



Le médecin généraliste, la sexualité féminine et ses troubles : enquête qualitative après de 11 médecins généralistes des Alpes Maritimes

Raphaëlle Gavignet

► To cite this version:

Raphaëlle Gavignet. Le médecin généraliste, la sexualité féminine et ses troubles : enquête qualitative après de 11 médecins généralistes des Alpes Maritimes. Médecine humaine et pathologie. 2014. <dumas-01160319>

HAL Id: dumas-01160319

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01160319>

Submitted on 5 Jun 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.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

THESE

Pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 05 juin 2014

Par

Raphaëlle GAVIGNET

Née le 21 octobre 1986 à Annecy (Haute Savoie)

LE MEDECIN GENERALISTE, LA SEXUALITE FEMININE ET SES TROUBLES :

Enquête qualitative auprès de 11 médecins généralistes des
Alpes Maritimes

MEMBRES DU JURY :

Président du Jury :

Professeur Jean Baptiste Sautron

Directrice de thèse :

Docteur Armelle Compe

Assesseurs :

Professeur Isabelle Pourrat

Professeur Dominique Pringuey

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

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. 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. GILLET Jean-Yves M. GRELLIER Patrick M. HAR TER 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. 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
M. MAGNE Jacques
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.	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.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (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.	HEBUTERNE 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 (42.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME 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 PREMIERE 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.	DARCOURT 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.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ 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.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIME 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	Hépto-Gastroentérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUE 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 UNIVERSITES

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Général
----	-----------------------	------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - 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 (47.04)
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	MAGNIE 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 ASSOCIES

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

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

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

PROFESSEURS CONVENTIONNES DE L'UNIVERSITE

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

Aux membres du Jury :

Monsieur le Professeur Sautron, Président de mon jury, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Soyez assuré de toute ma gratitude.

Madame la Professeur Isabelle Pourrat, monsieur le Professeur Dominique Pringuey, membres de mon jury, je suis très honorée de l'intérêt que vous portez à ce travail en acceptant de le juger. Soyez assurés de ma sincère reconnaissance.

Madame la Docteur Armelle Compe, Directrice de ma thèse, je te remercie pour ton soutien et le temps passé auprès de moi pour m'aider à poursuivre ce projet et à exprimer ces idées qui m'intéressent et me tiennent à cœur. Je te suis très reconnaissante, pour ce travail et pour mon expérience en PMI.

Aux onze médecins ayant participé :

Je vous remercie sincèrement de m'avoir accordé votre temps et d'avoir partagé vos expériences pour que je puisse mener ce projet à bien.

A ma famille :

A Jocelyne, Christian, Laura, Simon et Sidney. Merci d'être ma famille, pour votre soutien et d'être vous-même. Chacun de vous m'a enrichi et inspiré à sa manière.

A Rafael :

Gracias por haberme soportado tanto esos últimos dos años, que sea por la tesis o todo el resto. Eres mi luz.

A mes amis niçois :

Merci pour votre soutien et tous les bons moments passés avec vous.

TABLE DES MATIERES

I)	INTRODUCTION	12
II)	HISTOIRE DE LA SEXUALITE EN MEDECINE	14
1)	De l'antiquité à nos jours	14
a)	Les prémices de la médecine de la sexualité	14
b)	Le XXème siècle : la naissance de la sexologie	14
2)	Les grands rapports sur la sexualité	15
a)	Les rapports Kinsey	15
b)	Les rapports Masters et Johnson	15
c)	Le rapport Hite	15
d)	Les rapports français	16
3)	Les enseignements de la sexologie	16
III)	LES DYSFONCTIONS SEXUELLES FEMININES	18
1)	Les troubles du désir	18
2)	Les troubles de l'excitation	18
3)	Les troubles de l'orgasme	19
4)	Les troubles avec douleur	19
IV)	MATERIEL ET METHODE	21
1)	Bibliographie et travail préparatoire	21
2)	Caractéristiques de l'étude	21
a)	Méthode qualitative	21
b)	Entretien semi-dirigés	21
c)	Le guide d'entretien semi-dirigé	22
3)	Sélection des participants et prise de contact	22
a)	Sélection des participants	22
b)	Prise de contact	23
4)	Réalisation des entretiens	23
5)	Re transcription et analyse	24
V)	RESULTATS	25
1)	Les participants	25
2)	Les médecins généralistes et la sexualité	27
a)	La sexualité et la santé	27
b)	La place du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles sexuels	28
3)	Vécu des médecins généralistes dans leur pratique	29
a)	Sentiments personnels	29

b) La demande	30
c) Le réseau professionnel	31
d) Les études	32
4) Les freins	33
a) Le manque de traitement médicamenteux	33
b) Le manque de temps, de disponibilité	34
c) La rémunération	35
d) Le manque de connaissance des praticiens	35
e) Les caractéristiques des patientes	36
f) La crainte de la mauvaise interprétation, de l'image renvoyée	38
g) La crainte du transfert pour les praticiens masculins	39
h) Le sexe masculin	39
i) La mauvaise appréhension des troubles de la sexualité féminine	40
j) Le manque d'intérêt	41
5) Les facteurs favorisants	41
a) De la part des médecins généralistes	41
b) Dans la relation médecin-patiente	43
6) Attentes et propositions	45
a) Amélioration personnelle des médecins généralistes	45
b) Information des patientes	46
c) Propositions et attentes à un niveau sociétal	44
VI) DISCUSSION	50
1) Les limites de l'étude	50
a) Dans la sélection des participants	50
b) Dans la conduite des entretiens	50
c) Dans l'analyse des entretiens	50
2) Le concept de santé sexuelle	50
3) Le rôle du médecin généraliste	54
4) Sexologie et gynécologie	55
5) Sexe et religion	56
a) Le catholicisme	56
b) Le protestantisme	57
c) Le judaïsme	57
d) L'islam	57
6) Le transfert	58
7) La rémunération	59
8) La formation	60
9) Information des patientes	62
VII) CONCLUSION	63

VIII)	BIBLIOGRAPHIE	65
IX)	ANNEXES	71
1)	Annexe 1 : Tableau des fréquences des troubles de la fonction sexuelle selon l'âge	71
2)	Annexe 2 : Tableau des fréquences des consultations pour troubles de la fonction sexuelle	72
3)	Annexe 3 : Thématiques du guide d'entretien	73
4)	Annexe 4 : Guide d'entretien	74
5)	Annexe 5 : Courrier d'invitation à participation à la thèse	76
6)	Annexe 6 : Questionnaire quantitatif	77
X)	ABREVIATIONS	78
XI)	SERMENT D'HIPPOCRATE	79
XII)	RESUME	80

I) INTRODUCTION

Les troubles sexuels sont un ensemble de symptômes individuels ou de couple, qui se manifestent par une difficulté de réalisation de l'acte sexuel et dont les causes sont complexes, parfois seulement psychologiques et relationnelles, parfois l'expression d'un trouble organique, et le plus souvent mixte.

Il existe une forte corrélation entre le dysfonctionnement sexuel et la qualité de vie : estime de soi, sentiment d'intégrité et relations interpersonnelles. [1] [2]

La classification proposée par le DSM V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ème édition*, publié en mai 2013 par l'APA, American Psychiatric Association) distingue :

- Les troubles du désir
- Les troubles de l'excitation
- Les troubles de l'orgasme
- Les troubles avec composante douloureuse [3]

Ces troubles existent depuis toujours, mais ne sont un problème pris en compte que depuis quelques décennies. L'évolution des connaissances et surtout de la société permet à la sexualité de faire partie intégrante de la qualité de vie.

Depuis 2002, l'OMS a intégré la santé sexuelle au concept de santé : «La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble.

C'est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités.

La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés. » [4]

Suite à un questionnement personnel dans ma pratique quant aux dysfonctions sexuelles féminines, j'ai effectué une première recherche bibliographique. Cette recherche et les questions que j'ai posées aux praticiens autour de moi m'ont montré que ces dysfonctions sont très peu évoquées et traitées dans les cabinets de médecine générale.

La prévalence de femmes de la population générale souffrant d'une ou plusieurs dysfonctions sexuelles est élevée aux alentours de 11 % [5] alors que le taux de consultation auprès des médecins généralistes est très faible.

Une étude publiée en 2007 dans le Journal of Sexual Medicine montre que seulement 7% des femmes interrogées rapportent avoir été questionnées à ce sujet par leur médecin alors que 32% d'entre elles aimeraient pouvoir en parler. [6]

Les interlocuteurs privilégiés pour ces femmes, après les gynécologues, sont les médecins généralistes. [5] [7]

L'intégration du concept de santé sexuelle comme partie intégrante de la santé, en pratique, est très loin d'être effective, et je me suis intéressée aux raisons qui font que les médecins généralistes n'abordent et ne traitent quasiment pas les dysfonctions sexuelles de leur patiente.

Mon étude s'est portée sur le vécu des médecins généralistes, les freins qu'ils rencontrent en consultation pour le diagnostic et la prise en charge de ces troubles, et les solutions que l'on pourrait éventuellement y apporter.

Le but de ce travail est de déterminer quels sont les raisons du manque de diagnostic et de prise en charge des troubles sexuels féminins en médecine générale et déterminer si des solutions existent.

L'objectif principal était de décrire les déterminants positifs et négatifs à l'abord et la prise en charge des dysfonctions sexuelles féminines en médecine générale.

Les objectifs secondaires étaient de déterminer quelle est la vision des médecins généralistes sur la sexualité féminine, ses troubles, et sur leur propre place dans la prise en charge de ces troubles, et recueillir également les attentes ou les propositions des médecins généralistes afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge de ces troubles qui touchent un nombre important de nos patientes et se répercutent sur leur qualité de vie.

II) HISTOIRE DE LA SEXUALITE EN MEDECINE

1) De l'Antiquité à nos jours

a) Les prémices de la médecine de la sexualité

L'intérêt de l'homme pour la sexualité et les questions qu'elle soulève existe depuis le début de son histoire.

On en retrouve les premières traces dès le paléolithique supérieur mais c'est à partir de l'antiquité classique que l'on retrouve les premiers grands modèles explicatifs sur la sexualité et la fécondité par Hippocrate notamment mais surtout par Aristote qui établit un système de pensée basé sur l'infériorité et le rôle minime de la femme, qui fera peser une lourde charge de culpabilité sur la sexualité féminine et perdurera au moins jusqu'au XVIIIème siècle. [8] [9]

Après une longue période sans avancée, les XVI et XVIIème siècles marquent les prémices d'une science de la sexualité. [8] [9]

Au XVIIème siècle naît un désir de répression et de contrôle de la sexualité par l'église et la médecine, illustré par exemple par une condamnation féroce de la masturbation considérée comme déviante et pathologique, et dont les « traitements » employés étaient violents et mutilants. [8] [10]

b) Le XXème siècle : la naissance de la sexologie

Le XXème siècle est celui du véritable avènement de la sexologie moderne.

Cela débute par exemple en 1905 avec *La Question Sexuelle* d'Auguste Florel, psychiatre et neuroanatomiste allemand et *Les Trois Essais sur la Théorie de la Sexualité* de Sigmund Freud qui représenta une véritable révolution, compte tenu de la pudibonderie de l'Europe à cette époque. [8] [9] [10]

On voit apparaître également les débuts d'un mouvement féministe sans précédent, soutenu par certains scientifiques et médecins, ainsi que l'avènement de la contraception avec la création du stérilet par Ernest Grafenberg, gynécologue allemand, en 1928, de la méthode Kisaku Ogino (calcul de la probabilité de grossesse en fonction de la phase du cycle et de la température) en 1931, et surtout l'invention de la pilule contraceptive par John Rock et Gregory Pincus en 1956 sous la pression du mouvement féministe.

Cette innovation va permettre la libération des consciences et des comportements. C'est à partir de ce moment que la sexualité est plus librement vécue et dissociée de la grossesse, ce qui permet l'avènement de la notion du plaisir sexuel et l'apparition de la « plainte sexuelle » chez les femmes (qui auparavant n'était pas possible du fait de la grande culpabilité qui pesait sur leur sexualité et des préoccupations de fécondité qui étaient au premier plan). [8] [11]

Les œuvres citées par la suite ont marqué et marquent encore la sexologie et même la société actuelle, il s'agit des grands « rapports » sur la sexualité, notamment ceux d'Alfred Kinsey, et de Masters et Johnson aux Etats Unis.

2) Les grands rapports sur la sexualité

a) Les rapports Kinsey

En 1948 Alfred Kinsey, biologiste enseignant la zoologie en Arizona, et son équipe, publient *Sexual Behavior in the Human Male* (le Comportement sexuel de l'homme), ou le « rapport Kinsey ».

Il s'agit du premier travail scientifique de grande ampleur sur le comportement sexuel, ouvrant les voies d'une réelle connaissance scientifique de la sexualité humaine, qui se base sur l'interrogatoire de 12 214 hommes entre 1938 et 1948.

En 1953 paraît *Sexual Behavior in the Human Female* (« rapport Kinsey » sur la sexualité féminine), dans lequel 5 940 femmes sont interrogées sur 15 ans et sont réhabilités la masturbation, l'homosexualité et le plaisir féminin.

Cet ouvrage provoquera un scandale et le discrédit de Kinsey (avec notamment la suspension de ses soutiens économiques). Cela montre encore une fois la vision subversive et culpabilisatrice de la sexualité féminine à l'époque. [8] [9] [10]

b) Les rapports Masters et Johnson

William Masters, gynécologue américain à de l'Université de Washington (Saint-Louis, Missouri) et Virginia Johnson, psycho-sociologue, publièrent en 1966 l'ouvrage *Human Sexual Response* (Les Réactions Sexuelles), qui entreprend l'étude anatomo-physiologique des réactions sexuelles humaines en observant le coït humain. Il permit une grande avancée sur la connaissance de la physiologie sexuelle, et notamment de celle de la femme, en affirmant par exemple la spécificité de la réponse sexuelle féminine, la réalité de l'orgasme multiple, l'existence de femmes vaginales et clitoridiennes, etc.

En 1970, parut *Human Sexual Inadequacy* (Les Mésententes sexuelles), qui fut le point de départ de la sexologie clinique en décrivant les troubles masculins et féminins et proposant des approches thérapeutiques spécifiques. [8] [10] [12]

c) Le rapport Hite

En 1976, dans le contexte du mouvement féministe et de la libération des mœurs aux Etats Unis et en Europe, parut le *rapport Hite* sur la sexualité féminine.

Shere Hite, historienne et sexologue américaine, dirigea une étude sur la sexualité féminine, s'appuyant sur les 1844 réponses reçues à l'envoi de plus de 3000 questionnaires anonymes à des femmes américaines.

Ce livre, qui contribua largement à libérer et déculpabiliser la sexualité féminine.

En 2002, Shere Hite publia *Le nouveau rapport Hite*, une poursuite de son enquête initiale aux Etats Unis, étendue au Royaume Uni, à l'Australie et la Nouvelle Zélande, entre 1994 et 2000. [13] [8]

d) Les rapports français

En 1972, le *Rapport sur le comportement sexuel des Français* de Pierre Simon fut le premier à étudier les pratiques des français.

Au total, 2626 français (hommes et femmes) furent interrogés. Cet ouvrage aura un impact important dans l'évolution des mœurs françaises dans le début des années 70. [8]

En 2009 fut publié l'ouvrage *Enquête sur la sexualité en France*. Cette étude fut menée sous la direction de Nathalie Bajos, sociologue et démographe à l'INSERM et Michel Bozon, sociologue et directeur de recherche à l'INED, entre septembre 2005 et mars 2006.

Il s'agit d'une enquête téléphonique anonyme, menée sur 12 364 personnes (5540 hommes et 6824 femmes) âgées de 18 à 69 ans.

C'est une source très intéressante quant aux pratiques des français en ce qui concerne la sexualité, mais aussi aux difficultés de la fonction sexuelle. [5]

3) Les enseignements de la sexologie

La sexualité humaine ne commença, comme on l'a vu précédemment, à être réellement étudiée et comprise qu'à partir de la moitié du siècle dernier. L'avènement de la sexologie et son enseignement n'émergèrent que par la suite.

En 1959, le premier enseignement universitaire eu lieu à Hambourg, en Allemagne.

En 1969, le premier enseignement francophone eu lieu au Québec.

En 1974, est organisé à Paris le premier Congrès mondial de Sexologie.

Les premiers enseignements universitaires français eurent lieu à l'Université de Marseille, qui créa en 1976 un Diplôme Universitaire de sexologie, suivi par Lyon un an plus tard.

En 1993 fut créé le DESC (Diplôme d'Etude Spécialisées Complémentaires) d'andrologie.

En 1995, le Diplôme Inter Universitaire (DIU) de Sexologie fut créé. Il s'agit d'une formation sur trois ans, qualifiante conférant le titre de médecin sexologue, regroupant initialement neuf universités : Aix-Marseille 2- Montpellier 1, Bordeaux 2, Nantes, Lille-Amiens, Lyon 1, Paris 5, Paris 13 et Toulouse 3.

Actuellement ce DIU est délivré par vingt universités françaises. [8] [9] [15]

A Nice, le Diplôme Inter Universitaire de Sexologie est également proposé depuis cette année universitaire, sous la direction du Pr Dominique Pringuey, Pr Daniel Chevallier, et Dr Carol Burte. [14] [15]

III) LES DYSFONCTIONS SEXUELLES FEMININES

Les dysfonctions sexuelles sont divisées en quatre catégories dans le DSM :

- Les troubles du désir sexuel ou désir hypo-actif : ils sont définis par l'absence ou la diminution du désir sexuel avec une absence de pensées ou de fantasmes.
- Les troubles de l'excitation sexuelle : c'est l'impossibilité permanente ou récurrente d'atteindre un état sexuel d'excitation suffisant, se traduisant souvent par un manque de lubrification.
- Les troubles de l'orgasme.
- Les troubles avec composante douloureuse : il s'agit des dyspareunies (profondes ou superficielles) et du vaginisme. [4] [10]

1) Les troubles du désir

Les troubles du désir se définissent par l'absence ou la diminution importante du désir sexuel avec une absence «de fantaisies imaginatives d'ordre sexuel » [10] [18]

Ils concernent 6,8 % des femmes de la population générale française selon l'*Enquête sur la sexualité en France* de N. Bajos et M. Bozon. [5]

Les troubles du désir accompagnent la majorité des autres dysfonctions.

Ils sont en général d'origine psychique, c'est-à-dire mettant en jeu les représentations personnelles de l'amour, de l'objet du désir et de l'érotisme. La dépression est ainsi la première cause de modification du désir. [19] [20] [1]

Il s'agit d'un trouble difficile à traiter en raison de la difficulté de repérage des limites entre normal et pathologique. [20]

Chaque ouvrage de sexologie, en particulier en ce qui concerne les troubles du désir insiste sur l'importance des particularités psychosexuelles de chaque femme. [18] [19]

2) Les troubles de l'excitation

Il s'agit de l'impossibilité permanente ou récurrente d'atteindre ou maintenir un état d'excitation sexuelle suffisant.

Ce trouble se traduit souvent par une absence de lubrification et d'assouplissement vaginal qui peuvent entraîner des douleurs lors du rapport.

C'est la dysfonction sexuelle la plus fréquemment rencontrée en post ménopause, en relation directe avec la privation oestrogénique. [1] [18] [21]

Outre la déplétion hormonale de la ménopause, d'autres étiologies de sécheresse vaginale existent : les causes iatrogènes (analogues de la LHRH, Tamoxifène, progestatifs androgéniques, toilettes vaginales répétées avec des savons ou produits détergents agressifs,

certain neuroleptiques), les causes infectieuses (vaginites mycosiques, bactériennes ou parasitaires), les causes générales (diabète, dépression, certaines affections neurologiques) et bien sur les causes psychologiques qui peuvent être isolées ou associées à une cause organique. [16] [17] [18]

3) Les troubles de l'orgasme

La définition de l'orgasme est une sensation de plaisir intense provoquant un état de conscience modifié, accompagné de contractions des muscles striés à l'entrée du vagin qui amènent une sensation de bien-être. [18]

Les troubles de l'orgasme sont donc une impossibilité permanente (anorgasmie) ou récurrente à ne pas arriver à l'orgasme après la phase en plateau d'un rapport sexuel satisfaisant. Ils ont une prévalence de 7,3% chez les femmes françaises, selon l'*Enquête sur la sexualité en France*.

Ce trouble est plus présent aux âges extrêmes de la vie sexuelle des femmes : chez les 18-25 ans, ce qui semble représenter l'apprentissage de la sexualité et de la découverte de son partenaire à l'entrée dans la sexualité, et chez les femmes entre 60 et 69 ans, ce qui semble renvoyer au vieillissement physiologique et à une certaine lassitude. [5] [22]

4) Les troubles avec douleur

Ils ont une prévalence de 2% chez les femmes françaises. [5]

Parmi les troubles à composante douloureuse, on distingue :

- Les dyspareunies orificielles, appelées également VVS (Vulvar Vestibulis Syndrome) qui correspondent à une douleur localisée, constante ou non, lors de la pénétration pénienne ou d'autres objets (par exemple à l'usage des tampons périodiques). La douleur est localisée au niveau de la vulve, du vestibule du vagin, du clitoris. [18]

Les causes de vulvodynies sont multiples : psychiques, séquelles de chirurgie (par exemple post-épisiotomie) [2], vulvites mycosiques, herpès, lichen plan, bartholinites, la sécheresse vaginale et ses causes que l'on a vu précédemment. [16] [23]

- Le vaginisme : il s'agit de la difficulté permanente (ou récurrente) rencontrée par la femme lors de la pénétration vaginale d'un pénis ou doigt alors qu'elle affirme souhaiter cette pénétration. Il correspond à un symptôme phobique par crainte de la douleur, avec une contraction involontaire des muscles pelviens rendant la pénétration quasi impossible. [19] [23]
- Les dyspareunies profondes : il s'agit de douleurs localisées au niveau pelvien ou abdominal, à la pénétration. Les causes principales sont psychiques et des pathologies bénignes comme les malformations utérines, l'endométriose, les prolapsus, mais on

doit également éliminer la possibilité d'étiologies néoplasiques (utérines ou ovariennes) qui doivent être prises en charge rapidement. [18]

IV) MATERIEL ET METHODE

1) Bibliographie et travail préparatoire

La bibliographie a été effectuée en langue française et anglaise, à partir des moteurs de recherche Pubmed, Cismef, Google, Sudoc, sur les sites de recherche du BMJ (British Medical Journal), EM Premium (Elsevier Masson) et Bibliothèque Médicale Française (Masson), la Revue du Praticien, ainsi que par l'acquisition d'ouvrages sur la sexologie.

Les mots clefs de la recherche sont : médecin généraliste, sexualité féminine, dysfonction sexuelle, relation médecin-patient.

2) Caractéristiques de l'étude

a) Méthode qualitative

La méthode qualitative ne cherche pas à quantifier ou mesurer, elle consiste à recueillir des données verbales, permettant une démarche interprétative. [24]

Elle permet d'étudier les phénomènes complexes dans leur contexte naturel.

Ce mode de recherche permet de se baser sur le témoignage et l'expérience des médecins généralistes pour déterminer quels sont les tenants et les aboutissants de cette prise en charge.

C'est un mode de recherche qui vise à décrire et approfondir le comment, le pourquoi des phénomènes, en opposition aux études quantitatives qui servent à les mesurer, en vue d'une généralisation des résultats ou pour tester une hypothèse. [25]

b) Entretiens semi-dirigés

Il existe plusieurs types d'entretiens :

- Les entretiens de groupes ou focus groupes : il s'agit de groupes de 8 à 10 personnes rassemblées autour d'un sujet, avec un animateur et un observateur. [24]
- Les entretiens individuels : La personne est interviewée par un seul chercheur, en tête à tête. La sexualité, et surtout celle des femmes est un sujet sensible, voir tabou. L'entretien individuel semble plus indiqué pour cette étude car il permet que l'interview se déroule dans une certaine intimité, afin de limiter l'autocensure par crainte d'être jugé par ses pairs.

Parmi les trois types d'entretiens individuels (directifs, libres et semi-structurés), c'est l'entretien semi structuré qui m'a paru le plus adapté car ils sont effectués grâce à un guide d'entretien présentant des questions à réponses ouvertes permettant, tout en gardant une ligne conductrice, de laisser une réelle liberté d'expression à l'interviewé. [24] [26]

c) Le guide d'entretien semi-structuré

« Le guide, dans le cadre d'entretiens semi-structurés, nécessite la formulation du thème du discours attendu et la préfiguration d'axes thématiques qui seront formulés sous forme de questions ouvertes. La suite des questions doit être logique et l'ensemble cohérent. » Il est modulable en fonction du déroulement de la rencontre afin que le participant puisse exprimer ses idées librement. [26]

La première étape du travail fut donc d'élaborer ce guide, dont les questions sont basées sur les thématiques figurant dans l'annexe 3. Il contient également des questions de relance, plus précises, permettant d'encourager les participants dans leurs réponses et de les faire rebondir en cas de besoin.

Ce guide fut soumis à l'avis du Docteur Pia Touboul du département de Santé Publique du CHU de Nice. Une première modification fut faite suite à cela.

Le temps estimé de l'entretien était de 20 à 30 minutes environ.

Tout entretien peut suggérer des hypothèses dont on cherchera des indices au cours des entretiens suivant, et venir ainsi infléchir le guide initial d'entretien, il fut ainsi modifié pendant toute la durée de l'étude. [26] [24]

Il fut testé tel quel sur les deux premiers participants puis modifié de nouveau. La version définitive est présentée dans l'annexe 4.

3) Sélection des participants et prise de contact

a) Sélection des participants

On a pondéré les critères comme pour un échantillon représentatif, tout en sachant qu'un échantillon ne peut être considéré comme représentatif dans une démarche qualitative. Ce n'est donc pas la taille de l'échantillon qui importe, contrairement aux enquêtes quantitatives, mais sa qualité. C'est-à-dire que la sélection des participants doit permettre la diversification des données. [25]

Les critères de sélection des participants ont donc été :

- La diversification du sexe : moitié femmes/ moitié hommes
- La diversification du lieu d'exercice : moitié médecine de ville (de différentes agglomérations)/moitié médecine rurale (arrière-pays), zones favorisées/zones défavorisées.
- La diversification du type de pratique : différentes expériences, en année d'exercice, en formation (gynécologie, planification, autres), pratique en cabinet de groupe ou non.

Les critères d'exclusion furent :

- Les médecins installés en tant que sexologues.
- Les médecins non installés (remplaçants)
- Les médecins hors Alpes Maritimes.

La taille de l'échantillon étudié ne fut pas décidée au début de l'étude.

En effet, sous réserve d'avoir recherché un maximum de diversification, à partir d'un certain nombre d'entretiens les informations recueillies apparaissent redondantes et semblent n'apporter rien de nouveau. Il fut décidé qu'une fois ce point de « saturation » atteint, après deux entretiens supplémentaires pour le confirmer, la campagne d'entretiens serait close. [25] [26]

b) Prise de contact

J'ai sélectionné les médecins généralistes sur la base de la liste des pages jaunes.

J'ai d'abord contacté les médecins sélectionnés par un courrier postal, représenté dans l'annexe 5.

Dans ce courrier je leur laissais le choix de me rappeler à un moment qui leur convenait, et dans le cas contraire je leur téléphonais dans les 4 à 5 jours suivant.

J'ai initialement contacté dix médecins, puis de nouveau, après avoir effectué les six premiers entretiens, contacté dix autres médecins.

5) Réalisation des entretiens

J'ai réalisé tous les entretiens moi-même. Ils se sont déroulés entre le 29 janvier 2014 et le 19 mars 2014 aux cabinets des médecins interviewés.

La saturation des données a été obtenue à partir du huitième entretien, trois de plus ont été effectués pour confirmer cette saturation.

Au total, le nombre de refus à la participation s'élève à sept médecins, les raisons invoquées ont été le manque de temps et pour une d'entre eux, le manque d'intérêt pour le sujet.

La durée moyenne des entretiens fut de 27 minutes avec un minimum de 14 et un maximum de 65 minutes.

L'enregistrement a été réalisé grâce à un dictaphone numérique.

Je me présentais puis les interviews débutaient par une courte introduction pour réexpliquer le but de notre rencontre et recueillir l'accord du médecin pour l'enregistrement de notre discussion en lui précisant l'anonymisation des données.

L'entretien était suivi ou précédé, en fonction du déroulement de la rencontre, du court questionnaire quantitatif (annexe 6) permettant de déterminer les principales caractéristiques du participant et de son activité.

6) Retranscription et analyse

Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits intégralement sous forme de verbatim, « y compris hésitations, rires, silences ainsi que les relances » [27], de façon à ne faire l'impasse sur aucune idée soulevée. [27]

Pour l'anonymat, les participants ont été « codés », simplement en fonction de l'ordre chronologique des entretiens : MG1, MG2, MG3... (MG pour « médecin généraliste »).

L'analyse, dite « analyse de contenu thématique » [25] [27] consiste à sélectionner et extraire du discours les éléments informatifs, c'est-à-dire susceptibles de répondre à la question posée.

Elle nécessite deux étapes : la première est l'étape du déchiffrement (ou analyse verticale). C'est une procédure de déchiffrement structurel basé sur chaque entretien, en faisant abstraction des entretiens précédents, qui permet de faire ressortir tous les thèmes de réponses de chaque entretien et de ne laisser aucune idée nouvelle de côté.

La deuxième étape est celle de l'analyse horizontale, ou transversale, qui sur l'ensemble des entretiens effectués, regroupe les différents thèmes (ou « unités de réponse ») qui ressortent. On peut alors déterminer à quelle fréquence sont répétés les thèmes, tout entretien confondu, s'il y a des contradictions, etc. [27]

Ces deux étapes ont été effectuées pour chacun des neuf entretiens, afin de ne perdre aucun élément de réponse, mais aussi pour déterminer les éléments sur lesquels insistent le plus les médecins et qui apparaissent le plus souvent.

La retranscription s'est effectuée grâce aux logiciels Microsoft Word et Excel.

V) RESULTATS

1) Les participants

Dans le souci de l'anonymat des médecins ayant participé à cette recherche, je n'énumère pas ici les caractéristiques de chacun, mais je regroupe leurs caractéristiques pour illustrer la diversité de la population interrogée.

Le tableau 1, ci-dessous, représente les caractéristiques personnelles des participants :

- Le sexe : La parité fut quasiment respectée avec 5 femmes et 6 hommes.
- L'âge : L'âge des participants est compris entre 35 ans et 65 ans, avec une moyenne de 48,8 ans.
- L'expérience : Le nombre d'année d'exercice moyen est de 19,6 ans avec un minimum de 4 ans et un maximum de 36 années.

Tableau 1 : Caractéristiques personnelles des participants

Caractéristiques personnelles		Nombre de participants
Sexe	Homme	6
	Femme	5
Age	35-40 ans	4
	41-50 ans	2
	51-60 ans	3
	61-65 ans	2
Années d'exercice	<10 ans	3
	10-19 ans	2
	20-29 ans	4
	> 30 ans	2

Le tableau 2 décrit les différents types de formations effectuées par les participants :

- Formation complémentaire générale : Tous les médecins participants suivent une formation continue de médecine générale, deux d'entre eux ont le DIU d'homéopathie, un autre de mésothérapie, un autre de médecine du sport, et enfin un de management et ingénierie de la santé.
- Formation complémentaire autour du sujet : Pour les formations autour de la gynécologie et des troubles sexuels, deux médecins ont le DIU de gynécologie, deux autres ont bénéficié d'une formation continue centrée sur la gynécologie, et les sept restants n'ont pas de formation particulière autour de ce sujet.

Tableau 2 : Formations des participants

Formations reçues		Nombre de participants
Formations complémentaires générales	Formation continue non spécifique	6
	Homéopathie	2
	Mésothérapie	1
	Médecine du sport	1
	Management et ingénierie de la santé	1
Formations autour du sujet	Formation continue en gynécologie obstétrique	2
	DIU de gynécologie	2
	Aucune	7

Le tableau 3 décrit les caractéristiques de la pratique des participants :

- Le lieu de pratique : Une bonne diversification au niveau des lieux de pratiques a été recherchée en répartissant le choix des médecins sélectionnés entre les zones rurales, semi-rurales, citadines en centre-ville, et citadines en banlieue (ou zone défavorisée).
- L'importance de l'activité : Un des médecins avait une activité modérée, à moins de 15 patients par jour en moyenne, trois autres une forte activité avec plus de 25 patients par jour, et les sept restants voyaient entre 15 et 25 patients par jour.
- Travail en cabinet de groupe : L'équilibre a été respecté avec 6 médecins en cabinet de groupe et 5 installés seuls.
- Mode d'exercice particulier : En plus de leur activité en cabinet libéral de médecine générale, un médecin est également médecin pompier et un autre fait des vacations en PMI.
- La pratique de la gynécologie : Trois des participants ne disent pratiquer quasiment jamais la gynécologie, quatre occasionnellement et quatre souvent.

Tableau 3 : Caractéristiques de la pratique des participants

Caractéristiques de la pratique des participants		Nombre de participants
Lieu de pratique	rural	3
	semi-rural	2
	ville (centre)	3
	ville (banlieue)	3
Nombre moyen de patients/jour	< 15	1
	15 à 25	7
	> 25	3
Cabinet de groupe	Oui	6
	Non	5
Mode d'exercice particulier	Médecin pompier	1
	Consultations en PMI	1
	Non	9
Pratique de la gynécologie	Souvent	4
	Un peu	4
	Jamais	3

2) Les médecins généralistes et la sexualité

a) La sexualité et la santé

La plupart des médecins ont bien intégré le concept de « santé sexuelle » et définissent la sexualité comme l'une des bases de la bonne santé :

MG3 « *La sexualité est probablement la base de la bonne santé, puisqu'elle fait partie de l'équilibre psychologique du patient.* »

MG5 « *Alors, en quoi la sexualité peut être un sujet de santé ? Ben, ça contribue au bien-être d'une personne de façon générale, enfin si on définit la santé comme un état de bien-être, ça en fait partie.* »

MG6 « *Alors, je pense que c'est une des bases de la bonne santé tout simplement.* »

MG7 « *Je trouve que c'est un domaine qui est intéressant, parce que ça fait partie du bien vivre, ou de l'hygiène de vie.* »

MG9 « *Elle appartient directement aux conditions socio-familiales de la personne, qui définissent, je pense, la personne dans sa globalité. Donc c'est un facteur à prendre en considération dans l'état général de la personne.* »

D'autres considèrent la sexualité comme importante pour la santé car en cas de dysfonctions, elle peut entraîner des troubles psychologiques :

MG4 « *Ça fait partie intégrante de la vie donc c'est vrai que les personnes ont besoin d'avoir une vie sexuelle épanouie, je pense, pour être en bonne santé, sinon, c'est forcément une souffrance.* »

MG8 « *La santé, un sujet de santé, si, un état dépressif, surtout les problèmes psychologiques que ça entraîne quoi, les troubles de la sexualité, je crois dans le couple.* »

MG11 « *Oui, ça peut être un sujet de santé parce que psychologiquement, ça peut perturber beaucoup les gens.* »

Enfin, la notion de symptômes exprimés autre que sexuels en cas dysfonction est également évoquée :

MG5 « *Quand ça ne va pas de ce côté-là, ça peut entraîner aussi d'autres, enfin des symptômes peut-être autres, qui viennent en fait d'un problème sexuel.* »

b) La place du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles sexuels

Bien que le rôle de la sexualité dans la santé soit assez clair, le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de ses troubles est moins bien défini. On retrouve trois niveaux quant à son importance : un rôle minime, le rôle de premier recours et enfin, le recours principal.

Le rôle du médecin généraliste est considéré par certains comme minime ou limité à une attitude d'écoute.

MG3 « *Avant on allait voir le curé pour avouer ses fautes. Aujourd'hui, on ne va plus le voir, donc quelque part, le curé c'est nous.* »

MG5 « *Ça dépend déjà de chaque médecin, de chaque patient, de la relation de chaque médecin : il y a des patients avec qui on va peut-être aller plus loin... Oui, j'aurai du mal à généraliser...* »

MG8 « *La place du généraliste, Hof, je ne sais pas, je dirais peut-être 20%, par ce qu'en général les femmes, presque toutes les femmes maintenant, moi je ne fais plus de gynéco hein, donc elles viennent pour une angine et tout, je ne leur demande pas « Est-ce que vous avez des problèmes ? » »*

« *On est des confesseurs de foi hein, souvent même.* »

A un deuxième niveau, certains médecins considèrent qu'ils sont un premier recours qui permettra de guider les patients vers les professionnels adaptés.

MG2 « *C'est peut-être un premier recours, peut être que c'est la première personne à qui elle viendra en parler...* »

MG4 « *C'est à nous qu'ils s'adressent quand même en premier je pense, plutôt que d'aller voir directement un spécialiste.* »

MG9 « *Ça peut être une situation que je gère comme ça en direct, seul, ça peut être aussi une situation que j'oriente. C'est un peu notre rôle, on est capable d'orienter en second recours, ça peut être un gynéco, un sexologue.* »

Enfin, d'autres médecins se considèrent le recours principal en cas de troubles de la sexualité, surtout dans le dépistage et diagnostic de ceux-ci.

MG3 « *Soit le patient ou la patiente vient avec des problématiques sexuelles, ça peut être des douleurs au moment des rapports, ça peut être des problèmes gynécologiques purs, et à ce moment-là effectivement, on va essayer de traiter le problème symptomatique. Ou alors, il y a un problème de malaise général et à ce moment-là il faut aller chercher effectivement, et en grattant, en prenant un petit peu de temps autour de son patient, on arrive à trouver que la problématique vient d'un problème de non-reconnaissance amoureuse, et donc de problèmes sexuels secondaires.* »

MG9 « *On a une prise en charge qui paraît fondamentale parce qu'on est vraiment dans l'accompagnement du parcours santé de la personne avec ses actes de la vie courante donc on est en mesure d'aborder tout ce qui définit la façon de vivre de la personne.* »

3) Vécu des médecins généralistes dans leur pratique

a) Sentiments personnels

A l'évocation de la sexualité avec leur patiente, les médecins généralistes réagissent différemment. Certains déclarent ne pas être à l'aise à évoquer la sexualité ou avoir des difficultés à savoir de quelle manière l'aborder.

MG4 « *Je ne suis pas forcément très à l'aise. Déjà, pour le patient, ce n'est pas forcément évident, donc j'essaie de, comment dire, de choisir mes mots pour ne pas brusquer et parler des choses les plus naturellement possible.* »

MG5 « *Je me sens moyennement à l'aise on va dire.* »

Les autres médecins, au contraire, sont à l'aise et ne ressentent pas de gêne, deux d'entre eux expliquent d'ailleurs qu'utiliser un franc-parler et l'humour leur permet d'instaurer une communication facile même autour de sujets ardues comme la sexualité.

MG3 « *Moi, tu sais, j'ai toujours été très franc avec mes patients. Je suis un peu brutal peut-être, mais des fois quand je vois qu'il y a quelque chose qui ne va pas, je leur dis : « Et comment ça se passe au pieu ? » »*

« *Ah oui, il faut y aller doucement, mais doucement et vite. Parce que si tu tournes autour du pot pendant trois heures, la fille elle va en avoir marre et finalement elle ne va rien raconter du tout.* »

« Je veux dire, qu'il ne faut pas avoir peur, il faut foncer dans le tas, et on a tout de suite des réponses. »

MG6 « C'est vrai que, non, moi je suis plutôt à l'aise avec ça. J'ai une discussion assez libre, que ce soit avec les hommes ou avec les femmes. »

MG7 « Moi ça ne me gêne pas du tout, si on vient me poser la question, je ne suis pas du tout coincé avec ça. »

« Moi j'avoue que franchement ça ne me fait ni chaud ni froid. Au contraire je trouve que ça a un côté très intéressant de la personnalité et de voir comment les gens vivent. »

MG11 « Je me sens à l'aise, il n'y a pas trente-six mille origines à l'impuissance d'un côté ou de l'autre. »

On remarque que certains se déclarent à l'aise, mais en restant sur des sujets très périphériques et techniques de la sexualité féminine :

MG9 « Non, je ne me sens pas mal à l'aise quand il y a une discussion qui est sur... sur le plan technique, je ne me sens pas du tout mal à l'aise, expliquer techniquement quand les femmes ont des infections de la sphère urinaire, ou gynéco ou digestives, on parle. Techniquement je me sens très à l'aise pour parler aux patientes. »

b) La demande

La demande, quant aux troubles de la sexualité des femmes, est très faible chez la plupart des médecins interrogés, d'où leur étonnement face aux prévalences que je leur avance. Quatre d'entre eux déclarent n'avoir eu quasiment jamais de demandes de ce type.

MG7 « Nous on ne rentre pas là-dedans par ce qu'on ne vient pas nous le demander. »

D'ailleurs, une partie des participants ne posent jamais la question d'eux même si les patientes ne l'évoquent pas.

MG1 « Non. Bon si elle vient pour un examen gynéco, c'est vrai que là je vais peut-être aborder le problème... »

MG2 « Non jamais. Si elle ne pose pas la question elle-même, non. »

MG5 « Je ne pose pas obligatoirement la question, par exemple « Est-ce que ça se passe bien à ce niveau-là ? » systématiquement quand je vois une femme pour de la gynéco. »

« Enfin, si elles abordent la chose, oui on creuse, ça il n'y a pas de souci, enfin j'essaye en tout cas de ne pas éluder la question, voilà ça c'est sûr. Après, la poser moi-même, pas de façon très directe non. Je ne pense pas la poser... »

MG6 « *En général, ce n'est pas moi qui met le sujet sur la table... C'est vrai que c'est une question assez particulière à poser, c'est vraiment très, très personnel, donc je pense que la plupart du temps on laisse plutôt venir les choses.* »

MG11 « *C'est rarement moi qui aborde, parce que bon, il faut avoir des raisons d'aborder hein.* »

En revanche, il y a beaucoup plus de demande de la part des hommes pour des troubles comme la dysfonction érectile ou l'éjaculation précoce.

MG4 « *Je trouve que globalement les femmes en parlent moins facilement que les hommes. J'ai plus souvent des hommes qui me font part de leurs difficultés sur ce plan là.* »

MG10 « *Il semble que depuis quand même quelques années, que les hommes signalent plus, alors que quand même, on pensait plus que c'était tabou les problèmes d'érection. Mais c'est plus peut-être grâce aux médias, etcetera, et des médicaments qui peuvent efficacement aider, c'est pris en charge, c'est beaucoup plus signalé par les messieurs globalement.* »

c) Le réseau professionnel

Là aussi, les méthodes de prise en charge diffèrent entre les médecins interrogés.

Certains participants ne travaillent pas en réseau autour de ce type de troubles, et ont peu de médecins spécialistes qui pourraient être relais.

MG4 « *Chez la femme, non en général c'est plutôt moi qui gère en fait, avec mes moyens à moi. Je n'ai pas eu l'occasion d'adresser.* »

MG6 « *Si j'ai besoin d'un avis d'un gynéco de toute façon, les patientes, la plupart elles ont un gynéco et sinon il y a quelques gynéco dans le coin. Et sinon, sexologue, ce genre de chose, j'avoue que non, je n'en connais pas.* »

MG10 « *Non, peut-être parce qu'effectivement, comme je vous disais, ce n'est pas très souvent exprimé. Euh non, non, j'ai quelques correspondants psy ou gynéco, mais voilà, rien de structuré.* »

MG11 « *Non, je n'ai pas de réseau, c'est un souci ça pour moi. Non et puis ce sera plus, bon, chez la femme c'est le gynéco s'il y a besoin, s'il y a un traitement hormonal, s'il faut adapter le traitement, ça c'est un peu différent. Euh, sexologue, non, je n'ai pas.* »

Les autres, au contraire, travaillent beaucoup en réseau et les professionnels auxquels ils font appel varient en fonction des pathologies.

MG3 « *Alors, le gynéco : pour tout ce qui a une vision un petit peu organique, d'accord. Alors par exemple la personne âgée qui a des douleurs alors qu'elle n'en avait pas, et puis qui n'a pas de raison d'en avoir.* »

« J'envoie chez le sexologue, si vraiment il y a un problème de sexologie. Dans ma vie de médecin, de 22 ans de travail, si j'en ai envoyé deux fois chez le sexologue, ça a peut-être été le maximum. Et, en dernier lieu, quand j'ai besoin d'un support psychologique, alors là j'ai deux personnes à qui j'envoie, un de la traditionnelle on va dire, et l'autre qui fait plutôt de l'hypnose, voilà. »

« Ah oui, moi je travaille en réseau, je suis un grand " réseaulogue ". »

MG5 « Après les prendre en charge moi... je ne suis jamais allée très loin. Soit ça avait l'air déjà d'être des choses pas trop graves, et je fais beaucoup dans le, voilà, rassurer, normaliser un peu les choses. Et sinon après, ça m'ait arrivé de passer la main, d'envoyer. »

« Ca m'ait arrivé récemment, maintenant j'ai un correspondant sexologue en ville, que j'ai rencontré il n'y a pas longtemps. »

MG7 « Pour ce qui est organique, on va voir un peu les spécialistes, que ce soit le gynéco ou que ce soit...Bon, comme je vous dis toujours, je n'en ai pas tant que ça. »

MG8 « Pour les troubles de la sexualité, oui, les femmes post-partum en rééducation périnéales, etcetera quoi. De temps on envoie à des kinés spécialistes dans la rééducation périnéale, si le gynéco ne le fait pas quoi. »

MG9 « C'est un peu notre rôle, on est capable d'orienter en second recours, ça peut être un gynéco, un sexologue, alors bon, j'avoue qu'aujourd'hui je n'ai pas de correspondant sexolo très déterminé. Avant je travaillais avec, il y a une dizaine d'années, avec une médecin de X (nom de ville), mais je ne travaille plus avec. Je peux gérer ou orienter éventuellement. Mais bon, moi, en général je suis assez favorable à partager les avis, à partager le parcours avec d'autres professionnels de santé. »

d) Les études

Comme on l'a vu précédemment, les profils des médecins généralistes interrogés sont assez différents, les niveaux de formation en gynécologie et la pratique de la gynécologie ou non également. Malgré cela, à part le participant MG9, aucun n'a eu ou ne se rappelle avoir eu des enseignements à la faculté autour des troubles de la sexualité féminine.

MG9 « J'avais eu une toute petite formation à l'époque où ils sortaient le viagra. Donc là, on avait été sensibilisé sur la sexologie. »

MG1 « J'ai fait pas mal de formation, mais je n'ai jamais entendu vraiment parler de la sexualité chez la femme. Même en contraception, j'essaie de réfléchir... Non, en tout cas ça ne m'a pas marqué. »

MG2 « Moi, j'avais fait comme tout le monde, le stage de gynéco, mais c'est vrai que la sexualité féminine c'est, enfin... c'était à l'époque, je ne sais pas comment c'est maintenant, mais ce n'était absolument pas abordé. »

MG4 « *Je n'ai pas le souvenir d'avoir eu un cours spécifique là-dessus, ni de formation spécifique là-dessus. Pendant le DIU de Gynéco, euh j'ai raté quelques cours quand même, mais je n'ai pas le souvenir, non.* »

MG5 « *Je crois que ça n'a pas été abordé du tout, non. Après pendant mes études, oui j'ai dû avoir un cours mais c'était toujours sur l'homme. Je ne crois pas avoir vu de cours sur les dysfonctions sexuelles féminines, enfin je suis sûre que non.* »

MG6 « *Pendant les études, ça ne me dit rien du tout. Je me rappelle qu'on a du faire les troubles de l'érection en urologie, après non. Peut-être qu'on en a parlé en physiologie, avec les 4 phases de l'acte sexuelle, là, ça je m'en rappelle.* »

MG8 « *Ce sont des choses qu'on a appris sur le tas. Mis à part les trucs qu'on nous a appris en fac, faire de la psychologie sur les troubles sexuels, etcetera, on ne nous a pas vraiment briffés. Même dans les, comment dire, dans les formations médicales continues de la sécu et tout, je n'en ai jamais vu. Enfin je ne m'en souviens pas en tout cas.* »

4) Les freins

Nous abordons maintenant la question principale que sont les freins à une bonne détection et prise en charge des troubles de la sexualité de la femme.

a) Le manque de traitement médicamenteux

La rareté des traitements médicamenteux disponibles et de solutions rapides à apporter est un frein souvent avancé. Les médecins n'envisagent pas de détecter un trouble pour, par la suite, ne rien pouvoir proposer comme alternative aux patientes.

MG1 « *Parce que, il n'y a pas d'autres médicaments pour les femmes. Il y a pour l'éjaculation précoce pour les hommes, il y a pour l'impuissance, mais euh les femmes... pff.* »

MG2 « *Moi ce qui m'intéresserait c'est de savoir quelles solutions il y a, ça oui.* »

« *Chez les hommes, facile... Chez les femmes, je ne sais pas... Je ne saurai même pas quoi leur proposer à part de voir leur gynéco.* »

« *Moi ce qui m'intéresserait surtout, c'est, s'il y a des choses que je ne connais pas sur ce qu'on peut leur proposer, c'est de les connaître puisque effectivement, moi je me sens un peu démunie... à part les renvoyer chez leur gynéco euh... je n'aurai pas beaucoup de solutions à leur proposer.* »

MG5 « *Je me rends compte, il y a des fois je ne vais peut-être pas aller trop sur ce sujet-là par ce qu'en fait je sais que je n'aurai pas grand-chose à proposer non plus.* »

MG6 « *La première place c'est d'être dans le dépistage de ce genre de problèmes parce que, après au niveau du traitement, je pense qu'on est assez limité.* »

« Sinon l'autre frein c'est les traitements comme j'ai dit. Pour les troubles de la ménopause, les sécheresses vaginales, ça va, c'est dans mes cordes. Pour les troubles avec douleur, à la limite peut être que je pourrai prévoir de faire un bilan, puis adresser à un spécialiste si c'est chirurgical par exemple. Mais après, au-delà, je suis navrée mais, les troubles du désir, de l'excitation, je vous avoue que c'est... enfin j'ai l'impression qu'il n'y a pas vraiment de traitement, c'est peut-être plus de la psychothérapie. »

MG9 « Ce qui diffère c'est que les garçons aujourd'hui, c'est qu'ils ont accès à des médicaments. Ça, ils l'expriment assez bien. »

« Peut-être que c'est plus facile pour un mec aujourd'hui d'exposer son trouble que pour une femme. Et peut-être, oui peut-être que ça vient du fait qu'on a un médicament qui apporte une réponse assez concrète. »

MG10 « Il n'y a pas beaucoup de produits... »

« Alors je vous dis, c'est sûr qu'on a peu de réponses, peu de facilités, éventuellement au moment de la ménopause, par des traitements hormonaux, ou des produits locaux, on peut essayer de faire... Ca par contre, heureusement, il y a apparemment des bons effets des traitements, que ce soit transdermique ou autre. »

b) Le manque de temps, de disponibilité

Le manque de temps et donc de disponibilité est un frein également car les médecins interrogés considèrent que se lancer dans ce genre d'interrogation sur la sexualité, avec des facteurs psychologiques très présents, est très chronophage.

MG1 « Les femmes ne vont pas se confier à quelqu'un qui ne prend pas le temps de les écouter. »

MG3 « Si tu veux qu'on parle de ce genre de choses, il faut qu'elle dure une demi-heure ta consultation, par ce qu'à partir du moment où tu commences à creuser là-dessus, soit tu frustres les gens par ce que tu les mets dehors au bout de trois minutes après avoir commencé à discuter, et là où ils commencent à en parler, c'est là où tu fermes le truc en disant « Ecoutez, là c'est bon, on en reparlera. » Ils ne reparleront jamais de ça. »

« Ou j'ai le temps, ou je ne l'ai pas. Si j'ai le temps, pas de problème, je suis prêt, ouvert, je sais que je ferai du bien. »

« Qu'est-ce qui va retenir les choses ? Je pense que c'est la même chose : c'est le stress du médecin. »

MG5 « Il ne faut pas que la patiente sente qu'on est pressé. Déjà, ça c'est sûr. Si tout va très vite, qu'on ne laisse pas le temps de parler... »

« On ne le prend pas toujours, même moi, si je me dis que j'ai envie d'être le médecin parfait, qui prend le temps et tout, mais il y a des jours où tu es pressée et tu espères qu'elles ne vont

pas te poser trop de questions... Bon, j'exagère mais... Mais oui, à mon avis c'est le facteur principal. »

MG7 « Après, dans la consultation, on n'a pas forcément toujours tellement envie d'aller poser des questions qui vont nous rajouter du boulot... Pourquoi faire plus pour se pourrir la vie quoi ? »

MG8 « D'une part, on n'a pas le temps, et puis c'est mal payé. »

c) La rémunération

Dans la même réflexion, la rémunération est également une limite. Comme nous l'avons vu, la prise en charge des dysfonctions sexuelles féminines est considérée comme complexe et chronophage par les participants, le fait que la consultation soit rémunérée de la même manière que pour des pathologies plus simples et rapides à traiter n'incite pas les médecins à tenter de mieux dépister ces troubles.

MG3 « Ce n'est pas difficile, une consultation moyenne, ça dure, en France, moins de dix minutes, voilà. La consultation française c'est moins de dix minutes. C'est payé 23 euros. Voilà. »

« Donc, qu'est-ce qui va bloquer ? Ce n'est pas difficile, c'est le temps. Et l'argent. Par ce qu'à 23 euros les dix minutes, tu t'en sors, mais à 23 euros la demi-heure, tu ne t'en sors plus, voilà, c'est tout. C'est tout, ne cherche pas, il n'y a pas d'autre truc. Si le médecin on lui file 70 euros la consultation, pour le temps qu'il veut, une demi-heure, je peux te dire qu'il n'y a aucun souci, il n'y a plus un problème de libido en France. »

MG8 « C'est un facteur quand même déterminant je trouve. Si vous passez vingt minutes avec une dame, bon ça va, si ça commence à devenir une heure, à vingt-trois euros, on voit le calcul. »

d) Le manque de connaissance des praticiens

Des participants ont également déclaré que leur propre manque de connaissances constitue un frein, que ce soit au niveau diagnostic que thérapeutique, ils ne vont pas s'intéresser à ce genre de troubles.

MG2 « Bon, le diagnostic finalement, si elles viennent avec une demande... voilà... après savoir pourquoi, est ce que c'est primaire, secondaire... Bon ok, et après, pour le traitement ? Je les renverrai, je botterai en touche sur le gynéco hein. »

« C'est probablement plutôt moi qui n'ai pas les connaissances là-dessus. »

MG5 « Parfois je ne me sens pas très légitime en tant que médecin, par ce que ce que je vais leur dire, ça va peut-être être plus des choses personnelles, qui viennent de ma propre expérience, que vraiment quelque chose que j'ai appris parce qu'on m'a dit, voilà, c'est comme ça qu'il faut faire ou c'est comme ça que c'est intéressant de faire. »

MG10 « *On peut évoquer certaines choses, mais c'est vrai que le fait de ne pas avoir de formation complémentaire ou plus de précision à tous les niveaux hein, psychologique, physique, oui évidemment.* »

e) Les caractéristiques des patientes

Certains freins rencontrés en consultation relèvent des caractéristiques même des patientes.

Parmi ces caractéristiques, l'âge de la patiente peut être une limite, que ce soit un âge jeune ou avancé, son origine socioreligieuse également, ainsi que la gêne ressentie par la patiente due à l'aspect tabou de la sexualité féminine.

C'est l'âge jeune pour certain :

MG2 « *Une très jeune, je pense que je n'engagerai pas la conversation, plus âgée... très âgée non plus.* »

MG3 « *L'adolescence, ça c'est vrai que ce n'est pas mon truc du tout, donc je ne parlerai pas de ce genre de choses, d'autant plus qu'il y a souvent les parents, donc hors de question de rentrer là-dedans.* »

MG8 « *Les jeunes, non, ce n'est pas leur problème, je pense. Les jeunes, elles ont compris la chose. D'abord quand elles parlent, je vois, elles disent « un plan cul » hein, « Bon, je vais aller faire mon plan cul », elles sont assez directes.* »

Pour d'autre, il s'agit de l'âge avancé ou de la cinquantaine qui sera une limite :

MG6 « *Alors c'est vrai que les personnes très âgées, enfin je veux dire dans les 80 ans, je ne poserai jamais la question, ça c'est sur... Ce qui ne veut pas dire qu'ils n'ont pas droit à avoir des relations épanouies, mais franchement, ça ne vient pas à l'esprit quoi.* »

MG8 « *Oh, il y a l'âge, c'est sûr que les personnes âgées. Déjà pour les examiner les personnes âgées, pour les faire déshabiller, c'est tout un programme. Alors pour leur faire enlever éventuellement une petite culotte, une culotte c'est pour dire, parce qu'à leur âge ils ne mettent plus de culotte, le panty, ce n'est pas évident hein.* »

« *C'est plus de la sexualité, c'est plutôt de la vie ensemble quoi.* »

MG9 « *J'ai mon éducation, une certaine pudeur. Peut-être qu'aborder la sexualité avec une femme de cinquante – soixante ans ça me bouscule par rapport à, je ne sais pas, par rapport à ma mère peut-être, mais bon, ça peut-être... Je ne sais pas, on peut avoir des freins peut-être culturels, éducatifs.* »

Certains médecins déclarent également que l'origine socioreligieuse de certaines patientes constitue un frein pour eux.

MG7 « *Oui. J'ai un peu tendance à croire que la sexualité on la voit en fonction de sa culture.* »

« *Moi j'avais des témoins de Jéhovah, pour te dire, que les filles, putain, c'est l'enfer hein, c'est l'enfer. Les garçons ils se tirent de la maison, les filles elles ne sortent pas. Donc... Ah, c'est franchement... Moi, même plus je veux en entendre parler. »*

« *Donc voilà, ça et puis les catholiques... Les catholiques c'est de la folie quoi. »*

MG8 « *Ça peut les gêner, surtout les maghrébins, puisque j'ai une population maghrébine importante. »*

MG11 « *Ah ben c'est les musulmans, ils vont moins te parler de ces trucs-là. Voilà, ils font des enfants, maintenant de leur demander s'ils ont du plaisir, hommes ou femmes, franchement je pense que ce n'est pas le souci quoi. »*

Enfin, il s'agit simplement de la propre gêne de la patiente à évoquer ses troubles qui constitue également un frein.

MG4 « *Ou alors, si je sens vraiment que la personne est très gênée pour en parler, je ne vais pas la brusquer... Oui. Si je sens vraiment un gros blocage, une grosse honte ou un malaise très important, à ce moment-là je ne vais pas insister. »*

MG5 « *Je pense qu'une femme pour qui s'est déjà compliqué ne serait-ce que pour se déshabiller devant un médecin, enfin il y a une grosse pudeur, ce ne sera peut-être pas évident, on ira peut être moins loin. »*

Ce problème est souvent retrouvé devant le tabou que représentent la sexualité et en particulier la sexualité féminine, et la pudeur que cela entraîne.

MG4 « *Je ne vois pas trop ce qu'il pourrait y avoir d'autre comme frein, mis à part la honte et le manque de confiance envers le médecin. »*

MG5 « *C'est un tabou hein. Ça reste un tabou, je pense qu'il y a une gêne de ne pas savoir comment aborder, d'avoir peur d'être intrusif. »*

MG6 « *Déjà, évidemment c'est un tabou. La sexualité ça reste quand même quelque chose de très personnel, très privé. »*

MG7 « *Et après, comment elles vivent leur sexualité, ça c'est vraiment un truc culturel. Je pense qu'on a encore quand même beaucoup de tabou, en fonction de l'âge, même si les générations de maintenant c'est un peu moins. »*

« *Je pense que c'est une histoire de pudeur, je ne vois pas tellement d'autres freins. »*

« *Je pense que dans ce domaine de la sexualité, c'est plus la culture qui met la panique, et si les gens ont un problème de sexualité, c'est parce qu'ils n'arrivent pas à s'affranchir de leur culture. »*

MG8 « *Ça c'est des sujets un peu tabou, un peu spéciaux quoi. »*

MG9 « *Il peut y avoir un frein qui est lié, pareil, à l'éducation de la personne, à sa pudeur.* »

f) La crainte de la mauvaise interprétation, de l'image renvoyée

La crainte d'être mal interprété dans son intention lors de l'interrogatoire sur la sexualité et être considéré comme voulant dépasser ses prérogatives est très présente chez les participants masculins.

MG1 « *Mais en plus, s'il lui pose la question « Est-ce que ça se passe bien ? », elle va penser qu'il a des idées derrière la tête, donc peut être que ça va le gêner et qu'il ne va pas le dire.* »

MG7 « *C'est vrai que si moi je rentrai dans des trucs... on va me dire « Et Docteur, il se passe quoi dans votre cabinet ? » quoi, « Vous racontez quoi ? », voilà.* »

MG8 « *Il faut se méfier de qui on examine, etcetera. Si c'est une jeune femme, il vaut mieux avoir quelqu'un avec parce qu'avec tout ce qu'on voit maintenant, avec tous les fadas qu'il y a.* »

« *Par ce qu'elles ne sont pas toutes très bien corticalisées hein. Donc si vous leur posez une question, des fois, elles peuvent se dire « Mais qu'est-ce qu'il a, il s'intéresse à moi ? Qu'est-ce qu'il a ? Qu'est-ce qu'il veut ? Il est fada ce type-là.* » »

MG9 « *C'est là où j'ai peut-être un peu cette pudeur dont je parlais tout à l'heure. Nous on n'est pas là pour apporter une réponse... « Docteur, alors si vous parlez de ça, ça veut dire que vous avez du désir. », etcetera. Voilà, c'est un peu le frein peut-être.* »

MG10 « *Que la patiente prenne les questions comme un peu trop personnelles ou indiscrètes.* » « *Voilà, oui, qu'on outre passe nos prérogatives de médecin.* »

Ces craintes reposent également sur la menace éventuelle, en cas de mauvaise interprétation de la part de la patiente, de conséquences juridiques.

MG8 « *Je ne veux pas tomber dans le piège du qu'en dira-t-on. J'ai passé l'âge, en fin de carrière, je n'ai pas envie d'avoir des soucis juridiques ou autre, par ce que ça arrive vite hein.* »

g) La crainte du transfert pour les praticiens masculins

Toujours chez les médecins hommes, le risque de transfert est également avancé comme une limite à vouloir aborder le sujet de la sexualité avec les femmes.

MG3 « *Et il n'est pas impossible qu'il y ait un jeu de séduction aussi qui existe entre le médecin-homme et sa patiente, et ça, ça s'appelle le transfert. Donc c'est vrai que je pense qu'une femme se confie plus facilement à un homme qu'à une femme.* »

« *Le toucher est quand même très important, et pour un médecin attention ! Surtout si tu tombes sur une bonne femme qui est en manque. Et ça, ça m'est arrivé une fois, et je peux te*

dire que tu n'es pas bien ensuite... Donc effectivement, il faut faire attention à la manière dont tu prends ta consultation. »

« Alors est-ce qu'elles espèrent quelque chose avec le médecin, est-ce qu'il y a un transfert qui se fait ? C'est possible. Par ce que ça aussi ça peut arriver, mais bon, c'est à nous de faire attention. »

MG9 *« Je fais assez attention, ça dépend de comment la personne amène sa problématique, mais j'essaie de respecter parce que le transfert est toujours délicat parfois. Quand on aborde la sexualité d'une femme qui est dans des conditions un petit peu de remise en cause, de quarante – cinquante ans, je fais attention à ça quand même. Je fais attention à ça, et après par contre, je suis tout à fait ouvert à ce qu'elle puisse l'exprimer, mais je le fait de manière très, très neutre, professionnelle. »*

« Je fais attention à ça parce qu'après c'est dur à gérer et puis ça demande une explication à un moment donné quoi, donc je fais un peu attention à ça. J'essaie de ressentir au feeling un petit peu les limites de la personne et... Bon, oui je fais un peu attention, si je dois aborder ce sujet-là avec une femme de quarante – cinquante – soixante, je fais un peu attention. »

h) Le sexe masculin

La plupart des interviewés pensent que le sexe masculin est un frein limitant les patientes à parler de leur troubles sexuels.

MG1 *« Je pense que si le médecin généraliste a un bon contact, peut-être plus facilement une femme avec une femme qu'un homme avec une femme. »*

MG5 *« Je vois beaucoup de femmes qui ont un autre médecin généraliste, et qui viennent me voir le jour où elles veulent me parler, que ce soit de sexualité ou de leurs hémorroïdes... »*

MG8 *« Le sexe du médecin, oui, je pense que ça influe beaucoup, j'ai mes consœurs qui font plus de gynéco que moi. Madame A et ... comment elle s'appelle ? Madame M, elles font de la gynéco plus que moi quoi. D'ailleurs quand j'envoie faire un examen de coloscopie ou autre, une dame, j'essaie de trouver un médecin femme quoi, pour ne pas les gêner. »*

MG9 *« Il y a peut-être un peu plus de retenue en tant que médecin généraliste homme, peut-être que les femmes ont un peu plus de difficultés à m'exposer leur problématique personnelle. »*

« Je pense que ça peut être une limite d'un transfert et d'un contre-transfert. »

i) La mauvaise appréhension des troubles de la sexualité féminine

Pour la plupart des médecins interrogés, la prise en charge des troubles de la sexualité de la femme est assez floue : la prévalence est mal connue, la prise en charge de la sexualité n'est pas considérée comme un acte médical ou peut être considérée comme relevant des gynécologues.

En effet, ils n'avaient pas connaissance de cette prévalence relativement élevée des dysfonctions sexuelles dans la population féminine et pensent que les consultations sont rares pour ces troubles car ils ne représenteraient pas un réel problème aux femmes.

MG2 « *Je n'avais cette notion de 11% de prévalence. »*

« *Chez les femmes, peut-être qu'elles peuvent plus facilement le cacher, et du coup... voilà. Après, est-ce que vraiment ça leur pose un problème ? Je n'en sais rien. »*

« *Je ne pensais pas que c'était un réel problème. »*

« *Est-ce qu'il y a une demande des patientes, est ce que vraiment ça crée... enfin, est-ce qu'elles se disent ça ne me convient pas parfaitement mais je m'en accommode ou est-ce vraiment, comme les hommes qui ont effectivement une demande nette ? »*

MG4 « *J'ai l'impression que les hommes sont plus disposés, enfin, ont plus besoin vraiment, d'un traitement à ce niveau-là et de pouvoir être performant, plus que les femmes, qui vont... on va dire que si elles doivent se passer de relations sexuelles, c'est moins grave. »*

MG11 « *Elles n'en parlent pas parce que pour elles, ce n'est pas important, en tant que femmes, mais elles vont en parler parce que justement le mari est dans la demande, voilà. »*

De là, deux médecins considèrent qu'il ne s'agit pas d'un acte médical de s'intéresser à la sexualité des patientes, et d'ailleurs qu'il s'agit d'un sujet de thèse étrange.

MG1 « *Ce n'est pas un acte médical en fait, ça ne fait pas parti de nos attributions de médecin. »*

« *C'est vrai que ça m'a un peu interpellé quand j'ai reçu votre lettre. Je me suis dit « je réponds, je ne réponds pas, je réponds, je ne réponds pas.. » Si vous ne m'aviez pas téléphoné je crois que je ne vous aurai pas répondu. Par ce que je me suis dit « Tient, c'est curieux de faire une thèse là-dessus ! » »*

MG2 « *C'est vrai qu'on reste sur le motif. Après, effectivement, on a un rôle un peu plus large : les vaccins, enfin tout ce qui est prévention classique quoi... dépistage du sein, du colon, des choses comme ça quoi. »*

Par ailleurs, certains participants considèrent que la prise en charge des troubles de la sexualité des femmes concerne avant tout les gynécologues :

MG3 « *Bon la douleur, neuf fois sur dix, ça se termine chez le gynéco, on va voir un petit peu s'il n'y a pas de problème au niveau du col de l'utérus, etcetera. »*

MG7 « *Donc je suis assez content finalement que les gynécos fassent ça, ce n'est pas... J'ai assez de boulot ailleurs »*

MG8 « *De temps on envoie à des kinés spécialistes dans la rééducation périnéale, si le gynéco ne le fait pas quoi. »*

j) Le manque d'intérêt

Enfin, le manque d'intérêt quant aux troubles de la sexualité féminine est un frein important.

MG7 « *Donc je suis assez content finalement que les gynécologues fassent ça, ce n'est pas... J'ai assez de boulot ailleurs. Bon, après si on vient me demander un truc, par ce qu'il y a une pathologie et puis qu'il faut faire le truc, je le fais.* »

MG8 « *C'est rare qu'une femme vienne me voir pour un trouble gynécologique et qu'elle veuille se faire examiner. Et puis je n'aime pas trop parce que je ne fais pas les frottis, rien du tout, je n'ai pas envie et puis je les envoie chez le gynécologue. Je renouvelle les traitements de contraception, éventuellement.* »

« *Donc je m'occupe des femmes, hors sexe quoi.* »

« *Peut-être parce que je suis un médecin trop vieux et que ça ne m'intéresse plus aussi.* »

« *Le frein ? Oh, peut-être par ce que je suis trop vieux pour commencer à m'intéresser aux problèmes des femmes.* »

« *Si elles m'en parlent, bon d'accord, j'essaie de résoudre leurs problèmes, mais je ne vais pas au-devant par ce que ça ne m'intéresse pas plus que ça.* »

5) Les facteurs favorisants

a) De la part des médecins généralistes

Les facteurs favorisants venant des médecins généralistes eux-mêmes sont le sexe féminin, le fait de pouvoir prendre du temps en consultation et la pratique de la gynécologie au cabinet.

Le sexe masculin étant considéré comme frein, logiquement, le sexe féminin des médecins est un facteur favorisant pour la plupart.

MG2 « *Ma femme fait beaucoup de gynécologie elle... Bah le fait de travailler à deux avec une femme, forcément, la gynécologie c'est plus pour elle.* »

MG4 « *Bon, moi c'est vrai que j'ai beaucoup une clientèle féminine quand même, donc il me semble qu'entre femmes on en parle plus facilement.* »

MG5 « *Je vois beaucoup de femmes qui ont un autre médecin généraliste, et qui viennent me voir le jour où elles veulent me parler, que ce soit de sexualité ou de leurs hémorroïdes...* »

MG6 « *Automatiquement, étant une femme, je suis plus à l'aise avec les femmes pour parler de sexualité mais j'ai des hommes qui viennent aussi pour ce genre de difficulté et ça ne me pose pas de problème en particulier.* »

MG7 « *Je pense qu'effectivement les femmes vont plutôt aborder ce problème-là avec des femmes, je pense que c'est essentiellement par ce qu'elles vont avoir l'impression qu'elles vont être mieux comprises.* »

MG10 « *C'est vrai, peut-être que des femmes pourraient peut-être mieux... avoir une meilleure complicité avec des patientes.* »

Le fait de prendre du temps pendant la consultation, de ne pas être pressé est bien sûr un facteur favorisant important.

MG3 « *Si le médecin généraliste à du temps il peut le faire. Mais quand on commence à rentrer sur ce tableau, on va dire, tu as intérêt à avoir du temps derrière toi, parce que sinon tu n'y arriveras jamais.* »

MG9 « *Moi je fais partie de ces médecins qui, effectivement sont capables de passer du temps avec leurs patients, patientes, pour leur permettre d'exprimer les choses, et puis c'est la meilleure façon de les faire repartir avec une certaine prise de conscience de leur démarche. Tu ne peux pas revendiquer d'accompagner une démarche si tu ne donnes pas la possibilité à la personne de ressentir cette démarche.* »

Enfin, la pratique de la gynécologie au cabinet constitue un facteur favorisant également.

MG4 « *Je sais que moi je vais plus facilement poser la question quand je fais l'examen gynécologique parce que ça fait partie, en quelque sorte, pour moi, de l'examen, même si c'est vrai que je ne le fais pas non plus systématiquement.* »

« *Comme moi souvent je fais le suivi en gynécologie, les frottis, etcetera, ça peut être à l'occasion de l'examen gynécologique. J'ai aussi pas mal de femmes qui viennent pour le traitement de la ménopause, qui cherchent des solutions naturelles, donc on en parle aussi beaucoup dans ce contexte-là.* »

MG6 « *Voilà, je pense que ce qui facilite les choses c'est qu'on soit sur une consultation qui soit autour de ça, peut-être pour une contraception, ou si elles viennent pour un examen gynéco, un frottis... sinon ça me paraît difficile.* »

« *Donc je pense déjà que, tous les médecins qui ne font pas de gynéco, ça limite beaucoup les choses, hein...* »

b) Dans la relation médecin-patiente

Les facteurs favorisants dépendants de la relation médecin-patiente sont une relation de confiance, voir une relation amicale pour certain, le fait d'être médecin de famille, et le fait d'aborder la sexualité avec humour et décontraction.

Le fait d'avoir une relation de confiance entre le médecin et sa patiente est, bien sûr, le facteur favorisant principal :

MG1 « *Un bon contact, ça peut être porteur je pense. »*

MG4 « *En fait, je pense que c'est comme pour toute relation, a priori, il faut qu'il y ait de la confiance et en général c'est ce que les patients ont avec leur médecin, sinon ils ne le suivent pas. »*

« *A partir du moment où ils m'ont choisie comme médecin traitant, où ils sont à l'aise, ils vont m'en parler. Ils ne vont pas spécialement chercher à aller voir quelqu'un d'autre. »*

MG6 « *Voilà, la confiance. Bon pour les jeunes, je pense qu'elles ont facilement confiance... et pour celles que je suis depuis longtemps, de toute façon, si elles viennent me voir c'est que la relation de confiance est établie. »*

MG9 « *Je pense que je mets suffisamment à l'aise les gens, je leur donne suffisamment d'importance. Je respecte profondément la personne, ça souvent je suis amené à le dire, et ça met à l'aise les gens puisque je ne triche pas avec ça moi. Ce qui est le rôle de tous les médecins hein. »*

« *Je me sens parfois très à l'aise avec des patientes avec lesquelles il y a une relation de confiance, que je connais depuis longtemps et je me sens capable effectivement d'aborder le sujet avec elles, mais il faut faire attention parce qu'en abordant le sujet, il y a quand même toujours le risque de penser qu'elles peuvent croire qu'on amène aussi la réponse avec. »*

MG11 « *Je pense qu'il faut mettre les gens suffisamment à l'aise et savoir leur exprimer et parler simplement quoi, voilà. »*

« *En cabinet, c'est le bon relationnel déjà, c'est le contact que tu as avec la personne. Voilà, on va se livrer à toi si tu es à l'aise, si on sait qu'on peut se confier, si on sait que tu es à l'écoute, voilà. »*

Certains participants déclarent même que le fait qu'ils aient des relations amicales et proches avec leurs patientes leur permet un bon dépistage de leurs troubles.

MG3 « *Voilà, donc si tu veux avoir un retour facile de ton patient en face, il faut se mettre à son niveau, donc il faut être son copain. Moi mes patients me tutoient, je leur fait la bise. Je veux dire, je suis très proche. Je suis le médecin mais je suis aussi l'ami. »*

« *Donc pour tout ça, je crois qu'il faut vraiment libérer les choses et il faut se mettre vraiment à la hauteur du patient et non pas avoir une relation de « blouse » à patient mais une relation amicale, voilà. »*

Certains participants expliquent que justement, grâce au dialogue et à la confiance qui s'instaurent entre un médecin son patient, le fait d'être médecin de famille est également un facteur favorisant.

MG3 « *Parce que tu connais la famille justement, tu sais comment ça fonctionne. Et c'est là où justement tu peux faire la différence tout de suite s'il y a un problème organique ou pas. »*

MG4 « *Je pense que c'est plutôt en bien, par ce que justement on est à l'aise, donc on se sent en confiance. Enfin, c'est ce que les patients expriment en tout cas, c'est qu'ils peuvent parler librement.* »

« *Effectivement, il y a une relation de confiance qui s'est installée, mais c'est vrai que c'est souvent au bout d'un certain temps de parcours.* »

MG8 « *Les jeunes que j'ai vues naître, etcetera et même certaines femmes que j'ai accouché et qui viennent me voir, elles savent que je suis un vieux médecin posé, donc que je ne suis pas du genre à faire du voyeurisme ou autre quoi, c'est surtout ça qu'ils nous demandent les gens.* »

MG11 « *Au contraire, je pense que c'est plus favorable, il y a une confiance qui se crée, voilà.* »

« *Je ne pense pas qu'une femme aille parler de ça avec quelqu'un avec qui elle n'a jamais discuté, voilà, ça franchement...* »

Mais d'autres participants viennent nuancer cette affirmation.

MG1 « *Le médecin généraliste, quand on est en village, on le connaît parce qu'on le rencontre chez l'épicier, etc. On a plus honte encore de lui raconter sa vie, en fait.* »

« *Oui à mon avis ce serait plutôt un frein, parce qu'il connaît toute votre famille et votre façon de vivre... c'est bien, et ce n'est pas bien.* »

MG5 « *J'aurai tendance à dire que ça complique peut-être un peu les choses.* »

« *Peut-être qu'une femme dont elle sait qu'on connaît le mari, ses enfants, qu'on l'a déjà vue dans un cadre très familial, peut-être que ça bloquera pour parler de ça.* »

MG9 « *Je pense effectivement qu'il y a la notion de médecin de famille, donc ça peut donner l'impression qu'en expliquant à son médecin de famille, tout le monde va être au courant.* »

MG10 « *Alors, c'est vrai que parfois, quand on connaît le couple, les épouses ont une certaine crainte que le mari soit mis en cause dans le problème de jouissance et d'harmonie du couple.* »

La méthode pour aborder la sexualité est différente pour chaque médecin, mais pour certains, le fait d'en parler avec humour, décontraction, voir franc-parler, est un facteur favorisant.

MG3 « *Je suis un peu brutal peut-être, mais des fois quand je vois qu'il y a quelque chose qui ne va pas, je leur dis : « Et comment ça se passe au pieu ? » Voilà, tout simplement. Donc je fais le côté, on va dire, débonnaire... « Le pieu » déjà, ça ne fait pas : « Comment se passe vos relations sexuelles ? », ça c'est très axé médical. Moi, c'est plus le côté, on va dire, copain. « Et comment ça va au pieu ? », ce qui est bien, c'est que ça libère. Les gens ne se sentent pas menacés, ils n'ont pas l'impression qu'on les flique.* »

« Je pense que déjà, il faut que le médecin les mette un peu sur la voie. Ça c'est le point de départ, parce que spontanément une femme ne va parler de ça. Voilà, spontanément, elle reste dans sa retenue, et ne va pas en parler. Mais si le médecin met un petit peu les pieds dedans, là elle se lâchera facilement, ça c'est sûr et certain. »

MG7 *« Si on connaît bien les personnes on peut le prendre un peu sur la forme de, comment dire, un peu légère quoi, en rigolant un peu mais, quand même, on ne peut pas rentrer trop dans le détail des pratiques sexuelles avec les gens. »*

6) Attentes et propositions

Après avoir fait le point sur les freins et les facteurs favorisants, nous nous intéressons aux attentes ou aux propositions des participants pour réussir à améliorer la détection et la prise en charge des troubles sexuels des femmes en médecine générale.

a) Amélioration personnelle des médecins généralistes

Les premières propositions des médecins sont celles portant sur les améliorations personnelles qu'ils peuvent mettre en place, ils évoquent alors principalement la formation, sur les troubles de la sexualité, ainsi que sur la communication.

Certains médecins estiment qu'une amélioration des connaissances sur les troubles sexuels et leur prise en charge est un pas important.

MG4 *« Et après, il y a la formation aussi. Oui, c'est vrai, on a besoin d'être formés... »*

« Mais c'est pour ça que les formations continues sont là et c'est vrai que c'est un sujet qu'on n'aborde peut-être pas assez, par ce qu'il y a quand même une réelle souffrance derrière ça. »

MG5 *« Déjà que ce soit enseigné en formation initiale, enfin abordé au moins. Après en formation continue aussi. »*

« Et d'ailleurs le sexologue que j'ai rencontré il n'y a pas longtemps et avec qui je mange de temps en temps, je suis en train de le tanner pour qu'il me forme un peu ! »

MG6 *« Donc peut être que je pourrai m'informer un peu plus sur les traitements... et puis aussi qu'on nous informe un peu plus sur les traitements, parce que dans les revues que je lis ou les formations, ça ne me dit rien. Je pense que si on était un plus informé là-dessus ce serait pas mal. »*

MG9 *« Je pense qu'à un moment c'est l'enjeu de notre métier, d'avoir un développement continu, parce que c'est ce qui permet d'être à l'aise sur l'évolution et la sexologie en 2014, on ne la prend plus en charge peut-être comme en 2005, voilà donc à un moment... Je pense que le développement professionnel continu pour remettre en cause ses connaissances, c'est à mon avis nécessaire. »*

D'autre estiment que de la formation sur la communication est également nécessaire.

MG4 *« Mais bon, je pense que par rapport aussi à l'outil, on va dire, vraiment de la parole, de savoir effectivement comment mieux utiliser cet outil pédagogique pour aborder le sujet, pour soutenir la personne, pour... Voilà, je pense que je pourrai aussi certainement avoir du bénéfice à être formé sur ce plan là. »*

MG11 *« Alors s'il y a une formation particulière pour pouvoir peut-être aborder des gens qu'on ne dépiste pas, c'est possible. »*

b) Information des patientes

L'information des patientes, que ce soit par des flyer à distribuer, des campagnes télévisées, est importante pour qu'elles puissent se rendre compte que leur trouble est du ressort médical, qu'il est acceptable d'en parler et que le médecin généraliste est l'un de leur premier recours.

MG3 *« Alors déjà, les petites affichettes en salle d'attente, ça marche toujours.*

Tu sais ça marchait sur les hommes : « Vous avez un problème sexuel, parlez-en avec votre médecin. », mais pour les femmes, on n'en voit jamais. »

« Après des publications audio-visuelles à la télévision, pourquoi pas ? Ça, ça marche aussi. Par ce qu'il faut les amener en fait à penser à ça. Elles n'y pensent pas toujours. Il faudrait leur faire prendre conscience que dans leurs problèmes en général, le problème sexuel en est un et c'est quelque chose qui réglerait une bonne partie du problème général. »

MG4 *« Je sais que souvent ce qui marche bien c'est les petits flyer, ou les petits livrets d'information qui sont dans la salle d'attente. Donc les petites brochures d'information peuvent être utiles, pour justement éveiller l'idée que la personne puisse en parler avec le médecin traitant. »*

« Des fois il se passe des choses et, enfin, on a un début de gêne, on a un début de douleur ou on a un trouble du désir, mais on pense que c'est lié à ça, c'est lié à ça et c'est lié à ça, et on ne pense pas forcément qu'il peut y avoir réellement un problème organique derrière, donc des fois le fait d'avoir une fiche qui dit « Si vous avez ces symptômes-là, parlez-en. » ça peut débloquer la situation, plutôt que de tourner en rond dans son problème. »

MG7 *« C'est tellement complexe, qu'à part du cas par cas, et après à part faire de la communication pour dire aux gens... Voilà, bon, on leur fait bien un truc sur la vision aujourd'hui, "Si vous commencez à voir les lignes droites...". Bon, ben voilà, on pourrait leur dire aussi de venir consulter avant la déprime. »*

MG10 *« Je vous disais que je vois pour les mecs tous les produits genre Viagra, Cialis et tout. Il y a une médiatisation assez importante et manifestement ça a payé. Il y a certaines campagnes qui, ça n'a rien à voir, mais par exemple le problème des résistances aux antibiotiques, il y a eu quand même un impact des campagnes télévisées qui a fait quand*

même reprendre la sensibilité des Staph aux Peni, donc manifestement, le bourrage de crâne, ça marche. »

Il y eut également des propositions plus originales.

MG7 « Mais je pense encore une fois que Brigitte Lahaie, elle leur donnerait aussi bien que nous, enfin bon, je pense qu'à force d'être là-dedans et de s'être entourée de psy, elle est particulièrement performante.

Je pense que si je devais conseiller quelqu'un, je la conseillerais, franchement. Je pense que voilà, moi je ne suis pas un assidu de son truc, mais je l'ai écouté de temps en temps et je pense qu'elle est très pertinente. »

« Alors je vais dire un truc paradoxal, moi je pense que c'est le côté positif de la pornographie, parce que, aujourd'hui, tout le monde peut aller sur internet, regarder du porno. Dans ce porno, il va y avoir du truc franchement hard, machin-chose, mais il peut y avoir des trucs plus soft, et je pense que c'est paradoxalement bien plus utile qu'on ne le croit. »

c) Propositions et attentes à un niveau sociétal

Des améliorations au niveau des conditions de travail et de formation sont à apporter à un niveau plus large, sont abordées la réévaluation du mode de rémunération pour ce type de consultation, une formation en sexologie plus légère que le DIU, la généralisation des tests de dépression et de la cotation ALQP003.

La revalorisation de la rémunération, et surtout un autre mode de rémunération, permettant de faire des consultations longues et rémunérées en fonction est un point important de ces améliorations.

MG3 « Tu sais ce qu'il faudrait, il ne faudrait plus travailler à la consultation, il faudrait travailler au chronogramme. »

« Voilà, quand il faut une demi-heure, et bien, il faut payer ce qu'il faut. Et là, il n'y a aucun souci. On devrait être payés à l'heure. »

MG9 « Le temps, à un moment quand on passe du temps sur une consultation longue, on commence à le faire, mais il est temps de revaloriser un peu la rémunération de certains actes. On sait bien qu'il y a des actes différents, beaucoup plus long, beaucoup plus difficiles que d'autres, donc il faudrait hiérarchiser un peu ces actes et les... sortir les codifications, donc on a quelques consultations longues, mais, à un moment, la consultation, c'est vrai qu'elle permet de fixer une limite entre les deux personnes, le médecin et son patient. Le patient doit prendre conscience aussi de l'importance de sa consultation à travers le prix qu'elle coute. »

« Je pense qu'il faudrait profiter de l'enjeu actuel de l'organisation nouvelle des soins, interprofessionnelle, pluridisciplinaire, pour relancer ce genre de thématique. »

Par ailleurs, les médecins sont en demande de formation, mais plus légère qu'un diplôme inter universitaire de sexologie par exemple, sous forme de formation continue qui leur paraît moins contraignante.

MG5 « *Le DIU de sexo je crois qu'il est très contraignant...*

C'est un gros investissement, ce qui n'est pas très... Enfin, je ne sais pas. Bon, pourquoi pas, après s'il y en a qui ne veulent faire vraiment que ça. »

« Mais là, maintenant, avec la pratique, c'est un sujet qui m'intéresse et s'il y avait une formation, mais plus courte quoi, sur deux jours, ou... Oui des petites formations régulières, en formation continue quoi. »

Certaines propositions sont réalisables dans l'état actuel des choses, comme la généralisation de l'utilisation de test d'évaluation de la dépression pour le dépistage de ces troubles, cela permettant également d'utiliser la cotation ALQP003, rémunérant le médecin à hauteur de la durée de sa consultation.

MG3 « *Donc à toi de savoir reconnaître le niveau de ton patient, donc lui faire d'abord un test de dépression générale, et une fois que tu as fait ça, après tu peux commencer, si tu as envie, à aller gratter. »*

« Ce qu'on pourrait rajouter comme suggestions, c'est la généralisation de l'ALQP 003 : Qu'on puisse avoir toute l'année, à tout patient qui passe, une évaluation de dépression, même s'il n'y a pas de dépression dessous. »

Il y eu ici aussi des propositions plus inhabituelles.

MG7 « *Ben je ne sais pas, qu'on jette une bombe sur le Vatican ! »*

Enfin, certains pensent que l'évolution de la prise en charge de ces troubles se fera progressivement et naturellement avec l'évolution de la société et du regard sur la sexualité, et la sexualité féminine en particulier.

MG9 « *C'est vrai que probablement on va peut-être être amenés à gérer une dynamique qu'on n'avait pas l'habitude de prendre en charge ces quinze ou vingt dernières années. Une femme ménopausée c'était une femme qui s'éteignait quoi, alors qu'aujourd'hui, une femme réputée ménopausée, n'est pas forcément une femme différente de ce qu'elle était, enfin voilà, elle reste dans sa singularité, elle reste dans sa définition, et je pense qu'il faudra qu'on trouve, effectivement, une attitude à la hauteur de la démarche de certaines femmes. »*

VI) DISCUSSION

1) Les limites de l'étude

a) Dans la sélection des participants

Le corpus de cette étude est constitué, comme l'autorise la recherche qualitative, de médecins volontaires au sein d'une population présélectionnée dans un but de diversité. Ce n'est pas un échantillon représentatif de l'ensemble des médecins généralistes des Alpes Maritimes.

De plus, le seul fait d'accepter l'entretien laisse supposer un intérêt pour le sujet de cette recherche. Les médecins ayant refusé auraient très certainement été intéressants à interroger.

b) Dans la conduite des entretiens

Le fait même de conduire un entretien entre deux personnes, et de l'enregistrer est source de biais : bien que j'ai tenté de rester la plus ouverte et neutre possible, le fait de s'exprimer devant une autre personne peut entraîner une autocensure, par peur du jugement ou d'offenser, d'autant plus sur un sujet tel que la sexualité des femmes.

On peut également supposer que le fait d'être une femme et de mener ces entretiens a pu influencer les discours de certains participants, notamment ceux de sexe masculin.

Enfin, ceci étant la première étude qualitative que j'ai eu à réaliser, mon manque d'expérience en ce qui concerne les entretiens semi-dirigés, ne permet pas d'écartier une influence de par mon attitude et ma façon de poser les questions sur les réponses des médecins interrogés.

c) Dans l'analyse des entretiens

« Une étude qualitative pose des problèmes au niveau de la pertinence des indices retenus puisqu'elle sélectionne ces indices sans traiter exhaustivement tout le contenu. Il y a des risques de laisser des éléments importants ou de prendre en compte des éléments non significatifs. » [27]

La crédibilité d'une étude qualitative est donc augmentée si plusieurs chercheurs effectuent l'analyse des données (il s'agit de la « triangulation » [24]), afin d'éviter la subjectivité et d'augmenter la pertinence des indices retenus.

Avec les moyens et le temps d'une thèse de médecine, menée seule, cette triangulation fut limitée. La retranscription des entretiens et leur analyse furent relues par ma directrice de thèse, le Dr Compe, afin d'avoir un second regard et éviter, tant que faire se peut, ces biais d'analyse.

2) Le concept de santé sexuelle

La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de la santé sexuelle [4] insiste sur la globalité de la qualité de vie sexuelle et générale. Le rôle de la prévention, de la

détection et du traitement des troubles de la sexualité est donc reconnu comme très important, au même titre que les autres aspects de la santé. Ceci peut être malgré tout relativisé en France car les traitements médicamenteux comme les IPDE5, pour l'homme, ne sont pas remboursés par la sécurité sociale, les consultations auprès de médecins sexologues non plus.

Les résultats de ce travail montrent que cette notion est bien intégrée par les participants:

MG9 « *Elle appartient directement aux conditions socio-familiales de la personne, qui définissent, je pense, la personne dans sa globalité. Donc c'est un facteur à prendre en considération dans l'état général de la personne.* »

Par contre, on voit que les médecins généralistes ont une mauvaise notion de la fréquence des dysfonctions sexuelles féminines et leur rôle dans la prise en charge de ces troubles est très limité.

En effet, les troubles de la sexualité féminine sont fréquents mais très peu évoqués en cabinet de médecine générale comme nous l'avons vu précédemment.

Une étude publiée en 1996 [28] menée auprès de patients et médecins généralistes britanniques, montrait que seuls 18% des patients atteints de troubles sexuels s'en plaignaient directement au médecin, 46% avaient des symptômes psychologiques et 36% présentaient des symptômes physiques, principalement liés aux systèmes génito-urinaire, gastro-intestinal et à la peau.

Outre la détection faible de ces troubles, cette étude montre l'importance de leurs conséquences sur la santé globale des patients, et donc l'importance de leur prise en charge, comme cela a également été souligné par certains participants :

MG3 « *La sexualité est probablement la base de la bonne santé, puisqu'elle fait partie de l'équilibre psychologique du patient.* »

MG5 « *Quand ça ne va pas de ce côté-là, ça peut entraîner aussi d'autres, enfin des symptômes peut-être autres, qui viennent en fait d'un problème sexuel.* »

L'ouvrage *Enquête sur la sexualité en France. Pratique, genre et santé* permet d'avoir une vision des troubles de la sexualité dans la population générale française.

Il s'agit d'une étude sur la sexualité française dirigée par Nathalie Bajos et Michel Bozon et publiée en décembre 2009. Elle s'appuie sur une enquête téléphonique anonyme, menée sur 12 364 personnes (5540 hommes et 6824 femmes) âgées de 18 à 69 ans, entre septembre 2005 et mars 2006. [5]

Le pourcentage total de femmes ayant eu un ou plusieurs troubles de la fonction sexuelle au cours des douze mois précédents l'interview est de 11,7%. La tranche d'âge la plus concernée est celle des 60 à 69 ans avec un taux de 19,6% des femmes de cet âge souffrant d'une dysfonction sexuelle.

En nous appuyant sur le tableau de l'annexe 1, nous allons détailler le pourcentage de femmes atteintes par chacun des troubles :

- 6,8 % pour les troubles du désir
- 2 % pour les troubles avec douleur
- 7,3 % pour les troubles de l'orgasme

Le rapport ne fait pas état des troubles de l'excitation.

Certaines difficultés paraissent être liées à l'entrée dans la sexualité, d'autres à l'avancée en âge. Par exemple, les troubles de l'orgasme concernent 11,4 % des femmes de 18 à 24 ans et 13,9 % de 60 à 69 ans, contre des chiffres allant de 4,9 à 6,8 % pour les tranches d'âge comprises entre 25 et 59 ans.

Les troubles du désir, quant à eux, apparaissent plus spécifiquement aux âges plus avancés : le pourcentage de femmes s'en plaignant est de 10,7 % de 50 à 59 ans et 9,6 % de 60 à 69 ans, contre un taux de 2,5 % de 18 à 24 ans. [5]

Les avantages de cette étude sont la rigueur épidémiologique, le nombre important de femmes interrogées, et que l'étude ait été effectuée récemment.

Les désavantages sont que les troubles de l'excitation ne sont pas évoqués (seulement les troubles du désir, troubles de l'orgasme et troubles avec douleur) et que les personnes de plus de 70 ans n'ont pas été interrogées.

Pour combler ce manque, nous pouvons nous appuyer sur d'autres études, dont l'enquête extraite de la *Global Study of Sexual Attitudes and Behavior*, menée dans 29 pays dont la France, entre 2001 et 2002, sur 27500 hommes et femmes de 40 à 80 ans interrogés par téléphone. En France, le nombre de femmes interrogées est de 750.

Les résultats montrent que :

- les troubles du désir touchent 20,9 % d'entre elles
- les troubles de l'excitation 14,3 %
- les troubles de l'orgasme 15,8 %
- les dyspareunies 10 % [28] [29]

Il est à noter que ces pourcentages ne s'additionnent pas, certaines femmes étant touchées par plusieurs de ces troubles.

La différence avec l'étude précédente peut être expliquée par la différence d'âge des participants : en effet dans la première enquête, les femmes interrogées avaient de 18 à 69 ans, alors que la seconde s'intéressait aux femmes de 40 à 80 ans, hors nous avons vu qu'à partir de la cinquantaine les troubles sont plus fréquents.

Le rapport Bajos et Bozon explore également le recours au soin des personnes souffrant de dysfonctions sexuelles. Comme le montre le tableau de l'Annexe 2, les femmes consultent très peu : seulement 13 % des femmes ayant des troubles avec douleurs consultent un professionnel de la santé, 4 % des femmes ayant un trouble du désir, et 2% en cas de troubles de l'orgasme.

Il est à noter qu'en cas de consultation les femmes consultent de préférence un gynécologue puis, en seconde place, un médecin généraliste.

Les recours auprès de sexologues, psychologues et autres professionnels de santé est bien moindre. [5]

Notre étude retrouve ces résultats : les femmes abordent peu leurs difficultés sexuelles lors des consultations de médecine générale. On mesure la difficulté pour les femmes d'évoquer leurs expériences sexuelles et leurs problèmes, et de contourner les tabous liés à leur intimité, renforcés par des idéaux sociaux, religieux et éducatifs.

Parler de sexe est-il simple ? Les femmes connaissent souvent mal leurs périnéées et le vocabulaire pour décrire leurs maux (la censure débute souvent aux lèvres) et ce, malgré les médias et notamment les magazines pour femmes et adolescentes qui multiplient les dossiers racoleurs autour du sexe.

En effet, l'influence de la presse féminine sur l'image de soi et le comportement sexuel, notamment du fait d'une hyper érotisation et sexualisation de la femme, est connue. Dans son ouvrage *Le sexe mécanique. La crise contemporaine de la sexualité*, D. Folscheid [35] souligne que l'on présente « le plaisir sexuel comme une obligation dont on prescrit les moyens et les formes ». Dans l'article *Sexualité et Presse féminine. Eros au pays du dévoilement de soi*, les auteurs soulignent également les « procédés d'identification et les jugements dépréciatifs qui révèlent les marques d'un dispositif énonciatif agencé » pour dénoncer le romantisme et mettre l'hyper sexualité au premier plan. [32]

En effet, l'hyper sexualisation, avec la dictature de l'apparence et la pornographisation de la culture laisse présager un agir sexuel plus précoce même si l'âge du premier rapport sexuel n'a pas ou peu évolué. Cette précocité sexuelle interroge sur la notion de respect de l'autre car lorsque la maturité psychologique ne correspond pas aux actes, il existe une forte hausse de la probabilité d'être victime de violence ou de subir un acte non consenti pour les filles et à l'inverse pour le garçon forte hausse de la probabilité de violences par le garçon. [33] Cette sexualisation des jeunes filles sont des facteurs de risques de trois pathologies : troubles alimentaires, faible estime de soi et dépression. [33]

Ceci souligne l'importance de l'apprentissage de l'égalité entre les filles et les garçons par les enfants eux même et de la notion de respect mutuel pour qu'enfin les filles osent évoquer leur sexualité en consultation.

L'égalité entre les filles et les garçons constitue d'ailleurs une des missions fondamentales de l'école puisque mentionnée dans l'article L121-1 du code de l'éducation. Cette exigence d'égalité et de prévention des discriminations est rappelée chaque année dans les circulaires de préparation de la rentrée. [34]

De même l'éducation à la sexualité en milieu scolaire comme une composante essentielle à la construction de la personne et à l'éducation du citoyen, même si elle est parfois peu appliquée en ces termes, est importante pour la construction de la personne.

3) Le rôle du médecin généraliste

Les résultats de ma recherche montrent qu'outre une mauvaise connaissance et notion de la prévalence de ces troubles, le rôle des participants en tant que médecin généraliste dans la prise en charge de ces troubles n'est pas bien défini non plus. Ils se partagent entre trois niveaux d'importance : un rôle minime ou simplement d'écoute, un rôle de premier recours, traitant les pathologies simples et adressant à d'autres spécialistes en cas de difficultés et enfin un rôle d'intervenant principal.

Ces résultats concordent avec d'autres études dont celle d'Alain Giami en 2010 [35] qui relève également trois types de postures différentes dans la manière d'envisager ces troubles :

- L'évitement : Les médecins s'attribuent un rôle minime et évitent la prise en charge de ces troubles en incriminant leur ignorance, leur absence de formation, et leur gêne à aborder le sujet avec les patients.
- L'approche nosographique : Les médecins traitent ces troubles avec un abord médicamenteux et limité au traitement de la symptomatologie.
- L'approche globale : Les médecins prennent en charge la sexualité en tenant compte de la dimension psychologique et relationnelle de la vie sexuelle, mais aussi globale, des patients.

Il est donc évident que malgré la reconnaissance de l'importance théorique de la sexualité dans la qualité de vie, les médecins généralistes prennent peu en charge ces troubles, et cela est encore plus marqué pour les patientes âgées. [36]

Les participants ont insisté sur le fait qu'une relation ouverte et de confiance entre la patiente et son médecin est le facteur favorisant principal à l'évocation de leurs troubles sexuels, du fait de leur grande difficulté à les exprimer, basée sur les facteurs sociaux, religieux, éducatifs et personnels. Hors, les médecins généralistes, ayant comme nous l'avons vu, une carence dans les connaissances sur la sexualité des femmes et usant de leurs propres projections ne facilitent pas toujours cette ouverture :

MG3 « *Je suis un peu brutal peut-être, mais des fois quand je vois qu'il y a quelque chose qui ne va pas, je leur dis : « Et comment ça se passe au pieu ? » »*

MG8 « *Je suis trop vieux pour commencer à m'intéresser aux problèmes des femmes. »*

MG8 « *Par ce qu'elles ne sont pas toutes très bien corticalisées hein.* »

MG11 « *Elles n'en parlent pas parce que pour elles, ce n'est pas important, en tant que femmes, mais elles vont en parler parce que justement le mari est dans la demande, voilà.* »

MG8 « *Les jeunes, elles ont compris la chose. D'abord quand elles parlent, je vois, elles disent « un plan cul » hein, « Bon, je vais aller faire mon plan cul », elles sont assez directes.* »

Cette dernière citation montre que l'hyper sexualisation de notre société a induit chez les adultes une diabolisation des adolescentes, représentées comme délurées et aguicheuses, en conséquence les adolescentes ont du mal à se faire entendre et les adultes et les médecins s'expriment en leur nom.

Un médecin n'hésite pas d'ailleurs à proposer la vision de pornographie comme moyen thérapeutique :

MG7 « *Moi je pense que c'est le côté positif de la pornographie, parce que, aujourd'hui, tout le monde peut aller sur internet, regarder du porno. Dans ce porno, il va y avoir du truc franchement hard, machin-chose, mais il peut y avoir des trucs plus soft, et je pense que c'est paradoxalement bien plus utile qu'on ne le croit.* »

Hors, il est connu et prouvé que la pornographie a un effet néfaste sur les comportements sexuels. Nous pouvons prendre pour exemple une étude danoise, publiée en 2013 dans la revue *Journal of Sexual Medicine* [37] : elle révèle une association directe entre le visionnage de séquences pornographiques et divers comportements sexuels, dont en particulier les pratiques sexuelles dangereuses et les pratiques sexuelles contre rémunération.

Cette proposition et les remarques précédentes sont basées sur la méconnaissance du sujet et surtout les projections personnelles du médecin sur la sexualité, et non sur une réflexion médicale et scientifique.

4) Sexologie et gynécologie

Comme nous l'avons vu, les femmes vont s'adresser préférentiellement à leur gynécologue, puis à leur médecin généraliste. [5]

Les médecins généralistes participants à cette recherche ont également la notion que le professionnel référent pour ce genre de trouble est le gynécologue, et c'est leur recours principal pour adresser les patientes. Dans la réalité, la plupart des gynécologues n'ont pas reçu de formation spécifique en sexologie [38] et nombre d'entre eux hésitent à prendre en charge ce genre de troubles. [39]

Une étude effectuée en 2012 auprès de 275 gynécologues s'intéresse à la prise en charge des troubles de la sexualité par les gynécologues. [43]

Parmi les gynécologues français interrogés, 74% ont déclaré ne pas avoir eu de formation autour de la sexologie, 29% sont mal à l'aise quand une plainte sexuelle est évoquée et 75% ne se sentent pas compétents pour prendre en charge les dysfonctions sexuelles féminines.

Les obstacles à l'initiation d'un dialogue autour de la sexualité étaient principalement le manque de thérapie efficace, le temps limité d'une consultation, la différence de sexe et l'attitude personnelle du gynécologue. [43] Ces mêmes obstacles sont évoqués par les médecins généralistes.

On voit donc que, pour les médecins généralistes, l'image de référent des gynécologues en cas de troubles sexuels des femmes est basée sur une fausse idée que ceux-ci sont mieux formés et armés qu'eux-mêmes.

5) Sexe et religion

Parmi les freins à évoquer la sexualité avec les patientes, la religion est un thème récurrent.

La consultation médicale est un échange entre deux personnes, influencé par différents facteurs dont l'histoire personnelle de chacun, leur culture, leur religion. Cela fait partie de toute consultation mais la thématique de la sexualité cristallise ces facteurs car elle relève d'un dogme et d'interdits importants au sein des principales religions.

Il est donc important en tant que soignant d'essayer d'appréhender la sexualité selon les différentes religions afin de pouvoir adapter notre discours et notre prise en charge à nos patientes.

a) Le catholicisme

Dans le catholicisme, la sexualité est marquée par un dogme fondamental : la sexualité et la procréation sont indissociables.

Ella a trois fonctions : une fonction relationnelle, une fonction de plaisir et surtout une fonction de fécondité.

En pratique, la sexualité est acceptée au sein du mariage, la cohabitation avant le mariage et les relations extraconjugales ne sont pas souhaitables. La contraception, qu'elle soit temporaire ou permanente (stérilisation), est interdite sauf par la méthode de calcul des périodes infécondes, car ceci est une disposition naturelle, et les préservatifs, uniquement en cas de danger vital pour l'un des deux partenaires.

Le début de la vie spirituelle est à la conception pour les catholiques, l'interruption de grossesse et toute technique basée sur la manipulation des cellules souches sont donc interdites. [54]

b) Le protestantisme

Dans le protestantisme, sexualité et procréation sont dissociés. La loi naturelle n'occupe plus la place qu'elle occupe dans la religion catholique.

La contraception est autorisée et l'interruption volontaire de grossesse est laissée au choix de la conscience. [54]

c) Le judaïsme

L'amour a une place prépondérante dans le judaïsme, il est concrétisé par le mariage qui est un devoir et dans lequel la sexualité et le plaisir sexuel ont leur place.

Les rapports sexuels ne sont pas autorisés avant le mariage. Le plaisir sexuel est un dû entre les deux époux et l'abstinence totale peut être considérée comme une faute grave.

Les rapports sexuels sont interdits du premier au douzième jour du cycle. Ils devront être réalisés portes fermées, dans l'obscurité et en silence.

L'adultère est interdit. L'homosexualité également.

La contraception n'est autorisée que si elle n'est pas définitive ou si le couple a déjà eu un garçon et une fille. L'interruption de grossesse est à éviter mais peut être acceptée en cas de souffrance physique ou morale. Le fœtus est considéré comme faisant partie de la mère et n'existe pas avant la naissance. [54]

d) L'islam

Pour l'islam, la sexualité et la procréation sont également très liés. C'est dans le cadre du mariage que la sexualité a sa place.

L'abstention est un manquement aux préceptes du Coran et met en droit une femme de se plaindre de son mari.

La pudeur est une valeur importante, surtout pour la femme. En effet, la place sociale et affective de la femme est différente de celle de l'homme, elle lui est soumise et est responsable de l'honneur de sa famille par sa conduite morale et sa pudeur.

Les rapports sexuels sont interdits pendant les règles et après l'accouchement. La contraception est tolérée si elle n'est pas abortive.

Pour les musulmans, la vie débute à la conception et l'esprit investit le fœtus au cent-vingtième jour. L'interruption de grossesse est admise si la grossesse présente un risque vital pour la mère. [54]

6) Le transfert

Le transfert est également avancé comme une des limites pour aborder la sexualité avec les femmes pour certains médecins généralistes masculins :

MG3 « *Et il n'est pas impossible qu'il y ait un jeu de séduction aussi qui existe entre le médecin-homme et sa patiente, et ça, ça s'appelle le transfert.* »

MG9 « *Je fais assez attention, ça dépend de comment la personne amène sa problématique, mais j'essaie de respecter parce que le transfert est toujours délicat parfois. Quand on aborde la sexualité d'une femme qui est dans des conditions un petit peu de remise en cause, de quarante – cinquante ans, je fais attention à ça quand même.* »

Le transfert, en psychanalyse, est défini par le « déplacement d'une conduite émotionnelle par rapport à un objet infantile, spécialement les parents, à un autre objet ou à une autre personne, spécialement le psychanalyste au cours du traitement ». [40]

Il correspond donc à la répétition dans la situation d'adulte, de modalités relationnelles vécues pendant la petite enfance. Il est défini comme une relation entre l'analyste et l'analysé où ce dernier projette sur le thérapeute des situations affectives inconscientes soit amicales (transfert positif : amitié, amour), soit hostiles (transfert négatif), établies dans son enfance au contact de ses parents et des personnes de son entourage. [41]

Or, ce qu'il y a de plus important dans la relation « thérapeutique », c'est la relation elle-même. Comme nous l'avons vu, la nature de la relation entre un médecin et sa patiente joue un rôle primordial. Le phénomène de transfert est inscrit dans la relation médecin-patient intrinsèquement et le sujet de la consultation (que ce soit une angine ou un trouble sexuel) ne modifie pas cet état de fait : dès la première rencontre entre deux personnes, il y a projection. Il s'agit d'un processus inconscient qui projette des perceptions, des affects vers l'extérieur et modifie notre perception du réel. [42] La relation entre deux personnes repose donc sur les projections que chacun fait.

Dans la relation thérapeutique, ces projections vont se faire plus spécifiques, c'est le transfert, le processus psychologique par lequel les désirs inconscients et infantiles viennent s'actualiser dans une relation présente.

Les recommandations pour gérer le transfert aux soignants est d'accepter le fait que ce phénomène fasse partie d'une relation (avec des intensités variables) entre un médecin et son patient, et de garder une neutralité complète, sans y engager et partager notre expérience personnelle. [42]

Le participant MG9 dit être limité, pour cette raison, à aborder la sexualité avec les femmes, en particulier ayant un âge compris entre quarante et soixante ans. Comme nous l'avons vu, c'est précisément la tranche d'âge à partir de laquelle les troubles deviennent plus fréquents, en rapport avec l'entrée en ménopause. C'est donc, au contraire, une tranche d'âge pour laquelle il faut particulièrement ne pas éluder la question.

7) La rémunération

Parmi les attentes des médecins généralistes, avoir une rémunération à la hauteur du temps passé en consultation pour ce genre de prise en charge considérée comme chronophage est un point important.

Actuellement, il n'y a pas de cotation particulière pour prendre en charge les troubles sexuels.

Un participant propose, pour détecter les troubles de la sexualité, de pratiquer un test de dépression et ainsi de pouvoir effectuer la cotation CCAM (Classification commune des actes médicaux) « ALQP003 ». La consultation est alors rémunérée 69, 12€. [44]

Pour coter cet acte, une évaluation par échelle psychiatrique MADRS, Hamilton, Beck, MMPI ou STAI doit être effectuée. La notion de troubles de la sexualité se retrouve très peu dans ces différentes évaluations.

Le test de Hamilton ne présente qu'une question peu détaillée autour de la sexualité :

« Symptômes génitaux : Ces symptômes incluent une perte de libido, des troubles menstruels ? » [46]

Le test d'évaluation de Beck pose la même question avec ce choix multiple :

« 0- Je n'ai pas remarqué de changements à propos de ma libido.

1- Je m'intéresse moins aux rapports sexuels qu'autrefois.

2- Je m'intéresse beaucoup moins aux rapports sexuels.

3- J'ai perdu tout intérêt pour les rapports sexuels. » [45] [48]

L'échelle de dépression MADRS n'en fait pas état. [47]

Le MMPI est un test de standardisation psychométrique des personnalités et le STAI est une échelle d'anxiété sous forme d'auto-évaluation, ils n'y font pas référence non plus. [48]

Bien que pratique, cette solution n'est donc pas suffisante pour détecter les troubles de la sexualité qui, pour certains, ne sont pas obligatoirement accompagnés de troubles du désir.

Il existe un bon nombre d'outils validés pour évaluer la sexualité féminine et ses dysfonctions, mais ils ne sont pas soumis à une cotation particulière et ne sont utilisés qu'en recherche. [49] [50]

Une étude publiée 2013 dans le journal Sexologies [53] reprend les mêmes conclusions, la majorité des médecins interrogées sont favorables à la reconnaissance de cotations dédiées à la médecine sexuelle.

Le paiement de la consultation en fonction du temps passé est également proposé. Ce mode de rémunération existe déjà, par exemple en Suisse. Les consultations sont chronométrées et le

médecin est payé par tranche de cinq minutes (environ 13 euros les cinq minutes). Une consultation de 15 minutes est donc rémunérée environ 30 euros (les cinq dernières minutes sont payées six euros). [51] [52]

Selon certains participants, ce mode de rémunération pourrait les encourager à prendre plus de temps pour prendre en charge les troubles comme les dysfonctions sexuelles.

8) La formation

Comme on l'a vu avec les gynécologues, les médecins généralistes sont parmi les meilleurs interlocuteurs des patientes quand à ces troubles pourtant on constate que la formation initiale sur ce thème est très peu développée.

Lors des études de premier et deuxième cycle, ceci est traité dans l'item « Sexualité normale et pathologique », ne faisant qu'un point rapide sur la physiologie sexuelle et une liste des définitions des différents troubles selon le DSM. Lors des études du troisième cycle, il n'y a pas de formation complémentaire à ce sujet.

Une étude menée auprès des internes en médecine générale de la faculté de Saint-Etienne en 2008 [49] montre qu'une majorité d'entre eux avaient déjà été confrontée à une plainte d'ordre sexuelle d'un ou d'une patiente et que dans 90% des cas, ils n'ont pas été à l'aise pour y répondre et ont ressenti un besoin de formation pour prendre en charge ces plaintes. Près de 80% d'entre eux estimaient ne pas avoir bénéficié de formation universitaire ou extra-universitaire sur ce thème alors qu'ils terminaient leur cursus.

La formation continue principale en sexologie est le diplôme inter universitaire (DIU) de sexologie. C'est la seule formation reconnue par l'Ordre des Médecins. [63]

Il est proposé à la faculté de Nice depuis cette année scolaire, aux titulaires du diplôme de Docteur en Médecine et aux étudiants de deuxième année de DES (Diplôme d'Enseignement Supérieur) de médecine générale. La formation dure trois ans et comporte 202 heures d'enseignements. [14]

Il permet aux médecins d'apposer la mention « Sexologie » sur leurs plaques et ordonnances.

Le DIU de Sexologie est considéré par certains médecins comme trop lourd, trop prenant et ils sont en demande de formation continue plus légère :

MG5 « *Le DIU de sexo je crois qu'il est très contraignant. C'est un gros investissement* »

De telles formations sont déjà proposées. Par exemple, l'AIUS (Association Interdisciplinaire post Universitaire de Sexologie) propose des DPC (Développement Professionnel Continu) sous forme de journées de formation ou de demi-journées (atelier, soirée) associées à des sessions de formation à distance (en ligne ou par mail). [56] Cette formation est ouverte aux médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens, etc.

Des Formations Professionnelles Continues en sexologie sont également proposées pour les praticiens ayant le DIU de Sexologie.

La littérature médicale est également un mode de formation important.

Une étude publiée en 2008 [57] montre l'importance de sa place dans la formation continue des médecins : 84% des médecins interrogés reconnaissent que la presse médicale est un élément essentiel de leur formation devant la participation à un congrès (73%), la lecture de manuels (72%), internet (66%) et les séances d'enseignements post universitaires organisées par les associations professionnelles (51%).

Ce mode de formation est personnel et est laissé à la responsabilité du médecin qui choisit sa presse médicale et les articles qui l'intéressent.

Les médecins sont donc peu formés sur les troubles de la sexualité féminine, même s'ils pensent que c'est un élément important de la prise en charge des patients. [49]

Cette situation peut être expliquée par le fait que la prise en charge de la dysfonction sexuelle féminine est compliquée par le rôle de multiples facteurs (éducation, état psychique, pathologies physiques), par des traitements limités et une mauvaise connaissance de ceux-ci par les médecins. [58]

Les médecins généralistes expriment une différence entre les troubles féminins et masculins dans la fréquence de la demande et la facilité de prise en charge. Cette différence peut être expliquée par la mise sur le marché des IPDE5 (Inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5) en commençant par le Viagra® (ou sildénafil) en mars 1998 (sortie aux Etats Unis).

A sa sortie, ce traitement fut l'objet de nombreux articles, couvertures de journaux, émissions télévisées. L'attente d'une prise en charge médicale, efficace et dont les résultats dépendent peu du contexte psycho-émotionnel, expliquent cet engouement des soignants et du public. [59]

Bien sûr, ce traitement, outre les risques de contre-indication et d'usage « récréatif », risque l'oubli de la prise en charge psycho-émotionnelle du patient malgré son importance dans les dysfonctions sexuelles, mais il a permis aux praticiens et aux patients d'avoir un recours simple à ces troubles et donc de les aborder plus facilement.

La communication et la formation autour des traitements promulguées par les laboratoires commercialisant les IPDE5 permirent une meilleure appréhension des troubles masculins par les médecins. Un document intitulé *Recommandations aux médecins généralistes pour la prise en charge de première intention de la dysfonction érectile* a même été publié en 2008 puis réactualisé en 2010 par l'AIUS [60].

Un tel cheminement n'a pas été effectué pour les dysfonctions féminines.

9) Information des patientes

Pour l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), la communication en santé publique a une fonction pédagogique (éclairer le citoyen sur les comportements favorables à sa santé) et de mise à l'ordre du jour un problème de santé publique auprès de la population, des professionnels de santé et des médias. [61]

Les dysfonctions sexuelles féminines sont un sujet qui peut donc prétendre à une campagne d'information publique : les professionnels de santé, qu'ils soient médecins généralistes ou gynécologues sous-estiment la fréquence de ces troubles [35] [43] [49] et les femmes ne savent pas toujours que leur médecin généraliste peut être un recours. [5] [6]

Les outils disponibles sont affiches, brochures, spot télévisés ou radiophoniques.

En 2006 une campagne d'information sur les troubles de l'érection fut lancée sous forme de quatre spots télévisés par l'ADIRS (Association pour le Développement de l'Information et de la Recherche sur la Sexualité) en partenariat avec le laboratoire Lilly. [62]

Ce laboratoire commercialise un IPDE5, le tadalafil sous le nom commercial de Cialis®, ce qui souligne encore le rôle des traitements et des laboratoires dans la formation et l'information médicale.

VII) CONCLUSION

Cette recherche qualitative, effectuée par 11 entretiens semi dirigés auprès de médecins généralistes des Alpes Maritimes a permis de déterminer les facteurs limitants et favorisant la détection et la prise en charge des troubles de la sexualité féminine, ainsi que les attentes des médecins pour une amélioration de cette prise en charge.

Les médecins interrogés sont conscients de l'importance de la sexualité dans l'épanouissement global d'une personne et ont intégré le concept de santé sexuelle tel que défini par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Les femmes consultent très peu pour leurs troubles de la sexualité. Le rôle des médecins généralistes dans le soin des troubles sexuels féminins est très discret et peu d'entre eux se considèrent comme un recours principal.

Les freins principaux signalés par les médecins sont l'absence d'un traitement médicamenteux efficace, comme sont les IPDE5 pour les hommes, le manque de temps, de connaissances et l'absence d'une rémunération adaptée. La prise en charge des dysfonctions sexuelles de la femme est vécue comme chronophage et l'absence de cotation spécifique à la hauteur du temps passé limite les praticiens dans leur volonté de prise en charge.

Le fait d'être un homme est aussi vécu comme un obstacle : ils présentent la crainte d'être mal interprétés, d'être intrusifs, abusifs ou qu'un transfert affectif soit favorisé en abordant ce sujet avec des femmes.

Certaines caractéristiques des patientes peuvent représenter des obstacles : les âges extrêmes, la religion pour certains et la gêne de la patiente à évoquer son trouble.

Le facteur facilitant principal est une relation de confiance entre le médecin et sa patiente, surtout le fait d'être médecin de famille et d'avoir une activité permettant de prendre du temps en consultation.

Le sexe féminin du praticien et le fait de pratiquer la gynécologie sont également des facteurs favorisant

Les médecins expliquent leur manque de connaissance par une formation initiale quasi inexistante.

Ayant conscience d'une carence dans la prise en charge de ces troubles, les médecins expriment différentes attentes.

La formation est un point important. Différentes formations continues sont possibles, comme le DIU de Sexologie, les séances de Développement Professionnel Continu sur le sujet et les divers écrits médicaux. Le thème devrait être mieux traité en formation initiale.

La revalorisation de la rémunération est également mise en avant. Les outils actuels (test de dépression, cotation ALPQ003) ne sont pas adaptés pour coter les consultations pour ces

troubles. Des propositions de création d'une cotation spécifique pour ce type d'acte ou de rémunération proportionnelle au temps passé en consultation sont avancées.

Une dernière proposition est d'améliorer la communication publique afin d'informer les patientes que leur médecin généraliste peut être un recours, mais aussi d'alerter les médecins sur la prévalence et les conséquences de ces troubles.

Pour compléter ce travail, il serait intéressant d'étudier le vécu et le ressenti des patientes, mais aussi des gynécologues qui sont vus comme un premier recours par nombre de patientes et de médecins généralistes.

VIII) BIBLIOGRAPHIE

- [1] Brenot P
Inventer le couple.
Paris : Ed Odile Jacob ; 2001.
- [2] Conde Redondo C, Castroviejo Royo F, Rodriguez Toves M, et al
Dysfonctions sexuelles. Communications orales. 104^{ème} Congrès français d'urologie ; Paris, France.
Progrès en Urologie 2010 ; 20 : 679-682
- [3] American Psychiatric Association's
DSM IV TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 2^{ème} édition.
France : Ed Masson ; 2003.
- [4] Bureau régional Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé
La santé sexuelle à tous les stades de la vie [en ligne]
©2014 [consulté le 19/01/2014]
Disponible sur : <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>
- [5] Bajos N, Bozon M
Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé.
Paris : Ed La Découverte ; 2009.
- [6] Smith LJ, Mulhall JP, Deveci S, Monaghan N, Reid MC
Sex after seventy: a pilot of sexual function in olders persons.
J Sex Med 2007; 4 : 1247-53
- [7] Hirsh E
Les abords de la sexualité au quotidien.
Rev Med Brux 2005 ; P : 353-357
- [8] Brenot P
Histoire de la sexologie
Bordeaux : Ed L'esprit du temps; 2006.
- [9] Brenot P, directeur des enseignements de sexologie et sexualité humaine à Paris 5.
Histoire de la sexologie [en ligne] 2012 ; Paris.
Disponible sur : <http://www.blogdunsexologue.com/formation/la-sexualite-normale/fondement-de-la-sexualite-humaine/histoire-de-la-sexologie>
- [10] Bianchi-Demicheli F, Ortigues S, Abraham G
Sexologie. Naissance d'une science de la vie.
Suisse : Ed Presses polytechniques et universitaires romandes ; 2012.
- [11] Bonierbale M, Waynberg J
70 years of french sexology
Sexologies 2007 ; 16 : 238-258
- [12] Lopes P, Poudat FX
Manuel de sexologie
France : Ed Elsevier Masson ; 2006

- [13] Hite S
Le nouveau rapport Hite. L'enquête la plus révolutionnaire jamais menée sur la sexualité féminine.
Paris : Ed Robert Laffont ; 2005.
- [14] Faculté de médecine de Nice
Sexologie. Diplôme Inter Universitaire [en ligne]
© 2013 [Consulté le 15/12/2013]
Disponible sur : unice.fr/medecine/DIU/diu-2013/sexologie-2.pdf
- [15] AIUS (Association Interdisciplinaire post Universitaire de Sexologie)
Enseignements de sexologie [en ligne]
© 2012 [Consulté le 10/01/2014]
Disponible sur :
www.aihus.com/prod/system/main/main.asp?page=/prod/data/Enseignement/Informations.asp
- [16] Mares P, Mimoun S
Aspect vulvo-vaginaux de la bonne santé sexuelle.
France : Ed Merck ; 2008
- [17] Chevret Measson M
Anatomie et Physiologie féminine. DIU Sexologie Paris 5 [en ligne] 2012 ; Paris.
Disponible sur : <http://www.blogdunsexologue.com/formation/la-sexualite-normale/biologie-de-la-sexualite/anatomie-et-physiologie-feminine>
- [18] SFMS Société Francophone de Médecine Sexuelle
Les dysfonctions sexuelles féminines aujourd'hui : mise au point au retours du congrès de l'ISSWSH 2005 [en ligne] ; Congrès de l'International Society for the Study of Women's Health ; Nevada USA, 2005.
Disponible sur : sfms.free.fr/cube/2005_conpenhague_buvat_herbaut_01.pdf
- [19] Zwang G, Tetart G
Précis de thérapeutique sexologique.
Montpellier : Ed Sauramps médical ; 2004.
- [20] Bonierbale M, Cour F
Troubles du désir sexuel féminin
Prog Urol 2013 ; 23 : 562-574
- [21] Cour F, Methorst C
Troubles de l'excitation chez la femme
Prog Urol 2013 ; 23 : 575-585
- [22] Colson MH, Cour F
Les troubles de l'orgasme féminine
Prog Urol 2013; 23 : 586-593
- [23] De Beelilovsky C.
Les vulvodynies : conduite à tenir en 2012 [en ligne] ; 2012.
Société Francophone de médecine sexuelle

Disponible sur :

<http://www.sfms.fr/prod/system/main/index.asp?page=/prod/data/litterature/originaux/originaux15.asp&source=bulletin>

- [24] Côté L, Turgeon J
Comment lire de façon critique des articles de recherche qualitative en médecine.
Pédagogie Médicale 2002 ; 3 : 81-90
- [25] Aubin-Auger L, Mercier A, Baumann L, Ler-Drylewicz A, Imbert P, Letrilliart L, &al
Introduction à la recherche qualitative.
Exercer 2008 ; 84 : 145-50
- [26] Blanchet A, Gotman A
L'enquête et ses méthodes. L'entretien. 2^{ème} édition
Paris : Ed Armand Colin ; 2013.
- [27] Bardin L,
L'analyse de contenu. 2^{ème} édition
Paris : Ed Presses Universitaires de France ; 1997
- [28] Buvat et coll
Sexual problems and associated helpseeking behavior patterns : Results of a population based survey in France.
Int J Urol 2009 ; 16 : 632-638
- [29] Jawhari D
Une mise au point sur la prévalence des dysfonctions sexuelles en France, et sur l'attitude des françaises et français face à ces problèmes sexuels. [en ligne]
Société Francophone de Médecine Sexuelle ; 2009.
Disponible sur :
www.sfms.fr/prod/system/main/index.asp?page=/prod/data/litterature/epidemie/epidemie01.asp
- [30] Courtney M
Presentation of equal problems in general practice
Br. J. Fam. Planning 1996 ; 2 : 38 - 39
- [31] Folschield D
Le sexe mécanique. La crise contemporaine de la sexualité.
Paris, La Table Ronde Ed. ; 2002.
- [32] Charrier-Vozel M, Damian-Gaillard B
Sexualité et presse féminines. Eros au pays du dévoilement de soi.
Médiation et Information 2004 ; 20 : 75 – 82
- [33] Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Contre l'hypersexualisation, un nouveau combat pour l'égalité. Rapport parlementaire de Madame Chantal Jouanno, Sénatrice de Paris [en ligne] 2012
Disponible sur : <http://www.social-sante.gouv.fr/documentation-publications,49/rapports,1975/famille-et-enfance,1988/protection-de-l-enfance,2054/rapport-de-chantal-jouanno-sur-l,14557.html>
- [34] Legifrance

- Article L121-1 [en ligne]
Disponible sur : <http://www.social-sante.gouv.fr/documentation-publications,49/rapports,1975/famille-et-enfance,1988/protection-de-l-enfance,2054/rapport-de-chantal-jouanno-sur-l,14557.html>
- [35] Giami A
La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité
Paris, Singuliers généralistes, EdPresses de l'EHESP ; 2010
- [36] Gott M, Hinchcliff S, Galena E
General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people.
Social Science & Medecine 2004 ; 58 : 2093 – 2103
- [37] Martin Hald G, Kuyper L, Adam P, deWit J
Does viewing explain doing? Assessing the association behaviors in a large sample of dutch adolescents and young adults.
J Sex Med 2013; 10 : 2986 - 2995
- [38] Descamps P
Sexe et sexologie : un vieux couple?
La lettre du gynécologue 2012 ; 368
- [39] Mimoun S
La sexualité en gynécologie
La lettre du gynécologue 2012 ; 368
- [40] Lagache D
L'unité de la psychologie
France : Ed Quadrige Presse Univeristaire de France ; 1969
- [41] Velluet L
Le champs de la subjectivité. Pédagogie de la relation thérapeutique.
Paris : editoo.com; 2003 : 23-27
- [42] Hannot P
Eviter les risques. La gestion du transfert dans la relation d'aide.
Psychanalyse 2009.
- [43] Gicquel A
Le gynécologue face à la plainte sexuelle. En quête auprès de 275 gynécologues. Mémoire.
Diplome Inter Universitaire de Sexologie : Université de Nantes ; 2012
- [44] Ameli Site de l'assurance Maladie
Cotations CCAM [en ligne]
© 2013 [consulté le 20/04/2014] Disponible sur : www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/ficha_abregée.php?code=ALQP003
- [45] Echelles-psychiatrie.com
Echelle de Beck [en ligne]
© 2012 [Consulté le 18/04/2014] Disponible sur <http://www.echelles-psychiatrie.com/echelle-beck.php>
- [46] Cyberdocteur.net

- Echelle de dépression de Hamilton [en ligne]
 ©2006 [Consulté le 17/04/2014]
 Disponible sur : <http://www.medsyn.fr/perso/g.perrin/cyberdoc/doc/Hamilton.htm>
- [47] Echelles-psychiatrie.com
 Echelle MADRS [en ligne]
 © 2012 [Consulté le 18/04/2014] Disponible sur <http://www.echelles-psychiatrie.com/echelle-madrs.php>
- [48] Hardy A, Servant D, Ciadella P
 Séminaire de formation du FUAG
 Echelles d'évaluation de la psychologie
 Lyon : 2000
- [49] Frank J, Mistretta P, Joshua W
 Diagnosis and treatment of female sexual dysfunction
 Am Fam Physician 2008 ; 77 : 635 - 642
- [50] Mitchell KR, Ploubildis BG, Datta J, Wellinds K
 The Natal - SF : a validated measure of sexual function for the community survey
 Eur J Epidemiol 2012 ; 27 : 409 - 418
- [51] Verdon F
 Revenus médicaux suisses en pratique privée : évolution sur vingt ans
 Bulletin des médecins suisses 2009 ; 93 : 22 - 23
- [52] Hurst S
 Payer la médecine
 Rev Med Suisse 2009
- [53] Godet S
 Prise en charge médicale des dysfonctions sexuelles, quelle place pour une spécialité de médecine en santé sexuelle?
 Sexologies 2013 ; 22 ; 56- 64
- [54] Durand G
 L'éthique de la sexualité face aux dogmes des religions monothéistes
 Sexologies 2003 ; 45.
- [55] Vallée G
 Enseigner la prise en charge de la plainte sexuelle
 Exercer 2008 ; 81 : 49 - 51
- [56] Association Interdisciplinaire post universitaire de sexologie
 Formations continues [en ligne]
 ©2006 [consulté le 22/04/14] Disponible sur : <http://www.aius.fr/v2/formation/index.asp>[55]
- [57] Dean BD, Levy D, Teitelbaum J, Allemand H
 Médecins et pratiques médicales en France 1967 - 2007. Les lectures médicales et les moyens de formation permanente
 Cad Social Demogr Med 2008 ; 48 : 459 - 567
- [58] Bachman G

Female sexuality and sexual dysfunction : are we stuck on the learning curve?
J Sex Med 2006 ; 3 : 639 - 645

- [59] Mimoun S
Viagra, Sexe et Société
La lettre du gynécologue 1999 ; 244 : 21 - 23
- [60] Cuzin B, Cour F, Basquet J, Bondil P, Bonnierbale M, Chevret-Measson M et co.
Recommandations aux médecins généralistes pour la prise en charge de première intention de la dysfonction érectile
Sexologies 2011 ; 20 : 66 - 79
- [61] Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé INPES
Comment mesurer l'impact des campagnes de prévention? [en ligne] Colloque du 9 septembre 2011, Paris
[Consulté le 17/04/2014] Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/colloque-9dec/compte-rendu-colloque9dec.pdf>
- [62] Association pour le Développement de l'Information et de la Recherche sur la Sexualité
Dysfonctions érectiles [en ligne]
©2006 [consulté le 18/04/2014] Disponible sur :
http://www.adirs.org/v4/data/troubles/dysfonction_erectile.asp
- [63] Dalet A
Les gynécologues investissent la sexologie
Profession Gynécologue 2010 ; 4 - 6

IX) ANNEXES

1) Annexe 1 : Tableau des fréquences des troubles de la fonction sexuelle selon l'âge

Source : Etude BOZON M, BAJOS N, *Enquête sur la sexualité en France. La Découverte, 2009.*

Champ : femmes de 18 à 69 ans, rapport sexuel au cours des 12 derniers mois, trouble récurrent

Fréquence des troubles de la fonction sexuelle (récurrentes au cours des 12 derniers mois) selon l'âge

	18-24 ans	25-34 ans	35-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	Ensemble
Trouble douloureux	4,4 %	2,6 %	1,9 %	0,4 %	1,7 %	2,2 %	2,0 %
Trouble du désir	2,5 %	6,8 %	5,2 %	5,6 %	10,7 %	9,6 %	6,8 %
Trouble de l'orgasme	11,4 %	5,7 %	4,9 %	5,5 %	6,8 %	13,9 %	7,3 %

p < 0,0001

2) Annexe 2 : Tableau des fréquences des consultations pour troubles de la fonction sexuelle

Source : Etude BOZON M, BAJOS N, *Enquête sur la sexualité en France. La Découverte, 2009.*

Champ : femmes de 18 à 69 ans, rapport sexuel au cours des 12 derniers mois, trouble récurrent

Fréquence des consultations pour troubles de la fonction sexuelle

	Troubles du désir, de l'orgasme et douleur	Troubles du désir et avec douleur	Troubles de l'orgasme et avec douleur	Troubles du désir et de l'orgasme	Troubles avec douleur	Troubles du désir	Troubles de l'orgasme
Effectifs	364	122	130	707	219	442	503
Médecin généraliste	5,5 %	2,9 %	3,3 %	1,9 %	1,9 %	1,3 %	0,9 %
Médecin sexologue	1,8 %	0,4 %	0 %	0,4 %	0 %	0,4 %	0,2 %
« Psy »	1,6 %	0,5 %	1,2 %	0,8 %	0 %	0,8 %	0 %
Gynécologue	13,4 %	5,7 %	9,9 %	3,1 %	10,5 %	1,5 %	0,6 %
Autre	0,5 %	0 %	1,5 %	0,1 %	0,3 %	0 %	0,1 %
Pas de consultation	79,4 %	90,5 %	86,8 %	94,0 %	87,3 %	95,9 %	98,3 %

3) Annexe 3 : Thématiques du guide d'entretien

- Introduction avec présentation de l'étude (thème, anonymat, règles du jeu, accord pour l'enregistrement)
- Questionnaire quantitatif court pour déterminer les caractéristiques du participant tout en gardant l'anonymat.
- Guide d'entretien : lignes directrices de l'entretien

Trame :

- 1) Vécu personnel
 - Représentation du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de ces troubles
 - Expérience personnelle des dysfonctions sexuelles féminines
- 2) Savoir-faire – connaissances propres au médecin
 - Comment le ou la participant(e) fait pour aborder la sexualité de ses patients ?
 - Comment se sent il (ou elle) alors ?
- 3) Freins
 - Représentations des freins de la part des patientes
 - Représentation des propres freins du participant
 - Evaluation de la formation reçue par le participant sur le sujet
- 4) Attentes – Besoins/ Facteurs favorisants
 - Suggestions pour améliorer le dépistage la prise en charge
 - De la part des médecins
 - Dans la formation
 - De la part des patientes (société)
- 5) Evaluation de l'entretien

Les questions doivent être ouvertes, exemple :

- Comment cela se passe-t-il en pratique... ?
- Quelle est votre expérience... ?
- Que pensez-vous de... ? Que représente pour vous... ?
- Quelles sont les difficultés et obstacles... ?
- Quelles seraient vos suggestions pour... ? Quels seraient vos besoins... ?

4) Annexe 4 : Guide d'entretien

Cette étude porte sur les dysfonctions sexuelles féminines et leur prise en charge par les médecins généralistes.

Par dysfonction sexuelle on englobe les troubles du désir, les troubles de l'excitation, les troubles de l'orgasme et les dyspareunies.

Je pars du constat que la prévalence de ces troubles chez les femmes est relativement élevée : selon les études, on retrouve des pourcentages allant de 11.7 à 40 % des femmes concernées (en fonction de la tranche d'âge étudiée).

Par contre, le taux de diagnostic et de prise en charge est très faible en médecine générale. Je m'intéresse donc aux raisons, selon les médecins et leur expérience, de ce décalage.

Si vous êtes d'accord, j'enregistre notre conversation pour pouvoir retranscrire fidèlement vos propos sans devoir prendre de note pendant l'interview, mais l'étude est totalement anonyme, aucun nom, ni moyen de reconnaissance ne sera cité.

Etes-vous d'accord pour que j'enregistre et que nous commençons?

VUE GENERALE

Selon vous, en quoi la sexualité peut être un sujet de santé ?

Quelle est place, pour vous, du médecin généraliste dans le dépistage et la prise en charge des troubles de la sexualité féminine ?

EXPERIENCE

D'une manière générale, quelle est votre expérience des dysfonctions sexuelles féminines et de leur prise en charge ?

Comment cela se passe dans votre pratique pour aborder la sexualité avec vos patientes ?

- Qui évoque le problème en général ?
- Y a-t-il des circonstances particulières pour lesquelles vous êtes plus enclin à évoquer cela ?
- Comment vous sentez vous quand vous parlez de sexualité (à l'aise - mal à l'aise) ?

Comment prenez vous en charge un trouble de la sexualité de la femme quand il se présente ?

A quel autre professionnel faites vous appel en cas de besoin ?

Pouvez-vous décrire, si vous en avez un, le réseau de prise en charge que vous avez autour des troubles de la sexualité ?

Selon vous, quelles sont les différences de diagnostic et de prise en charge avec les troubles masculins ?

Pouvez expliquer pourquoi ?

FREINS

Qu'est ce qui pourrait être un frein à la prise en charge de ce sujet au niveau de la relation entre le médecin et sa patiente selon vous ?

Qu'est qui pourrait constituer un frein pour vous lors d'une consultation ?

En quoi les caractéristiques des patientes (l'âge, l'aspect physique, l'origine) entrent en jeu dans le fait que vous évoquiez ou non les troubles de la sexualité ?

Le fait d'être médecin de famille influe-t-il, en bien ou en mal, dans ce cas ?

La peur d'être mal interprété peut-elle entrer en jeu (*hommes*)?

Pouvez-vous me décrire les formations que vous avez eu autour du sujet des dysfonctions sexuelles féminines, pendant les études ou après ?

Pouvez-vous évaluer si celles-ci vous permettent de prendre en charge correctement ces troubles?

Qu'est ce qui peut constituer un frein de la part des patientes pour exprimer ces troubles selon vous ?

En quoi le sexe du médecin peut être un frein ou une aide ?

Quel est le rôle leur origine socioculturelle selon vous ?

SUGGESTIONS/ATTENTES

Quelles sont les conditions nécessaires à une bonne détection et prise en charge de ces troubles à votre ?

Pouvez-vous développer des suggestions pour que les dysfonctions sexuelles, qui sont, comme on l'a vu, relativement fréquentes chez les femmes, soient mieux diagnostiquées et prises en charge ?

Pouvez-vous décrire si vous avez des attentes pour vous permettre d'améliorer votre prise en charge de ces troubles?

5) Annexe 5 : Courrier d'invitation à la participation à la thèse

Raphaëlle Gavignet
Médecin généraliste remplaçante
4 rue de la Loge 06300 Nice
0601237228
Raphaelle.gavi@gmail.com

Objet : Proposition pour participer à une thèse de médecine générale sur la prise en charge des troubles de la sexualité féminine.

Chèr(e) Docteur ...,

Je me permets de vous contacter dans le cadre de mon projet de thèse.

L'étude que je mène porte sur les dysfonctions sexuelles féminines et la difficulté de leur dépistage et prise en charge en cabinet de médecine générale.

Par dysfonction sexuelle on définit, en se basant sur la classification du DSM, les troubles du désir, les troubles de l'excitation, les troubles de l'orgasme, et enfin les troubles avec douleurs ou dyspareunie.

Mes recherches m'ont montré une prévalence relativement élevée de ces troubles, par exemple l'étude IPSOS – Lily de 2003 montre que 46% des femmes interrogées (1000 femmes de tous âges) se plaignent d'un trouble du désir, 16% de trouble de l'orgasme et 15% de dyspareunie, alors que la fréquence de consultation pour ce sujet et le taux de prise en charge est très faible en médecine générale.

Je m'intéresse donc ici aux raisons de cette carence dans le dépistage et la prise en charge de ces troubles. Cette étude n'a pas le but de juger les connaissances ou les bonnes pratiques des médecins, mais d'envisager leur vécu, de déterminer les pourquoi de cette carence et d'évoquer les points que l'on pourrait potentiellement améliorer selon l'avis des praticiens eux-mêmes.

Peu de travaux existent sur ce sujet, qui me semble pourtant très intéressant.

Ma recherche s'effectue sous forme d'entretiens individuels. Si vous désirez participer, je me déplacerai à votre cabinet ou tout autre lieu à votre convenance, en fonction de vos possibilités, et prendrai environ 30 minutes de votre temps pour vous interviewer.

Notre conversation sera enregistrée par magnétophone pour pouvoir retranscrire mot par mot ce que vous me dites et bien respecter votre parole, mais je tiens à préciser que les données recueillies seront totalement anonymisées et qu'à aucun moment votre nom n'apparaîtra dans cette thèse.

Mon numéro de téléphone est le 06 01 23 72 28 si vous désirez me rappeler à un moment propice pour vous.

Sinon me permettra de vous contacter par téléphone, pour recueillir votre accord, ou non, et en cas de réponse positive, convenir avec vous d'un rendez-vous pour l'interview.

Je vous prie, Madame/ Monsieur, de bien vouloir recevoir mes respectueuses salutations.

Raphaëlle Gavignet
Médecin généraliste remplaçante

6) Annexe 6 : Questionnaire quantitatif

Sexe:

- Féminin
- Masculin

Age: ...

Nombre d'années d'exercice: ...

Type de lieu de pratique:

- Zone rurale
- Zone semi-rurale
- Citadin (centre-ville)
- Citadin (Banlieue, ZFU(Zone Franche Urbaine), etc.)
- Autre: ...

En moyenne, par jour, vous recevez en consultation :

- < 15 patients
- 15 à 25 patients
- > 25 patients

Cabinet de groupe :

- oui
- non

Formation complémentaire générale (Capacité, DIU, DU, formation continue, Etc.): ...

...

Formation complémentaire sur le sujet:

- DIU Gynécologie médicale
- DIU Sexologie
- Autre (psycho-sexologie, etc...):

Mode d'exercice particulier (EHPAD, PMI...): ...

Pratique de gynécologie au cabinet :

- Jamais
- Peu
- Souvent

X) ABREVIATIONS

ADIRS : Association pour le Développement de l'Information et de la Recherche sur la Sexualité

AIUS : Association Inter Disciplinaire post Universitaire de Sexologie

APA : American Psychiatric Association

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

DES : Diplôme d'Enseignement Supérieur

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DSM V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5ème édition

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Univeristaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FSH : Hormone FolliculoStimulante

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

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

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

IPDE5 : Inhibiteurs de la PhosphoDiEsterase de type 5

LH : Hormone Lutéinisante

MADRS : Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

MMPI : Minnesota Multiphasic Personality Inventory

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

STAI : State-Trait Anxiety Inventory

VVS : Vulvar Vestibulis Syndrom

ZFU : Zone Franche Urbaine

XII) SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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 les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

INTRODUCTION : La sexualité, depuis la fin du XXème siècle est considérée par la société et par le corps médical comme partie intégrante de la santé et du bien-être des personnes. Malgré cela et une prévalence relativement importante, les dysfonctions sexuelles de la femme sont peu détectées et prises en charge en cabinet de médecine générale.

Les objectifs de ce travail étaient de déterminer les facteurs limitants et favorisant l'abord et la prise en charge des troubles de la sexualité de la femme par les médecins généralistes, de décrire leur vision sur ces troubles, leur rôle dans leur prise en charge et de recueillir leurs propositions et leurs attentes afin d'améliorer le soin auprès des femmes.

MATERIEL ET METHODE : La méthode utilisée fut qualitative, par le biais d'entretiens semi-dirigés auprès de onze médecins généralistes des Alpes Maritimes, effectués du 29 janvier au 19 mars 2014, d'une retranscription des verbatim et d'une analyse thématique systématique.

RESULTATS : Outre l'aspect tabou d'aborder la sexualité, les freins principaux sont le manque de traitement médicamenteux rapide et efficace, le manque de temps, le manque de connaissance de ces pathologies qu'ils attribuent à une formation initiale quasi inexistante dans ce domaine, et certaines caractéristiques des patientes comme les âges extrêmes et la religion. Les médecins hommes, pour la majorité, considèrent leur sexe comme un défavorisant par crainte d'être mal interprétés dans leur attention à aborder ces troubles et par crainte d'un transfert positif de la patiente.

Différentes propositions ont été faites afin d'améliorer la prise en charge des dysfonctions sexuelles féminines : une meilleure formation des médecins, une revalorisation de la rémunération et l'information des femmes sur leurs troubles et la possibilité d'en parler à leur médecin généraliste par des campagnes médiatiques.

CONCLUSION : Ce travail a permis d'identifier que les médecins généralistes sont, après les gynécologues, les premiers recours pour recueillir les plaintes et les attentes des femmes présentant des dysfonctions sexuelles. Ils ont conscience que la sexualité fait partie de la qualité de vie et qu'ils doivent se former pour être totalement aptes à répondre à leurs besoins. Une campagne d'information publique informant les femmes sur ces troubles et leurs modalités de prise en charge permettrait de lever les tabous en les incitant à en parler à leur médecin généraliste. Ces derniers revendiquent la nécessité d'une cotation spécifique pour pouvoir mieux accompagner les femmes pour ces troubles.

MOTS CLEFS : médecin généraliste, sexualité féminine, dysfonction sexuelle, relation médecin-patient.