ménopausées est de dix, la moitié présente des troubles à type de saignements invalidants, de sécheresse vaginale et de baisse de la libido.

Le trouble le plus représenté est la baisse de la libido avec neuf patientes en souffrant ou en ayant souffert, pour deux d'entre elles il s'agira d'un trouble apparu en post-partum, une sous contraception, trois sont ménopausées.

Deux patientes qui nous rapportent des épisodes de dyspareunie. A remarquer que nous avons identifier un trouble qui n'est pas dans la classification, apparu à quatre reprises : il s'agit de la frustration.

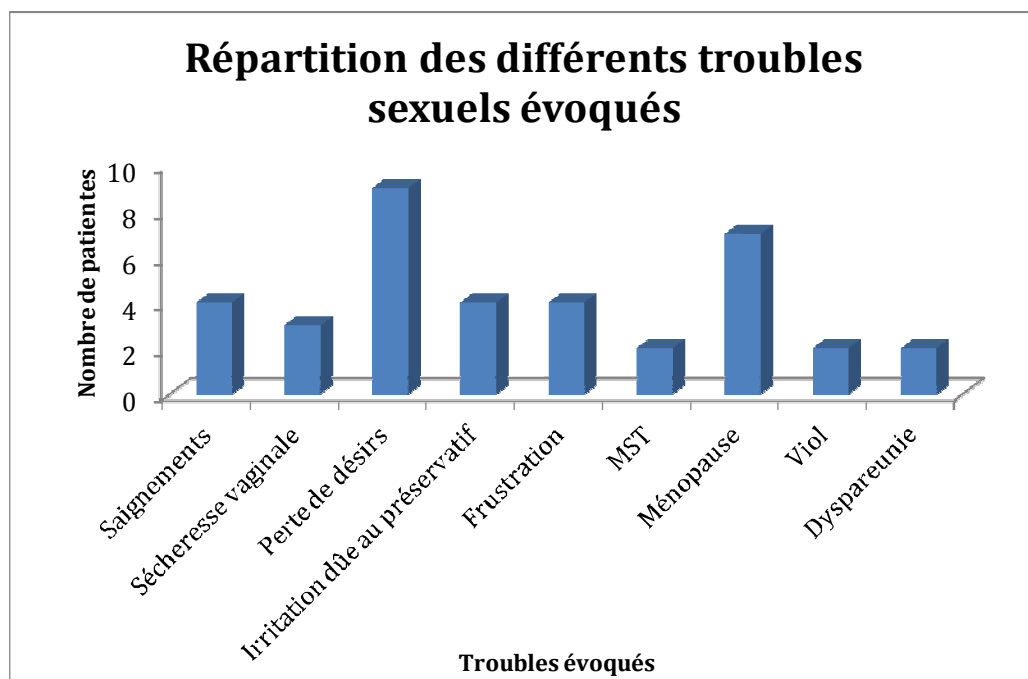


Figure 5: Représentation des différents troubles sexuels rencontrés durant l'étude

La répartition des troubles dans le temps

Il est important de faire la distinction entre les troubles recensés et les troubles au moment de l'enquête. La moitié des patientes se plaignent d'un trouble au moment de la thèse, mais nous avons noté tous les troubles qui se répartissent sur toute la vie sexuelle des patientes. Cet élément a permis de mettre en évidence que certains troubles ont eu lieu il y a longtemps. Ils ont permis de déterminer de période de la vie des femmes où la survenu d'un trouble est plus fréquent, comme la période de la ménopause ou le post-partum immédiat.

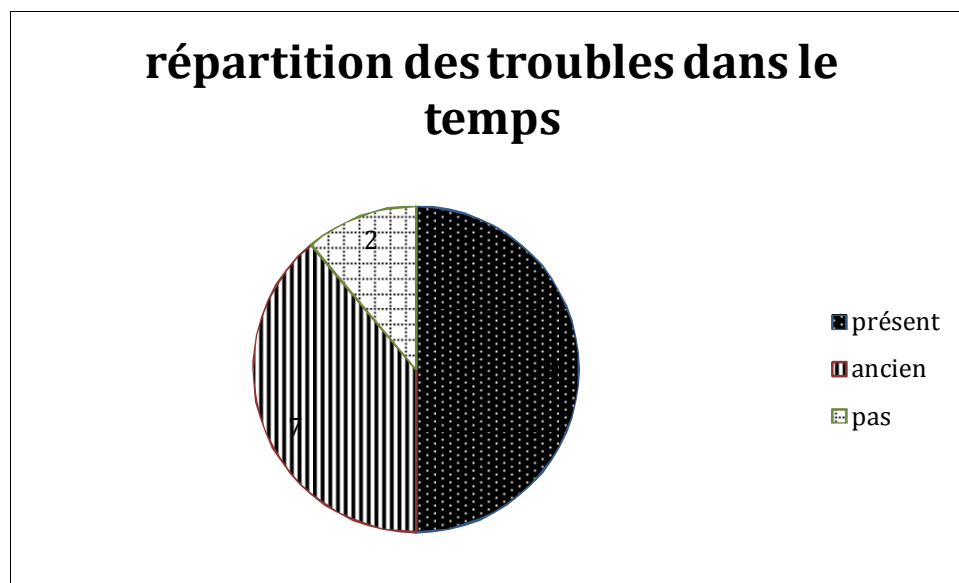


Figure 6: Répartition des troubles au cours du temps (en nombre de patientes)

Le rapport troubles et consultation pour le trouble

En ce qui concerne les antécédents de consultation sur le sujet, il y a une majorité de patiente qui n'a pas parlé de sexualité. Sur nos 18 patientes, 16 présentent ou ont présenté un trouble, neuf n'en ont jamais parlé donc une petite moitié de patientes ont déjà abordé le sujet avant la thèse.

6) Les pratiques

Les questions sur les pratiques ont permis de mettre en évidence que nos patientes n'ont pas de pratiques qui divergent des échantillons étudiés dans les autres travaux de la littérature.

Pour la première expérience nous retrouvons un début d'activité compris de 15 à 30 ans, avec un âge moyen de 20,5 ans.

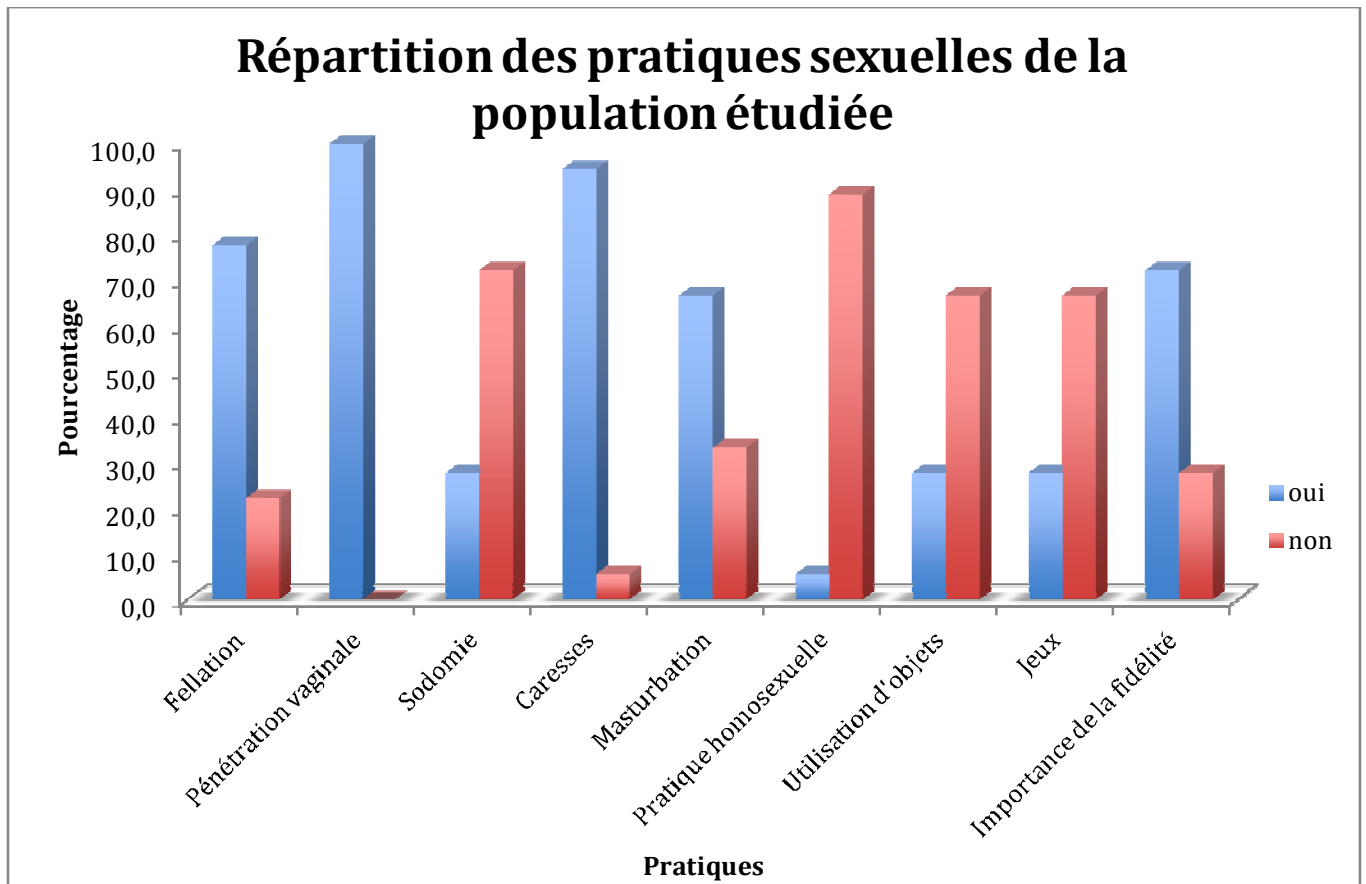


Figure 7: Représentation des pratiques sexuelles évoquées au cours de l'étude

Le graphique suivant présente les correspondances de l'âge du premier rapport sexuel, le nombre de partenaires et la fréquence des rapports par semaine.

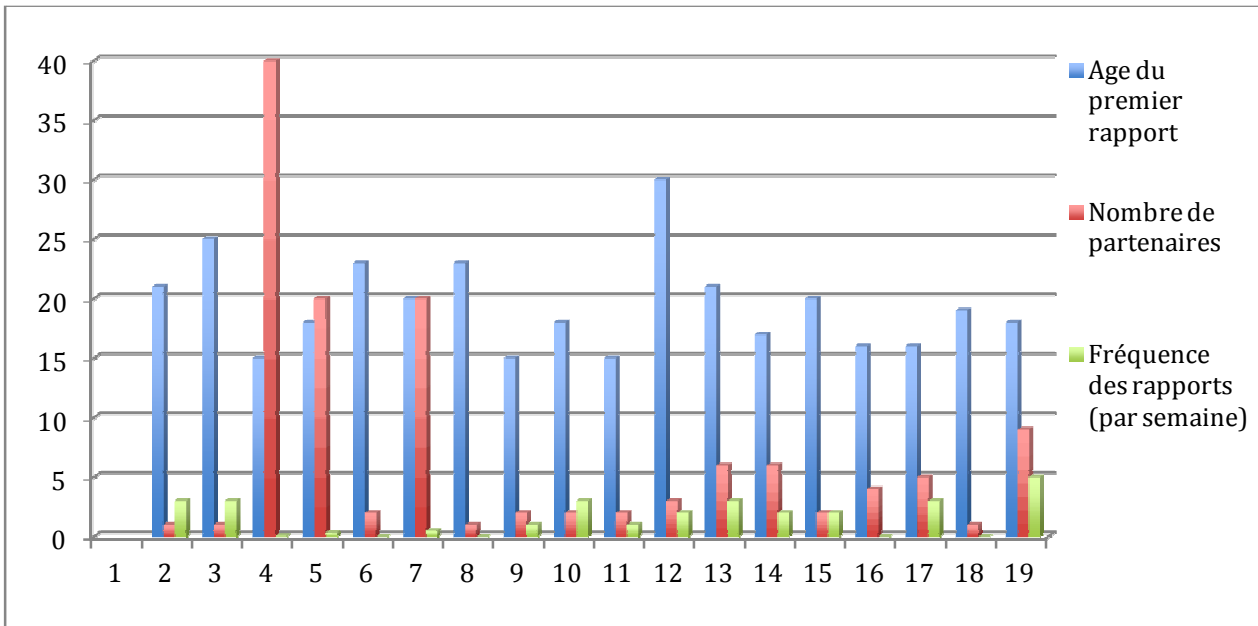


Figure 8: Représentation de la correspondance âge du premier rapport- nombre de partenaire et fréquence des rapports.

Au delà des questions intrusives sur les pratiques, ces questions nous ont permis de mettre en évidence des points qui n'avaient pas été abordés au cours de l'entretien. En abordant ce thème tabou, il est possible d'explorer si la sexualité entre dans le domaine de la recherche de plaisir, et de bien être personnel.

Ceci nous a permis également de rechercher l'importance que revêt la sexualité dans la vie des patientes.

A la question directe sur l'importance de la sexualité, la majorité franche des patientes nous témoignera que la sexualité est quelque chose d'important pourtant une majorité de ces mêmes patientes précisera que ce n'est pas essentiel non plus. Toute la complexité sera reprise dans la discussion. La sexualité semble importante dans le cadre du couple.

7) La motivation à la participation à l'enquête.

Pour la majorité des patientes, le médecin généraliste peut être interrogé sur les questions de sexualité.

A la question « quelle a été votre motivation à venir participer à cette enquête ? », les patientes se sont réparties en trois groupes comme illustré sur la figure ci-après:

- Pour vous aider ou aider la recherche, qui a été le premier motif cité est interprété comme l'altruisme.
- Pour parler de mon problème, traduit le fait que la patiente a profité du temps de la thèse pour consulter.
- La curiosité.

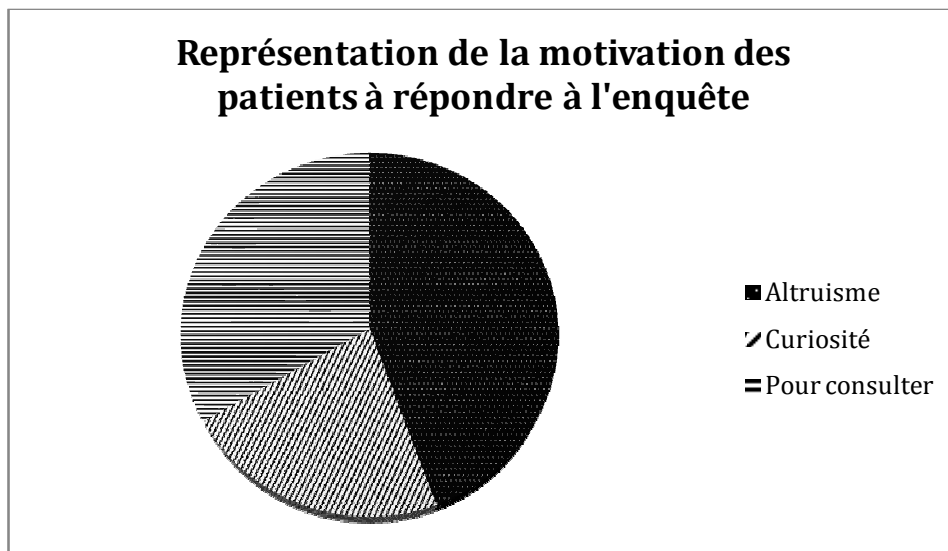


Figure 9: Motivation des patientes à répondre à l'enquête

III. Analyse des verbatim:

Suite aux entretiens, l'analyse du contenu du discours des patientes révèle certains thèmes récurrents. Au cours de l'analyse des entretiens, des thèmes ou axes de réponses à la question ont émergé au fur et à mesure. Initialement il y avait neuf thèmes par axe de réponses et par chronologie d'apparition. Dans un souci de simplification, nous les avons rassemblés en quatre thèmes principaux pour répondre aux deux axes de la question : « j'en parle à mon médecin traitant », ou « je n'en parle pas à mon médecin traitant ».

Il est à noter qu'une motivation à parler de sexualité pour certaines patientes peut être au contraire un frein pour d'autres.

La grille d'analyse finale se détaille ainsi :

« Pourquoi j'en parle »
1) Les circonstances favorisant le discours et la présence de troubles
2) La représentation et le rôle du médecin
3) L'importance de la sexualité et le retentissement du trouble
4) La pression sociale, le doute sur ses connaissances
5) La personnalité de la patiente
6) La sollicitation
7) L'expérience individuelle, l'âge, les enfants
8) La confidentialité
9) Le médecin personne neutre et extérieur
« Pourquoi je n'en parle pas »
1) l'intimité
2) la peur
3) la gêne, la honte.
4) Les contraintes de temps et financières
5) L'excès de proximité du médecin
6) L'image patriarcale, paternaliste du médecin
7) La non conscience du caractère médical du trouble
8) Le choix d'un autre interlocuteur, notamment le gynécologue
9) La fatalité, la résignation

Figure 10: Grille d'analyse

❖ « J'EN PARLE »

1) Les circonstances favorisant le discours :

a) Le devoir de transparence

Pour certaines patientes, comme pour certains médecins, il apparaît un sentiment puissant de devoir tout dire. Ce qui ressort du discours pourrait être synthétisé par : « *Je dois dire tout car cacher quelque chose signifierait desservir ma santé.* »

Comme nous le dit une patiente, la consultation est un lieu d'échange où se confier peut être perçu comme nécessaire pour être bien pris en charge. « *Quand je viens voir mon docteur, je lui parle de mes soucis de santé et souvent des soucis à côté, ça se tient, c'est lié, ça influe sur ma santé. C'est pour ça que j'en parle* ».

Nous mettons donc bien en évidence ici qu'il y a un lien, entre ce qui arrive comme désagrément quotidien, et l'état de santé.

Une autre patiente sera encore plus catégorique : « *Si on a pas confiance en un médecin ou si on n'est pas capable de parler de choses intimes alors autant changer. Parce que je vais vieillir donc il y a des choses qui vont m'arriver, il faut pouvoir parler à son médecin* ».

Ce qui peut émouvoir un médecin, c'est d'entendre dire ce qu'il souhaite, une patiente nous dira : « *Le médecin doit connaître la vie de ses patients. Je trouve que c'est un peu normal, sinon il ne peut aider personne* ».

Une autre : « *Je pense que c'est nécessaire (de parler), parce que pour qu'il puisse nous soigner et tout, je pense qu'il faut tout dire. Longtemps je gardais tout pour moi, mais ce n'était pas me rendre service* ». « *C'est bien, cette relation entre le médecin et son patient, il est là pour nous soutenir, nous soigner, mais il ne peut nous soigner que si on se révèle, si on lui dit.* »

b) Le devoir maternel

Les patientes rencontrées sont, avant tout, des mères, seules trois patientes n'ont, à ce jour, pas d'enfants. Le fait de parler de ses enfants quand on aborde un sujet tel que la sexualité montre à quel point c'est important pour une mère. Il apparaît clairement dans le discours des patientes que leur rôle de mère les oblige à pouvoir parler de sexualité ouvertement. Selon elle une mère doit pouvoir aborder ce thème, pour la prévention, pour la signification, pour tout simplement l'éducation. « *Chez nous les règles c'est très tôt, vers 9 ans. Il fallait en parler avant. Prévenir d'avoir quelque chose dans son sac si jamais il faut mettre comme ça* ».

Le devoir d'une maman est la prévention, et l'information, même chez les plus timides. « *Un sujet qui me préoccupe c'est le sujet de ma fille adolescente (14ans) qui ne parle pas de sexualité* ».

Une dernière nous dira avoir dépassé sa timidité maladive pour : « *Faire mon travail de maman.* »

c) **Le besoin de s'exprimer face à un trouble.**

En tant que médecin traitant nous faisons face à des troubles concernant la sexualité mais nous rencontrons surtout des troubles auxquels nous n'aurions pas pensé. A l'issue de ces 18 entretiens, il n'y aura qu'une seule patiente qui n'aura mentionné aucun trouble à proprement parler, mais nous utiliserons quand même ses mots pour montrer que l'abstinence forcée par la relation à distance peut également influencer sur son moral même si ce n'est pas un trouble de la sexualité.

Il ne s'agit pas ici de répertorier tous les troubles qui nous ont été rapportés mais de mettre en évidence, en reprenant les mots des patientes, leurs retentissements sur la qualité de vie ainsi que sur leur état d'humeur.

En d'autre terme la gravité du trouble n'est pas dans le trouble lui même mais dans les répercussions sur la vie de tous les jours.

Le « besoin » de parler, pour ne pas s'écrouler, se confier devient un besoin, et ici le médecin est choisi pour être cette oreille compatissante.

i. Premier point la nécessaire présence d'un problème.

Ce qu'il faut retenir c'est qu'on ne parle de sexualité avec son médecin généraliste que s'il y a un problème. Le **lien entre santé et sexualité** est apparu de lui même. Nous laissons la place aux mots de nos patientes : « *Je ne parle de chose intime que quand ça a un impact sur ma santé* »

ii. La souffrance face à un trouble.

Nous allons essayer ici d'illustrer les troubles recensés lors des entretiens, avec les mots des patientes afin de faire percevoir la gêne, le handicap, voire la détresse, que le trouble occasionne.

• Les saignements péri-ménopausiques :

Contre toute attente, c'est un trouble assez fréquent, et qui apparaît chez 5 des 10 patientes ménopausées ou en pré- ménopause interrogées.

Ainsi le poids des saignements pour cette patiente, qui a attendu 1 an avant de nous l'exprimer: « *J'étais dans une impasse* ».

Elle avait consulté son gynécologue à de nombreuses reprises, toujours sous traitement hormonal substitutif. Chez cette patiente, les mots mettent en évidence l'impact de ces métrorragies sur le confort de la vie sexuelle, comme elle insiste : « *J'avais l'impression que dans certaines positions ça faisait plus saigner, plus que d'autres, donc on a arrêté* ».

Pour une autre patiente : « *On l'a fait une ou deux fois, quand on a des problèmes de saignements ce n'est pas facile, c'est difficile, les rapports ne sont plus les mêmes* ».

Le sens de ces paroles met en évidence les modifications que ces métrorragies entraînent sur l'activité sexuelle.

Pour une autre patiente, nous pouvons prendre conscience de l'inconfort des ces saignements sur la vie quotidienne : « *J'avais des règles abondantes, qui duraient 6-8jours et en grande quantité, je ne suis plus sortante, je n'étais plus sortante parce que j'avais peur de me salir facilement* ». (Sous entendu « je ne sors plus »)

- La frigidité transitoire :

Elle apparaît chez 5 patientes. Nous en reparlerons ultérieurement mais il semble que la frigidité nous fait nous poser de nombreuses questions, la frigidité est au delà de la baisse de libido mieux décrite plus loin, c'est réellement une quasi-impossibilité d'avoir un rapport. Ici nous reprendrons les paroles émouvantes de cette patiente : « *Tout ça ne me fait plus rien. Je n'ai plus de sensations, de sentiments. C'est rien, il n'y a plus rien.* »

iii. Le besoin de réassurance

Le problème génère des interrogations auxquels il faut répondre, c'est là que le médecin intervient. Pour illustrer nous reprendrons les mots : « *Et si on ne sait pas, on est comme si on était bête de ne pas en parler.* ». On en parle pour comprendre, pour savoir, pour être rassuré.

Quand la maladie fait naître un doute sur la fidélité : « *On m'a diagnostiqué un HPV, il a bien fallu que j'en parle, je me suis interrogée sur le risque d'infidélité de mon mari, je ne sais pas pourquoi mais c'est la première chose qui m'est venue* ».

Face à une baisse de libido, la patiente en a parlé pour comprendre, pour être rassurée elle aussi : « *Ce qu'on appelle la panne* », « *j'étais bloquée de chez bloquée, ça ne me faisait rien du tout* ». « *Ben déjà pour savoir les raisons, si c'est grave, si ce n'est pas grave, est ce que ça va durer dans le temps ou pas, (rires)* ».

iv. La souffrance au sein du couple

Le trouble dans la relation. Nous retiendrons que : « *La sexualité c'est la sexualité dans le couple* ». Il apparaît que pour les femmes les troubles n'ont pas un retentissement sur elle même mais réellement sur leur couple.

Nous aborderons ici la non correspondance des désirs :

- Quand la femme à moins de désirs que l'homme.

Il est clair que le but de la consultation ne sera pas d'avoir des réponses, mais juste de pouvoir parler de ce que la sexualité représente : « *je pourrais vivre sans, je peux passer des mois sans relations sans être mal. Mais dans la relation il y a l'autre et mon mari justement il se pose plus de questions, il ne comprend pas ça* » « ... » « *La baisse de désir avec mon mari ce n'est pas toujours facile, on en parle mais il a du mal à comprendre... Je suis en train de changer, de passer une étape de ma vie de femme* »,

Le médecin devient ici la seule personne à qui elle peut parler, un confident, pour comprendre ce qui se passe, pour être rassurée, pour être entendue, la seule personne qui peut la comprendre.

Une autre patiente qui est venue nous parler, avoue que le malaise était profond : « *J'ai souffert de voir l'autre en souffrance* ». (Sous entendu mon mari). « ... » « *C'est quelque chose qui devait perturber ma relation avec mon conjoint, je ne sais pas pourquoi j'en ai parlé, mais il y a des fois où l'on dit les choses* ».

Une autre patiente qui se remet en question, et qui n'arrive pas à comprendre pourquoi elle n'en a plus envie, nous confie qu'elle veut faire des efforts, car : « *il le faut.* » « ... » « *Pour ne pas qu'il aille voir ailleurs il faut que je fasse des efforts de mon côté aussi* ».

- Quand l'homme à moins de désir que la femme.

Les situations, où la femme présente plus de besoins que son partenaire ne sont pas rares, quatre de nos patientes souffrent de frustration. Il en ressort également une perte de confiance en soi, avec trois de ces femmes qui ne se sentent pas désirables : « *J'ai un mari qui n'est pas très demandeur, et si on a du monde dans la maison comme des vacanciers, c'est non, on dirait qu'on hurle comme des éléphants* ». « *Quand il faut toujours aller à la pêche, des fois j'en ai marre d'aller à la pêche, j'aimerais qu'il vienne un peu de temps en temps et il ne vient pas, ça me gonfle* ». « *Je vous dis, des fois je pense à prendre un amant* ».

Une autre patiente déclare à propos de la différence de désir homme/femme, quand la femme est plus « *demandeuse* », « ... » « *Avant je reprochais à mon mari d'être comme un chameau, c'est à dire, il boit et il peut traverser le désert, moi non* ». « *Lui c'est l'huitre, de temps en temps l'huitre s'ouvre, mais j'ai surtout eu à faire à ma salle de bains et à ma douche, en matière de sexualité* ».

Ces paroles révèlent une souffrance et la manière de la relativiser, d'accepter ou de se résigner à la situation.

Pour les patientes jeunes il semble exister une bonne capacité à la rationalisation, pour d'autres, néanmoins, peut survenir une véritable détresse affective. « *Il y avait un désaccord, une incompatibilité sexuelle, on s'est séparé c'était plus simple. J'étais frustrée, concrètement j'avais l'impression d'être une obsédée. Ça m'a remis en place dans l'attirance que je pouvais ressentir, c'est surtout ça qui m'a frustrée* », après cet aveu, nous avons conclu que le fait d'être la plus active sexuellement dans le couple, voire la seule active, lui a donné l'impression d'être moins désirée, moins aimée.

- Quand l'homme souffre d'une dysfonction sexuelle.

Une patiente qui avoue que son conjoint souffre d'éjaculation précoce : « *Il ne me donne pas de plaisir* ». Elle nous donne les raisons pour lesquelles elle nous en parlé : « *Il faut que je raconte, j'en ai trop gros sur la patate, il faut que je vide mon cœur* ».

Pour certaines patientes nous pouvons également ressentir une souffrance extrême, voire une détresse, l'une d'entre elles l'exprime ainsi : « *Il finit, il monte, tu n'as pas le temps de dire ouf, c'est fini. Des fois je reste là, je ne dis plus rien. Alors je reste dans mon lit là, je tourne mon dos et j'ai envie de pleurer* ».

Une autre patiente nous confie en créole francisé : « *Après 32 ans « ... » c'est mon concubin qui est devenu impuissant* ». « ... » « *Maintenant je supporte un petit peu, je fais avec* ». « *Disons que je n'avais plus de rapports, j'ai pleuré un bon coup, j'ai pleuré tous les soirs* ».

Nous gardons ses mots, ils expriment parfaitement sa confusion et son désarroi, en traduction nous pouvons comprendre qu'elle a eu des bouffées de chaleur à 33ans, alors qu'elle n'était pas ménopausée, qu'elle les attribue à son manque d'activité sexuelle. Enfin elle nous confie, que ce manque, au-delà du symptôme décrit, l'a beaucoup peinée puisque qu'elle en a beaucoup pleuré.

L'impuissance du conjoint apparaît dans 2 entretiens, pour celui de la patiente sus-citée, le trouble a fait naître des épisodes de violences : « *Il ne voulait pas, à chaque fois que je voulais le caresser un peu, il me giflait tout ça, il était en colère* ».

Cet épisode illustre bien les répercussions possibles d'un trouble sexuel sur la vie de couple.

d) Les événements de vie

Tout au long des entretiens, il y a des périodes de la vie qui sont apparues comme des générateurs de troubles de la sexualité ou simplement d'inconfort.

i. La ménopause. (Recensée chez 10 patientes.)

Ainsi chez une patiente, ces troubles sont apparus comme suit : « à 50 ans j'avais des règles abondantes, on a trouvé des fibromes. Après il a dû chercher ailleurs, il a joué les filles de l'air ».

La ménopause est une étape importante dans la vie d'une femme. Elle est accompagnée de tout un cortège de symptômes qui, comme nous l'avons vu plus tôt, notamment pour les métrorragies, peuvent être invalidants, voire empêcher une sexualité courante.

En parlant de son mari, il semble donc que même si elle n'a pas voulu nous en dire plus, les symptômes de la ménopause ont du avoir un retentissement important sur leur vie sexuelle, et au final sur leur couple

Une autre patiente qui finalement n'a pas pu venir en entretien avoue avoir souffert de dyspareunie, qu'elle n'en a pas parlé, qu'elle n'en aurait pas parlé si la question ne lui avait pas été posé, et elle nous apprend que depuis 10 ans elle se refuse à toute relation sexuelle. Cette patiente a 59 ans aujourd'hui.

La patiente suivante nous dira tout simplement : « J'ai eu une ménopause difficile à 48 ans avec des saignements abondants pendant 3 mois ».

Dans les cas les plus fréquents la femme ressent la ménopause comme une étape importante de sa vie. Ainsi une patiente s'exprime de la façon suivante : « Je suis à un tournant de ma vie de femme, parce que j'ai 46 ans, je sens maintenant que je ne suis plus la même et je suis fatiguée, j'ai les jambes lourdes » ... « les rapports ne sont plus les mêmes, parce qu'il y a beaucoup de sécheresse ».

Une autre dira : « Je suis passé dans un autre cap » ... « la sexualité évolue avec l'âge, j'en suis convaincue ».

ii. Le poids du rôle maternel

Nous pouvons nous rendre compte grâce aux témoignages de ces patientes que le fait de devenir mère, réorganise toute la hiérarchisation des priorités dans la vie. Une patiente nous dira même : « je ne vis que pour mes enfants. ». Au delà du désinvestissement général et de la femme qui laisse place à la mère, perdant de ce fait tout intérêt à sa propre personne il y a une déstructuration de la vie intime du couple. Déjà par le manque d'intimité que ces petits nouveaux arrivants peuvent créer, mais également par le désinvestissement de la femme pour sa féminité. Il s'en suit un désintérêt pour l'activité sexuelle. Mais nous noterons des difficultés plus importantes dans les familles recomposées.

Les enfants en bas âge, les difficultés de femme au foyer :

Le post-partum s'est révélé problématique pour 2 patientes, qui ont eu une période de frigidité de 3 ou 4 ans. L'une d'elle nous l'explique ainsi : « *Oui après l'accouchement ce n'était plus pareil, d'ailleurs ce n'est toujours plus pareil qu'avant* ».

Puis le rôle de femme au foyer, le rôle de mère prédomine sur celui de l'épouse, voir de la femme : « *En ce moment je m'oublie un peu, ben avoir 3 enfants à la maison c'est chiant. Je n'ai pas le temps d'avoir des moments à moi. Je n'imaginai pas d'ailleurs (la vie difficile de femme au foyer), d'ailleurs je recommence à travailler dans pas trop longtemps, j'ai un travail qui me permet de partir mais moi je souffle à ces moment là* ». « *Si on était que tout les deux, qu'on se prenait un week-end quelque part forcément ce n'est pas pareil* ». « *Du fait de mes grossesses, c'est sûr que à certains moment je pouvais m'en passer (de rapports sexuels). En ce moment je sens bien que mon rôle de mère prend le dessus sur le reste. Mais heureusement mon mari est là pour me faire redescendre des fois. Mais je peux l'oublier en ce moment (la sexualité)* ».

Pour cette patiente le trouble du désir aura persisté pendant 3 à 4 ans et se poursuit aujourd'hui si on comprend bien ce qu'elle nous a confié plus haut. Cette même patiente insiste sur son image : « *J'ai connu mieux quand même. Je suis une maman qui a trois enfants, avant j'étais bien coquette, je me maquillais, tout le temps coiffée, à talon...* »

Une autre patiente décrit les choses avec encore plus de dureté car l'absence de désir s'est soldé par une période d'abstinence qu'elle évalue à 3 ans elle aussi : « *Après la naissance de ma fille, elle a 13 ans maintenant. Après l'accouchement 2- 3ans après, parce que je ne m'occupais que de ma fille* ».

De manière générale l'arrivée d'enfants impose un manque d'intimité par rapport au couple préexistant. Dans tous ces témoignages nous pouvons mesurer l'ambivalence du rôle de mère et celui de femme/épouse.

Dans les familles classiques, les patientes dénoncent la permanence de la proximité des enfants, empêcherait au couple de se retrouver : « *Même en voyage il y a toujours notre fils dans la chambre* »

Concernant les enfants même grands, vivant toujours sous le même toit, une patiente dit : « *Quand les enfants ne sont pas là, ça se passe mieux* ». « *C'est parce qu'il y a les enfants, on ne peut pas se libérer* ».

La présence des enfants semble un frein à une sexualité du couple épanouie. Mais en approfondissant, nous nous rendons compte que les mères s'en accommodent : « *On ne conçoit pas une sortie sans les enfants* » ; « *ça me rassure, on sait ce qu'ils font.* »

Dans les familles recomposées il apparaît que la gêne d'avoir des rapports quand les enfants d'une précédente union sont présents au domicile est encore plus prononcé. Dans cette enquête, il n'y a

que des familles où la mère est le seul parent constant. Notamment une maman qui a du mal à vivre sa sexualité avec son nouveau partenaire quand ses enfants sont présents au domicile.

Certaines ont trouvé des palliatifs parfois sympathiques, « *on met le matelas par terre parce que le lit couine* » mais ce détail apparaît après la mise en évidence d'un profond mal-être : « *J'ai du mal à vivre ma sexualité lorsque je sais que mes enfants sont à côté.* »

Une autre patiente raconte, « *on ne l'a même pas fait à la maison parce que les enfants étaient là, les chambres étaient collées, on sortait dans la nature* ».

Dans les familles recomposées, au delà de la promiscuité, il y a surtout des conflits intrafamiliaux, « *C'était une période difficile et j'ai un blocage. J'ai dit récemment à mon mari, « n'oublies pas que je suis une mère. Donc dès qu'il réprimandait un peu trop mon fils et tout ça, ça créait un blocage. Tant qu'ils n'étaient pas réconciliés je n'arrivais pas à avoir des rapports avec mon mari* ».

Une autre mère, probablement trop maternante, nous dira : « *Mon fils ne veut pas dormir tout seul, alors c'est difficile.* »

Concernant les nouveaux enfants dans les familles recomposées : « *Lorsque j'ai eu mes 2 premiers enfants, je me suis dit à 40 ans, je m'occuperai de moi. Je ne comptais plus avoir d'autres enfants, et là je refais ma vie, j'ai rencontré un mari merveilleux et tout, qui voulait un enfant, et donc re-couche* ». Le projet de vie de cette mère a été chamboulé, cette phrase reflète un sentiment de sacrifice.

Le cas particulier des couples où l'enfant est malade : « *Lorsque mon fils est né, il y a eu une coupure. Autant moi j'étais angoissée, je m'inquiétais, je me plongeais beaucoup dans les recherches pour aller au fond des choses. (Mon mari) Lui ça a été l'inverse, il prenait tout à la légère, l'impression qu'il fuyait, et ça, ça pesait très lourd sur notre couple. Je dirai même qu'il n'y a pas eu de couple pendant quelques années* ».

iii. La jeunesse

La jeunesse se caractérise par des préoccupations liées le plus souvent au célibat, comme les maladies sexuellement transmissibles, les grossesses non désirées, et aussi les difficultés avec les préservatifs. Les propos suivants illustrent cette thématique : « *Les candidoses, et la sécheresse ça m'embête un peu, j'ai peur des MST, avant j'avais peur d'une grossesse, d'un déni de grossesse* », « *ça irrite, ça démange, les candidoses c'est du au préservatif en fait* ». « *J'en ai parlé facilement parce que c'est tellement dérangeant* ».

Une autre patiente nous confie un souci dont elle a pu parler plus jeune : « *Jeune je souffrais de frigidité, des choses dans le genre, ce que j'estimais être ça. Il m'a rassurée (l'ami médecin) en me*

disant qu'il n'y avait pas de femme frigide, il n'y a que de mauvais amants, (rires), c'est tout simplement une méconnaissance que les jeunes filles ont de leur corps ».

Ici aussi nous percevons le besoin de comprendre, le manque d'information, face auquel le médecin peut, ou doit intervenir.

iv. Les maladies chroniques

Nous avons quatre patientes qui en ont souffert de dépression, dont deux encore en cours de traitement.

Une patiente nous dit, *« c'est vrai j'ai failli en parler à vous ou au docteur, parce que ça n'allait pas vraiment avec mon mari ».*

Des cas de diabète sont recensés chez 2 patientes. Pour l'une d'entre elle c'est son mari diabétique qui souffre d'impuissance. *« C'était une panne, le diabète qui joue des tours des fois, mais après il revient, mais c'est pas revenu ».*

Les effets secondaires des traitements neuroleptiques, une patiente me confie un épisode d'aménorrhée médicamenteuse : *« Pendant 3 ans, ce n'était pas normal, c'était un médicament neuroleptique qui avait des effets secondaires. »*

Les effets secondaires et appréhension de la contraception: *« J'avais un stérilet, j'avais peur qu'il ne se déloge. J'avais des petits problèmes de saignement, donc on vérifiait de temps en temps que c'était bien en place. »*

« J'avais mal au dos, mal au dos, je suis allé aux urgences, c'était une infection à cause du stérilet. » (Probablement due à une endométrite). Une autre parle d'un épisode de frigidité : *« j'ai eu des problème de frigidité sous pilule, ma mère m'a dit qu'elle pensait que c'était ça quand je lui en ai parlé, et c'était ça, maintenant plus de problème. »*, certaines patientes auront parlé de traumatismes d'ordre sexuel, se servant de l'espace ouvert de la recherche pour s'exprimer.

Une patiente me parlera des attouchements possibles dont a été victime sa fille, en me précisant bien qu'elle voulait profiter de cet entretien pour m'en parler : *« Je voulais vous parler aussi, à force d'être tous dans la même chambre, il paraît que mon mari a fait des attouchements à ma fille. Si le gendarme, ne m'avait pas dit, je ne saurais rien. »*

Une patiente avoue un épisode de viol : *« J'ai été violée à 16 ans, je l'ai raconté au docteur à Saint Paul, c'est pour la dépression peut être, c'est pour ça, après j'entendais des voix et tout ; je parlais toute seule. »*

Une autre patiente dira que ce n'était pas un viol, mais quand même elle insistera sur le mot « forcée » : *« La première fois ça ne compte pas, j'ai été forcée. »*

v. La reprise d'une activité sexuelle

Il est sous entendu que cette reprise fait suite à une période d'abstinence. Ainsi une patiente me confie qu'elle a failli venir parler de ses dyspareunies : « *Quand je fais l'amour ça fait mal un peu, comme dirait on retourne comme avant quand on ne fait pas l'amour tout les jours. Quand on fait l'amour rare et puis après ça fait mal. Ben c'est passé quand on a fait l'amour (régulièrement).* »

2) Les avantages de la fonction du médecin :

a) La représentation de son médecin

Le médecin généraliste est très proche de ses patients, les qualités requises pour être choisi sont selon les propos des patientes de cette étude les suivantes sont :

i. L'écoute, bienveillante.

En règle générale cette qualité est ressortie chez toutes participantes, nous garderons donc essentiellement les deux phrases suivantes : « *Je suis chez un médecin parce qu'il m'écoute* »

Les mots forts suivants ressortent également de la présente étude : « *Je me sent bien entendue, comprise, et je sens une bienveillance. Je ne sens pas de jugement.* »

Les patientes ont besoin d'être entendues, écoutées et de disponibilité de la part du praticien. Une patiente dira ainsi : « *Je choisi mon médecin parce qu'il est à l'écoute, j'aime être prise au sérieux. Qu'on n'a pas l'impression d'être à l'usine.* »

Une autre patiente commencera la réponse a la question par : « *J'ai envie de vous parler de mes attentes* ».

Nous citerons cette patiente créole : « *Li lé comme psychologue, li pose a ou des questions pour voir, i mette à ou à l'aise d'abord, ça j'aime bien avec li, et après li commence* ».

Nous traduirons par mon médecin commence toujours par me poser des questions générales sur ma vie, et après on peut commencer la consultation, c'est un élément qu'elle apprécie. Elle aime ne pas commencer directement par son problème, son renouvellement d'ordonnance.

ii. La durée de la relation et l'investissement.

Sur notre panel de dix huit patientes, deux sont de nouvelles patientes, toutes les autres ont le même médecin depuis longtemps, de 4 ans à 30 ans, autrement dit depuis leur arrivée sur la localité.

Le leitmotiv « Il me connaît », « *C'est quelqu'un qui nous connaît déjà, c'est une longue relation* »

Certaines s'expriment en se projetant dans le passé : « *Je ne sais pas si une jeune fille oserait en parler à quelqu'un qu'elle ne connaît pas* ». Une autre nous dira : « *Il vaut mieux rester avec le même, parce qu'il sait tout sur nous, on est plus serein quand on va avec lui.* »

Pour six patientes, le médecin est presque comme un ami, et c'est réellement le cas pour l'une d'entre elles. Nous retiendrons essentiellement : « *C'est plus comme une copine que comme une réelle médecin* ». Et pour une autre patiente : « *Je le connais, il me connaît, on parle tellement de tout qu'on à l'impression d'être plus proche d'une connaissance, d'un ami que d'un médecin* ». Cette relation peut même faire tenir une place privilégiée dans la confession de tous les maux. L'une dira : « *je dis plus à mon médecin généraliste qu'aux autres, il y aura certaines choses que je pourrais dire au remplaçant, mais pour les choses personnelles j'attendrais mon généraliste.* »

Un autre qualificatif du médecin traitant : « *C'est un médecin de famille.* »

Le petit cas à part du médecin remplaçant régulier :

De par le statut particulier de l'enquêteur qui remplace dans ces 2 cabinets depuis 4 ans, nous lui mettons les qualités de la longue relation. Cette petite parenthèse est pour illustrer le fait de ne pas être un inconnu pour ces patientes : « *J'aime pas les remplaçants mais avec vous ça passe bien, j'ai l'habitude.* » ... « *Moi je suis en confiance avec vous, je suis en confiance avec le docteur. Je sais que c'est pour moi* ». Parfois le statut particulier de jeune médecin, ou de passage fait émerger d'autres attentes : « *Avec vous peut être un autre regard, un autre avis, je me suis dit, peut être il trouvera autre chose* ».

iii. Le statut de médecin

Ici il s'agit du statut de professionnel de santé. On en parle parce que c'est un problème médical. Une patiente dira : « *je pense que le médecin il connaît tout ça, il comprend tout ça* »

Une autre : « *C'est son métier, quand on a une question à poser il faut la poser, pas aux proches ou aux autres. Les médecins sont là pour ça* ».

Une dernière nous dira qu'elle avait besoin de parler, mais pas à n'importe qui : « *De parler à un professionnel* » « *même s'il n'est pas compétent, il peut me guider.* »

Ce sont ces détails liés à la profession qui font de nous des interlocuteurs de choix. Une patiente parle « *Parce que moi je sais qu'il y a la confidentialité* ».

Une autre insiste à plusieurs reprises : « *Je sais qu'il est tenu par le secret professionnel, donc que ce qu'on lui dit ça va rester entre lui et son patient.* »

La neutralité, il n'y a pas de jugement par rapport à ce qui est dit : « *il n'est pas choqué. Il ne me stresse pas il est plutôt cool* ».

L'aspect confident est volontairement séparé de la longue relation entre médecin et patient. Il s'agit ici d'une qualité propre à la personnalité du médecin, qui dépend sans doute de la connaissance mutuelle des interlocuteurs. Cet aspect est distingué car il permet l'intervention dans ce qui n'est pas médical. Le besoin de se confier : « *Il faut parler, c'est le dialogue i peut beaucoup, si ou parle pas, tout i reste en dedans, i le pas bon, moi li tire toute. Dedans i reste pas rien, s'il y a quelque chose qui ne va pas on dit tout* ». Le besoin de se confier mais à « mon » médecin. Des entretiens ressort un sentiment d'appartenance, un lien quasiment affectif. « *On discute bien, je peux parler, j'ai envie de parler, de parler avec lui et après quand je rentre chez moi je suis soulagée* » « *je ne peux pas aller consulter un autre pour raconter mes problèmes* ».

Le rôle du médecin, l'auditeur neutre : « *C'est vrai quand on a des soucis rien y passe. Si ou la pas trouve in moune pou devide ça, pour raconter, pour dire, ou sa va pas raconte ça dans le confessionnal avec le prêtre* ».

En clair, nous comprendrons que parfois il y a des soucis qui ne passent pas, il faut trouver quelqu'un pour se confier, pour « vider son cœur », dire ce qu'on ne peut pas dire à la confession.

Le confident de l'urgence : « *Je ne sais pas si vous êtes compétents, mais j'avais besoin de discuter de ce sujet, j'avais besoin de parler à quelqu'un d'extérieur à mon contexte familial, ni à un ami, mais à un professionnel.* »

« *Je n'attendais pas forcément des réponses mais une écoute, le fait d'en avoir parlé ça m'a fait du bien. Déjà d'être entendu, c'est la moitié.* »

iv. L'âge du praticien

Le choix du médecin, à travers le critère de l'âge variera en fonction de l'âge de la patiente. Après 50 ans, les raisons évoquées seront les suivantes : « *Il est plus âgé ça doit peut être me rassurer, ce n'est pas que je n'ai pas confiance en vous au contraire* ». « *Plus à l'aise avec lui peut être parce qu'il est plus âgé* ».

Pour les patientes plus jeunes que 50 ans, se confier à un médecin dans la même tranche d'âge rassure : « *C'est peut être parce que vous êtes plus de mon âge* ».

v. Les autres qualités

Comme nous venons de le voir, les patients restent chez un médecin pour de nombreuses raisons, mais la confiance se gagne. Les qualités recherchées sont les suivantes :

- L'efficacité

Il faut avoir fait ses preuves, pour mériter la confiance. Devant un problème gynécologique une patiente dira : « *J'ai pensé que la dernière fois il m'avait bien traité.* » Pour une autre tout simplement : « *C'est un bon médecin* ».

Enfin une dernière prononcera des paroles fortes de sous-entendu : « *S'il n'avait pas été là j'aurai fait des bêtises* »

- L'honnêteté

Voilà des qualités difficiles à regrouper, mais comme le disent les patientes dans la majorité, pour être en confiance, il faut se sentir bien.

« *C'est du feeling, il ne faut pas qu'il soit froid, un peu d'humour c'est bien, ça passe ou ça ne passe pas.* ». Nous noterons que ce « feeling » est très important : « *Le courant passe, vous m'avez mise en confiance.* »

L'honnêteté, elle, peut être mise en évidence par la franchise. Une patiente très déçue par le corps médical, nous dira : « *Le fait de ne pas savoir dire quand on ne sait pas, le médecin a toujours raison il a l'impression de tout connaître. C'était un soulagement le jour où il m'a dit : si vous pouviez consulter ailleurs, parce que moi je ne sais pas comment faire, il n'y a pas de choix, donc je reste mais au moins on peut dialoguer avec confiance, étudier ensemble les possibilités* ».

b) Le médecin aborde le sujet

Souvent la sollicitation semble être un bon argument pour commencer à parler d'un trouble. Suite aux questions sur ce qui a poussé la patiente à venir en parler en consultation, celle-ci nous dit clairement quelle n'était pas venue pour ça : « *Non je ne suis pas venue pour ça, on a parlé des saignements et il a demandé si ça influait sur quelque chose* ».

Au total sur les 8 patientes qui ont consulté pour des problèmes de sexualité, ou qui ont parlé de leurs troubles à un médecin, seulement trois sont venues spécialement pour ça, et en approfondissant, une à profité d'être chez le médecin pour poser sa question, la malade du jour ayant été sa fille. Sur les deux autres, une avoue qu'elle s'attendait à voir son médecin et du fait que ce soit le remplaçant régulier, elle s'est confiée : « *Vous c'est parce que vous avez cherché et que j'arrivais au bout, (1 an de saignements)* », Le motif de consultation étant quand même son renouvellement d'ordonnance. Au final une seule était réellement venue pour aborder le sujet de la sexualité.

Une patiente a abordé le sujet dans le cadre d'une prise en charge d'hôpital de jour d'un couple de patients diabétiques. Elle avoue elle-même que sinon jamais elle n'en aurait parlé.

« A l'hôpital l'a dit à nous que le diabète des fois il joue beaucoup la dessus, il a posé la question, sinon... »... « On était un groupe, toutes les personnes ils disaient ce qu'ils voulaient ».

Une autre patiente timide insiste sur la sollicitation à parler de... elle dit : « si on ne me pose pas la question je ne m'ouvrirai pas. » « A ce moment là je préférerais le garder pour moi et me terrer. Et vous, vous avez vu que. »... « Vous m'avez aidé. »

3) La perception de la sexualité.

a) La place de la sexualité dans le bien-être

A l'issue de ces entretiens, il apparaît que le sujet sera plus facilement abordé si la sexualité est considérée comme importante dans l'épanouissement personnel. Il est donc essentiel de s'intéresser à la sexualité et son importance pour les patientes.

i. La sexualité dans le couple. C'est important

De manière unanime le sens accordé à la sexualité du couple est important. Pour certaines patientes, cette importance est exprimée en pourcentage : « c'est 80% du couple, s'il n'y a pas de sexe, aucun épanouissement ». Ce pourcentage est ramené « à 50 % » pour 2 autres.

Une autre l'exprime ainsi : « Pour moi c'était normal, quand on vit avec quelqu'un il faut faire ça ».

Pour une autre patiente, qui de prime abord spécifie bien que ce n'est pas dans ces priorités :

« La sexualité c'est quand même important, ça fait partie de la vie de couple, ça fait partie d'avoir quelqu'un dans sa vie, c'est dans ce chapitre là », me dira une patiente, nouvellement en couple,

« c'est un épanouissement différent, de détente, c'est comme du sport, je dirai que ça fait partie des activités sportives ». « ... » « C'est très important, si on vit avec quelqu'un et qu'il n'y a pas de sexualité, on dirait qu'il manque quelque chose, une coupure quelque part ». « ... » « C'est

important, c'est l'amour, la complicité, l'envie d'être ensemble, de partager, ce qui fait que l'on est un couple. » « ... » « C'est important quand même pour le couple ça manque beaucoup. »

Tous ces témoignages tendent donc bien à confirmer que les patientes sont conscientes de l'importance de la sexualité dans le couple, notamment pour leur épanouissement.

ii. La sexualité et le bien être individuel.

- C'est important...

Les significations de l'activité varient en fonction de la personne.

La signification mystique : « *La sexualité dépasse le cadre de la santé et de la médecine, la sexualité sacrée, qui passe par l'épanouissement de l'âme* ».

La sexualité comme preuve d'amour : « *Je suis une femme, j'ai des besoins quoi, parce qu'une femme a besoin d'un câlin, a besoin de voir si elle est aimée par son mari. Moi je la place en première position, c'est très important. Moi si je n'ai pas de relation 1 ou 2 fois par semaine, je me pose des questions, je me dis qu'il a un maitresse* ». « *Je suis une femme pleine de vie, il me faut ça pour vivre* ».

Une autre patiente du même âge entamant une nouvelle relation décrit bien ce que représente la sexualité pour elle : « *Ca fait du bien parfois. Non le moral, des trucs comme ça. On vit après quand c'est fini avec votre copain c'est bien. C'est bien je me sens libérée* ». Pour une patiente jeune entamant une nouvelle relation : « *C'est important, ça me permet de me sentir bien dans mon corps et dans ma tête, et bien avec mon partenaire. Il faut lui donner l'importance que ça a, après je n'en fais pas tout un pataquès* ».

Pour une patiente jeune et célibataire la sexualité devient une façon d'exister : « *Ca m'aide un petit peu, ça me fait sentir que je ne suis pas toute seule* ».

Pour une patiente abstinentes par dépit, pour elle la sexualité a sa signification première, la reproduction : « *C'était des bons moments, c'était de l'amour, oui, c'était nécessaire, c'est moi qui voulait absolument avoir un enfant* ».

- Ce n'est pas essentiel

Dix patientes sur les dix-huit interrogées disent pouvoir se passer de sexualité. Ce chiffre est à nuancer, elles disent pour la majorité, huit d'entre elles étant en couple, « que ce n'est pas une priorité », mais au sein du couple c'est important. Pour les deux autres, l'une n'a plus de partenaire, la dernière a un partenaire impuissant. « *Je ne sais pas si c'est vraiment essentiel pour moi maintenant* »... « *J'ai l'impression qu'il en faut entre un couple voilà c'est ça, mais ça ne me dérangerait pas de ne pas en avoir* ».

« *Quand j'étais plus jeune, c'était très important. Je n'ai pas besoin de rapport pour prouver mon amour. C'est la sexualité dans le couple. Ce n'est pas quelques chose qui me préoccupe, il y a d'autres choses importantes dans ma vie à l'heure actuelle* ».

« *Pour lui c'était ma faute forcément* ».

4) Les caractéristiques de la patiente.

a) La personnalité de la patiente, les traits de caractère

Savoir s'adapter à la personne en face, évaluer le type de personnalité pour oser poser la question.

- Personnes à l'aise avec le sujet et qui discutent facilement :

Plusieurs patientes avouent être plutôt facile d'accès, l'une d'elle dit même : « *Je suis déjà quelqu'un de bavard dans la vie, je ne m'interdis pas beaucoup de sujet* ».

Une autre nous dira tout simplement « *je suis assez libre d'esprit, je trouve* ». Huit patientes se qualifient ainsi.

- D'autres ont un fort tempérament :

« *J'ai ma mentalité qui dépasse la mentalité créole* ».

Nous n'avons pas de définition pour la mentalité créole mais pour cette patiente il semble que dans la mentalité créole, tout sujet intime est tabou, on ne dit rien, surtout à propos de la sexualité.

Une autre qui a vraiment abordé le sujet d'elle-même, répond par : « *c'est plutôt moi qui aborderais ce genre de questions auprès du médecin. C'est ma personnalité, je me pose beaucoup de questions.* »

b) L'âge, l'expérience

Là encore nous voyons l'influence de la vie de famille, des années, qui donnent de l'expérience et réduit l'inhibition du discours.

Une patiente nous dira : « *Je suis plutôt plus à l'aise depuis que j'ai mes enfants* ». « *Il y a longtemps ça m'avait gêné, quand j'étais plus jeune, maintenant à 46 ans avec 2 enfants, et 20 ans de mariage ça ne me gêne plus* ». « .. » « *A mon âge, j'ai d'autres sujets, enfants, petits enfants, et la sexualité ne m'intéresse pas vraiment outre mesure* ». En suivant ce raisonnement, l'expérience se fait également avec l'apparition de troubles, avant il n'y avait pas besoin d'en parler : « *on en parle s'il y a des soucis, il y a l'expérience* »

Les enfants semblent être un élément important pour délier les tabous comme l'attestent les paroles suivantes: « *Il faut discuter dans la vie, il n'y a pas de tabou, si vous êtes coincé, il faut décoincer, sinon c'est mort. Avant j'étais coincée, maintenant ce n'est plus moi. Avec le temps, l'âge, toute décoincée, plus de choses choquent à li.* »

De même, l'expérience démontre également l'intérêt d'en parler à son médecin : « *Avant ce n'était pas très facile. Mais après je me dis que ça nous aide aussi.* »

c) La pression sociale

Les avis des autres sont importants, ils poussent souvent la patiente à se remettre en question. Le doute apparaît quand on en parle autour de soi, souvent pour comparer, essayer de comprendre ce qui est « normal » ou non.

A propos de la sexualité dans le couple une patiente me dira : « *Ma sexualité est saine mais bizarre par rapport aux gens normaux* ». Pour une autre le devoir conjugal a été appris : « *à l'époque on disait que la femme doit toujours donner satisfaction à son mari, c'est nos grands mères qui nous ont appris que le mari avait tous les droits, il ne fallait pas refuser l'acte sexuel. Parce qu'il pouvait aller voir ailleurs* ». L'obligation parce qu'on est un couple semble être très répandue : « *La famille, les amis disaient qu'il fallait faire des efforts pour sauver le couple. C'est un devoir, un devoir conjugal, quand on est marié, il faut. On ne se fait pas plaisir tout seul, il faut quelqu'un* ».

Sur les symptômes de la ménopause : « *Les bouffées de chaleur ça peut monter à la tête, ça peut dégénérer, ça peut être pire, on prévoit ici à la Réunion on dit qu'on peut mourir avec ça, c'est pour ça que je suis venu consulter, pour poser la question* ».

Pour les femmes pour qui la sexualité est importante : « *Il dit que je suis une vraie obsédée sexuelle, il dit que c'est moi qui demande trop* ». « *Quand je parle à ma sœur elle me disait que j'étais nymphomane, de son point de vue* ». « *Les gens me trouvent bizarre. La ménopause passe bien, moi pas senti de malaise, pas de symptômes, moi y a pas rien. J'ai fait une ménopause normalement, c'est bizarre, non ?* »

Sur le fait de parler de sexualité, l'éducation porte un gros poids sur la parole : « *Je me trouve arriérée par rapport à l'éducation tout cela.* » « ... » « *Mais la sexualité a toujours été et reste un sujet tabou que l'on soit jeune ou âgé, avec ou sans sexualité on ose pas* ». « ... » « *C'est un sujet qui est resté longtemps tabou. J'ai un peu de mal à parler de sexualité.* ». Une patiente ayant reçu une éducation assez stricte : « *Mon éducation, j'ai failli devenir nonne avec mes parents, on ne parle pas du tout, on n'aborde pas le sujet. Et le fait de cet interdit ça a créé des blocages chez moi, j'avais du mal, je ne pensais même pas avoir des enfants.* »

L'éducation tamoule : « *C'est comme ça chez nous. Mariage hindou, tamoules avant le mariage on ne peut pas coucher sans quoi s'il on marie, la famille garçon i connaît pas, avant peut être que maintenant l'a finit changer et puis retourne nous dans notre maison (la famille du mari nous rejette). Voilà c'est comme ça le drap blanc, je sais pas quel commérage. Traditions n'a beaucoup. (La tradition est présente, le drap blanc qui doit être tâché le matin de la nuit de noce, etc.)* ».

Enfin l'avis d'une patiente ouverte aux autres cultures, notamment asiatique. « *Je pense que dans nos pays occidentaux, on se bloque beaucoup sur la nudité, la sexualité, on se met des barrières,*

alors que finalement à d'autres endroits, ils sont beaucoup plus cool avec ça, et je trouve ça intéressant, c'est une culture riche même. »

L'avis d'une patiente recherchant une signification plus mystique à la sexualité : « Comme je vous le disait tout à l'heure, je suis plus vers la sexualité sacrée. Lors du rapport sexuel, non plus tellement l'assouvissement physique mais l'ouverture des chakras, laisser monter des choses, des émotions, c'est vraiment différent. »

❖ « Je n'en parle pas »

1) L'intimité

A l'unanimité toutes les patientes perçoivent ce sujet comme un sujet personnel.

La sexualité est un sujet personnel : « *C'est mon jardin secret, je n'en parle pas.* »

« *C'est intime* » ... « *pour moi la sexualité c'est quelque chose de secret, ma vie privée c'est ma vie privée, je n'en parle jamais* ».

« *Je trouve que c'est un sujet personnel, même avec mon mari j'ai du mal à parler. Je préfère le vivre que d'en parler et tout.* »

La sexualité est un sujet secret parce qu'il est partagé avec une autre personne : « *Non, c'est quelque chose d'intime, on a pas besoin, mon mari et moi ça suffit pour parler* » « ... » « *Ah ben non. Dans mon cœur mi dis moi le pas toute seule* ».

Une autre patiente nous confie pourquoi elle en parle et pas son mari : « *Il ne voulait pas aller consulter, il disait que ça se règle tout seul, pas besoin d'en parler* ». « ... » « *On va dire que je ne ressens plus le truc comme avant je faisais. Ça me paraît fatiguant maintenant, mais je ne vais pas le dire à la personne.* »

2) Les émotions :

a) La peur

La peur de gêner : « *Je pense que c'est des petite tracas que tout le monde a, je ne vais pas aller emmerder le médecin avec des petits tracas que tout le monde a* ».

« *La peur d'être jugée* » est exprimée 2 fois ainsi. « *J'ai peur qu'on me dise que ce n'est rien du tout.* »

« *La peur des gens, la peur d'apprendre un truc, de découvrir un truc, ça leur fait tellement peur que c'est interdit* ».

La peur que ce soit découvert et moqué : « *Il y a des trucs que je ne peux pas dire, je n'ai pas envie que l'on sache ce que je viens de vous dire.* »

Le jugement par l'interlocuteur, la peur d'être trahie : « *C'est dur d'aborder le sujet tout de suite. Il faut quand même sentir la personne en face de soi.* »

La peur de ne pas être comprise : « *Moi a peur d'être blessée. Si je lui dis quelque chose peut être elle le prend mal.* »

« *Il faut du courage.* »

b) La gêne

Nous distinguerons la gêne de la honte par le fait que la gêne est surmontable. La gêne peut être issue d'une éducation stricte, en parlant d'éducation, « *c'est un sujet un peu tabou chez eux, du coup on en parle pas* ». « *Je vous ai raconté, ça m'a gêné* ». « *C'est délicat, les gens qui arrivent pour parler d'une pathologie n'ont peut être pas envie de parler de ça. C'est assez tabou.* » « ... » « *Parler de sexualité en générale comme ça, ça va. Dès que l'on parle de pratiques, je trouve ça gênant.* » ... « *J'étais un peu gênée, je ne m'y attendais pas, j'ai dit va demander à papa.* »

La gêne peut faire partie d'un trait de caractère et peut être un frein au dialogue. Il y a certaines patientes qui souffrent d'un timidité maladive elles ne parlent pas spontanément.

« *Je suis une personne réservé et timide.* » « *Solitaire, on va dire que je suis comme ça. Je n'ai plus très confiance.* »

c) La honte

La honte est un frein important aussi, c'est une variante de la peur d'être jugé. Il ressort plusieurs type de honte, la honte lié à l'impression de différence : « *On se dit qu'on est pas normale, on a honte* ». La honte de ne pas être capable de surmonter ça seule : « *la honte pour aller demander de l'aide* ». La honte lié au souci, je suis frigide : « *j'ai honte un peu.* »

La honte d'être choqué par ce qui se passe : « *ça choque, d'après moi c'est l'école, dans notre temps à nous on faisait des trucs sur la sexualité et c'était franchement l'horreur. On montrait ça BING, et nous on était choqué.* ». Chez les patients ayant des personnalités fortes et indépendantes. Nous la séparons de la honte, parce que la personne nous en parle. Il y a peut être de la honte derrière mais ce qui ressort surtout c'est le « je n'ai besoin de personne ». Pour une autre patiente « *Je n'étais pas prête à dire que j'étais comme ça.* »

3) Les inconvénients du rapport à son médecin

a) La proximité

Les réactions devant un inconnu, donc le manque de proximité:

« *Ca aurait dépendu de la personne en face* » « *Je n'ai pas envie de raconter ma vie à n'importe qui* » à deux reprise dans ces termes. « *Un étranger que je ne connaît pas non* ».

Le même sentiment de gêne devant un médecin qui vous connaît trop : « *Ah non, je ne peux pas avec le docteur, parce qu'il connaît mon mari* ». « *J'étais là depuis plusieurs années, des fois je préfère venir quand c'est le remplaçant* » « ... » « *Il vaut mieux passer avec quelqu'un d'autre, parce*

qu'il vous connaît trop, il passe à coté de chose, qui peuvent poser problème. Il a tendance à trop nous connaître, c'est vrai des fois il ne parle pas de ça, on parle d'autre chose et il est passé à coté de quelques petites choses. »

b) **L'absence de sollicitation de la part du médecin**

Nous revenons sur la patiente diabétique : « *Moi ça ne me dérange pas mais lui ne les aborde pas (ces questions) ».*

Patiente : « *non, il ne m'a jamais posé la question ».*

Enquêteur : « *auriez vous aimé qu'il en parle ? »*

Patiente : « *ben oui, de temps en temps, je vais lui demander ça ».*

Une autre patiente sur le thème de la sollicitation au discours :

Patiente 2 : « *Si on me pose la question j'y répondrais. »*

Enquêteur : « *et si on ne vous la pose pas ? »*

Patiente 2 : « *je le garderai pour moi. »*

Ici nous pouvons bien sentir que ce sujet sensible mérite une place importante dans la consultation et revient à plusieurs reprises dans les entretiens, une autre patiente plus jeune ayant souffert de frigidité : « *Je sais que si je commence, je vais parler, le tout c'est de se lancer. » « ... » « J'aurai saisi (la perche) je pense. ».* Pour cette autre patiente encore : « *j'en parlerai peut être s'il m'en parle. »*

Nous rajoutons un petit exemple pour ne pas trop pointer le manque de sollicitation de la part des médecins. Il ressort sur chez la moitié des patientes interrogées mais il me semble que c'est une critique facile. Pour illustrer déjà il y a « le peut être » de la citation précédente, et pour une autre patiente qui nous ne nous avait pas parlé de son problème d'alcoolisme nous dit honnêtement : « *le docteur demandait, je disais oui »*, mais nous nous rendons bien compte que la dépendance n'a pas été perçue. Donc ici la sollicitation, sur un autre domaine à été faite, mais l'invitation au discours n'a pas été utilisée.

c) **Le sexe du médecin :**

Finalement l'enquêteur est un homme et il n'aura pas eu beaucoup de refus. Dans l'ensemble les données recueillies semblent honnêtes et le discours même si parfois on été émis quelque gêne a été assez libre et spontanée.

On retrouve deux fois une facilité à la confession si le médecin ou le professionnel de santé est une femme. Mais il semble que ce soit aussi lié à l'âge de la patiente. Une patiente de 29 ans nous dira : « *C'est plus facile le fait que ce soit une femme »*

- l'image patriarcale du médecin, renvoi à l'âge et au genre.

« Je ne me voit pas dire au Dr, tiens je voulais acheter un anneau vibrant, par contre on a beaucoup parlé de sa fatigue, mais bon voilà, pas plus ». « ... » « C'est vrai que j'aurai du mal à aborder le sujet avec le Docteur. C'est du feeling que vous avez avec votre médecin. » « ... » « La figure paternelle ce n'est pas possible »

d) Un autre interlocuteur.

Cinq patientes en ont parlé à leur gynécologue plutôt qu'à leur médecin. « J'ai un gynéco, c'est son boulot, sa spécialité. Je m'attendais à ce qu'il trouve une solution ». « Les gynécologues qui sont plus spécialisés et encore pas plus sur la sexualité mais sur les problèmes de femme, ils n'abordent pas le sujet je trouve. ». « J'en ai parlé plutôt à mon gynéco. Je n'en ai pas parlé à mon médecin, parce que j'en ai parlé à mon gynécologue. »

Une patiente est allé d'elle même voir un sexologue : « Après j'ai vu un sexologue, une mauvaise expérience, et puis ça c'est réglé tout seul. »

Trois autres patientes y ont pensé pour elles et leurs maris, mais ceux-ci ont refusé.

4) Les rationalisations pour éviter d'en parler

a) La sexualité n'est pas médicale.

Une patiente jeune, qui n'a pas eu de trouble, nous confie sincèrement : « Non, je ne serais pas venue, que à des amies, parce que ce n'est pas médical ».

Pour une patiente plus âgée ménopausée, se plaignant de baisse de libido et de sécheresse vaginale, avoue franchement : « Je n'y avait pas pensé, je me documente ». Elles essaient de se renseigner de leur coté : « Pour moi ce n'est pas nécessaire, ça passe après. Si ça passe pas je viens voir médecin. ».

Une autre patiente qui consulte régulièrement et qui a plusieurs pathologies, nous confie tout simplement oublier de nous en parler : « Des fois j'oublie ».

L'absence de médecin référent est également incriminée deux fois : « Si j'avais eu un médecin, je pense que j'aurai fini par en parler parce que ça me pesait quand même. »

L'absence de trouble est retrouvée ce qui est logique: « Je ne vois pas pourquoi je parlerais de ça avec mon médecin traitant. Ce qui est en rapport avec le médical sinon, non. »

b) La fatalité du trouble

Par rapport à l'impuissance masculine : « C'est la nature, on ne peut pas lutter contre ça. Si lé pas capable, on sa va pas prendre un comprimé pour ».

Pour une question de frigidité, nous pouvons voir ces paroles comme une résignation ou une rationalisation : « *Je me dis que comme il n'y a plus de sensation et tout, c'est peut être normal pour moi. J'arrête de me poser des questions, sinon je vais m'embrouiller.* »

Une autre patiente souffrant de frigidité suite à une grossesse : « *Je me disais que c'était la grossesse et que ça allait s'arranger.* » « ... » « *J'ai attendu un an avant d'en parler.* »

En parlant du frottis, « *je n'ai pas de rapport sexuel, donc je n'en ai pas besoin.* »

c) **Le problème c'est l'autre**

Il s'agit d'un petit item, mais qui est revenu 8 fois, souvent dans les mêmes termes :

« *Ce n'était pas moi c'est lui* ». ... « *C'est à lui que vous devriez poser la question.* ». ... « *C'est lui qui aurait du venir en consultation* »... « *Il ne voulait pas.* »

5) **Les contraintes de temps et économique.**

Le temps à accorder à son problème, d'un côté il y a les patientes qui ne prennent pas le temps : « *je consulte peu* », et d'un autre celle qui consultent déjà beaucoup trop à leur goût : « *Si ce n'est rien, d'être venue d'avoir perdu 2h à attendre pour rien du tout* ».

Une patiente insiste bien que ce soit un effort dans son organisation de venir en consultation : « *J'ai pris un temps, je suis venue en consultation, tout est cher* ».

D'autres patientes qui ont d'autres pathologies à prendre en charge : « *On a pas le temps de parler de ça tout le temps. Y'a des moments.* »

Le temps aussi pour le médecin, si la salle d'attente est pleine, certaines patientes diffèrent leur moment pour aborder un sujet qui leur tien à cœur : « *Quand je vois qu'il est débordé et que je viens juste pour parler. Je vois qu'il n'a pas le temps, je repars bredouille* ».

En parlant de la prise en charge les contraintes économiques peuvent peser : « *je le sais bien mais ce n'est pas remboursé* ».

❖ **Le temps de la thèse : retour sur les entretiens**

Cette partie sert à mettre en évidence l'espace d'échange qu'a permis la thèse. Le travail de recherche a permis de créer un instant particulier où des secrets et des histoires de vie n'ont été confié qu'ici. Nous essayerons également de montrer les bénéfices perçus des entretiens sur les mentalités.

Nous trouvons important de pouvoir partager quelques moments de ces dix-huit entretiens, qui ont permis l'échange et l'enrichissement humain escompté. Il est donc normal de vous les faire partager.

1) L'échange humain

L'entretien a permis à l'enquêteur de découvrir ces patientes. Il a été le confident de quelques secrets qui n'ont jamais été divulgués auparavant, ni aux proches, ni au médecin habituel. Ils seront bien gardés. Les patientes ont pu se soulager d'un poids parfois, réfléchir à des questions qu'elles ne se seraient pas posées.

Certaines patientes ont attendu le temps de l'entretien pour parler de sexualité, mais surtout pour pouvoir parler des troubles et des épreuves quelles on traversé : « *En dehors de vous je n'en ai jamais parlé* ». « ... » « *C'est la première fois que j'en parle autant* ».

La thèse a permis un changement de vision du sujet et du rôle du médecin traitant dans la sexualité : « *Il ne faut pas attendre la thèse pour en parler, j'en parle, mais pas assez.* »

Pour une patiente jeune vierge de trouble, à la question : « *pensez vous que le médecin traitant puisse être un bon interlocuteur en cas de trouble de la sexualité ?* »

La patiente répondra : « *maintenant, oui* ». Mais elle n'est pas la seule à penser que maintenant elles savent que le sujet est abordable avec le médecin. Les confidences ont permis de créer des liens entre l'enquêteur et ses patients : « *Maintenant quand vois a ou (quand je vous vois), i connais ça c'est quoi le docteur (le docteur connais ce que je lui ai raconté), ça c'est mon docteur, j'ai discute avec ça. Y'a pas de souci la dessus.* »

Pour une autre patiente l'enquêteur qui ne sait pas encore les résultats de cette étude, se félicitera déjà, d'avoir pu la soulager un peu : « *ça fait du bien de parler un peu de ses problèmes, parce que moi je ne parle que avec mes copines* ».

Pour une autre : « *Ca m'a fait connaître des choses, ça m'a fait débloquer, le fait de parler, le fait de se confier aussi. Ce que je n'ai pas dit à mon docteur de trop.* »

Et enfin de pouvoir rassurer réellement :

« *C'était intéressant, ça m'a fait prendre conscience qu'en fait j'étais ultra normale* »

2) Les moments émotionnellement forts

Les moments auxquels nous ne nous attendions pas. Nous avons pu partager des événements de vie, des moments d'intimité, des moments forts en émotions

Les patientes qui ont fait partager leur souffrance, il s'agit d'une patiente dont le fils est atteint d'une maladie de Cushing: « *c'était l'angoisse de ne pas savoir. Si de savoir de quoi mon fils était atteint mais de ne pas savoir comment le guérir, pourquoi le traitement ne marche pas, et de m'entendre dire à chaque consultation tout les mois, heureusement maintenant c'est tout les 6 mois, « vous faites des erreurs » (parce qu'il grossit), « ce n'est pas la cortisone, ce n'est pas le sel, vous faites des erreurs* »

de diététique », donc j'en suis venu à ne le nourrir que de salade sans huile, tout bouilli, tout ça pendant 2 ans, jusqu'à ce que mon mari ne venait même plus à table et chaque repas devenait un calvaire, oui, ça m'a empêché de vivre. Ce qui est important maintenant c'est qu'il y ait plus de sourires autour de moi, et plus des mines grandes comme ça, et c'est ce qui c'est passé pendant 10 ans. ». Pour cette même patiente, le poids du corps médical se ressent et lui a fait dire quelques choses qui pourraient faire plaisir à un médecin, l'utopie de pouvoir traiter parfois sans médicaments : *« Les médecins devraient systématiquement dire lorsqu'il voient leurs patients : voilà c'est la façon habituelle de traiter la maladie, mais nous ne sommes pas la science infuse et nous ne maîtrisons pas forcément tout, c'est un discours qui me semble juste, réaliste ».*

Enquêteur : *« vous imaginez que l'on puisse dire ça ? »*

Patiente : *« non, oui, mais qu'est ce que ça m'aurait soulagée, rires. »*

Une leçon de vie d'une patiente avec deux cancers actuellement en cours de traitement :

Par rapport à ce que c'est d'être en bonne santé pour elle : *« par exemple y a des gens qui sont malades, plus malade que moi. Moi je suis en forme. Ils sont sur le lit, moi je peux vivre encore, je peux bouger, je peux profiter de la vie, alors qu'il y a des gens qui ne peuvent plus. Toujours, toujours le bon coté. ».* Puis quand elle nous parlera de sa « thérapie » : *« Ma belle fille elle dit à mon fils : mais je ne comprends pas ta maman, ou connais ou, ou sa ta maman a dit, i dit y a un chien roquefeller et le petit chien coton, n'a besoin bout viande, comme elle en a en plus elle va donner, elle dit elle partage. Elle va partager le bout pour enlever. C'est ma thérapie. »*

En traduction on comprend donc que cette patiente nous restitue les commentaires de la femme de son fils. Pour expliquer la chirurgie dont elle va faire l'objet pour son cancer du sein, cette patiente dit à sa belle-fille que ses deux petits chiens ont faim, comme elle a un bout de viande en trop, le cancer, elle va le retirer pour leur donner. C'est une vision assez singulière, elle le reconnaît, mais elle dit que c'est sa thérapie, c'est grâce à ce genre de métaphore qu'elle tient le coup.

Quand une patiente remercie l'enquêteur : *« il faut que je vous dise tout. Si je veux être bien. Non c'est surtout ça. Et vous m'avez rendu service, non je vous le dis franchement docteur F., vous m'avez rendu service... »*

3) Les belles images

Une femme me raconte comment elle a montré son insatisfaction à son mari :

« Ce que tu me fais, le plus gros cafre docker du port peut me le faire aussi bien. Vous savez le docker du port c'est un gros gabier. Je lui ai dit, si c'est l'amour de faire tiac tiac tiac, même le docker du port il peut le faire. »

Une autre patiente créole qui n'a plus de rapport avec son concubin me parle de ce que représente la sexualité pour elle en ces termes : « *moi ça mettait à l'aise, me sentir aimée, câlin par ci, câlin par là. ça fait du bien quand par exemple mon mari i sort du travail, i trape a ou par out cou derrière comme ça, i prouve que ou lé quelque chose pour li.* »

Une patiente confie une belle métaphore sur ses retrouvailles intimes avec son mari : « *C'est explosif, mon mari n'est pas tout le temps avec moi, donc quand on se retrouve c'est une bouteille de champagne que l'on débouche. D'ailleurs il en apporte une à chaque fois.* »

Une phrase tout en rapport avec le sujet : « *Je suis plus pour une sexualité qualitative que quantitative.* »

Une belle définition de la sexualité : « *c'est l'accomplissement de l'amour que je porte à mon mari.* ». « *L'amour, s'attirer et puis finir par ce geste profond où l'on se donne l'un à l'autre.* »

DISCUSSION

I. Méthode utilisée

1) Les difficultés rencontrées

La première difficulté est liée au sujet en lui-même, et au-delà des définitions, c'est réellement du sens que le mot sexualité peut avoir, pour un homme ou pour une femme, pour une génération, une culture ou pour une autre.

Pour amener ce projet, il aura fallu beaucoup en discuter, entre thésards, confrères/ consœurs et directeurs de thèses, des divergences ont pu apparaître dans la signification que l'on peut donner à ce terme.

Parler de sexualité, sujet qui pour les jeunes générations, dont le thésard fait encore partie pour peu de temps, le mot, tout comme l'activité est moins choquant et restrictif que pour les générations plus anciennes.

Pour certains la sexualité c'est tout simplement se donner du plaisir par l'intermédiaire de ses organes sexuels (définition encyclopédique). Pour certaines quand il fallait dire que nous allions aborder le sujet de la sexualité, il fallait parler de relation sexuelle. Nous avons donc décidé de ne parler que de sexualité dans le cadre du couple.

Pendant les entretiens, il sera impossible pour l'enquêteur de se détacher de la sexualité dans le couple. Malgré une insistance, une reformulation, une répétition des questions, et même au questionnement direct, de demander si en dehors du couple une sexualité existe, la patiente dira que finalement oui, une sexualité en dehors du couple ce n'est pas anormal, c'est vrai. Mais spontanément on en reviendra toujours à cette vision.

Extrait de l'entretien

E : avez vous une vision de la sexualité normale ?

X : *on va dire que c'est en couple quoi. Dans le cadre d'un couple.*

E : donc en dehors d'un couple ce n'est pas normal?

X : *non ce n'est pas vrai, c'est vrai. La sexualité normale, je n'en ai aucune idée. La logique voudrait que ce soit dans le cadre d'un couple, mais en dehors ce n'est pas anormal non plus. (...)*

(...)

X : *(...) Elles sont toutes normales, ça dépend de ce qu'on attend, de l'individu de son parcours, de l'expérience, elles sont toutes normale finalement, qu'est ce qui fait que c'est normal ou pas. On ne dit*

pas cette pratique ou cette position est plus normale qu'une autre. Finalement elle n'a pas de sens cette question. Rires. Je pense que vous m'auriez posé cette question au début du 20^{ème} siècle je vous aurais dit en couple, tac, tac tac, comme ça. Mais là au 21^{ème} je pense qu'il n'y a pas de normalité. Il ne faut pas que ça soit trash non plus il y a des limites.

Ceci n'est qu'un extrait pour un entretien, il a été choisi de répéter plusieurs fois les questions, en les reformulant, mais il semble impossible de se détacher de cette vision et du regard de la société puisque même dans les derniers propos la norme sociétale s'impose à nouveau, alors que nous essayions de nous en détacher. Nous reprendrons ces mots : « la paradoxe de la société encore patriarcale qui demande à la fois à la femme d'inhiber certains désirs sexuels (extraconjugaux) et de stimuler d'autres désirs sexuels (conjugaux). (29)

Nous sommes bien au-delà de l'infidélité, mais juste qu'une sexualité sans partenaire n'est pas perçue comme une sexualité. Dans l'enquête CSF le sexuellement actif sous entend avec partenaire.

La deuxième difficulté a été liée à la méthode choisie. En effet la réalisation d'entretiens semi dirigés aurait nécessité une formation à l'utilisation de cette méthode, aussi bien pour la préparation et la réalisation des entretiens que pour l'analyse du discours. Nous avons pour cela réalisé une recherche bibliographique et à l'aide du guide mis à notre disposition centré sur cette méthode, nous avons pu en apprendre les principes et les modalités de réalisation mais avec les limites du manque d'expérience.

La troisième difficulté a été la réalisation des entretiens. Dans un premier temps l'approche indirecte par recommandation ou par affiche avait été jugée suffisante, mais devant le peu de réponse spontanée l'approche directe a vite été adoptée. Au départ l'enquêteur devait arrêter de travailler pendant la réalisation de sa recherche, c'est pour cette raison que ces modes de recrutements délégué aux secrétaires des cabinets qu'il connaissait avait été choisi. Finalement l'obligation d'accepter des remplacements s'est révélée déterminante dans la réalisation de l'étude, les patientes acceptant plus facilement de participer après les explications directes données par l'enquêteur. Les rendez-vous ont été aussi pris plus rapidement. Cet élément est important puisqu'il met en évidence que finalement la patiente viendra à l'entretien seulement si on le lui demande directement, ce qui est déjà un argument de réponse puisqu'il s'agit de la sollicitation directe.

De la même manière le fait de travailler en journée continue a empêché l'installation désirée plus intimiste, imaginé au préalable. Nous avons utilisé les bureaux des cabinets avec la même attitude en face à face que lors des consultations habituelles, les conditions plus neutres et intimes projetées n'ayant pu être aménagées.

2) Les limites et biais de l'étude

- Biais liés à la relation enquêteur-patientes :

L'enquêteur est le médecin remplaçant habituel de ces patientes, une relation de confiance existe déjà. Ce fait peut être une force comme un inconvénient. Même sous le couvert de l'anonymat, un lien existe déjà.

Pendant le déroulement de l'entretien il existait un risque de diriger le dialogue et l'interprétation à partir de nos propres opinions et sentiments. Pour éviter cela nous avons essayé au maximum de mettre de la distance et de ne pas intervenir trop souvent en adoptant une posture de praticien chercheur.

Parfois des questions étaient posées à l'enquêteur, parfois il y a répondu par souci d'honnêteté et de juste retour des choses tout en essayant de ne pas intervenir dans des sujets particuliers, comme le désirs d'infidélité par exemple.

Du fait que l'enquêteur soit médecin, les entretiens ont peut-être trop été vécus comme une consultation approfondie, l'enquêteur répondant aux questions médicales également.

Le dernier point est que le chercheur est un homme et qu'il a choisi d'étudier la sexualité des femmes : or il est évident que la sexualité se passe le plus souvent entre un homme et une femme. La différence de genre a pu être gênante, il peut y avoir une part de séduction, de peur de se dévoiler devant un enquêteur que l'on sera amené à revoir par la suite.

Ces différents biais peuvent diminuer l'authenticité de l'information recueillie. Cependant nous avons analysé que le fait d'être un inconnu aurait probablement été finalement un désavantage.

Les témoins sont des patientes : étant déjà en démarche de soins, il est possible qu'elles aient répondu à l'invitation parce qu'elles avaient un trouble, ou parce qu'elles n'ont pas de difficultés pour en parler. Une patiente est déjà plus sensible à l'avis médical, et c'était exactement ce qui nous intéressait.

- Biais liés à la méthode d'entretien individuel

Le fait que l'enquête soit faite en face à face, peut soulever le biais de désirabilité sociale, c'est dire que les patientes présentent une information la plus conforme à ce que l'enquêteur souhaite. D'autant plus qu'ils se connaissent au préalable.

- Biais liés à la retranscription et à l'analyse:

Dans un premier temps il avait été prévue que la retranscription serait répartie entre plusieurs personnes, compte tenu des contraintes de temps et de confidentialité, l'enquêteur fera tout lui même. Les biais rencontrés sont quelques arrangements de phrases syntaxiquement peu françaises, la

suppression de quelques redondances, la non retranscription de passages hors sujet. Trois entretiens ont été retranscrits par une ancienne secrétaire médicale du cabinet dans leur intégralité.

L'analyse n'a été fait que par une seule personne : l'enquêteur. A cause des difficultés à expliquer la façon de procéder dans une enquête qualitative, à la personne préalablement choisie pour avoir un avis extérieur, il n'y aura pas de deuxième lecture.

Le biais est essentiellement l'investissement émotionnel de l'enquêteur dans ce qui lui a été confié, et le désir de donner la parole à ses patientes.

II. Les résultats obtenus

1) Les caractéristiques de notre population:

Nous avons été frappés dans notre étude par la fréquence de des troubles sexuels. Dans ce paragraphe nous allons confronter nos résultats à ce de l'enquêtes quantitative CSF essentiellement.

L'une des réponses à la question, à savoir le facteur favorisant pour parler de sexualité à son médecin est à l'évidence la présence d'un trouble de la sexualité, ou d'un élément perçu comme une anomalie et impactant la vie quotidienne.

« C'est délicat, les gens qui arrivent pour parler d'une pathologie n'ont peut être pas envie de parler de ça. C'est assez tabou. »

L'enquête CSF dénombre au total que 11,7% des femmes interrogées au moment de l'enquête ont été confrontées à une dysfonction sexuelle au cours des douze derniers mois. Nous sommes ici dans l'instantané il n'y a pas de rétrospection sur des troubles antérieurs à un an. Les plus concernées sont la tranche d'âge de 60-69ans avec 19,6 % de dysfonctions. Si en regardant de plus près l'analyse de l'enquête il apparaît également que dans 21% des cas il y a un cumul de plusieurs dysfonction. Plus récemment une thèse d'exercice de médecine générale rapporte 45% de trouble sur son effectif (11).

Dans les généralités nous avons vu les classifications standard, utilisées habituellement, mais comme nous avons pu le voir dans les résultats, certains troubles sont apparus et n'en font pas partie. Pourtant les témoignages recueillis rapportent une réelle perturbation des habitudes.

Au moment de l'étude, nous avons deux femmes qui présentent des métrorragies avec sécheresse vaginale, cinq femmes qui présentent des troubles de la libido, quatre par une absence de désir et une absence de plaisir/orgasme. Ce qui fait six femmes sur dix huit, puisque certaines cumulent plusieurs troubles, selon les classifications (CIM 10, DSM IV).

En considérant la frustration il est possible de comptabiliser trois de plus et les désagréments autres liés aux saignements, on arrive à neuf femme présentant des troubles soit la moitié des inclusions. Nous ne sommes donc pas en surreprésentation par rapport aux études faites en médecine générale.

En tenant compte de l'évocation d'un trouble au cours de la vie nous n'avons que deux patientes qui n'ont pas eu de troubles. Et selon les classifications, il y a onze patientes ayant eu un trouble, dont moins de la moitié ayant consulté un généraliste ou un gynécologue. (Frustration et métrorragies exclues)

Nous sommes donc légèrement au dessus de la population générale puisque l'enquête CSF ne retrouvait que 5% de consultation, mais comparable aux études faite en médecin générale.

La différence peut s'expliquer par le biais de sélection du patient en démarche de soins.

Nous n'avons que quatre patientes qui n'ont pas de maladies chroniques, l'importance de voir les choses du coté patient, est également la faiblesse de l'étude. L'enquête CSF identifie les personnes souffrant de maladies chroniques comme ayant moins d'intérêt pour la sexualité, et comme ayant plus de troubles ce qui sera confirmé ici ainsi que dans d'autres études et développé plus loin.

Concernant la santé sexuelle une majorité des femmes de notre échantillon est satisfaite, et comme dans l'enquête CSF la présence de trouble ne semble pas l'influencer. Nous avons comptabilisé pour notre part un trouble que nous avons nommé la frustration, qui sous entend une insatisfaction, qui est seulement évoqué dans l'enquête CSF.

a) *Le contexte où le sujet de la sexualité est abordé*

La sexualité est rarement abordée comme seul motif de consultation, comme le montre la thèse de médecine générale de Barbaroux A.(11) où 13% seulement abordent le sujet spontanément et ceux dans 80% dans le cadre d'une plainte somatique. Même constat pour l'étude ASCHKA(8). Lorsqu'est abordé l'aspect médical de la question, nous constatons que dans cette étude sur 122 médecins et 200 patients que 87% des médecins interrogent rarement les femmes sur leur sexualité, (et 84,4% rarement les hommes). 86% des médecins attendent que les patients abordent le sujet (61).

Si nous étudions de près ces résultats, seulement deux femmes ne sont venues que pour parler de leurs troubles. Les autres ont toutes profité d'une consultation de routine, soit de renouvellement d'ordonnance, soit de visite chez le gynécologue, l'une même pour un vaccin. Ce phénomène démontre deux choses : d'une part le fait de venir parler de troubles de la sexualité est quelque chose de gênant qui nécessite une préparation ; d'autre part le fait que le trouble de la sexualité n'est pas perçu comme quelque chose de médical d'emblée, la rationalisation habituelle étant de considérer le trouble comme temporaire et spontanément résolutif.

b) Les pratiques :

o L'âge du premier rapport

Il n'y a pas de différence dans notre étude et l'enquête CSF pour l'âge moyen du premier rapport. Contrairement à l'enquête CSF, le répertoire des pratiques n'est pas plus varié en fonction de l'entrée précoce, ou du nombre de partenaire. L'entrée plus précoce dans la sexualité traduit selon l'enquête un distinguo entre conjugalité et sexualité, ou sexualité et affectivité. Il traduit également une attitude plus ouverte et plus intéressée à l'égard de la sexualité. C'est un élément que nous n'avons pas retrouvé. La plupart des patientes créoles qui ont eu un premier rapport précocement ont une histoire de vie particulière, marquée par un désir de quitter au plus vite le domicile parental. Elles soulignent elles-mêmes leur manque d'information sur le sujet, leur laissant idéaliser la sexualité comme la porte d'entrée à la relation de couple, c'est-à-dire menant au mariage et aux enfants. Ce sont essentiellement des femmes créoles issues de familles agricoles.

Pour l'entrée tardive dans la sexualité, il s'agit essentiellement de patientes de culture tamoule. Ce sont des spécificités de la région de l'étude qui peuvent expliquer ces différences.

o Pour les pratiques :

Ces questions nous ont permis de démontrer que notre population n'a pas une sexualité divergente par rapport à l'enquête en population générale.

Grâce à ces informations recueillies il est possible de dire que notre population n'a pas de pratiques divergentes par rapport aux enquêtes faites en population générale, mais le fait d'avoir un seul partenaire ne traduit pas une activité plus régulière que les autres. Ceci est probablement dû au fait que l'enquête ne mentionne pas les hommes qui ont moins de désir que les femmes, alors qu'il est retrouvé à trois reprises sur notre petite échantillon, sans parler du cas ayant mené à une séparation.

Même si les patientes dans l'ensemble ont semblé en confiance, le fait de parler de pratiques sexuelles a été plus difficile. Les réponses sur la satisfaction ou sur certaines pratiques sont parfois plutôt être des réponses de complaisance sociale.

Pour conclure sur cette partie des caractéristiques de la population de l'étude, il est important de dire qu'a posteriori, les données quantitatives recueillies ne semblent pas servir à répondre à la question de la recherche. Par rapport à la littérature il me semblait important de comprendre l'intérêt des patientes pour la sexualité, dire que c'est important, est une nouvelle norme sociale, la pratique, la recherche de plaisir en est une autre. Les patientes ont participé honnêtement, de façon fluente, une seule a évoqué une réticence. Les questions étant posées et ayant eu des réponses, il est important de

les présenter quand même. Elles ne desservent pas à décrire l'échantillon, en présentant les habitudes en matière de santé sexuelle. Elles ont permis d'explorer les préventions, les premières expériences, les difficultés, qui n'avaient pas été abordées spontanément dans le discours. Parfois elles ont même permis d'aborder un sujet qui tenait à cœur à la patiente qui ne l'aurait pas fait si l'espace de parole n'avait pas été aménagé. Comme par exemple à la question de l'âge du premier rapport une patiente a pu nous révéler que : « *la première fois, j'ai été forcée* ».

c) **Le nombre de consultation pour les troubles.**

Dans notre enquête presque la moitié des patientes présentant un trouble ont réussi à aborder le sujet. Les patientes nous ont permis de réaliser une chose évidente qui est qu'en l'absence de trouble, il n'y a pas lieu de parler à son médecin, ce qui nous fait éliminer deux patientes. Ensuite dans les antécédents il faut nuancer ce qu'on appelle trouble, avec les IST. Les IST qui font partie de la CIM 10, sont facilement abordées c'est un motif de consultation.

Ensuite viens le cas des métrorragies pendant la pré-ménopause, et la frustration qui n'est pas dans les classifications, qui n'a donc pas été comptabilisé, puisque les patientes cumulent en générale avec d'autres troubles.

Dans notre recherche il est plutôt bien abordé puisque la moitié avait déjà consulté pour un trouble d'ordre sexuel, mais nous pouvons le lier au fait que la personne est déjà en démarche de soins.

Nous notons qu'elles consultent toutes plus ou moins régulièrement leur médecin traitant ce qui facilite probablement les opportunités de pouvoir en parler. Comme exemple nous avons notre patiente qui dit : « *Je consulte peu* », pour expliquer son silence. Nous pouvons aussi l'expliquer par le fait qu'elles avouent toutes être à l'aise avec leurs médecins habituels.

L'étude Read (52) montre que chez les 70% de gens pensant devoir parler de leur sexualité à leur médecin généraliste, seulement 2% l'ont fait. Enfin l'étude NATSAL II (36) conduite de mai 99 et Février 2001 chez 11621 personnes de 16 à 44 ans montre que seulement 21% des femmes ayant un trouble de sexuel ont demandé de l'aide.

2) **Les difficultés pour en parler**

a) **Les émotions**

Les patientes l'avouent elles même, la gêne est toujours présente. La sphère « *intimité* », et le « *jardin secret* » peuvent être dévoilés sous certaines conditions, comme l'expriment les patientes : « *Quand il faut, il faut* ».

Il apparaît clairement que la santé et le bien-être passe avant les tabous. D'où notre mise en évidence dans les résultats de cette notion de « devoir », comme motivation essentielle au discours dont la prise de conscience de la nécessité de devoir en parler a parfois été longue.

La timidité, la gêne, la honte, l'éducation et les tabous sont tout autant de barrières au discours sur la sexualité. Dans notre étude la gêne est un frein, mais pas une barrière, Toutes les patientes même les plus timides ou les plus âgées, ont pu aborder le sujet et le développer. Il a même été surprenant de voir une personne très réservée pouvoir aborder sans aucune réticence ses pratiques et au contraire des personnes aux discours libre sur le sujet, rougir et hésiter.

La peur de gêner le médecin peut également être mise en cause.

b) Les résultats des autres études

Pour confronter et discuter les résultats obtenus, nous nous reporterons à ceux traitant de la même thématique et en particulier aux conclusions de ces deux thèses de médecine générale, : auprès de médecins généralistes (5) et cette autre thèse auprès de médecins généralistes et de patients (11)

i. Les freins du coté du coté du médecin

Toutes les patientes déclarent qu'elles auraient saisi l'opportunité, si leur médecin leur avait posé la question.

- Le manque de sollicitation

L'attente de la question sur le sujet est également ressortie dans la majorité des cas et elle est bien illustrée dans les résultats.

Dans les autres enquêtes l'attente des patients se retrouvent dans 61% des personnes souffrant de problèmes sexuels attendent que le médecin aborde le sujet (5), dans 45% de personnes dans l'autre thèse (11).

Nous l'avons illustré dans les résultats avec le cas de notre patiente ayant souffert d'alcoolisme la sollicitation est une ouverture de l'espace de parole, la patiente est libre de ne pas la saisir.

Nous devons faire percevoir la sollicitation au discours sur la sexualité au bon moment. Elle n'engage à rien, c'est une main tendue, une perche que la patiente saisira, ou non. Dans tout les cas elle saura que nous sommes disponibles et ouvert au discours. Peut être osera-t-elle aborder le sujet à la prochaine consultation.

Même si notre étude n'a pas interrogé directement les médecins, certaines insuffisances ont pu être mise en évidence indirectement par les patientes. Le médecin est un être humain, par essence de sa personnalité peuvent découler des défaillances dans la prise en charge des troubles de la sexualité, comme explicité ci-dessous.

- Les caractéristiques du médecin généraliste.

Le genre, l'âge et le lieu d'exercice semblent constants pour l'implication du médecin dans la prise en charge des troubles.

Il semble que les hommes de plus de 50 ans, en milieu rural sont plus impliqués dans le traitement, sollicitent et délèguent moins facilement aux « spécialistes ».

On retrouve une certaine concordance avec nos patientes qui se sentent plus à l'aise pour parler d'un problème de sexualité avec quelqu'un de plus âgé. Elles décrivent bien l'importance de l'âge et de l'expérience de celui-ci, le caractère rassurant qu'elles trouvent à leur médecin. A contrario les mêmes patientes qui se disent rassurées, disent également qu'elle ne pourrait pas parler de sexualité ouvertement avec leur médecin habituel, de plus de 50 ans, alors qu'elle le font avec l'enquêteur, qui est plus de leurs âges.

Pour expliquer cette ambiguïté, nous pouvons avancer l'importance de la personnalité du médecin et de la patiente et donc du mode de relation entre les deux. Ce côté rassurant a fait qu'elle a choisi ce médecin plutôt qu'un autre, elle peut parler de choses intimes, mais ne peut rentrer dans les détails comme elle pourrait le faire avec quelqu'un de plus jeune, il s'agit de l'interaction des générations. Le médecin doit être conscient de ce frein générationnel et en tenir compte pour tenter de faire émerger la demande. Ce qui est important c'est que le discours soit possible, les réserves ne semblent être que sur la forme, les mots ne seront pas les mêmes. Finalement en reprenant l'expression des patientes que c'est avant tout « *Une question de feeling* ».

- le manque de temps :

Toujours dans la même thèse il est mis en évidence que la consultation de « sexologie », qui ressemble à une prise en charge de soutien psychologique est chronophage.

Ce phénomène a été bien démontré du côté patient, puisque cinq patientes ont mentionné le temps de consultations comme un facteur limitant la demande sur le sujet. « *Quand je vois qu'il est débordé et que je viens juste pour parler. Je vois qu'il n'a pas le temps, je repars bredouille* ».

- Une prise en charge multidisciplinaire.

Il est évident que la prise en charge de certains troubles nécessitera probablement une prise en charge multidisciplinaire, voire sexologique, la plupart des troubles sexuels féminins ne bénéficiant pas de traitement médicamenteux. La prise en charge nécessite peut être des compétences supplémentaires difficilement applicable en cabinet du médecin généraliste. Les patientes les perçoivent ainsi : « *Les gynécologues qui sont plus spécialisés et encore pas plus sur la sexualité mais sur les problèmes de femme, ils n'abordent pas le sujet je trouve.* »

- Et le manque d'intérêt pour la prise en charge de la sexualité, est quand même cité dans ces deux autres enquêtes de médecine générale

Certains médecins trouvent donc que le thème de la sexualité n'a pas sa place en consultation. Heureusement c'est une minorité, peut être faut il pondérer ce pourcentage à la région d'exercice, le caractère urbain, et le rapporter au nombre de consultation par jour. Evidemment une étude plus poussée sur la question nous permettrait d'éclaircir ce point.

- La gêne pour 39% des médecins interrogés dans la thèse.

De ces enquêtes-thèses il est mis en évidence que la gêne est genre dépendante (4, 5, 11). L'enquêteur lui même reconnaît avoir évité de poser des questions trop intrusives à des patientes réservées ou d'une autre génération par crainte de les mettre mal à l'aise.

Certaines patientes perçoivent cette réticence du médecin : « *Moi ça ne me dérange pas mais lui ne les aborde pas (ces questions)* ».

Dans notre enquête nous avons pu percevoir la peur de gêner de certaines patientes, « *Je ne vais pas l'embêter avec ça* »

ii. Le frein du côté patientes.

Nous reprenons ici, une synthèse des conclusions des éléments ayant empêché le discours dans les autres enquêtes de médecine générale.

Par ordre d'importance :

- La gêne

La gêne apparaît en premier. Par exemple les patientes parlent peu de la dysfonction orgasmique à leur médecin car c'est un sujet délicat à aborder et qui n'entraîne pas de réponse thérapeutique.

- La fatalité

Ensuite apparaît la perception du symptôme comme une fatalité « C'est un symptôme inéluctable lié au vieillissement ». Il n'y a pas d'intérêt à venir en parler à son médecin. Il ressort des entretiens qui ont mentionné ce sentiment d'impuissance face à quelque chose d'inéluctable, de cette résignation, que le fait d'en avoir parlé, leur a fait du bien. Notre rôle est peut être de montrer aux patients que vieillir n'est pas synonyme d'arrêt de l'activité sexuelle si c'est important pour eux. Pour ce faire il est donc important de pouvoir engager la conversation sur le sujet. « *C'est la nature, on ne peut pas lutter contre ça. Si lé pas capable, on sa pas prendre un comprimé pour* ».

- Le caractère épisodique et la résolution spontanée sur trouble :

Nous retrouvons également le : « *ça va passer tout seul* ».

C'est le cas pour d'autres symptômes, comme le rhume ou la gastroentérite. Il ressort donc de cette étude que la personnalité de la patiente est importante. Une patiente qui se « débrouille » toute seule et qui ne consulte pas pour un rhume, ne va pas consulter dès l'apparition d'un symptôme et vice versa.

Les patientes inquiètes de nature, se qualifiant elles-mêmes « d'hypochondriaque », viendront plus facilement. Celles qui consultent peu attendront que l'occasion se présente. Là aussi la personnalité de la patiente est décisive pour aborder le sujet.

- L'influence du genre du médecin :

Dans notre étude comme dans les autres citées, « mon médecin est un homme et je préfère une femme ou inversement ». Les jeunes patientes de notre étude témoignent pour dire que c'est plus facile d'aborder le sujet avec une femme. Pourtant elles semblent à l'aise pour parler avec l'enquêteur qui est un médecin homme. Cette apparente contradiction peut nous faire penser qu'il s'agit plus de la qualité le facteur « *il me connaît* », « *je le connais* » donc la durée de la relation et la proximité, sont plus importantes que le sexe du médecin.

Toutefois en cas de médecin inconnu le genre de celui-ci sera important pour la divulgation d'un problème selon sa gravité. « L'influence psychosociale du genre comme frein à l'expression des phénomènes en rapport avec le désir, le besoin ou l'émotion est d'autant plus présent que les protagonistes de la relation médecin patient sont de sexe opposé » (34) quand la relation n'est pas établie.

- La reconnaissance de la nature médicale du trouble :

Pour notre enquête il apparaît que les patientes ont consulté pour quatre d'entre elles un gynécologue et pour une un sexologue avant de venir en parler. Ce n'est pas que ce n'est pas médical, mais la sexualité n'est à priori pas perçue comme le domaine du généraliste.

A deux reprises mais dans le contexte est particulier d'absence de troubles, « *Si c'est médical, j'en parle* ». Laisse sous entendre que la patiente n'en a pas parlé pour le moment parce que ce n'est pas quelque chose de médical à ces yeux. Une étude avait retrouvé 53% des patients qui invoquaient cette raison. (40). Pour les patientes ne pensant pas en parler à leur médecin, et ayant rapporté des troubles même minimes, semblent avoir changé d'opinion suite à ces entretiens. Là aussi nous pouvons voir l'importance de la sollicitation, et de la sensibilisation des femmes aux troubles de la sexualité. Il faudrait trouver un moyen de faire comprendre que le médecin peut être un bon interlocuteur sur le sujet. Comme nous l'a dit une patiente qui elle en est consciente, le médecin pourra l'entendre, la rassurer, l'aider, ou la guider s'il n'a pas de réponse.

- Les conséquences du trouble

La banalisation du symptôme, la perception du trouble « *Ce n'est pas grave* ».

C'est un phénomène que nous avons essayé de mettre en évidence tout au long de la thèse. Selon l'importance de la sexualité dans sa vie la patiente va vivre un trouble d'ordre sexuel plus ou moins intensément. Si la patiente n'a pas de besoin particulier et que le sexe n'est pas essentiel dans sa vie, ce qui semble être le cas d'une bonne majorité des femmes interrogées, le trouble n'entraînera pas de

perturbations suffisantes pour motiver à la consultation. Une patiente pour qui la sexualité est importante en tant que telle, ou comme liée à sa féminité, à son amour, sera beaucoup plus sensible à la survenue d'une dysfonction sexuelle, et de ce fait en parlera plus aisément.

- La proximité du médecin :

Cette proximité crée au médecin généraliste une place privilégiée. La position particulière peut s'expliquer déjà de manière rationnelle. La proximité géographique, la disponibilité, la place centrale du médecin généraliste dans le parcours médical, ressortent dans les différents entretiens. Même s'il nous plaît de croire que le fait d'être choisi est essentiellement grâce à nos qualités humaines et professionnelles, certaines patientes placent l'accessibilité comme premier critère.

Heureusement souvent la patiente reste avec son médecin pour d'autre raison. La relation avec le médecin traitant peut être à double tranchant comme nous avons pu le voir dans les résultats. Pour être à l'aise il faut connaître son médecin et qu'il nous connaisse. C'est un point positif et favorisant le discours, avec cette connaissance mutuelle, le médecin peut intervenir dans les sphères intime et familiale. C'est même vécu assez positivement par les patientes de leur demander comment vont les enfants, et le mari, etc....

De nombreuses études comme par exemple l'étude ASCHKA (8)(Allemagne, 2001), concluent que les patients privilégient leur médecin de famille pour parler de leurs problèmes sexuels, mais qu'ils en parlent peu et aimeraient que leur médecin traitant aborde le sujet lors d'une consultation de routine.

Le mot médecin de famille est ressorti dans les entretiens, il démontre l'implication du médecin dans le domaine du privé.

A contrario la proximité peut également empêcher le dialogue, mon médecin est un ami, ou il connaît mes proches, sont de gros obstacles à la confiance. « *Au Dr ? Non, il connaît mon mari* ».

Ce point a été soulevé dans les entretiens, quand le « *Médecin nous connaît trop* ».

Voilà un phénomène particulier de la relation médecin patient, qui revient assez fréquemment dans les propos des femmes. Après de longue année de relation médecin-patientes, avec les autres membres de la famille, le médecin perd de sa neutralité. La proximité affective modifie les perceptions du médecin de la situation aux yeux des patientes. « *Mais c'est vrai qu'il y a eu quelques petits dérapage, je n'ai pas été très contente. C'est pour ça que je vous dis que des fois il vaut mieux passer avec quelqu'un d'autre, parce qu'il vous connaît trop, il passe à côté de choses, qui peuvent poser problème. Il a tendance à trop nous connaître, c'est vrai que des fois on ne parle pas que de ça, on parle aussi d'autre chose et il est passé à côté de quelques petites choses* ».

Il est évident que parfois quand les plaintes sont fréquentes, il est possible que les médecins aient tendance à les minimiser. Les patientes qui ont abordé ce sujet, sont des patientes qui consultent

souvent, parfois considérant leur médecin comme un confident. Elles déposent en consultation leur sac de maux, comme elles le disent, elles ont besoin d'être écoutées et entendues. La proximité est ambiguë, c'est « comme un ami », mais en même temps elles osent dire à leur médecin des choses qu'elles ne disent à personne, mais qu'elles ont besoin de dire. La relation établie est donc complice tout en marquant le fait que le médecin est quelqu'un d'extérieur. Le médecin a une place importante pour le patient, l'avis du médecin est le plus fiable.

« Je ne peux pas aller consulter un autre pour raconter mes problèmes ».

Le fait d'être le confident de certaines expériences tiens donc de la confiance dont les patientes nous témoignent, et en même temps la distance, le secret professionnel, le professionnalisme, c'est la fonction du médecin qui protège et permet la divulgation du secret.

En définitif, même si elles ont été déçues, elles sont toujours chez le même médecin. Comme elles ont pu le dire, le regard neuf est important. Pour cette enquête il ressort une étrange fidélité des patientes envers leur médecin. Il faut donc au maximum éviter de laisser la routine s'installer, et écouter une nouvelle plainte et la prendre comme si c'était la première fois que la patiente venait.

Pour parler il faut donc un médecin à la fois proche mais à la bonne distance, il doit être sensible et humain, mais doit rester en dehors de la sphère privée.

Il ressort de ces entretiens que le médecin a une place à part dans représentations des personnes pouvant intervenir sur la sexualité et sur d'autre domaine de la vie privée. On ne parle pas de dysfonction à ses amis, certaines le font mais il y a souvent des réserves, la pression sociale fait que la patiente taira certains détails, le secret s'applique moins en privé, et le jugement est présent.

« Mais j'avais besoin de discuter de ce sujet, j'avais besoin de parler à quelqu'un d'extérieur à mon contexte familial, ni à un ami, mais à un professionnel. »

3) La réponse à la question de la recherche :

La présence du trouble nous apparaît un élément indispensable pour aborder le sujet pour la patiente. Nous allons donc mettre en évidence à quelle période de la vie un symptôme est le plus susceptible de survenir et où un médecin doit pouvoir essayer d'aborder le sujet avec une patiente.

a) Les moments propices pour le dépistage d'une dysfonction.

i. La ménopause :

La ménopause est l'un des moments de la vie d'une femme où l'abord de la santé sexuelle semble le plus opportun. C'est une période difficile pour certaines femmes, et devant les difficultés à aborder le sujet une recherche systématique de troubles paraît justifiée. C'est une période évoque le

vieillesse et la perte de la fonction reproductive, qui va redéfinir le rôle de la femme avec des modifications significatives de son corps et de son estime de soi. Elle a donc un retentissement physique, psychologique et social.(46) « *Je suis à un tournant de ma vie de femme, parce que j'ai 46 ans, je sens maintenant que je ne suis plus la même, et je suis fatiguée, j'ai les jambes lourdes* »

Une autre dira : « *je suis passé dans un autre cap* »,

Notre enquête a une bonne représentation de cette période de la vie avec un tiers des patientes qui ont entre 45 et 59 ans. « *Les rapports ne sont plus les mêmes, parce qu'il y a beaucoup de sécheresse* ».

Une étude sur l'impact de l'atrophie vulvo-vaginale des femmes ménopausées de 2014 (47) relève que la moitié des femmes interrogées souffrent de sécheresse vaginale, mycose, et dyspareunies. Ils encouragent les médecins généralistes et les gynécologues à leurs dépistages, en insistant sur le fait que les femmes ne sont pas du tout informées de ces troubles

Quatre symptômes peuvent être mis en évidence, les dyspareunies, et la sécheresse vaginale déjà évoqués et deux symptômes prépondérants :

- Les métrorragies :

Comme premier point nous avons reconnu que ceux-ci sont fréquents dans l'année précédente de la ménopause. Un article décrit les différents symptômes de métrorragies autour de la ménopause et conclut de ne pas dramatiser ce symptôme puisque l'incidence oncologique est faible (un seul cas de cancer sur 800) (58).

Ce symptôme surtout occasionne d'importants désagréments dans la vie de la femme en pré-ménopause, une patiente nous dira : « *Je ne suis plus sortante, je n'étais plus sortante parce que j'avais peur de me salir facilement* ». Pour nous dire que les saignements l'empêchaient de sortir de chez elle. En parcourant cet article sur la rapport coût bénéfice des traitements de ces saignements, nous pouvons nous rendre compte de l'impact économique et psychologique de ce symptôme, avec souvent l'intervention chirurgicale comme méthode radicale.(18). Une étude faite aux Royaume-Uni, appelée NICE, a changé la vision de ce symptôme qui était évalué par rapport à la perte sanguine jusque là. Cette étude prend en compte la perte de sang par son retentissement sur la qualité de vie.

Ce changement de point de vue qui date de 2007, nous permet de mettre en évidence le désagrément de ce symptôme non pathologique dans la plupart des cas, mais lourd de conséquences et qui est très bien illustré dans les propos de nos patientes : « *J'étais dans une impasse* ».

- La baisse de la libido :

Comme nous avons pu le voir souvent au cours de l'enquête, la dysfonction, ou la fonction sexuelle, est toujours rapportée à la sexualité au sein du couple.

La femme qui ressent une baisse de son désir, admet souvent que le rapport sexuel pour elle pourrait s'arrêter aux préliminaires.

« Mais s'il le voudrait bien, ça s'arrêtera à là, les caresses voilà, les petits baisers, les douceurs sans plus, mais à un moment donné je pense que j'aurai envie de plus, mais à d'autre moment ça me suffirait d'être ensemble se donner la main, parler dans l'oreille, des petits trucs de rien ça me ferait plaisir »

Le problème se situe dans le manque de communication/ entente avec le partenaire. Ceci est affirmé également dans l'étude CLOSER (45) qui démontre que 28% des femmes de cette étude n'ont pas parlé de leurs troubles à leur partenaire, et que le premier point est déjà de rétablir la communication dans le couple.

Un article-revue de la littérature sur le sujet de la baisse du désir illustre bien ce trouble appelé trouble du désir sexuel hypo actif par nos collègues anglophones. (20).

Cet article met bien en évidence l'introduction de ce terme, le « manque d'intérêt pour l'activité sexuelle » dont l'évaluation est laissée au clinicien. Nous pouvons en déduire que fort heureusement nos patientes ne sont pas toutes concernées par les critères diagnostiques énumérés. La recherche de fantasmes et de l'image de soi a un rôle diagnostique dans notre enquête, il explore ce que les sexologues appellent la santé érotique.

Ils insistent beaucoup sur ce symptôme et encore sur les répercussions de celui-ci, sur la qualité de vie et sur la vie de couple. Dans notre enquête :

« La baisse de désir avec mon mari ce n'est pas toujours facile, on en parle mais il a du mal à comprendre (...) je suis en train de changer ».

Il en découle que s'il n'y a pas de répercussions, la demande et la prise en charge ne sera pas nécessaire. Dans de nombreux articles il apparaît qu'un fort pourcentage des femmes souffrant de baisse de désir se sentent frustrées, avec tout un cortège de sentiments, comme une baisse de féminité, une insécurité, un comportement inadéquat, un manque ou une cassure sexuelle, une baisse de l'estime de soi et l'impression de laisser tomber son partenaire, ce qui est très bien illustré dans notre enquête avec le sentiment de culpabilité et l'impression de ne plus être normale : « Comme dirait je fais mais ça m'énerve un peu. Je me pose cette question, pourquoi ? ». « Pourquoi ça m'arrive à moi ».

Selon un autre article, il est dit que le meilleur facteur prédictif de la fonction sexuelle après la ménopause, est le niveau antérieur de cette fonction et le statut du partenaire. Ils concluent même que la relation est plus déterminante que la carence hormonale dans l'apparition du trouble.(30). Ce qui justifie également notre partie des résultats sur la recherche de la sexualité investie ou pas.

La baisse de libido est donc un symptôme à pondérer, par le vécu de la patiente, et par les répercussions sur la sexualité du couple et à fortiori sur le couple.

Pour finir, il ressort de la littérature et d'une récente étude (54), ayant comparé la libido de 208 femmes ménopausées, avec 68 femmes ménopausées sous traitement hormonal substitutif, et 400

femmes non ménopausées de mêmes âges, que les effets négatifs de la ménopause sur la sexualité sont essentiellement dus à l'anticipation ou à la représentation négative de la sexualité autour de la ménopause. Ils enchérissent en affirmant que le blocage est plus symbolique que biologique.

Ce qui ressort vraiment de l'approche actuelle de la sexualité féminine, ou des troubles de la sexualité en général, c'est vraiment de plus en plus l'axation de l'approche sur la relation de couple. De plus en plus les dysfonctions sont mises en cause, ou sont imputables à la relation de couple. De nombreuses études et articles ont étudiés ce paramètre et de quelle manière il agit sur la sexualité.

« J'ai souffert de voir mon mari en souffrance ».

Ce qui est une raison de plus d'oser aborder le sujet à la ménopause et de rassurer les patientes, traiter une sécheresse ou un saignement, prévenir les éventuels cas d'expériences douloureuses.

ii. La maternité :

• Le post-partum immédiat :

Dans notre enquête on se rend compte que deux patientes ont exprimées une absence de rapports au décours d'une grossesse. Il ne semble pas y avoir d'influence du nombre de grossesse avant la survenu du symptôme. Dans les deux cas les troubles sont plus ou moins résolus, le manque d'intérêt étant toujours présent au moment de l'enquête. Pour la première il y a eu un autre enfant depuis et elle allaite actuellement encore, le trouble reste à l'état de manque d'intérêt. Pour la deuxième le trouble réapparaît à la ménopause, c'est pour ça que cette fois elle consulte. Dans les deux cas la patiente a donc déjà expérimenté ou plutôt vécu un trouble qui explique sa présence en consultation. Pour la première qui est jeune, la thèse n'est qu'un temps pour confronter son expérience et son vécu, afin de voir si « c'est du passé », ce qui semble être le cas. Elle justifie son manque d'intérêt par l'importance de son rôle de maman amenuise ses besoins. Le deuxième à une réelle peur que le trouble se reproduise, avec les mêmes risques d'abstinence (3-4ans) et d'infidélité de son mari. La question de la sexualité en post-partum immédiat à donc une place car chez nos patientes il y a eu de lourdes conséquences.

Selon un article sur les dysfonction sexuelle du post-partum, les dyspareunies, les vaginismes et autres douleurs apparaissent en premier lieu, d'autant plus s'il y a eu des traumatismes vaginaux au moment de la délivrance, et donc moins en cas de césarienne. Si on s'appuie sur les chiffres, ils énoncent, en fonction des études, que 42% des femmes en souffrent en post-partum immédiat, qui se réduit à 22% à douze semaines. C'est pour ce principe que les rapports ne sont pas recommandés avant la sixième semaine après l'accouchement. La baisse de désir, ou la baisse d'intérêt pour la sexualité est le deuxième symptôme, en fonction des études à 61% à la sixième semaine, et 26% à six mois(3).

La diminution de l'excitation est surtout due à l'appréhension et d'autant plus s'il y a eu des précédents d'expériences sexuelles négatives ou douloureuses.

De ces études apparaissent plusieurs facteurs devant nous faire rechercher des dysfonctions sexuelles à ce moment de la vie :

- le mode de délivrance par voie basse, d'autant plus s'il y a eu traumatisme,
- l'allaitement, qui modifie psychologiquement et physiquement les femmes, les études décrivent essentiellement une altération de la phase d'excitation, probablement pour des raisons hormonales.
- la dépression est également à rechercher.

Une étude pilote en 1999 (13) rapportait déjà que sur 158 femmes, 67 avait rapporté des troubles, 58% de dyspareunies, 39% de sécheresse vaginale, 44% de baisse de libido, et que seulement 19% ont été voir un professionnel médical. Tout ceci pour conclure à l'intérêt, voir la nécessité, d'aborder le sujet des troubles de la sexualité en post natal immédiat.

- L'instinct maternel

Notre étude montre la part importante que représente le fait, d'avoir et de ne pas avoir d'enfant, dans l'intérêt pour l'acte sexuel, chez les femmes, tout âge confondu.

L'enquête CSF affirme que « l'arrivée des enfants transforme le couple de « partenaires sexuels » en « couple parental. » Ce qui a pour conséquence de modifier la place qu'attribuent les femmes et les hommes à la sexualité au sein de la relation. C'est surtout présent chez les enfants en bas âge (avant 3 ans).

L'enquête INSEE sur l'emploi du temps, montre qu'il y a bien une polarisation des rôles masculin et féminin même si ceux-ci étaient égaux avant, dans le couple en général, et que cette polarisation s'accroît par l'arrivée d'enfants.

Une patiente a exprimé l'apparition de dyspareunie et de baisse de la libido, l'autre patiente nous ayant dit que son désintérêt pour l'activité sexuelle découlait de son investissement exclusif pour l'éducation de son dernier enfant.

Si l'on poursuit sur les effets de la maternité sur la femme (la réorganisation de ces priorités) et sur son estime de soi, illustré plus haut dans les résultats et appuyé par une étude qualitative australienne ayant recensé 18 femmes sur la maternité de Melbourne en 2012 (64) souffrant d'une sévère baisse de la libido, montre que ce trouble s'accompagne d'un sentiment de culpabilité, que l'on a pu retrouver dans ce symptôme habituellement. Notre patiente nous a dit :

« Du fait de mes grossesses, c'est sûr qu'à certains moments je pouvais m'en passer. En ce moment je sens bien que mon rôle de mère prend le dessus sur le reste. »

L'enquête CSF avance que : « les femmes devenues mères considèrent alors la sexualité comme moins indispensable à leur équilibre personnel ». Cet élément a été retrouvé dans notre enquête les femmes ont dit : « *La sexualité est moins essentielle* ».

Une étude essaie de démontrer ce phénomène au niveau cérébral. Le désinvestissement sexuel est étudié par rapport à la réactivité cérébrale, et surtout la réponse de l'amygdale cérébrale, centre de réponse à une stimulation émotionnelle ou sexuelle à un stimulus visuelle, des images à caractère sexuel ou des images d'enfants, chez des femmes sans enfants (nullipares) et avec enfants (post-partum).(56)

Cette expérience met en évidence que biologiquement les centres d'intérêt des femmes changent par le fait d'avoir des enfants ou pas. L'intérêt pour la sexualité diminue après la maternité, tout comme l'instinct maternel y est accentué. Il reste à déterminer si cette cause biologique ne peut pas également s'expliquer par d'autre raison.

iii. Intervention autour de la contraception

Au décours de ces entretiens a pu apparaître les préoccupations importantes des mères quant à l'éducation sexuelle des enfants.

Le moment pour en parler qui a été identifié par la patiente est à l'unanimité le moment de l'apparition des règles pour les jeunes filles. Pour les garçons c'est beaucoup plus flou.

Dans ces entretiens est abordé la nécessité de pouvoir permettre la discussion. La consultation doit être un espace d'échange où l'on peut se sentir libre de parler.

La population jeune est peu représentée dans notre enquête, nous nous servons des témoignages qui nous racontent leur biographie sexuelle comme l'arrivée des menstruations pour toutes les femmes, et surtout la conséquence qui a été très souvent soulevée, le début de la contraception.

La contraception est surtout son renouvellement est une bonne occasion d'aborder le thème de la sexualité, et la prévention. Nous allons faire un petit aparté sur la contraception et les troubles de la libido mentionnés par une patiente, qui a appelé cet épisode : « *Une frigidité passagère* ».

- L'effet de la prise contraception sur la sexualité.

Tous les auteurs ayant fait des recherches sur l'effet de la contraception sur la sexualité, s'attendent à une libération de celle-ci par le soulagement de la peur de la grossesse. Une revue de la littérature sur les effets de la contraception sur la sexualité de la femme (57), met en évidence :

- il n'y a pas de baisse significative de libido sous pilule oestro-progestative.
- Sauf s'ils sont accompagnés de saignements, qui causent de la sécheresse et des irritations

- Les contraceptifs progestatif seul, entraînent plutôt une baisse de libido, de la sécheresse et des dyspareunies.
- Les dispositifs intra-utérins n'ont pas d'effet sur la libido.
- La stérilisation féminine est marquée par une augmentation de la libido.

Ils insistent sur le fait que le médecin doit parler de ces effets, en plus des risques des différentes méthodes afin de choisir au mieux la meilleure option pour la patiente et surtout rechercher ces troubles une fois la contraception en cours. De plus la carence ou l'imprégnation hormonale peut déclencher des déséquilibres au niveau lubrification qui doivent être recherchés au même titre que les saignements, mastodynies, douleurs de règles et céphalées sous pilule. Les mycoses et autres vaginoses qui ont été évoquées également dans l'enquête, en sont une manifestation. Leur recherche et leur prise en charge sont importantes pour le confort, et la sexualité.

Deux autres méta-analyses de plus grande envergure (21, 28), ont les mêmes conclusions, la sexualité de la majorité des femmes n'est pas affectée par la contraception orale, il n'y a qu'un faible pourcentage de baisse ou de stimulation de la libido. Ils préconisent quand même à une vigilance.

La discussion reste ouverte puisqu'une étude pilote (16) met en évidence sur une cohorte de 22 patientes, l'apparition de dyspareunie, de baisse de la libido et de l'excitation, ainsi que la diminution de la fréquence des rapports et des orgasmes. Certainement que l'étude est de petite envergure mais les conclusions sont contradictoires et vont dans le sens de notre patiente qui a présenté une frigidité sous contraceptifs oraux.

La prescription de la contraception, à l'initiation ou au renouvellement est donc un moment privilégié pour aborder le sujet de la sexualité.

iv. Les maladies chroniques

En règle générale la maladie chronique est un événement traumatique qui entraîne des perturbations de plusieurs domaines de la vie qui peuvent altérer la qualité de vie.

Comme nous l'avons vu nous avons beaucoup de patientes concernées dans notre enquête en comparaison aux autres études.

Au niveau de l'enquête CSF, les personnes souffrant de maladie chronique, ont moins de rapports dans les douze derniers mois que les non malades.

- Le diabète est connu comme pourvoyeur de dysfonction érectile chez l'homme. Dans l'enquête CSF il est présent chez les femmes de plus de 50 ans qui expriment une baisse de désir, et des rapports moins fréquents. Une enquête menée en Espagne conclue que les différentes études sur la

femme ayant un diabète, est moins active sexuellement et qu'elle est à plus haut risque de développer une dysfonction sexuelle. (35) Ils dénoncent des nombreux facteurs pouvant influencer les troubles, comme l'âge, l'ancienneté du diabète, un régime alimentaire inadéquate et la présence de complications secondaires au diabète. Dans cette enquête 25% des patientes avec un diabète se disent insatisfaites, contre 12% de la population générale.

- La dépression est présente à 6,4% de la population féminine au moment de l'enquête, dont 69% ont des plaintes sexuelles.

Les autres maladies chroniques entraînent un affaiblissement, 18% des maladies rhumatologiques, et 6% des maladies cardiovasculaires.

- Les effets secondaires des traitements médicamenteux. Dans les autres travaux de thèses, se retrouve la prise en charge systématique des maladies chroniques puisque 63 et 68% des médecins interrogent leurs patients à risque de dysfonction et ceux prenant un traitement avec potentiellement des effets secondaires (11)

Plus proche de notre étude la prise d'antidépresseurs, les traitements de type sérotoninergiques entraîneraient 50% de troubles sexuelles, ce qu'ils dénoncent comme pouvant avoir un fort impact sur la compliance au traitement. Les symptômes décrits chez les femmes sont une baisse voire une perte de libido et une augmentation du délai de l'orgasme. Nos patientes n'ont pas de plainte de libido sous traitement antidépresseur mais il est important de savoir que c'est un effet indésirable à rechercher.

Pour les patientes atteintes de psychose ils retrouvent 90% de troubles essentiellement dues aux traitements influant sur la prolactinémie. Notre patiente psychotique s'est plainte d'aménorrhée secondaire.

Une revue de littérature très intéressante sur la fonction sexuelle dans le cadre des maladies chroniques, avance quelques chiffres et des recommandations importantes par pathologie. (15) La première des recommandations mise en avant est l'évaluation des deux partenaires. Ce qui a été fait chez notre couple de patients diabétiques. Ils insistent également sur l'évaluation de la dépression comme comorbidité. Nous citons quelques chiffres pour illustrer l'incidence des dysfonctions sexuelles dans les cas de patients souffrant de maladies chroniques.

-Les maladies neurologiques : Pour les traumatismes crâniens, ils recensent 36 à 54% d'atteinte, essentiellement des problèmes de sécheresse et des dyspareunies chez les femmes. Dans les cas d'AVC 44% des femmes déclarent être insatisfaites de leur sexualité contre 20% avant.

- Les néphropathies : Pour les patientes souffrant d'insuffisance rénale terminale, les études montrent 45 à 100% de baisse de désir en cas d'hyperurémie, et 41% après transplantation, 21% de troubles orgasmiques chez les patientes en hémodialyse, et 14% chez les patientes transplantées. Ils insistent bien sur la présence de comorbidité, notamment le diabète et l'hypertension.

-Les maladies rhumatologiques chroniques : L'influence de ces maladies sur la sexualité est elle peu étudié, selon une revue de la littérature de 2009 (62), la douleur chronique, la fatigue, la baisse de l'estime de soi, réduisent l'intérêt pour la sexualité et la fréquence des rapports. Le plaisir est diminué par les douleurs des articulations en mouvement, ou la difficulté à trouver une position confortable. Ils dénoncent le manque de sollicitation des praticiens dans ce domaine de la qualité de vie des patients avec seulement 12% des patients interrogés sur le sujet. En quelques chiffres selon les quelques études, pour la polyarthrite rhumatoïde, 31 à 76% des patients ont eu des expériences sexuelles problématiques. Les difficultés rencontrées sont communes à toutes les maladies rhumatologiques chroniques qu'ils caractérisent essentiellement de déficience sexuelle : la difficulté à avoir un rapport et la diminution des pulsions sexuelles avec une baisse du désir et de la satisfaction. Des difficultés essentiellement dans certaines positions surtout quand les hanches ou les genoux sont sollicités, des dyspareunies dues à la sécheresse vaginale, les douleurs et la fatigue. Dans une étude citée ou 50 à 60% des patients se plaignent de dysfonctions sexuelles, ils notent une réduction de la fréquence des rapports de 73%, avec jusqu'à une aversion pour les interactions sexuelles. Dans le syndrome de Gourgerot-Sjörger la sécheresse des muqueuses peut altérer jusqu'à l'échange de baiser qui peut devenir désagréable.

L'une de nos patientes est atteinte de spondylarthrite ankylosante, elle souligne ses difficultés positionnelles pour faire du sport, après la lecture de ces articles il sera possible de lui proposer les recommandations générales avancées par cet article :

- la communication avec le partenaire, principalement à propos de l'appréhension des la douleur et du stress du rapport.
- D'explorer différentes positions.
- D'utiliser des antalgiques et des décontractants musculaires avant l'activité sexuelle.
- D'explorer des méthodes alternatives de l'expression sexuelle.

-les cancers. Une de nos patientes est actuellement en traitement pour un cancer du sein et de la thyroïde. Le cancer est une maladie ayant socialement, psychologiquement et physiquement de lourdes conséquences. Et si l'on tient compte de la patiente traité pour un HPV nous avons deux patientes qui en sont atteintes. D'autres patientes notamment souffrant de cancer du sein font partie de la patientèle habituelle des cabinets de médecine générale, et trop souvent le domaine de la sexualité n'est pas exploré, ni avant, ni pendant, ni après le traitement. Nous pouvons dire que pour les cancers gynécologiques les études montrent que entre 30 et 100% des patientes « survivantes », à ce type de cancers, ont expérimentés une dysfonction sexuelle. Les plus fréquents sont des troubles du désir ou de

l'intérêt, des troubles de l'excitation, des dyspareunies, et des difficultés, voir une incapacité à avoir des orgasmes.

Au niveau psychologique pour exemple des conséquences de ces symptômes, nous pouvons citer qu'une diminution des sensations génitales, qui est une anomalie physique due à la maladie ou son traitement, peut donner un sentiment de corps défectueux, entraînant un évitement de l'acte voir même du partenaire (2). L'expérience de la dyspareunie, symptôme physique lui aussi, peut entraîner une appréhension, voir une peur d'en souffrir à nouveau, et donc un évitement, une hésitation à initier le rapport sexuel. Tous ces symptômes qui peuvent s'interpréter comme un renoncement à l'engagement voir une baisse de la confiance envers son partenaire, constitue ce que les auteurs de cet article appellent la conséquence sociale.

Le traitement peut agir par les effets secondaires des médicaments, sur les taux hormonaux, la fatigue, la chirurgie avec la perte d'organe souvent porteur de féminité ou de statut reproducteur, ou la radiothérapie et ses dégâts tissulaires et vasculaires. Déjà au niveau psychologique, avoir un cancer peut entraîner de l'angoisse et de la dépression, comme toute maladie chronique décrit par Wilmoth en 2007 (63). Le cancer gynécologique entraîne en plus une modification de la perception de l'image corporelle, de façon négative, avec le sentiment d'être moins désirable, ressentir un manque voir un vide, une perte de féminité. De plus le caractère « sexué » entraîne des émotions en rapport avec la sexualité, comme la maladie punition, l'activité ou le partenaire responsable de la maladie, la peur de rechute ou de transmettre la maladie. Pour surajouter au malaise, des études mettent en évidence la baisse de désir chez le partenaire due à la maladie, par la perte de la fonction de reproduction, par la perte ou la mutilation d'organes associés à la sexualité. La communication est alors essentielle avec les professionnels de santé qui doivent être attentifs à ce type de conséquences, et avec le partenaire qui doit être prévenu de ces possibilités, des risques des traitements, car selon cette revue de la littérature 70 à 92% des femmes en rémission de cancer gynécologiques pensent que la sexualité est importante dans leur vie.

-Les autres maladies chroniques : En dehors de ces maladies assez bien prises en charge, il existe d'autres maladies chroniques comme l'asthme, les allergies où les pathologies thyroïdiennes, qui sont bien représenté dans notre enquête, et dont les symptômes ou les traitements peuvent influencer la sexualité. Seulement pour citer un exemple trouvé dans la littérature, rien que pour la rhinite chronique, il y a des effets qui ont été mis en évidence sur la sexualité. Par les effets secondaires des médicaments mais également par la gêne des symptômes. (17, 39). Il est donc important de garder à l'esprit que tout symptôme et leur traitement peuvent influencer sur la sexualité, et donc investiguer le domaine de la santé sexuelle pour toute maladie chronique est à recommander aux médecins.

-Les maladies cardio-vasculaires : Il faut également penser aux maladies fréquentes comme les maladies cardiovasculaire. Les études montrent également une plus grande importance des dysfonctions sexuelles chez les femmes souffrant de d'hypertension ou en post-infarctus. Le phénomène le plus décrié est la reprise de l'activité sexuelle après un gros épisode cardiovasculaire, avec surtout l'impact de l'appréhension et du stress, où la aussi la communication avec le partenaire semble au cœur du débat. (31, 60)

v. La reprise d'une activité sexuelle

La reprise de l'activité sexuelle après une période d'abstinence est apparue au cours des entretiens. Dans la littérature on retrouve essentiellement des articles pour les reprises d'activités après une grossesse, ou après une chirurgie, mais pas d'information après une abstinence ou une abstention a cause du parcours de vie. Notre patiente se plaignant de dyspareunies qui heureusement ont disparues. Dans un autre cas, les dyspareunies peuvent entrainer un réel blocage jusqu'à une aversion pour les rapports sexuels. Il apparaît légitime de poser la question à une patiente dont nous connaissons l'histoire de remise en couple. Et le potentiel besoin d'être rassurée face à l'appréhension que peu susciter la reprise d'une activité sexuelle.

vi. Le vieillissement

L'avancée en âge et surtout l'expérience, la survenue de problème facilitent le discours et le questionnement sur la sexualité. Les entretiens ont bien mis en évidence que l'expérience et l'expérimentation de problème conduisent les patientes à ne plus se censurer et oser aborder le sujet.

« Avant ce n'était pas très facile. Mais après je me dis que ça nous aide aussi. »

Comme nous avons pu le voir à plusieurs reprise, la sexualité évolue avec l'âge, les femmes l'expriment bien au cours des entretiens, la jeunesse semble être l'apanage d'un sexualité libre et remplie d'expériences/ expérimentations, puis vient la vie de couple, la vie de famille, avec une diminution de la place accordée à cette activité, qui ne fait pas ou plus partie des priorités, mais qui est nécessaire à un certain équilibre, personnel, conjugal, et social.

Selon les études les femmes âgées sont deux fois moins sexuellement actives que les hommes de même âge. Une étude annonce 17% des femmes de 75 à 85 ans qui sont sexuellement active, contre 40% des hommes. Le fait d'être marié compte beaucoup, les femmes en couple sont actives sexuellement à 56%, contre 5% chez les femmes seules. Dans une autre étude chez les femmes de plus de 57 ans, les troubles les plus rapportées sont le manque d'intérêt pour 38 à 40%, les troubles de lubrification 36 à 44% et les dyspareunies dans 12 à 18%, l'impossibilité du rapport pendant les règles pour 32 à 38 % .

Plusieurs paramètres peuvent entrer en compte dans la satisfaction actuelle, comme la satisfaction sexuelle avant, et l'état de santé actuelle ainsi que celui du partenaire.(51) Est mis en évidence ici le vieillissement gynécologique, essentiellement du plancher pelvien. Les conséquences de vieillissement physiologique qui touche à priori tout le monde.

Notre étude est pauvre pour représenter la population très âgée, mais nous avons pu voir que l'âge, n'est pas un critère d'arrêt de la sexualité, fort heureusement pour nos patientes.

Nous avons une bonne représentation des patientes de plus de 60 ans qui sont ménopausées et qui ont des troubles, dont elles ont mis du temps à venir nous parler. C'est donc une population sexuellement active qui est encore d'une génération où la sexualité n'est pas facile à aborder en consultation avec un médecin.

Nous citons ici cet article pour démontrer que le sujet ne doit pas être tabou, l'activité sexuelle est quelque chose de normal, indépendant de l'âge. Il semble que les patientes mariées y soient plus exposées, nous pouvons donc cibler celles qui pourraient ne pas oser en parler.

Il nous faut agir pour que la ménopause ne signe plus l'arrêt de la sexualité pour les femmes.

Le vieillissement du couple ou l'importance de la durée de la relation dans la sexualité du couple. Il est important de finir d'illustrer la baisse de la libido qui est la plus représentée et à tous les âges de la vie par ce point.

La baisse de la libido est fréquente et dépendent de l'âge des partenaires et de la durée de la relation de couple.

Dans l'enquête CSF (9) ce n'est pas la ménopause qui est pointée du doigt, mais « le fait que la sexualité serait perçue de manière moins fonctionnaliste avec l'avance en âge, en raison d'une réelle modification de la signification de la sexualité au cours de la vie, et en particulier au cours de la vie de couple ».

Ils mettent en évidence deux choses :

- l'insuffisance de désir est plus fréquente dans les couples anciens, plus de 15 ans. En chiffre elle est recensée à 40% chez les femmes sur les 12 derniers mois.
- la division inégalitaire du travail domestique et de la prise en charge des enfants. Ce qui nous amène au second point de la vie de couple qui sera la maternité. (vu plus haut)

Nous n'avons pas les clefs pour aborder ce sujet, cependant il est important d'oser la question. Ce qui est évident c'est que pour les femmes la sexualité, c'est le couple. Même les célibataires ont du mal à conceptualiser une sexualité sans être en couple, ou sans partenaire.

Selon une enquête de 2004, 76% des femmes pensent que le maintien d'une vie sexuelle est essentiel au couple.(48). Nos patientes nous dirons :

« J'ai l'impression qu'il en faut pour être un couple ».

« Un couple sans sexualité, c'est comme qui dirait, qu'il manque quelque chose, quelque part ».

Nous avons déjà vu que l'intérêt pour la sexualité des femmes diminue avec la longévité du couple.

Selon Master et Johnson, 50% des divorces seraient directement liés à une mésentente sexuelle(41).

Ce paramètre important a déjà été exposé plus haut dans la baisse de la libido. Chez nos patientes qui l'expriment parfaitement, la relation de couple va jouer sur leur dysfonction par le poids de l'insatisfaction de l'autre, même si leurs attentes sont pleinement satisfaites, ou suffisantes. Il y a un double poids, le lien de causalité entre la sexualité et l'entente conjugale est bien exprimé dans les résultats, même si certaines rejettent totalement ce que l'on a longtemps appelé le « devoir conjugal », le fait d'être « en couple » implique d'avoir des relations intimes. Le fait de ne pas y arriver ou de ne pas en avoir envie, entraîne des doutes, des remises en questions, des craintes d'infidélité ou de rupture quand les bases du couple sont fragiles.

Comme a été mentionné dans ces entretiens une séparation à cause de ce désaccord, l'infidélité à également été soulevée, l'infidélité du mari non satisfait, la crainte, ou le fantasme de l'infidélité parce que c'est plus excitant, et glorifiant qu'avec le conjoint actuel, et qui, s'il se réalise pourrait avoir des conséquences.

Le deuxième poids, quand le couple va bien, est de décevoir l'autre. Même si pour bon nombre de femmes, le sexe n'est plus une façon de démontrer son amour pour l'autre, il faut quand même répondre un minimum à ses attentes. Ne pas y répondre entraîne de l'incompréhension, du doute, de l'instabilité. Nous ne reviendrons jamais assez sur la communication.

Si on se penche plus sur la littérature, il en ressort également que ce n'est pas la ménopause en elle-même qui est responsable de ce désinvestissement pour l'activité sexuelle des femmes.

Dans notre étude, les baisses de libido surviennent même avant la ménopause. Une des patientes avoue même : *« Si je parle de libido, elle n'est pas du tout éteinte, parce que à la limite j'envisagerai peut être des relations extraconjugales. Ça ne serait pas forcément dans la sexualité mais plus dans la séduction, et pour mettre du piment ».*

Ce qui est revenu plusieurs fois dans d'autres entretiens, là nous illustrons avec le fantasme de l'infidélité, et il y a aussi une demande d'axer la relation sexuelle sur les préliminaires. Ils semblent

que les femmes restent toujours plus que les hommes dans l'émotion, la stimulation. La recherche imaginative pourrait améliorer les baisses de désirs, notamment le changement de lieu, les weekend « en couple ». Les préliminaires, l'attention, sont des éléments qui reviennent souvent et qui insistent sur le fait que la notion de sexualité n'est qu'une chose en plus pour un couple stable. Ils sont plus que nécessaires mais le rapport n'est pas une fin en soi.

Tout ceci pour dire qu'il est important de connaître « l'état » de la relation sentimentale des patientes pour essayer de les aider au mieux et les orienter.

Un des biais de notre étude est le désir de conformité sociale, toutes les patientes présentant une baisse de désir, ont dit être satisfaites mais il est difficile de faire la part des choses entre la satisfaction réelle, et le sociétal, « je devrais être satisfaite », pour ne pas ternir l'image du mari. Nous avons pu nous rendre compte que certaines continuent à avoir des rapports malgré l'absence de désir. Ce qui peut paraître antinomique, le caractère « forcé » n'est, à priori, pas associé à la satisfaction. Ce phénomène est également mentionné dans les différents articles, c'est à dire que c'est pour le partenaire que l'activité est maintenue, pour le satisfaire, pour conserver cette intimité du couple, pour éviter les tensions. (20) Dans d'autres articles ce phénomène est pointé du doigt comme pouvant être à l'origine de dysfonctions. Le caractère obligatoire, ou pour faire plaisir sans communication préalable, sans tentative d'efforts des deux parties, peut engendrer une juxtaposition de troubles. Une femme ayant une baisse de désir, qui se force, aura des troubles de l'excitation, qui pourront entraîner des réponses sexuelles négatives, qui renforceront à leur tour la baisse de désir. C'est un cercle vicieux. Pourtant il est dit chez l'homme comme chez la femme que la pratique maintient le désir.

La baisse de désir se manifeste chez de nombreuses patientes une étude qualitative met en avant les émotions ressenties par les femmes souffrant de ce trouble. (33, 46) Une étude européenne de 2008 retrouve 53% de perte d'intérêt pour la sexualité alors que 71% des femmes pensent qu'il est important de maintenir une activité sexuelle. Nous reprendrons en traduction ces termes qui illustrent parfaitement le poids de ce symptôme sur le moral. Les discours des patientes témoignent de nombreux sentiments comme la dévalorisation de soi, la frustration, la confusion, l'insatisfaction/ le mécontentement, la colère, l'embarras, le stress, la dépression, et ce qui semble important et qui a été retrouvé dans notre étude également, le sentiment d'être incomplète. Cette enquête qui a plutôt été axée sur le côté médecin montre que le frein à la prise en charge est l'absence de traitement efficace à proposer au patiente. Mais comme l'a dit une autre patiente :

« Rien que d'en parler c'est déjà la moitié »

Il est sous-entendu la moitié de la guérison, la moitié du soulagement, d'avoir pu parler de ce fardeau dont on ne peut pas parler à ses amis. Le fait de mettre en évidence des problèmes de couples peut également orienter la prise en charge, vers une thérapie de couple par exemple.

Pour en finir sur ce point particulier qu'est la sexualité dans le couple, une enquête présentée dans la sexualité des gens heureux, menée par Doyen V. montre que les couples heureux sont caractérisés par un bon niveau de communication. Il y apparaît que les Français sont les plus gênés par ce point puisque 47% d'entre eux avouent que la communication du couple est mauvaise (29).

Le défaut de communication est souvent pointé du doigt, la satisfaction sexuelle et la satisfaction de la relation de couple sont liées, s'il existe un manque de communication sur le domaine de la sexualité, il y en a probablement un sur les autres domaines aussi (23), il semblerait même que les couples ayant la meilleure entente sexuelle sont les couples vivant séparément ce que nous retrouvons aussi dans nos deux entretiens ayant la même configuration.

Autre fait important qui apparaît dans cet ouvrage est que « contrairement à l'adage populaire, il est parfois préférable d'être mal accompagné que de rester seul. La stabilité est un pilier important mais qui ne fonctionne que s'il existe le pilier de la créativité. »

« Dans le cas d'un mariage raté, source de souffrance, une relation intime impliquant le soutien mutuel apparaît comme l'une des plus grandes satisfactions dans la vie. »(44)

Le mot-clé sera la communication, les articles de psychologies du couple se basant sur des enquêtes auprès des couples mariés, insiste sur le fait que le médecin ou le professionnel doit montrer aux couples l'importance de révéler les informations sexuelles à son partenaire qui auront un effet positif sur la satisfaction de la relation de couple et la proximité (25, 65).

Ensuite apparaît la théorie de la vision différentialiste de la sexualité, sujet d'actualité, mise en avant dans cette enquête de 2013 sur la communication dans le couple et la relation entre la satisfaction de la vie de couple et la satisfaction sexuelle. Elle démontre que pour les épouses la satisfaction sexuelle de leur mari ne rentre pas en compte dans leur appréciation de la vie de couple, et à contrario pour les hommes(65).

Si nous nous référons aux autres études sur le sujet, comme le chapitre 25 de l'enquête CSF : « il existe une vision dominante d'une différence des sexes liée à leur place spécifique dans la sphère de la reproduction. « Derrière l'injonction à une sexualité épanouie, c'est finalement un modèle de sexualité au féminin qui est trouvé, valorisé, où la réussite sexuelle se mesure moins à la performance, qu'à la capacité des deux partenaires à s'engager dans une relation stable et surtout satisfaisante du point de vue affectif et sexuel. »

La vision différentialiste de la sexualité

En 1949, De Beauvoir Simone disait : « On ne naît pas femme, on le devient ».

L'homme et la femme n'attachent pas la même importance ni les mêmes valeurs à la sexualité. Nous reprendrons deux arguments ici, le bref historique de l'introduction est nécessaire à la compréhension de la vision actuelle de la sexualité féminine. Comme nous l'avons vu plus haut la pression sociale est beaucoup plus pesante sur la sexualité de la femme. La vision simpliste d'une sexualité féminine, mue uniquement par les sentiments et les liens affectifs, reste prépondérante. Le politiquement correct gagne, une seule de nos patientes a des rapports avec un partenaire qu'elle n'aime pas. Une seule l'avoue. Le politiquement correct est important, c'est pour ça que la question du nombre de partenaire dans la vie sexuelle a été posée. Il a été plus facile à une femme de dire le nombre de partenaire sans mentionner le lien d'affection qui les liait, que de dire qu'elle a pu avoir des relations, uniquement pour le plaisir. Il faut également tenir compte que les femmes ne comptabilisent souvent que les partenaires avec lesquels il y a eu des liens affectifs. Cet argument est avancé dans l'enquête CSF et dans d'autres études, afin d'expliquer une sous-estimation probable du nombre de partenaire chez les femmes. La croyance en des besoins sexuels naturels plus importants chez les hommes est majoritaire avec 73% des femmes et 67% des hommes qui le pensent au moment de l'enquête CSF. Celles qui avouent, n'avoir eu des rapports que pour le plaisir sont rares, elles représentent une minorité, et nous n'avons pas épilogué sur le sujet, mais nous pouvons nous interroger sur la notion de recherche de plaisir. Ce qui nous permet de penser qu'il y a de l'espoir pour les femmes de sortir de ce carcan d'une sexualité exclusivement conjugale. Chez certaines de nos patientes la sexualité a une importance dans le développement individuel. Elles sont peu mais certaines envisagent la relation sexuelle, pour le plaisir, pour tester leur séduction, mais pour le moment la fidélité dans le couple reste unanimement la règle.

Nous sommes toujours dans la conception des sociobiologistes et des psychologues évolutionnistes qui est de dire que le mâle a besoin de trouver un grand nombre de partenaires pour diffuser ses gènes, tandis que la femelle a elle besoin de trouver un mâle protecteur qui l'aidera à élever sa descendance.(22)

Des études menées sur le cerveau humain ont mis en évidence le fait que les filles sont programmées pour s'intéresser aux interactions humaines, plus que les garçons. En 2003 dans un livre sur l'autisme, l'auteur synthétise que le cerveau des hommes et des femmes seraient différents. L'homme aurait un cerveau de type S et est donc plus « systématisé », la femme aurait un cerveau de type E plus « émotionnel » (12). Il y est dit que la femme serait douée de ce fait dans trois sphères : se socialiser, communiquer, et apaiser les tensions sociales. La femme chercherait à plaire, elle rechercherait la proximité émotionnelle, le lien affectif, pour obtenir un sentiment de sécurité. La sexualité serait un

moyen d'y parvenir. Nous allons retranscrire une description de la sexualité conjugale en deux phases tel quel, pour ne pas déformer les mots de l'auteur. Nous citons, autant le fait que les femmes soient plus cérébrales sur certains domaines semble juste, autant la description des phases de la vie sexuelle du couple me semble pouvoir s'appliquer à tous les couples. Nous nous entendons y compris homosexuels. Dans les premiers temps d'une relation amoureuse, on observe un nombre élevé de rapprochement amoureux qui confirme son pouvoir de séduction. Malheureusement la phase de séduction cesse dès que le partenaire est investi émotionnellement. C'est le passage à un lien moins passionnée mais utile. Si chacun des membres du couple continuaient à ne penser qu'à l'autre, il serait impossible d'élever des enfants (29).

b) *Les cas à part.*

« La frustration »

Retrouvé à quatre reprises dans notre étude.

La dichotomie homme femme est toujours présente, les femmes qui avouent des besoins sexuels supérieurs à leur époux, n'ont pas pour autant une sexualité sans affect ou séparé de la conjugalité. Dans les autres enquêtes et études réalisées, on retrouve cette théorie de la vision différentialiste homme/femme en matière de sexualité, selon laquelle celle-ci s'amenuiserait avec le nombre des partenaire pour les femmes, mais ne se détacherait jamais réellement de l'affectivité, ce qui pourrait en revanche advenir chez les hommes. Dans notre enquête, les besoins sexuels des femmes sont parfois supérieurs aux besoins de leurs maris, alors que cette situation est estimée exceptionnelle dans l'enquête CSF. Ces femmes ont fait preuve de courage pour oser dire qu'elles sont frustrées par le manque de rapports. Le temps de la thèse a été l'occasion de parler de cette frustration.

« Ça m'a fait du bien de parler un peu de ses problèmes »

« Ça m'a fait connaître des choses, ça m'a fait débloquer, le fait de parler, le fait de se confier.. »

Dans les résultats les mots sont forts, parfois poignants, l'émotion est là. Pour une d'entre elle l'avance en âge a permis au couple de se retrouver au niveau du rythme de ces rapprochements. Mais dans tous les cas nous sommes surtout face à une résignation. Ce sont ces femmes qui ont les fréquences de rapport les plus faibles, et bien que pour deux l'infidélité ait été envisagé, l'interdit n'a pas été franchi. Ce phénomène n'est pas mentionné dans les autres travaux, il y a très peu d'études sur ce sujet. La frustration est mentionnée dans ce cas similaire face à la dysfonction érectile du partenaire, comme chez notre patiente ayant un mari impuissant (49).

Rien que dans nos cas nous avons eu trois patientes ayant plus de désir que leur mari et une ayant un mari impuissant. Nous pouvons parler aussi de la patiente diabétique dont le mari est impuissant lui aussi, et qui nous dit être résigné à ne plus avoir de rapport. Nous disons bien résignée parce que dans le discours il est possible de ressentir l'importance que peut avoir la sexualité pour l'image de la féminité, pour le partage et l'échange amoureux. Comme dans l'article cité, notre patiente qui communique bien avec son mari a pu muer l'acte en gestes tendres et en attention. Ce qui n'est pas le cas de toutes les patientes qui même si elles sont capables d'exprimer leur mécontentement, elles ne sont pas entendues. Tout comme une femme peut faire un effort pour satisfaire son mari, l'inverse paraît plus fastidieux.

Le temps de la recherche a donc permis un espace de parole libre où ces patientes ont pu s'exprimer, parfois métaphoriquement en parlant de chameaux et d'huitres, parfois avec des sanglots, en fonction de l'intellectualisation de leur mal être. Dans tout les cas l'espace de parole a permis de se soulager, d'avoir quelqu'un qui écoute, qui ne juge pas, qui peut affirmer que ce n'est pas anormal, de pouvoir être conseiller. Comme avec un ami, mais un ami sans lien affectif. Quelqu'un qui comprend leur frustration. Depuis, une autre patiente est venue pour parler de ce désaccord, la sexualité comme besoin affectif, la détresse que le manque créé, le doute qui naît, la perte de l'estime de soi et toute la cascade dépressive qui s'enclenche et le risque de séparation qui peut en découler.

Pendant le déroulement de ce travail, nous avons eu d'autres patientes qui ont profité de l'affiche pour nous en parler. Pour une patiente de plus de 70 ans qui voulait venir participer aux entretiens, dont le mari est venu ensuite en consultation sans qu'ils en aient parlé entre eux. Elle nous a confié que son mari présente des troubles de l'érection depuis un AVC il y a quelques années. Elle dit que ça ne la dérangerait pas si ça marchait encore, ce que nous pouvons interpréter par le fait qu'elle n'ose le dire directement. Une fois lancée sur le sujet elle ajoute même que ça lui ferait plaisir. Elle signale qu'ils n'en discutent pas parce qu'elle a peur de le blesser ou de le vexer et nous demande de lui poser la question. Le patient a n fait vu l'affiche lui aussi. Quand on écoute le mari, le stress est plus important, la gêne aussi : il n'en a jamais parlé en consultation, il s'y est résigné, mais il évite tout contact sachant qu'il va certainement y avoir une déception. L'atteinte de la virilité semble être un gros frein à l'expression d'un trouble et devra faire l'objet d'une autre recherche. Nous abordons ici le troubles de l'homme mais qui agit sur le bien être de sa femme. En tant que médecin si nous avons pris consciences de l'enjeu pour le couple il nous est possible d'intervenir.

« L'absence d'orgasme »

Il est mentionné une fois pour notre enquête, dans un contexte très particulier, est considéré comme permanent. Ce trouble n'est heureusement pas le plus fréquent, avec 7,3% des femmes dans l'enquête CSF. De plus ce trouble est difficile à avouer. (Sur les 11,7%).

Dans une société où la jouissance devient une obligation, il n'est pas évident de pouvoir exprimer ce problème. Et a contrario la patiente qui dit ne jamais avoir d'orgasme depuis une séparation, continue à avoir des rapports avec quelqu'un sans lien affectif pour exister :

« Ca m'aide un petit peu, ça me fait sentir que je ne suis pas toute seule. »

Ce n'est pas un trouble facile d'accès. Il est souvent occasionnel pour les patientes ayant une baisse de désir. Elles ne disent pourtant pas, ne pas avoir d'orgasme. La patiente qui nous dit pleurer parfois parce que son mari souffre d'éjaculation précoce ne nous le dit de cette façon :

« Il finit, il monte, tu n'as pas le temps de dire ouf, c'est fini. Des fois je reste là, je ne dis plus rien.

Alors je reste dans mon lit là, je tourne mon dos et j'ai envie de pleurer ».

Même si la capacité à avoir un orgasme est sûrement conservée chez elle, il semble difficile d'y parvenir.

Dans les thèses sur la prise en charge de la sexualité en médecine générale, les troubles féminins et celui là plus que les autres sont surtout à orienter vers le sexologue(4).

Dans la littérature il y a très peu d'article sur ce trouble isolé, il est souvent cumulé avec d'autres troubles, notamment de l'excitation et du désir. Il n'y a pas de conclusion quand à l'étiologie, si le trouble du désir entraîne l'absence d'orgasme ou si le trouble de l'orgasme entraîne l'absence de désir. Un lien de circularité existe. Tout ce qui peut être dit c'est qu'une patiente qui a un trouble orgasmique souffre. Ce qui ressort essentiellement c'est également de la frustration (38). Les patientes souffrant d'anorgasmie, peuvent se sentir atteinte dans leur féminité, dans leur être.

Pour notre patiente, le contexte est très particulier, mais les blocages ont plus ou moins pu être révélés.

C'est pour ces raisons que nous le mettons en dehors des autres symptômes, il est également difficile à prendre en charge.

« Les violences »

Dans notre étude tout comme dans les autres études sur le sujet, des violences sont apparues. Pour une patiente il s'agit d'un premier rapport forcé, et aujourd'hui sa plainte est essentiellement un manque de désir. Une autre patiente nous rapporte plusieurs éléments violents dans son parcours de vie. Un viol dans l'adolescence avec une première hospitalisation en psychiatrie dans l'année qui a suivi. Des attouchements sur sa fille mineure auxquels elle ne croit pas mais dont le responsable a été

jugé coupable et des violences conjugales face au rejet de son impuissance par son mari. Une autre patiente nous confesse un premier mari violent. Pendant la phase de recrutement une autre patiente également nous a dit avoir eu un premier rapport forcé, elle est aujourd'hui abstinente depuis la ménopause.

Dans l'enquête CSF une majorité des femmes qui ont eu des rapports avant 18ans ont été forcée. Selon la loi le rapport forcé est condamné de la même façon que le viol, nous ne faisons donc pas de nuance contrairement à nos patientes. Nous avons essayé de percevoir le caractère forcé des rapports notamment chez les patientes accusant le manque de désir, et heureusement aucune n'en a rapporté. Les violences notamment à caractère sexuel, sont connues pour être pourvoyeuses de dysfonctions sexuelles plus fréquentes et plus récurrentes au cours de la vie sexuelle. D'autres pathologies notamment psycho-psychiatrique peuvent être causées ou accentuées par des violences, comme les troubles anxieux et les conduites à risque.

En tant que professionnel de santé, il nous faut effectivement les rechercher, sachant qu'un trouble sexuel peut être un symptôme.

Même si aujourd'hui le discours semble plus facile qu'avant sur les violences conjugales, que les rapports imposés même dans l'enceinte du couple marié peuvent être considéré comme un viol, le tabou, la crainte, la peur des répercutions pour le conjoint entraînent encore le silence. En cas de trouble, il faut garder à l'esprit des questions sur ce thème d'autant qu'elles ont pu oublier. Pour ce qui est de nos patientes l'aveu n'a été fait que dans le contexte de cet entretien, le médecin traitant habituel n'en est pas informé. On peut constater, que de parler de sexualité va faire émerger l'expression des violences vécues.

CONCLUSION

Nous avons pu le voir, tout au long du déroulement de cette thèse, que répondre à cette question de recherche : Quels sont les freins et les leviers qui permettent d'aborder le thème de la sexualité en médecine générale ? N'est pas chose aisée, notamment compte tenu la multitude des paramètres qui entre en jeux.

Nous retiendrons essentiellement trois éléments déterminants :

Dune part, pour parler de sexualité avec son médecin, il faut que la patiente ressente un trouble s'y rapportant. Ces troubles sont fréquents, notre étude a permis de mettre en évidence des moments propices de la vie où les dysfonctions sexuelles doivent être recherchées en particulier les périodes de la ménopause et la naissance d'enfant qui apparaissent comme générateur de troubles pour les femmes. D'autre part, il faut que le trouble ait un retentissement sur l'activité sexuelle, pour cela il faut qu'elle soit investie, soit pour soi même, soit pour son couple. Enfin le dernier point essentiel est la qualité de la relation médecin-patiente.

Si ces trois éléments sont présents, l'espace d'échange et le discours sur la sexualité seront possibles.

Au-delà de cette question du comment faire, l'enquête a également permis de mettre en évidence d'autres notions comme le frustration féminine, le retentissement des métrorragies, les interventions autour de la contraception et la reprise d'une activité sexuelle comme moments charnières de la vie d'une femme et qui mériteraient plus d'investigations. Certaines de ces notions n'avaient pas été décrites dans les autres études.

Dans notre étude nous avons également pu identifier l'importance des représentations de la sexualité pour nos patientes. Nous y retrouvons les trois éléments habituellement décrits, qui interagissent dans la sexualité humaine :

-la dimension physique : organique, le corps, le plaisir, la fonction ;

-la dimension psychique : la relation à l'autre, la signification et la représentation de la sexualité pour chacun ;

-la dimension sociale : l'éducation, la culture, les habitus, les « on dit ».

Chacune de ces dimensions pouvant générer son lot de troubles, la dysfonction organique, la relation de couple et les doutes naissant d'une discordance de désir, du poids de l'éducation et du désir de conformité sociale ou culturelle.

En consultation il est rarement possible d'aborder directement l'importance de la sexualité dans leur vie avec les patientes, il est toutefois légitime de s'en préoccuper.

Nos résultats montrent que les réticences à parler librement de sexualité persistent : la pudeur, l'éducation avec ses valeurs et ses interdits influencent encore toutes les générations dont le conseil et que nous ne pouvons qu'inciter les médecins à ouvrir le dialogue dès qu'ils en ont l'opportunité.

Aux termes de notre enquête nous pouvons dire que quelques soient la personnalité (la timidité), les émotions, les préjugés de la personne, tous ces freins peuvent être surmontés si le trouble est perçu comme grave et invalidant. Toute la complexité, et la gratification, de notre métier est de s'adapter à la réalité de la personne, son vécu, ses pensées, ses émotions parfois contradictoires souvent ambivalentes, pour tenter de l'accompagner à avoir une meilleure qualité de vie.

L'important dans la relation médecin-patient, comme dans toute relation de couple, c'est la communication.

L'absence de sollicitation de la part des praticiens a une fois de plus été désignée. Faire preuve de disponibilité d'ouverture sur des thématiques intimes comme la sexualité permet aux patientes d'en disposer.

Ce travail tend à prouver que l'attitude du praticien doit être une position d'écoute, et pas uniquement une position médicale, et qui va permettre aux patientes d'identifier, de ressentir et d'exprimer leurs besoins.

Bibliographie

1. Petit Larousse Illustré. Paris: Larousse; 1985.
2. Abbott-Anderson K, Kwekkeboom KL. A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecologic Oncology*. 2012;124(3):477-89.
3. Abdool Z, Thakar R, Sultan AH. Postpartum female sexual function. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2009;145(2):133-7.
4. Achamal J. Proposition d'un référentiel pour la prise en charge efficace des troubles sexuels les plus fréquents au cabinet du généraliste [Thèse d'exercice de médecine générale]. Paris VII: Université Diderot; 2010.
5. Andrade J. Dysfonctions sexuelle et parcours de soins. La place du sexologue. Enquête auprès de 105 généralistes. [Thèse d'exercice de médecine générale]. Créteil: Université du Val-de-Marne; 2008.
6. Anonymous. Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine. Genève: Organisation Mondiale de la Santé, 1975.
7. Anonymous. DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux: texte révisé. 4 ed. Paris: Masson. 2003.
8. Aschka C, Himmel W, Ittner E, Kochen MM. Sexual problems of male patients in family practice. *The Journal of family practice*. 2001;50(9):773-8.
9. Bajos N, Bozon M, Beltzer N. Enquête sur la sexualité en France: Pratiques, genre et santé. Paris: La Découverte. 2008.
10. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav*. 2003;32(3):193-208.
11. Barbaroux A. Prise en charge des dysfonctions sexuelles en soins primaires: enquêtes auprès de 88 médecins généralistes et 253 patients. [Thèse d'exercice de médecine générale]: Université d'Aix-Marseille II 2010.
12. Baron-Cohen S. The essential difference: male and female brains and the truth about autism. New-York: Basic books. 2003.
13. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexuality after childbirth: a pilot study. *Arch Sex Behav*. 1999;28(2):179-91.
14. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, et al. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*. 2003;24(4):221-9.

15. Basson R, Rees P, Wang R, Luis Montejó A, Incrocci L. Sexual Function in Chronic Illness. *Journal of Sexual Medicine*. 2010;7(1):374-88.
16. Battaglia C, Battaglia B, Mancini F, Busacchi P, Paganotto MC, Morotti E, et al. Sexual behavior and oral contraception: a pilot study. *The journal of sexual medicine*. 2012;9(2):550-7.
17. Benninger MS, Benninger RM. The impact of allergic rhinitis on sexual activity, sleep, and fatigue. *Allergy and asthma proceedings : the official journal of regional and state allergy societies*. 2009;30(4):358-65.
18. Blumenthal PD, Dawson L, Hurskainen R. Cost-effectiveness and quality of life associated with heavy menstrual bleeding among women using the levonorgestrel-releasing intrauterine system. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2011;112(3):171-8.
19. Bozon M. *La sociologie de la sexualité*: Armand Colin. 2009.
20. Brotto LA. The DSM Diagnostic Criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *Archives of Sexual Behavior*. 2010;39(2):221-39.
21. Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT. The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review. *The journal of sexual medicine*. 2012;9(9):2213-23.
22. Buss DM, Schmitt DP. Sexual strategies theory: an evolutionary perspective on human mating. *Psychological review*. 1993;100(2):204-32.
23. Byers ES. Relationship satisfaction and sexual satisfaction: a longitudinal study of individuals in long-term relationships. *J Sex Res*. 2005;42(2):113-8.
24. Cain VS, Johannes CB, Avis NE, Mohr B, Schocken M, Skurnick J, et al. Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: baseline results from SWAN. *J Sex Res*. 2003;40(3):266-76.
25. Coffelt TA, Hess JA. Sexual Disclosures: Connections to Relational Satisfaction and Closeness. *J Sex Marital Ther*. 2013.
26. Crépault C. *La Sexoanalyse*. Payot ed. Paris. 1997.
27. Damjanovic A, Duisin D, Barisic J. The Evolution of the Female Sexual Response Concept: Treatment Implications. *Srpski Arhiv Za Celokupno Lekarstvo*. 2013;141(3-4):268-74.
28. Davis AR, Castano PM. Oral contraceptives and libido in women. *Annual review of sex research*. 2004;15:297-320.
29. De Sutter P. *La sexualité des gens heureux: Les Arènes*. 2009.
30. Dennerstein L, Lehert P, Burger H. The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. *Fertil Steril*. 2005;84(1):174-80.
31. Eyada M, Atwa M. Sexual function in female patients with unstable angina or non-ST-elevation myocardial infarction. *The journal of sexual medicine*. 2007;4(5):1373-80.

32. Giuliano FA, Leriche A, Jaudinot EO, de Gendre AS. Prevalence of erectile dysfunction among 7689 patients with diabetes or hypertension, or both. *Urology*. 2004;64(6):1196-201.
33. Goldstein I, Lines C, Pyke R, Scheld JS. National differences in patient-clinician communication regarding hypoactive sexual desire disorder. *The journal of sexual medicine*. 2009;6(5):1349-57.
34. Hyde JS. The gender similarities hypothesis. *The American psychologist*. 2005;60(6):581-92.
35. Jimenez-Garcia R, Angeles Martinez-Huedo M, Hernandez-Barrera V, Lopez De Andres A, Jimenez-Trujillo I, Carrasco-Garrido P. Sexuality among Spanish adults with diabetes: A population-based case control study. *Primary Care Diabetes*. 2012;6(4):269-76.
36. Johnson AM, Mercer CH, Erens B, Copas AJ, McManus S, Wellings K, et al. Sexual behaviour in Britain: partnerships, practices, and HIV risk behaviours. *Lancet*. 2001;358(9296):1835-42.
37. Kaufmann J-C. *L'enquête et ses méthodes: l'entretien compréhensif*. Paris: Armand Colin. 2011.
38. Kingsberg SA, Tkachenko N, Lucas J, Burbrink A, Kreppner W, Dickstein JB. Characterization of orgasmic difficulties by women: focus group evaluation. *The journal of sexual medicine*. 2013;10(9):2242-50.
39. Kirmaz C, Aydemir O, Bayrak P, Yuksel H, Ozenturk O, Degirmenci S. Sexual dysfunction in patients with allergic rhinoconjunctivitis. *Annals of allergy, asthma & immunology : official publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology*. 2005;95(6):525-9.
40. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res*. 2005;17(1):39-57.
41. master w, johnson, v. *les réactions sexuelles*: Laffont. 1969 1976.
42. Metz ME, Seifert MH, Jr. Men's expectations of physicians in sexual health concerns. *J Sex Marital Ther*. 1990;16(2):79-88.
43. Monteiro WO, Noshirvani HF, Marks IM, Lelliott PT. Anorgasmia from Clomipramine in Obsessive-Compulsive Disorder - a Controlled Trial. *Brit J Psychiat*. 1987;151:107-12.
44. Myers D, Diener E. la poursuite du bonheur. *revue québécoise de psychologie*. 1997;18(2):13-28.
45. Nappi RE, Kingsberg S, Maamari R, Simon J. The CLOSER (CLarifying Vaginal Atrophy's Impact On SEx and Relationships) survey: implications of vaginal discomfort in postmenopausal women and in male partners. *The journal of sexual medicine*. 2013;10(9):2232-41.
46. Nappi RE, Lachowsky M. Menopause and sexuality: Prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas*. 2009;63(2):138-41.

47. Nappi RE, Palacios S. Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health and quality of life at postmenopause. *Climacteric*. 2014;17(1):3-9.
48. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED, Jr., Paik A, Gingell C, et al. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology*. 2004;64(5):991-7.
49. O'Connor EJ, McCabe MP, Conaglen HM, Conaglen JP. Attitudes and experiences: qualitative perspectives on erectile dysfunction from the female partner. *J Health Psychol*. 2012;17(1):3-13.
50. Pitkin J. Sexuality and the menopause. *Best Practice & Research in Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2009;23(1):33-52.
51. Ratner ES, Erekson EA, Minkin MJ, Foran-Tuller KA. Sexual satisfaction in the elderly female population: A special focus on women with gynecologic pathology. *Maturitas*. 2011;70(3):210-5.
52. Read S, King M, Watson J. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *Journal of public health medicine*. 1997;19(4):387-91.
53. Rellini AH, Nappi RE, Vaccaro P, Ferdeghini F, Abbiati I, Meston CM. Validation of the McCoy Female Sexuality Questionnaire in an Italian sample. *Arch Sex Behav*. 2005;34(6):641-7.
54. Ringa V, Diter K, Laborde C, Bajos N. Women's sexuality: from aging to social representations. *The journal of sexual medicine*. 2013;10(10):2399-408.
55. Rosen RC, Fisher WA, Eardley I, Niederberger C, Nadel A, Sand M, et al. The multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) study: I. Prevalence of erectile dysfunction and related health concerns in the general population. *Current medical research and opinion*. 2004;20(5):607-17.
56. Rupp HA, James TW, Ketterson ED, Sengelaub DR, Ditzen B, Heiman JR. Lower sexual interest in postpartum women: relationship to amygdala activation and intranasal oxytocin. *Horm Behav*. 2013;63(1):114-21.
57. Shah MB, Hoffstetter S. Contraception and sexuality. *Minerva ginecologica*. 2010;62(4):331-47.
58. Shapley M, Blagojevic-Bucknall M, Jordan KP, Croft PR. The epidemiology of self-reported intermenstrual and postcoital bleeding in the perimenopausal years. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2013;120(11):1348-55.
59. Simons JS, Carey MP. Prevalence of sexual dysfunctions: Results from a decade of research. *Archives of Sexual Behavior*. 2001;30(2):177-219.
60. Soderberg LH, Johansen PP, Herning M, Berg SK. Women's experiences of sexual health after first-time myocardial infarction. *Journal of clinical nursing*. 2013.

61. Sonzini L. Le Dépistage des dysfonctions sexuelles en médecine générale: enquête auprès de 200 patients et 122 médecins généralistes [Thèse d'exercice de médecine générale]. Lyon: Université Claude Bernard; 2004.
62. Tristano AG. The impact of rheumatic diseases on sexual function. *Rheumatology International*. 2009;29(8):853-60.
63. Wilmoth MC. Sexuality: a critical component of quality of life in chronic disease. *The Nursing clinics of North America*. 2007;42(4):507-14; v.
64. Woolhouse H, McDonald E, Brown S. Women's experiences of sex and intimacy after childbirth: making the adjustment to motherhood. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*. 2012;33(4):185-90.
65. Yoo H, Bartle-Haring S, Day RD, Gangamma R. Couple Communication, Emotional and Sexual Intimacy, and Relationship Satisfaction. *J Sex Marital Ther*. 2013.

ANNEXES

ANNEXE 1 : GUIDE DE L'ENTRETIEN

ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE RECUEIL DES CARACTERISTIQUES DES PATIENTS

ANNEXE 3 : FICHE DE PRESENTATION

ANNEXE 4 : FICHE DE SOLLICITATION

ANNEXE 5 : FICHE DE CONSENTEMENT

ANNEXE 6 : CATEGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES SELON L'INSEE

ANNEXE 7 : REPRESENTATION DE LA SEXUALITE

ANNEXE 8 : CARACTERISTIQUES DES REPOUNDANTES

ANNEXE 9 : CARACTERISTIQUES DES PRATIQUES SEXUELLES

ANNEXE 10: COMPLEMENT DES GENERALITES

ANNEXE 1 : GUIDE DE L'ENTRETIEN

GUIDE DE L'ENTRETIEN

Cette étude est une étude en médecine générale s'incluant dans le sujet de ma thèse de médecine.

- ❖ Merci de signer au préalable la fiche de consentement.

Le sujet essentiel est d'établir si vous, patient, faites **le lien entre santé et sexualité**, et ce, pour d'essayer de comprendre **comment et quand le médecin généraliste doit aborder le sujet avec vous**. L'étude va se dérouler **sous forme d'entretiens individuels**, dont les données seront **anonymes**. Grâce à vous, nous déterminerons la place qui doit être accordée à ce sujet souvent sensible au cours de la consultation. Cela permettra aux médecins d'être le plus aidant et le plus efficace possible dans tous les domaines de la santé.

L'entretien sera enregistré afin de permettre l'analyse approfondie du contenu du discours et éviter au maximum la perte des données que vous allez nous apporter.

Le présent entretien va se décliner suivant 4 axes afin de balayer l'ensemble du sujet.

Tout d'abord nous allons revoir avec vous la place et la confiance que vous accordez à votre médecin de famille et au corps médical en général.

Puis je vous poserai quelques questions afin d'explorer votre conception de la santé.

Ensuite nous nous concentrerons sur la place que vous accordez à votre sexualité dans votre vie.

Et enfin nous explorerons les thèmes en rapport avec la sexualité que vous aurez envie d'aborder ou au contraire refuser d'évoquer. Dans ce dernier cas, nous essaierons d'en comprendre les raisons.

1- LA RELATION MEDECIN- PATIENT

Pour commencer nous allons essayer de comprendre la relation qui existe entre vous et votre médecin habituel et entre vous et les médecins en général, à travers les questions suivantes :

- ❖ Parlez vous facilement avec votre docteur ? êtes vous en confiance, quels sujets intimes et personnels vous est il arrivé d'aborder?
- ❖ Pouvez-vous me décrire votre perception de la relation entre vous et votre médecin habituel ? racontez-moi brièvement votre histoire.

Je voudrais également voir avec vous s'il s'agit d'une confiance due à sa position de médecin, due à son savoir et ses années d'études, ou si vous pensez que vous l'avez choisi aussi pour ses qualités humaines.

- ❖ Quel est le degré de confiance que vous lui accordez ? (sur une échelle de 1 à 10)
- ❖ Avez-vous des sujets que vous auriez aimé aborder ou d'autres que vous vous êtes interdits ?
- ❖ Y a-t-il selon vous des limites à ce qui peut être abordé en consultation ?

Parler moi du dernier sujet que vous avez abordé à une consultation et qui vous tenait à cœur, et/ou qui vous préoccupait.

- ❖ Pouvez-vous imaginer votre attitude si votre médecin avait été absent ?
- ❖ Comment expliquez-vous vos retenues ?

Parlez-moi de ce qui vous empêche de parler de choses intimes avec votre médecin ou avec un autre professionnel de santé, ou si au contraire il n'y a pas d'obstacles particuliers, ce qui vous encourage à le faire.

2- LA SANTE

- ❖ Que pensez-vous de votre santé ?
- ❖ Qu'est ce que ça représente pour vous d'être en bonne ou mauvaise santé ?
- ❖

ETRE EN BONNE SANTE C'EST QUOI ?



- ❖ Décrivez-moi dans quelle mesure votre santé est importante, et le temps que vous y consacrez.
- ❖ Consultez-vous souvent un médecin ? quels sont les motifs les plus fréquents de consultation ?
- ❖ Pouvez-vous me parler de ce qui vous motive à venir demander l'avis de votre médecin.
- ❖ Etes-vous atteints d'affections ou maladies particulières ? Pouvez-vous me décrire en quoi cela vous affecte, au delà des contraintes liées au handicap ou aux éventuels traitements ?

Décrivez moi les retentissements et changement que cette maladie à pu occasionner sur votre **qualité de vie**, et sur **votre sexualité**.

Si le lien entre bien-être et santé n'a pas été fait spontanément, nous questionnerons sur en quoi il est important d'être en bonne santé.

3- LA PLACE DE LA SEXUALITE :

Pouvez vous me dire ce qui est important pour votre bien être, et essayez de classez ces choses qui sont nécessaire à celui-ci → **Si la sexualité est absente de cet inventaire, la proposer.**

- ❖ Quelle est la place de vos rapports sexuels dans votre bien être ou votre épanouissement personnel ?
- ❖ Que pensez-vous de la sexualité ? Dites moi ce que cela représente pour vous.
- ❖ Décrivez moi brièvement, votre sexualité et votre opinion sur celle-ci, quelle image en avez-vous ?
- ❖ Qu'est ce que la sexualité pour vous, et qu'est ce qu'être « sexuellement actif » ?
- ❖ Dans les détails dites moi ce qu'est une sexualité « normale » pour vous, et comment considérez vous la votre ?
- ❖ Pouvez-vous mettre en évidence ce que vous procure le rapport, notamment en terme de plaisir, de désir, d'aboutissement relationnel, de devoir conjugal?
- ❖ Quelles sont vos aspirations, vos attentes ? Êtes-vous satisfait ?

- ❖ Connaissez-vous quelques troubles de la sexualité ? pensez-vous en souffrir ?

Décrivez moi un événement qui à entrainer des modifications dans vos habitudes, et si vous ou votre couple en avez souffert. (Enfants, ménopause, maladie, décès proches, accidents, etc.)

Dans quelle mesure, pensez-vous avoir une sexualité normale ou non ?

4- ABORDER LE SUJET EN CONSULTATION :

- ❖ Avez-vous déjà parlé de votre sexualité avec votre médecin généraliste. Racontez moi la ou les consultations et décrivez moi bien ce qui c'est passé, comment avez-vous osé en parler ?
- ❖ Pouvez-vous m'éclairer sur le sujet ? la réponse a-t-elle été satisfaisante ? Qu'est ce qui vous a motivé à parler de ce sujet ?
- ❖ Si vous n'en avez jamais parlé à votre médecin, en avez vous parlé à quelqu'un d'autre ? (A un autre professionnel de santé, entre amis ou à d'autres interlocuteurs potentiels)
- ❖ Comment abordez vous le sujet avec vos enfants ?
- ❖ Quel était le sujet de votre dernière conversation en lien avec la sexualité ?
- ❖ Quelle était votre préoccupation par rapport à ce thème, et qu'est ce qui vous a décidé à en parler ? Qu'est ce qui fait que **ce jour là** vous en avez parlé ?
- ❖ Qu'avez vous pensé de la réponse ?
- ❖ Pouvez vous me dire si vous avez des préoccupations particulières pas rapport à votre santé sexuelle dont vous n'avez jamais parlées ?
- ❖ Comment expliquez-vous le fait d'en avoir parlé ou de ne pas en avoir parlé ?
- ❖ Pouvez vous m'expliquez comment vous en êtes arrivé à ces conclusions, à cette vision ?

Légitimité du médecin à intervenir dans ce domaine de la sexualité

- ❖ Pensez-vous que le sujet peut être dans les compétences de votre docteur ou au contraire n'est pas de son ressort ? Détaillez les arguments.

5- FIN DE L'ENTRETIEN :

Donc pour résumer ce que vous m'avez dit, parler de sexualité avec votre médecin c'est :

Et maintenant à l'issu de cet entretien qu'en pensez vous ?

Pouvez-vous me dire ce qui a motivé votre participation à cette étude ?

REMERCIEMENTS :

Je vous remercie vraiment du temps accordé et de votre participation.

Votre aide a été précieuse et encore merci de votre sincérité.

Je me permets de vous laisser mon e-mail sur lequel vous pouvez me joindre au cabinet, au cas où vous souhaiteriez approfondir une question ou un sujet.

Si vous souhaitez recevoir le résumé de l'entretien ou le résultats définitif par la poste ou par courriel merci de me le signaler.

ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE RECUEIL DES CARACTERISTIQUES DES PATIENTS

Recueil des caractéristiques des répondants

Ce document sert juste à permettre de comparer la population de cette étude avec la population générale de façon à voir si les données recueillies peuvent être interprétées correctement. Si les sujets qui ont répondu correspondent au sujets qui ont déjà participé à d'autres études

Fiche renseignement

1) identifications patients

- a. âge : 18-20 ans 21-30 ans 31-40 ans 41-50 ans
51-60 ans 61-70 ans 71-80 ans >80 ans
- b. ménopausée : non oui

2) enfants : non oui

si oui : 1 2 3 4 5 >5

3) couple

- a. marié : non oui
- b. concubin : non oui
- c. célibataire : non oui
- d. relation entretenue régulière : non oui
- e. relation multiples : non oui

4) catégorie socioprofessionnelle

- a. artisans/commerçants, chef d'entreprises : non oui
- b. cadres, fonctionnaires, médical, paramédicale: non oui
- c. employés : non oui
- d. ouvriers : non oui
- e. retraités : non oui
- f. sans activité : non oui
- g. chômeuse : non oui

5) Etat de santé : êtes vous suivi pour ces affections

- a. Diabète : non oui
- b. HTA : non oui
- c. Dépression : non oui
- d. Obésité : non oui
- e. Dysmorphie : non oui
- f. Incontinence : non oui
- g. problème de fertilité : non oui
- h. autre maladie chronique : non oui
- i. douleur chronique : non oui
- j. Avez-vous été opéré : prostate, seins, utérus, ovaires, grossesses difficiles

k. Consommez vous alcool, tabac, cannabis ou autre drogues : non oui

Biographie sexuelle

âge	
Première confrontation	
Premier rapport	
Quand et ou ?	
Date du dernier rapport	
Nombre de partenaires	
Fréquence	
Précautions	

Exploration de la santé érotique :

Avez-vous des fantasmes ?	
---------------------------	--

Représentation personnelle :

vous sentez vous désirables ?	
-------------------------------	--

Opinion sur les pratiques courantes :

Pratiques		
fellations		
pénétration vaginale		
sodomie		
caresses		
masturbations		
homosexualité		
utilisation d'objets		
jeux		
La fidélité		
autres		

Opinion sur la manière de pratiquer la sexualité

--

ANNEXE 3 : FICHE DE PRESENTATION

FICHE DE PRESENTATION DE L'ETUDE

« *La santé sexuelle en médecine générale, comment aborder le sujet en consultation* »

- Promoteur : Christopher Fievet. Médecin généraliste en DES de médecine générale, projet de thèse Université UFR Nice-Sophia-Antipolis.
- Objectif : recueillir en entretien individuel, les récits et les opinions de patientes sur les 4 axes du sujet : la relation médecin-patient, la santé, la sexualité et l'abord du sujet en consultation ou le refus.
- Intérêt : Comprendre le lien entre la santé et la sexualité et ceux qui empêche ou motive le patient à en parler en consultation.
- Recueil des données : Entretien individuel semi-dirigé
- Personnes sollicitées : Les patientes de consultation de médecine générale ayant accepté de participer.
- Mode de recrutement : direct au cours d'une semaine de consultation demande a toute les patientes venue consulté au cours de la semaine.
- Enquêteurs : Christopher Fievet.

Pour toute information supplémentaire :
Christopher Fievet Portable 06 92 87 06 94. Courriel : christopherfievet@gmail.com

ANNEXE 4 : FICHE DE SOLLICITATION

INVITATION ENTRETIEN

Je vous invite en tant que patient à participer à une recherche dans le cadre d'une thèse de médecine générale, dont le sujet est d'évaluer la place de la sexualité dans une consultation avec votre médecin. Je vous remercie et même en cas de refus, de bien vouloir m'en donner les raisons.

Je mènerai un entretien dont la durée est libre, il se déroulera dans un espace d'échange libre, où je vous poserai une vingtaine de questions afin de cerner au mieux votre vision du sujet.

Les échanges seront confidentiels et les données recueillies anonymes. Avec votre autorisation, ils seront enregistrés pour permettre une analyse approfondie.

Il vous sera au préalable, demandé de signer le consentement de participation en début d'entretien et de remplir une fiche d'identification.

L'objectif est que vous vous sentiez libre de faire part de toutes vos idées, questions ou impressions lors de l'échange. C'est grâce à la variété de vos commentaires, que ce travail sera riche en termes de résultats.

Avec mes remerciements chaleureux, Christopher Fievet.

Pour toute information supplémentaire :

Christopher Fievet. Portable 06 92 87 06 94. Courriel : christopherfievet@gmail.com

ANNEXE 5 : FICHE DE CONSENTEMENT

FICHE DE CONSENTEMENT

Je soussigné (e), (Nom, Prénom en majuscules),
déclare avoir pris connaissance de la fiche de présentation de l'étude concernant le travail de recherche de Monsieur Christopher Fievet « La santé sexuelle en consultation de médecine générale ou comment aborder le sujet avec son médecin traitant »
J'accepte librement de participer à cette étude de recueil d'avis et de ressentis des patients qui consiste à recueillir des idées comprendre et créer des outils afin de permettre au médecin et au patient de créer un lieu d'échange sain et confiant sur le sujet à partir d'entretien et de récit de situation.

J'accepte que les informations issues de cet entretien soient utilisées, de façon anonyme, pour rendre compte des résultats à la communauté scientifique.

Fait à

Le

Signature

Pour toute information supplémentaire :
Christopher Fievet
Portable 06 92 87 06 94.
Courriel : christopherfievet@gmail.com

ANNEXE 6 : CATEGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES SELON L'INSEE

Groupes socioprofessionnels (8 postes dont 6 pour les actifs)		Catégories socioprofessionnelles (42 postes dont 31 pour les actifs)	
1	Agriculteurs exploitants	11	Agriculteurs sur petite exploitation
		12	Agriculteurs sur moyenne exploitation
		13	Agriculteurs sur grande exploitation
2	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	21	Artisan
		22	Commerçant et assimilés
		23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
3	Cadres et professions intellectuelles supérieures	31	Professions libérales
		33	Cadres de la fonction publique
		34	Professeurs, professions scientifiques
		35	Professions de l'information, des arts et des spectacles
		37	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise
		38	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
4	Professions intermédiaires	42	Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés
		43	Professions intermédiaires de la santé et du travail social
		44	Clergé, religieux
		45	Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
		46	Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
		47	Techniciens
		48	Contremaîtres, agents de maîtrise
		52	Employés civils et agents de service de la fonction publique
5	Employés	53	Policiers et militaires
		54	Employés administratifs d'entreprise
		55	Employés de commerce
		56	Personnels des services directs aux particuliers
		62	Ouvriers qualifiés de type industriel

6	Ouvriers	62	Ouvriers qualifiés de type industriel
		63	Ouvriers qualifiés de type artisanal
		64	Chauffeurs
		65	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
		67	Ouvriers non qualifiés de type industriel
		68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal
		69	Ouvriers agricoles
7	Retraités	71	Anciens agriculteurs exploitants
		72	Anciens artisans, commerçants et chefs d'entreprise
		74	Anciens cadres
		75	Anciennes professions intermédiaires
		77	Anciens employés
		78	Anciens ouvriers
8	Autres personnes sans activité professionnelle	81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
		83	Militaires du contingent
		84	Élèves, étudiants
		85	Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités)
		86	Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)

Correspondances entre catégories socioprofessionnelles et groupes socioprofessionnels

ANNEXE 7 : REPRESENTATION DE LA SEXUALITE

	Âge	Présence de problèmes	La patiente parle -t-elle de sexe à son Médecin Généraliste?	Satisfaction sexuelle	La patiente peut-elle se passer de sexe?	La patiente se sent-elle désirable?	La patiente a-t-elle déjà consulté pour motif sexuel?	Motivation de la participation à l'étude
Patiente 1	41	Ancien	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Altruisme
Patiente 2	46	Actuel	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Altruisme
Patiente 3	43	Actuel	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Pour consulter
Patiente 4	51	Ancien	Non	Non	Non	Oui	Non	Altruisme
Patiente 5	62	Actuel	Maintenant Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Curiosité
Patiente 6	45	Actuel	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Pour consulter
Patiente 7	79	Ancien	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Altruisme
Patiente 8	67	Actuel	Oui	Non	Non	NC	Non	Altruisme
Patiente 9	65	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Curiosité
Patiente 10	48	Actuel	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Pour consulter
Patiente 11	50	Ancien	Oui	Oui	Mitigé	Oui	Non	Pour consulter
Patiente 12	43	Ancien	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Altruisme
Patiente 13	65	Ancien	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Curiosité
Patiente 14	29	Actuel	Oui	Non	Non	Oui	Non	Curiosité
Patiente 15	53	Actuel	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Pour consulter
Patiente 16	31	Actuel	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Pour consulter
Patiente 17	22	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Altruisme
Patiente 18	29	Ancien	Non	Oui	Non	Oui	Non	Altruisme

ANNEXE 8 : CARACTERISTIQUES DES REPONDANTES.

	Age	Nombre d'enfants	Profession	Statut marital	Maladie chronique	Consommation de toxique	Grossesse difficile
Patiente 1	41	2	6	célibataire	oui	non	oui
Patiente 2	46	2	4	marié	non	non	non
Patiente 3	43	1	4	marié	non	oui	oui
Patiente 4	51	2	3	concubinage	non	non	oui
Patiente 5	62	2	7	marié	oui	oui	oui
Patiente 6	45	3	3	marié	oui	non	
Patiente 7	79	3	7	marié	oui	non	oui
Patiente 8	67	4	7	marié	oui	non	oui
Patiente 9	65	7	7	concubinage	oui	non	non
Patiente 10	48	3	6	marié	non	oui	non
Patiente 11	50	2	6	concubinage	oui	non	oui
Patiente 12	43	3	3	marié	oui	non	non
Patiente 13	65	5	7	célibataire	oui	oui	oui
Patiente 14	29	0	8	célibataire	non	non	
Patiente 15	53	2	8	concubinage	oui	non	
Patiente 16	31	3	5	marié	oui	non	non
Patiente 17	22	0	8	célibataire	oui	oui	non
Patiente 18	29	0	4	célibataire	oui	oui	

NB : Les chiffres de la colonne profession font référence aux catégories socio-professionnelles de l'INSEE citées en Annexe 5

ANNEXE 9 : CARACTERISTIQUES DES PRATIQUES SEXUELLES.

	Age du premier rapport	Nombre de partenaires	Fréquence des rapports (par semaine)	Pratiques								
				Fellation	Pénétration vaginale	Sodomie	Caresses	Masturbation	Homosexualité	Utilisation d'objets	Jeux	Importance de la Fidélité dans le couple
Patiente 1	21	1	3	oui	oui	non	oui	oui	non	non	non	non
Patiente 2	25	1	3	non	oui	non	oui	oui	non	non	oui	oui
Patiente 3	15	40	0,08	oui	oui	non	oui	non	non	non	non	non
Patiente 4	18	20	0,33	oui	oui	non	oui	oui	non	oui	non	oui
Patiente 5	23	2	0	oui	oui	non	oui	non	non	non	non	oui
Patiente 6	20	20	0,5	oui	oui	non	oui	oui	non	oui	oui	oui
Patiente 7	23	1	0	oui	oui	oui	oui	non	non	non	non	oui
Patiente 8	15	2	1	oui	oui	oui	oui	non	non	non	non	non
Patiente 9	18	2	3	non	oui	non	oui	non	non	non	non	oui
Patiente 10	15	2	1	oui	oui	oui	oui	non	non	non	non	non
Patiente 11	30	3	2	non	oui	non	oui	oui	non	non	non	non
Patiente 12	21	6	3	oui	oui	non	oui	oui	non	oui	non	oui
Patiente 13	17	6	2	oui	oui	non	oui	oui	non	non	non	oui
Patiente 14	20	2	2	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	o
Patiente 15	16	4	0	non	oui	non	non	oui	non	non	non	oui
Patiente 16	16	5	3	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Patiente 17	19	1	0	oui	oui	non	oui	oui	non	non	oui	oui
Patiente 18	18	9	5	oui	oui	non	oui	oui	non	oui	oui	oui

ANNEXE 10: COMPLEMENT DES GENERALITES

Introduction à la notion de sexualité.

La citation suivante de Michel BOZON, sociologue, illustre la complexité du sujet :

« La société est l'instance principale de la sexualité humaine. Contrairement aux espèces animales, les humains ne savent plus se comporter sexuellement par instinct. Il leur faut apprendre comment, quand et avec qui agir sexuellement et ils ne peuvent agir sans donner un sens à leurs actes. » (19).

L'approche de la sexualité est difficile. La simple évocation de ce sujet est longtemps restée tabou mais surtout considérée comme faisant partie de l'intimité. Il est donc d'autant plus difficile pour un médecin généraliste de ne pas être intrusif en abordant le sujet de la sexualité ou des relations sexuelles, qui sont pourtant un acte naturel et fréquent. La recherche et la prise en charge d'un dysfonctionnement dans ce domaine sont actuellement assez standardisées dans certaines pathologies, comme la dépression, la maladie prostatique ou le diabète. Même si l'évolution s'est faite lentement et qu'elle est plutôt récente, le sujet reste encore et toujours sensible.

Le concept de santé sexuelle

La santé

Trouver une définition pour le mot santé qui corresponde à l'idée que s'en font les professionnels de la santé, n'a pas été facile. En se référant à la définition du Petit Larousse Illustré (1), nous relevons :

Santé : état de celui dont l'organisme fonctionne normalement, en l'absence de maladie. Etat habituel (bon ou mauvais) de l'organisme.

Cette définition est restrictive mais efficace. La santé, c'est le bon fonctionnement du corps humain. Nous préférons presque la définition de l'OMS, qui dès 1946, considère que :

« La santé est un état de complet bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

La notion de bien être, comme la notion de bonheur, n'est pas quelque chose de palpable, ni de quantifiable. Il est évident que la définition varie d'un individu à l'autre. La santé est donc quelque chose de subjectif, c'est un état de perception de soi même, de son corps, sur lequel on peut agir grâce au progrès de la médecine et des politiques de santé publique. Par ailleurs, comme de nombreuses choses concernant l'espèce humaine, il semble que l'on s'en soucie plus lorsqu'on en manque.

La sexualité humaine

Pour cette définition il y a déjà plus de matière. Toujours selon le Larousse illustré, à sexualité, on trouve la définition suivante :

Sexualité : ensemble de caractères spéciaux, externes ou internes, que représentent les individus, et qui sont déterminés par leur sexe. Ensemble de phénomène relatif à l'instinct sexuel et à sa satisfaction.

Psychanalyse : ensemble recouvrant le plaisir lié au fonctionnement de l'appareil génital et les plaisir liés à l'exercice des fonctions vitales s'accompagnant par étayage d'un plaisir immédiatement sexuel.

Il va de soit que la sexualité est l'accomplissement d'un phénomène biologique fondamental, la reproduction sexuée. Chez l'être humain il nous faudra donc différencier la fonction reproductive, de la fonction source de plaisir, d'échange, de lien affectif et sociale entre les individus.

En parcourant la littérature sur le sujet la sexualité humaine apparaît comme un champ de recherches comportementales, sociales, culturelles liées à la réalisation des plaisirs sexuels. (2)

Le mot *sexualité* désigne les phénomènes suivants :

- L'existence biologique d'organismes sexués, qui ont un sexe mâle ou femelle, et qui ont chacun des caractéristiques spécialisées et complémentaires spécifiquement destinés à permettre la reproduction.
- Le comportement sexuel, qui est chez la plupart des animaux un comportement de reproduction (le but étant la copulation), est chez les primates hominoïdes un comportement érotique (le but étant la stimulation du corps et des organes génitaux).
- Tous les aspects affectifs et émotionnels (attachement, désirs et plaisirs érotiques, passions, etc.) en relation avec le comportement sexuel. Pour la plupart des hommes et des femmes, la sexualité est une façon d'exprimer ses sentiments amoureux (3).
- Tous les aspects cognitifs et culturels (mœurs, représentations, croyances, valeurs, symboles, amour, etc.) qui sont en relation avec les trois phénomènes précédents.

La sexualité au sens psychologique

Il est intéressant de se pencher sur l'aspect psychologique du sujet. Comme pour la santé, la sexualité revêt une symbolique et une signification différente selon les personnes. Selon Crepault C (26) la sexualité présente trois dimensions pour le psychisme :

- Hédonique : elle cherche à atteindre le plaisir.

- Complétive : c'est un besoin fusionnel, un besoin d'amour et d'être aimé, ainsi que le sentiment de valorisation qui découle du besoin de réassurance par rapport à sa féminité ou sa masculinité.
- Défensive : elle peut servir à masquer ou résoudre provisoirement certains conflits, notamment au niveau de l'individuation.

Pour compléter il ajoute qu'elle apporte également un état de bien-être. L'état de bien être sexuel est une attitude non rigide face à la sexualité, une certaine légèreté permettant l'accès au plaisir. Le bien-être sexuel découle d'un équilibre entre érotisme fusionnel (lié à l'amour) et anti-fusionnel (sans lien affectif).

La santé sexuelle

La première définition OMS de la santé sexuelle apparaît en 1974 :

« La santé sexuelle est l'intégration des aspect somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux du bien être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir et développer la personnalité, la communication et d'amour. La notion de santé sexuelle implique une approche positive de la sexualité humaine. L'objectif de la santé sexuelle réside dans l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le counseling et les soins concernant la procréation et les MST » (1974).

Cette définition a été revue et complétée en 2000 : *« la santé sexuelle devient l'expérience d'un processus continu de bien-être psychique, physique et socioculturel concernant la sexualité. La santé sexuelle est fondée sur l'expression libre et responsable des capacités sexuelles qui renforce le bien-être harmonieux personnel et social et enrichit la vie individuelle et sociale. Elle ne réside pas uniquement dans l'absence de dysfonction, de maladie ou d'infirmité. Pour atteindre et maintenir les objectifs de la santé sexuelle, il est nécessaire que les droits sexuels de tous les individus soient reconnus et soutenus. Pour être en mesure de jouir de la santé sexuelle, il est essentiel que les droits sexuels de chacun soient reconnus et respectés. Une société qui offre plus de liberté dans les pratiques sexuelles doit également s'assurer que chacun est aussi libre de ne pas jouir de cette liberté. »*

Il apparaît plus ou moins dans cette définition une discipline à part entière, la sexologie.

En sexologie, selon Crepault C dans son guide de sexo-analyse, le bon équilibre s'explore à 3 niveaux (26):

- La santé érotique qui est la capacité à désirer, imaginer et jouir, la capacité à érotiser une personne humaine adulte consentante. Elle se caractérise par l'absence de perversions, qui sont définies comme une hostilité ou une déshumanisation, ou qu'il existe une capacité à les neutraliser. C'est également l'absence de déviances ou la capacité à les neutraliser. Puis la

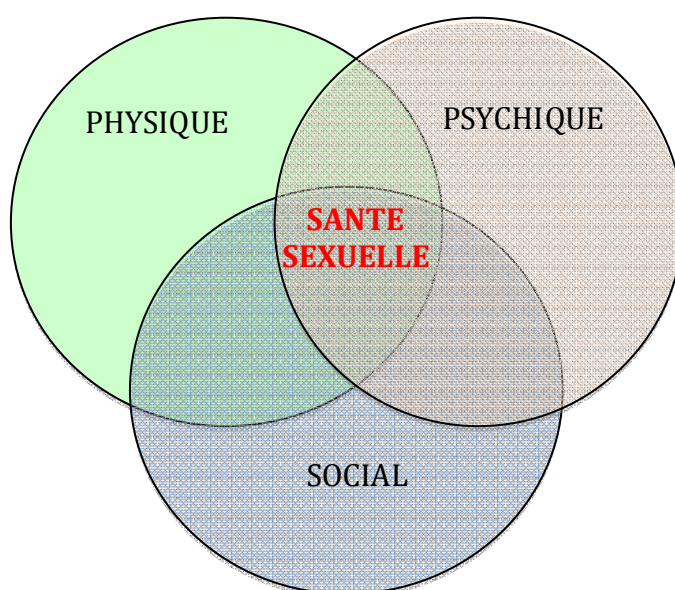
présence d'une aptitude polyvalente des modes de désir, d'excitation et de jouissance. Et aussi la capacité d'harmoniser les fantasmes et le réel. Et enfin l'aptitude à la légèreté sexuelle, la non dramatisation, la non addiction.

- La santé générale qui est l'équilibre entre masculinité et féminité.
- La santé relationnelle ou amoureuse qui est la capacité d'aimer et d'être aimé, de transformer la passion amoureuse en un lien affectif profond, durable et sexualisé.

Ces définitions mettent en évidence un paradoxe entre individus et société, résumé par le fait que la sexualité est quelque chose d'important et de complexe, reconnue comme nécessaire au 'bien-être' général, que l'on pourrait traduire par la sexualité est une fonction naturelle, innée, qui doit se vivre de façon pleine et l'esprit léger, mais en même temps soumise à des normes sociales et affectives.

Conclusion des définitions

En synthétisant ces différentes définitions, les deux composantes de la santé sexuelle, que sont la santé et la sexualité, dépendent des trois paramètres suivants : le physique, le psychique et le social. Ils peuvent être résumé par le schéma suivant.



L'humain est donc comme la majorité des espèces, mais probablement de façon prédominante, soumis à la pression sociale et normative. Bien qu'il semble que chez les autres espèces la non conformité aux normes de la hiérarchie sociale semble plus radicalement réglée.

Aujourd'hui, même si la sexualité apparaît d'abord comme instinctive et naturelle, elle est également soumise au collectif. De plus il apparaît que la sexualité serait aussi bénéfique pour la santé de la société, comme le suggèrent des études faites chez l'animal qui montrent l'utilisation de l'acte sexuel

pour apaiser les tensions au sein du groupe et pour créer du lien affectif. Chez l'humain il existe également un fonctionnement psychosocial : selon De Waal F. « la sexualité sert à tisser des liens affectifs entre les individus. Elle apaise les tensions, désamorce les conflits et permet de créer des alliances : l'échange et les métissages évitent que le sang ne soit versé ».

Si l'on regarde les pays les plus mal classés au niveau de l'indice de développement humain de l'ONU 2007-2008 ce sont également les pays les plus restrictifs en termes de sexualité. A l'extrême, l'excision existe exclusivement dans les pays les plus pauvres du monde(29).

L'expression de la sexualité est donc quelque chose de complexe : il y a l'individu, son bien être, son plaisir et il y a le rapport à l'autre (car même si la sexualité peut être solitaire il semble qu'un support soit toujours nécessaire). Il y a le rapport à la société, la pression sociale qui nous dicte comment elle doit être, ce qui est bien ou pas, et qui diffère d'une société à l'autre. Ainsi, il apparaît au moins trois raisons d'avoir des troubles : ne pas être en harmonie avec soi-même, ne pas être en harmonie avec l'autre, et ne pas respecter la norme ou le jugement.

Bref historique de l'évolution de la sexualité.

Longtemps la sexualité et la reproduction humaine ont fait partie intégrante de l'ordre social et de l'ordre du monde. Elles n'étaient pas perçues comme distinctes l'une de l'autre.

Si nous regardons les religions anciennes dont certaines sont encore présentes aujourd'hui dans d'autres cultures, comme la Chine, l'Inde, ou la religion gréco-romaine, la sexualité était et est toujours perçue comme un devoir religieux. Elle peut être considérée comme le moyen d'obtenir l'harmonie avec la nature (taoïsme) ou d'atteindre le karma hindouiste.

A cette sacralisation de l'érotisme peut s'opposer la morale sexuelle austère de la religion chrétienne qui est le contexte de notre enquête.

Suite au déclin démographique de la civilisation gréco-romaine, on voit la naissance du stoïcisme et du néo platonisme qui oppose chair et esprit et sépare mariage et amour. Avec le christianisme émerge une inquiétude à l'égard de l'autonomie des désirs et la censure des manifestations de la chair devient alors une forme prépondérante de contrôle social. La doctrine chrétienne s'axe sur trois thèmes : la condamnation de la chair et le rejet du plaisir, la confession et la nécessité de l'aveu, la réglementation du mariage et l'obligation de la procréation

La confession et la pénitence sont spécifiques à la doctrine chrétienne et s'accompagnent de l'apparition de la peur de soi et de la culpabilisation. Au Moyen-Âge la confession est un lieu d'interrogatoire approfondi sur les péchés de la chair, l'Eglise et ses clercs entreprennent de contrôler

la vie morale des fidèles, avec l'objectif d'empêcher l'activité sexuelle hors du couple marié et de la restreindre aux seules pratiques qui permettent la fécondation. (1)

Pendant de nombreux siècles la sexualité est essentiellement reproductive et vécue comme un devoir, dans le cadre du couple uni par le mariage. De ce fait le mariage est une façon d'accéder à la sexualité autorisée. Il est important de percevoir la séparation entre amour et devoir. Le sentiment amoureux réapparaît au XIIe siècle en Occitanie avec le développement de l'amour courtois, un jeu aristocratique et littéraire, exprimant les tendances émergentes de la sensibilité. Cet amour est toujours adultère, car le mari qui n'a pas été choisi est souvent brutal. C'est par ailleurs un jeu très codifié entre une femme de haut lignage et un homme de basse extraction qui lui doit lui démontrer sa soumission.

A partir du XVIIIe siècle, l'amour devient un sentiment attendu entre les conjoints, voire la raison même du choix. Le mariage par amour et la liberté de choix s'imposent aux mœurs occidentales pour aboutir au XXe siècle à ce que l'Eglise proclame que la relation sexuelle est une expression de l'amour conjugal. Le modèle de mariage d'amour jugé absurde quelques siècles plus tôt devient alors la norme.

Nous passons également d'un monde (le Moyen-Âge) où les émotions et les fonctions corporelles étaient visibles et explicites, à un monde où les individus doivent contrôler leurs affects, dissimuler les manifestations de leur corps.

« La révolution sexuelle »

Plus récemment est apparue ce qui a été appelé « la révolution sexuelle » : la sexualité s'est échappée du carcan qui l'enserrait, mais elle devient aussi plus présente. La sexualité est aussi plus socialisée, standardisée. Dans les années 2000, sous l'apparence de l'individualisation des comportements, les femmes et les hommes n'échappent guère à la pression sociale exercée sur leur vie privé et leur corps (Le Breton 1994) (4).

Ce rappel historique balaye de façon assez large, l'évolution de la sexualité dans notre culture. Il dresse le tableau du contexte actuel d'exercice de la sexualité contemporaine.

D'une part il est important de montrer que la vision de la sexualité, sa pratique et ses interdits diffèrent, évoluent ou régressent parfois, d'une société à l'autre et d'une époque à l'autre. Nous sommes passés d'une sexualité visible mais pas réservée à la sphère intime, où le lien affectif n'est pas la règle, à une sexualité privée, pudique, taboue. Les être humains semblent fait pour se mettre des chaînes et se

priver de liberté. Même si la sexualité se voit beaucoup, qu'on en parle beaucoup dans la presse, le discours est toujours aussi difficile. En d'autres termes au niveau sociétal la sexualité n'est plus taboue, ni pudique et est visible, par contre au niveau individuel, elle reste taboue, pudique et réservée à la sphère intime.

La sexualité actuelle.

On voit au sein du domaine privé se créer peu à peu une sorte de sanctuaire inviolable : la chambre du couple parentale qui devient le temple du secret de la sexualité légitime. (6).

Nous avons hérité de la construction traditionnelle des rapports de genre. Le corps de la femme est perçu et traité comme un objet, dont les hommes s'emparent par l'acte sexuel.

De même dans le modèle biologique à 2 sexes, le mâle produit les spermatozoïdes, la femelle les œufs. Toute une psychologie de la différence se met à accompagner la biologie. La pudeur, la modération, l'absence de désir se mettent à être considéré comme des qualités naturelles des femmes. Inversement le désir, l'agressivité et l'activité sont définis comme propre à l'individu masculin. Nous verrons ultérieurement comment cette image est ancrée dans les comportements et pour reprendre les mots de Maryse JASPARD : « Entre la médicalisation accrue du bien être individuel, le déferlement visuel et langagier du sexe, et sa commercialisation, la libération sexuelle apparaît plus que jamais comme un grand mythe du 20^{ème} siècle ».

Dans les généralités de l'enquête CSF on note une diversification des pratiques sexuelles à visée non reproductive (p 320). En outre il apparaît que plus l'entrée dans la vie sexuelle est tardive moins il y a de partenaire et inversement. Les périodes d'abstinence supérieures à 3 mois sont plus fréquentes en 2006 qu'en 1992.

En comparaison avec la précédente étude ACSF 1992, il y a numériquement un élargissement du répertoire sexuel, essentiellement féminin. Les chiffres mettent en évidence une généralisation de l'expérience de la sexualité juvénile, une importance croissante de l'activité sexuelle dans la vie de couple, une autonomie grandissante des femmes et un déclin des préceptes religieux.

On note enfin l'apparition d'internet et du prolongement de la vie sexuelle des aînées.

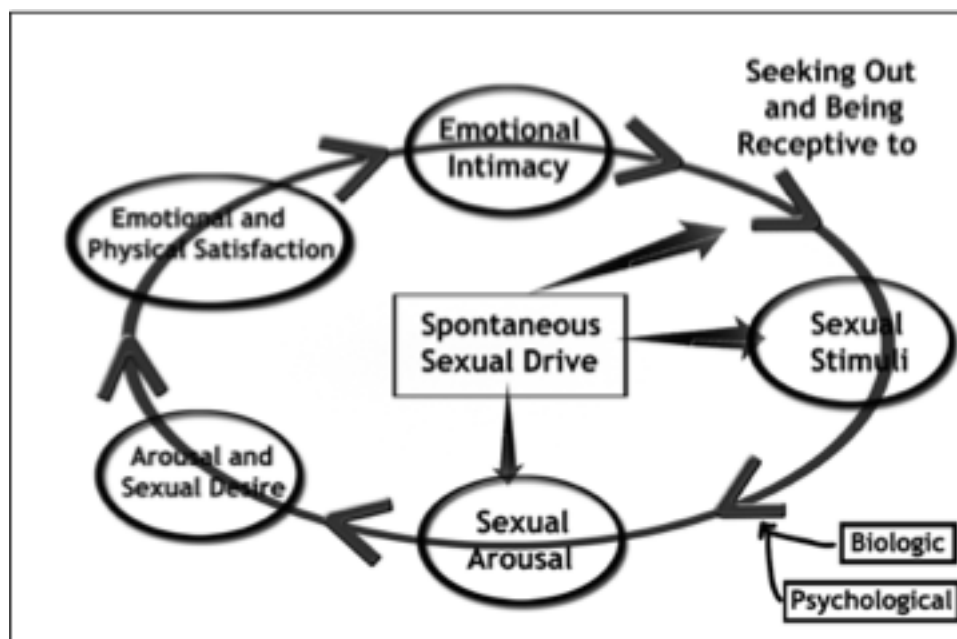
La sexualité en soins primaire.

En soins primaire il s'agit de dépister les troubles, donc de savoir les reconnaître, les diagnostiquer et les prendre en charge.

La sexualité en sexologie

En sexologie, la sexualité, les troubles et leur traitement dépendent des concepts de la réponse sexuelle qui ont évolué au cours du temps. Il existe trois modélisations de la réponse sexuelle féminine.

- Le modèle linéaire, décrit par Master et Johnson en 1966, ils proposent un modèle en quatre phases : la phase d'excitation, la phase de plateau, l'orgasme et la phase de résolution. Ce modèle suppose que l'homme et la femme ont le même type de réponse sexuelle et ne prends pas en considération la relation de couple.
- Le modèle circulaire, en quatre phases lui aussi, avec la phase de séduction ou de désir, la phase de sensation qui englobe la phase d'excitation et de plateau du précédent modèle, la phase d'abandon ou d'orgasme et la phase de réflexion/résolution, modèle dit de Reed selon Whipple et Brash-Mc-Greer(1977).
- le modèle non linéaire, plus récent, construit par Basson, qui incorpore l'importance de l'intimité émotionnelle, des stimuli sexuels et de la satisfaction de la relation de couple. Ce modèle démontre que le fonctionnement sexuel des femmes est plus complexe que la réponse sexuelle des hommes. Il suggère que le désir d'augmenter la proximité ou l'ouverture au partenaire prédispose une femmes à participer à l'activité sexuelle. Le but de celle-ci n'étant pas nécessairement l'orgasme mais une satisfaction personnelle, qui se manifeste par un satisfaction émotionnelle ou sentimentale, et/ ou l'orgasme.



Selon un article de revue de la littérature sur l'évolution du concept de la sexualité féminine, les raisons qui font qu'un femme initie ou permet une interaction sexuelle est un désir d'exprimer son amour, d'accepter et de partager un plaisir physique, de ressentir une intimité, de satisfaire son partenaire et d'augmenter son sentiment de bien-être, ce qui a été retrouvé dans des études récentes sur le sujet, notamment celle de Cain et al(24). (27).

Si nous nous tenons à cette conceptualisation de la sexualité féminine, nous pouvons en conclure que la réponse sexuelle dépend de trois facteurs, qui sont :

- le contexte et la relation avec le partenaire, selon une étude aux Etats-Unis (10), il faut une relation stable et durable, une bonne santé physique et mentale et également être libre des risques sanitaires que sont les grossesses non désirées, les IST, le manque d'intimité, le manque de situations érotiques, le manque de temps ou la hâte.
- les facteurs psychologiques et l'historique personnel, avoir une bonne image de soi, ne pas avoir d'inquiétudes ou de situations anxiogènes et également l'absence de traumatisme ou d'abus sexuels, ainsi que d'expériences sexuelles négatives dans le passé.
- les facteurs biologiques, notamment d'effet secondaire médicamenteux, de carences hormonales ou liés à l'âge.

Le comité international recommande en 2003 une évaluation de ces trois facteurs qui peuvent agir sur les dysfonctions sexuelles, il faut donc interroger les patientes sur leur vie sexuelle d'avant, le contexte de leur vie actuelle et les facteurs médicaux(14).

Quels sont les troubles ?

L'OMS définit la dysfonction sexuelle comme *une incapacité du sujet à avoir une relation sexuelle comme il le souhaiterait.*(6)

Je reprendrai la classification CIM 10 (24) de 1994 ou DSM IV (7) :

- L'absence ou la perte de désir. L'aversion ou le manque de désir (trouble du désir ou de l'excitation).
- L'échec de la réponse génitale : érection, lubrification.
- L'intumescence insuffisante des lèvres vaginales.
- La dysfonction orgasmique.
- L'éjaculation précoce.
- Le vaginisme non organique.
- La dyspareunie non organique.
- L'activité sexuelle excessive.

Au niveau de la classification des maladies psychiatriques, elles sont regroupées en 8 groupes syndromiques :

- Liés à la dysfonction sexuelle.
- Liés aux paraphilies.
- Liés à comportement sexuel compulsif.
- Liés au conflit d'identité et de genre.

- Liés à la violence.
- Liés à la reproduction.
- Liés aux IST.
- Liés à d'autres atteintes.

La sexualité dans la population féminine française.

Selon l'enquête CSF de 2008(2), 84,4% des personnes interrogées considèrent la sexualité comme importante ou indispensable au bien être.

La sexualité est donc une préoccupation importante pour une majorité des personnes, sans toutefois voir un nombre important de consultations en lien avec ce sujet, ce dernier semblant toujours tabou.

D'autre part, dans une étude centrée sur la dysfonction érectile (étude Metz et Siefert en 1990) (9), on note que 95% des personnes interrogées ont une préoccupation sexuelle. Selon l'âge, 20 à 50% des femmes souffrent de dysfonctions sexuelles, 1/3 se plaignent d'un manque d'intérêt, 1/4 d'anorgasmie. (14)

Pour les femmes, 16% font part de rapports douloureux, 35% d'insuffisance ou d'absence de désir, 36% de difficulté d'orgasmes souvent ou parfois.

On peut donc dire que ces troubles sont fréquents dans la population générale sans pour autant voir le nombre de consultations à la même proportion pour ce sujet.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Résumé

Introduction

La santé sexuelle est un domaine de la santé qui a été peu abordé en médecine générale. Les études quantitatives sur ce sujet ont décrit les freins et les leviers au discours sur la sexualité et mettaient en évidence les trois dimensions qui s'y rapportent : le physique, le psychique et le social. Aucune étude ne prenait en compte le discours des femmes qui consultent en médecine générale. Notre étude avait pour finalité de faire émerger le vécu et les représentations des patientes pour comprendre comment aborder le sujet en consultation.

Méthode

L'étude transversale descriptive a utilisé une approche qualitative par entretien individuel semi-dirigé. Le guide d'entretien a été élaboré par l'enquêteur en fonction des données de la littérature médicale. Il abordait le thème de la relation médecin-patient, la santé, de la santé sexuelle. Le but était de recueillir les informations nécessaires à la compréhension des éléments favorisant ou empêchant l'abord de la sexualité en consultation. L'analyse du contenu du discours a été fait entretien par entretien. Le recrutement a été fait majoritairement par une approche directe des patientes en consultation.

Résultats

18 patientes de la Réunion ont été interviewées entre octobre 2013 et janvier 2014 en cabinet de médecine générale. Pour que la sexualité puisse être abordée en consultation, une trouble devait être présent, avoir un retentissement sur la sexualité de la femme et/ ou du couple. La relation avec son médecin devait être suffisamment établie pour pouvoir explorer l'intimité de la personne, elle dépendait de la personnalité des patientes et des médecins. Le sens que chacune accordait dans sa vie à la sexualité et en particulier au sein d'un couple était l'élément important pour la sexualité féminine. Les symptômes comme les métrorragies, la baisse de la libido et les dyspareunies sont apparus et ont permis de mettre en évidence de évènements spécifiques de la vie d'une femme pour que le médecin puisse investiguer leur sexualité. Ces moments propices ont été la ménopause, l'arrivée des enfants, la prévention autour de la contraception, la reprise de l'activité sexuelle, la présence d'une maladie chronique et le vieillissement.

Conclusion

Cette enquête aura permis de mettre en relief l'importance de la relation dans le couple médecin patiente pour échanger sur la santé sexuelle en consultation. Le médecin généraliste devrait s'attacher à saisir l'opportunité de certaines situations pour aborder le sujet avec ses patientes. S'intéresser à la santé sexuelle des personnes permettrait de considérer la personne et son histoire dans son environnement socio-culturel, éducatif et conjugal.

Mots clefs : ETUDE QUALITATIVE SANTÉ SEXUELLE, MÉDECINE GÉNÉRALE, MENOPAUSE.