



**HAL**  
open science

# Abord de la sexualité des femmes de plus de 65 ans en médecine générale : étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés

Anne-Laurène Jardé

► **To cite this version:**

Anne-Laurène Jardé. Abord de la sexualité des femmes de plus de 65 ans en médecine générale : étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03035372

**HAL Id: dumas-03035372**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03035372>**

Submitted on 2 Dec 2020

**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.

**UFR DE SANTÉ DE ROUEN NORMANDIE**

ANNÉE 2020

N°

**THÈSE POUR LE  
DOCTORAT EN MÉDECINE**

(Diplôme d'État)

PAR

Anne-Laurène JARDÉ

Née le 08/08/1988 à Amiens

**ABORD DE LA SEXUALITÉ DES FEMMES DE PLUS  
DE 65 ANS EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés**

Présentée et soutenue publiquement le 22/10/2020

Président de jury :	Professeur Jacques BENICHOU
Directrice de thèse :	Docteur Elise RIDARD
Membres du jury :	Professeur Elisabeth MAUVIARD Docteur Laetitia BOURDON

Par délibération en date du 3 mars 1967, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

# Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

# LISTE DES ENSEIGNANTS

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

-----

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**

**Professeur Agnès LIARD**

**Professeur Guillaume SAVOYE**

I – MÉDECINE
--------------

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

M. Frédéric <b>ANSELME</b>	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle <b>APTER</b>	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle <b>AUQUIT AUCKBUR</b>	HCN	Chirurgie plastique
M. Jean-Marc <b>BASTE</b>	HCN	Chirurgie Thoracique
M. Fabrice <b>BAUER</b>	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya <b>BEKRI</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Ygal <b>BENHAMOU</b>	HCN	Médecine interne
M. Jacques <b>BENICHOU</b>	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
M. Olivier <b>BOYER</b>	UFR	Immunologie
Mme Sophie <b>CANDON</b>	HCN	Immunologie
M. François <b>CARON</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales

M. Philippe <b>CHASSAGNE</b>	HCN	Médecine interne (gériatrie)
M. Vincent <b>COMPERE</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Jean-Nicolas <b>CORNU</b>	HCN	Urologie
M. Antoine <b>CUVELIER</b>	HB	Pneumologie
M. Jean-Nicolas <b>DACHER</b>	HCN	Radiologie et imagerie médicale
M. Stéfan <b>DARMONI</b>	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
M. Pierre <b>DECHELOTTE</b>	HCN	Nutrition
M. Stéphane <b>DERREY</b>	HCN	Neurochirurgie
M. Frédéric <b>DI FIORE</b>	CHB	Cancérologie
M. Fabien <b>DOGUET</b>	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
M. Jean <b>DOUCET</b>	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
M. Bernard <b>DUBRAY</b>	CHB	Radiothérapie
M. Frank <b>DUJARDIN</b>	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice <b>DUPARC</b>	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. Eric <b>DURAND</b>	HCN	Cardiologie
M. Bertrand <b>DUREUIL</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>	HCN	Cardiologie
M. Manuel <b>ETIENNE</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
<b>M. Thierry FREBOURG</b>	UFR	Génétique
M. Pierre <b>FREGER (surnombre)</b>	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
M. Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN	Médecine et santé au travail
M. Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN	Physiologie
M. Dominique <b>GUERROT</b>	HCN	Néphrologie
M. Olivier <b>GUILLIN</b>	HCN	Psychiatrie Adultes
M. Claude <b>HOUDAYER</b>	HCN	Génétique
M. Fabrice <b>JARDIN</b>	CHB	Hématologie
M. Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato – Vénérologie

Mme Bouchra <b>LAMIA</b>	Havre	Pneumologie
Mme Annie <b>LAQUERRIERE</b>	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
M. Vincent <b>LAUDENBACH</b>	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël <b>LECHEVALLIER</b>	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry <b>LEQUERRE</b>	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie
M. Hervé <b>LEVESQUE</b>	HCN	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie cardiaque
M. Bertrand <b>MACE</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David <b>MALTETE</b>	HCN	Neurologie
M. Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle <b>MARIE</b>	HCN	Médecine interne
M. Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	Oto-rhino-laryngologie
M. Loïc <b>MARPEAU</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
M. Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique <b>MERLE</b>	HCN	Epidémiologie
M. Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit <b>MISSET</b> (détachement)	HCN	Réanimation Médicale
M. Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophthalmologie
M. Christophe <b>PEILLON</b>	HCN	Chirurgie générale
M. Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Gaëtan <b>PREVOST</b>	HCN	Endocrinologie
M. Jean-Christophe <b>RICHARD</b> (détachement)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
M. Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
M. Horace <b>ROMAN</b> (disponibilité)	HCN	Gynécologie - Obstétrique

M. Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Mathieu <b>SALAUN</b>	HCN	Pneumologie
M. Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline <b>SAVOYE-COLLET</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale <b>SCHNEIDER</b>	HCN	Pédiatrie
M. Lilian <b>SCHWARZ</b>	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
M. Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Thérapeutique
M. Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
M. Hervé <b>TILLY (surnombre)</b>	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles <b>TOURNEL</b>	HCN	Médecine Légale
M. Olivier <b>TROST</b>	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
M. Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
M. Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
M. Pierre <b>VERA</b>	CHB	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric <b>VERIN</b>	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
M. Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier <b>VITTECOQ</b>	HC	Rhumatologie
Mme Marie-Laure <b>WELTER</b>	HCN	Physiologie

#### **MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme Najate <b>ACHAMRAH</b>	HCN	Nutrition
Mme Noëlle <b>BARBIER-FREBOURG</b>	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Emmanuel <b>BESNIER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole <b>BRASSE LAGNEL</b>	HCN	Biochimie
Mme Valérie <b>BRIDOUX HUYBRECHTS</b>	HCN	Chirurgie Vasculaire
M. Gérard <b>BUCHONNET</b>	HCN	Hématologie
Mme Mireille <b>CASTANET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie <b>CHASTAN</b>	HCN	Neurophysiologie

Mr Moïse <b>COEFFIER</b>	HCN	Nutrition
Mr Serge <b>JACQUOT</b>	UFR	Immunologie
Mr Joël <b>LADNER</b>	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste <b>LATOUCHE</b>	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent <b>MARGUET</b>	HCN	Histologie
Mme Chloé <b>MELCHIOR</b>	HCN	Gastroentérologie
Mr Thomas <b>MOUREZ (détachement)</b>	HCN	Virologie
Mr Gaël <b>NICOLAS</b>	UFR	Génétique
Mme Muriel <b>QUILLARD</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia <b>ROLLIN</b>	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale <b>SAUGIER-VEBER</b>	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire <b>TOBENAS-DUJARDIN</b>	HCN	Anatomie
M. David <b>WALLON</b>	HCN	Neurologie
M. Julien <b>WILS</b>	HCN	Pharmacologie

#### **PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE**

M. Thierry <b>WABLE</b>	UFR	Communication
Mme Mélanie <b>AUVRAY-HAMEL</b>	UFR	Anglais

## **II - PHARMACIE**

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

M. Jérémy <b>BELLIEN (PU-PH)</b>	Pharmacologie
M. Thierry <b>BESSON</b>	Chimie Thérapeutique
M. Jean <b>COSTENTIN (Professeur émérite)</b>	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
M. Abdelhakim <b>EL OMRI</b>	Pharmacognosie

M. François <b>ESTOUR</b>	Chimie Organique
M. Loïc <b>FAVENNEC</b> (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre <b>GOULLE</b> (Professeur émérite)	Toxicologie
M. Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b> (PU-PH)	Microbiologie
M. Rémi <b>VARIN</b> (PU-PH)	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
M. Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
M. Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie Galénique
M. Thomas <b>CASTANHEIRO MATIAS</b>	Chimie Organique
M. Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mme Camille <b>CHARBONNIER (LE CLEZIO)</b>	Statistiques
Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie
Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie
Mme Dominique <b>DUTERTE- BOUCHER</b>	Pharmacologie
M. Gilles <b>GARGALA (MCU-PH)</b>	Parasitologie
Mme Nejla <b>EL GHARBI-HAMZA</b>	Chimie analytique
Mme Marie-Laure <b>GROULT</b>	Botanique
M. Hervé <b>HUE</b>	Biophysique et mathématiques
Mme Hong <b>LU</b>	Biologie
Mme Marine <b>MALLETER</b>	Toxicologie
M. Jérémie <b>MARTINET (MCU-PH)</b>	Immunologie



## **LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et minérale
M. Thierry <b>BESSON</b>	Chimie thérapeutique
M . Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mme Elisabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Marie-Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
M. Abdelhakim <b>EL OMRI</b>	Pharmacognosie
M. François <b>ESTOUR</b>	Chimie organique
M. Loïc <b>FAVENNEC</b>	Parasitologie
M. Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b>	Microbiologie
M. Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
M. Rémi <b>VARIN</b>	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
M. Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### **III – MEDECINE GENERALE**

#### **PROFESSEUR MEDECINE GENERALE**

M. Jean-Loup **HERMIL (PU-MG)** UFR Médecine générale

#### **MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE**

M. Matthieu **SCHUERS (MCU-MG)** UFR Médecine générale

## **PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE**

M. Emmanuel <b>LEFEBVRE</b>	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth <b>MAUVIARD</b>	UFR	Médecine générale
M. Philippe <b>NGUYEN THANH</b>	UFR	Médecine générale
Mme Yveline <b>SEVRIN</b>	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse <b>THUEUX</b>	UFR	Médecine générale

## **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES**

M. Pascal <b>BOULET</b>	UFR	Médecine générale
Mme Laëtitia <b>BOURDON</b>	UFR	Médecine Générale
M. Emmanuel <b>HAZARD</b>	UFR	Médecine Générale
Mme Lucile <b>PELLERIN</b>	UFR	Médecine générale

## **ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS**

### **PROFESSEURS**

M. Paul <b>MULDER (phar)</b>	Sciences du Médicament
Mme Su <b>RUAN (med)</b>	Génie Informatique

## **MAITRES DE CONFERENCES**

M. Sahil <b>ADRIOUCH (med)</b>	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle <b>BOUGEARD-DENOYELLE (med)</b>	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine <b>CLEREN (med)</b>	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain <b>FRAINEAU (med)</b>	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline <b>GAILDRAT (med)</b>	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Nicolas <b>GUEROUT (med)</b>	Chirurgie Expérimentale

Mme Rachel <b>LETELLIER</b> (med)	Physiologie
M. Antoine <b>OUVRARD-PASCAUD</b> (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
M. Frédéric <b>PASQUET</b>	Sciences du langage, orthophonie
Mme Christine <b>RONDANINO</b> (med)	Physiologie de la reproduction
M. Youssan <b>Var TAN</b>	Immunologie
Mme Isabelle <b>TOURNIER</b> (med)	Biochimie (UMR 1079)

**CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE**

**HCN - Hôpital Charles Nicolle**

**HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME**

**CB - Centre Henri Becquerel  
Rouvray**

**CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du**

**CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien  
Rouen**

# REMERCIEMENTS

**Monsieur le Professeur Jacques BENICHOU**, je vous remercie de me faire l'honneur de présider cette thèse et de la curiosité que vous avez manifestée à l'évocation de mon sujet de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

**Madame le Professeur Elisabeth MAUVIARD**, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez croire en l'expression de mes sincères remerciements.

**Madame le Docteur Laetitia BOURDON**, je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assurée de toute ma gratitude et de mon estime.

**Madame le Docteur Elise RIDARD**, je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse, d'avoir eu les mots et la rigueur scientifique pour me guider.

## **A tous les médecins et équipes des services qui m'ont accueilli :**

- Gériatrie du CHU de ROUEN
- Urgences Adultes et enfants du CH de DIEPPE
- Gynécologie-Obstétrique du CH de DIEPPE
- Pédiatrie du CH de FECAMP
- aux médecins généralistes-maîtres de stage pour leur accompagnement et apprentissage dans un cabinet de médecine générale. Plus particulièrement aux Docteurs **MARRE** et **ROYER**, je vous remercie de m'avoir donné confiance en mes qualités médicales, et transmis la passion de ce métier ;

A tous mes Maîtres (picards et rouennais) qui m'ont transmis leur savoir médical et humain,

Aux médecins généralistes interrogés dans cette étude qui ont eu la gentillesse de m'accorder de leur temps et expérience ;

Aux patients qui me mettent dans tous mes états et grâce auxquels j'apprends chaque jour ;

A mes co-internes internationaux, grâce à qui ces études difficiles m'ont laissées de superbes souvenirs ; tout particulièrement à Margot, Valentina, Domitille, Kristel, Serena et Pauline. Et aux « non-médecins », Héloïse et Mathilde, dont le soutien culinaire et culturel est important.

Mathilde, sans toi la médecine, et surtout tout le reste serait moins drôle ;

Marion, petite pépite découverte au détour d'un voyage ;

Laura et Floriane, vous avoir trouvé et vous retrouver est toujours un plaisir ; Mélanie avec qui tout est possible ;

Une pensée à mes Grands-Pères ; à mes chères et incroyables Grands-Mères ;

A mes parents qui m'ont toujours soutenus, guidés et choyés ;

Mes Chères sœurs vous avez été pour moi des guides indestructibles et rayonnants ;

A ma petite Céleste ;

Christine te voilà enfin diplômée !

Aux valeurs ajoutées : Rémi grâce à qui un cadeau merveilleux est né en octobre 2019 ; MT et QB, je suis gâtée par votre accueil chaleureux.

A Pol.

# ABRÉVIATIONS

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins

DIU : Diplôme inter universitaire

DMP : Dossier médical partagé

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FCV : Frottis cervico-vaginal

FMC : Formation médicale continue

FST : Formations spécialisées transversales

HCSP : Haut conseil de santé publique

IFOP : Institut français d'opinion publique

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

OMS : Organisation mondiale de la santé

PMI : Protection maternelle et infantile

THS : Traitement hormonal substitutif

UQAM : Université du Québec à Montréal

## Table des matières

INTRODUCTION.....	20
MÉTHODE .....	26
RÉSULTATS .....	28
1 - Les représentations des médecins généralistes.....	30
A - Représentations sur la sexualité .....	30
a - A chaque femme sa sexualité.....	30
b - Peu de place pour la sexualité en médecine générale.....	31
c - Une sexualité plus facile à aborder avec d'autres patients.....	32
B - Représentations des médecins généralistes sur leurs patientes .....	33
a - Importance de l'environnement socio-culturel .....	33
b - Réactions des patientes à l'évocation de leur sexualité .....	34
c - Les plaintes amenant à évoquer la sexualité.....	35
2 - Particularités de l'abord du médecin généraliste.....	37
A - Le médecin généraliste : l'interlocuteur approprié.....	37
B - La relation médecin-patient : une relation de confiance.....	38
C - L'importance du temps en médecine générale .....	39
D - Des médecins généralistes peu formés .....	40
3 - Médecine générale et sexualité des femmes de plus de 65 ans : propositions des médecins	42
A - L'examen gynécologique comme porte d'entrée.....	42
B - Une attitude bienveillante, un environnement propice.....	43
C - Les rôles du médecin généraliste .....	44
D - Tout repose sur l'éducation .....	45
E - Ne pas oublier la prise en charge du couple .....	46
F - Les thérapeutiques à proposer.....	46
DISCUSSION.....	48
1 - Résultats principaux.....	48
2 - La sexualité : un tabou religieux ou culturel ? .....	48
3 - Evolution des pratiques sexuelles .....	49
4 - Peu de thérapeutiques disponibles.....	50
5 - Différentes approches de la sexualité .....	51
6 - L'Art de la communication.....	52
7 - La place de la formation et les diplômés.....	53
8 - L'examen gynécologique, c'est systématique.....	55
9 - Des outils de communication.....	55
10 - Les femmes médecins généralistes.....	56
11 - Concilier EHPAD et intimité.....	56
12 - Forces et faiblesses de l'étude.....	57
A - Les forces .....	57

B - Les faiblesses .....	58
CONCLUSION .....	58
BIBLIOGRAPHIE .....	59
ANNEXES .....	66
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN.....	66
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN MODIFIÉ.....	68
ANNEXE 3 : RECUEIL DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ .....	70

« L'amour n'a point d'âge, il est toujours naissant »

Blaise Pascal

# INTRODUCTION

L'espérance de vie était de 27 ans au XVIII<sup>ème</sup> siècle, de 48 ans en 1900 (1) et de 82,6 ans aujourd'hui (2). Cet allongement de l'espérance de vie depuis les trois derniers siècles est principalement la conséquence des progrès de la médecine et des améliorations des conditions de vie (1). Pour les 40 prochaines années, l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) projette une poursuite de cet allongement de l'espérance de vie jusqu'à 88,5 ans (3,4).

Cette proportion beaucoup plus importante de personnes âgées dans notre population amène à modifier leur place au sein de notre société. Les français vivent plus longtemps, en meilleure santé, plus autonomes et à domicile (5). Ainsi, seuls 8% des plus de 60 ans et 20 % des plus de 85 ans sont dépendants. L'âge moyen de perte d'autonomie est de 83 ans (6). Il n'existe pas un mais des vieillissements. En 1987, Rowe et Kahn, chercheurs en gérontologie, avaient distingué plusieurs formes de vieillissement. Ils différenciaient le « vieillissement réussi » des vieillissements dits « habituel » et « pathologique » (7). Sa définition était uniquement somatique et décrivait un sujet ayant une capacité physique et mentale préservée, un engagement social et une absence de pathologie. La notion de « vieillissement réussi » avait été étoffée du fonctionnement intellectuel et affectif notamment par le Professeur Derouesné, neurologue (8,9). Il est prouvé que le bien-être sexuel est une composante du vieillissement réussi (10). C'est en 1974 que l'OMS définit le concept de santé sexuelle comme « un bien-être physique, émotionnel, mental et social, et non pas simplement [comme] l'absence de maladie » (11). Ce rattachement de la santé sexuelle à la santé globale, a permis de différencier l'activité sexuelle procréative de l'activité sexuelle récréative.

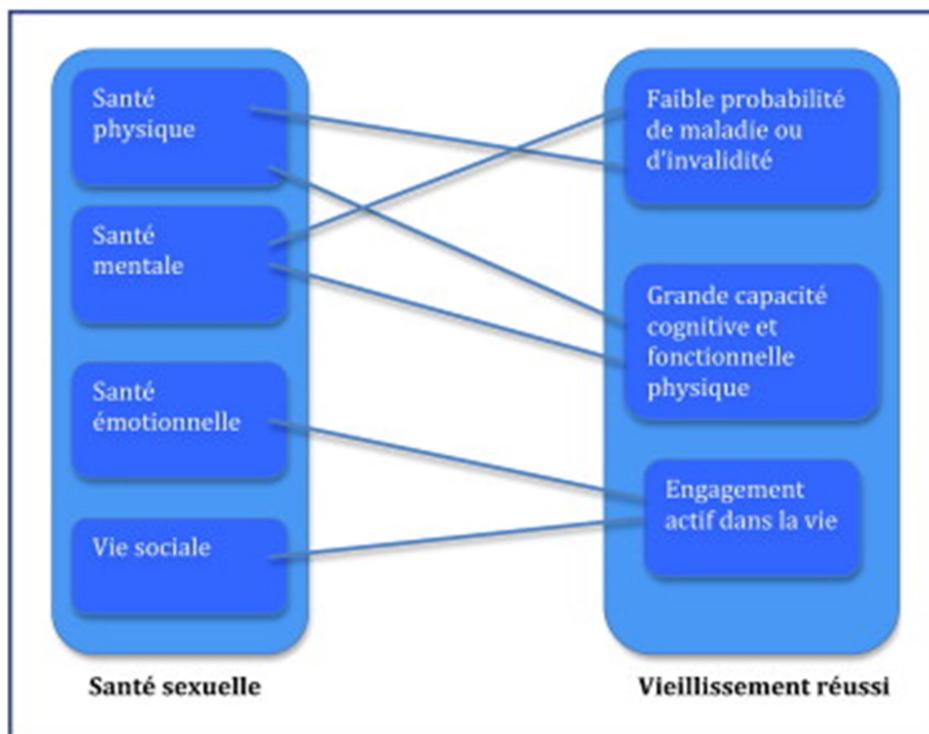


Figure n°1 : La santé sexuelle et sa relation avec le modèle du « vieillissement réussi »  
(*Successful aging*).

Dans une société occidentale fondée sur le travail, la retraite, peut être synonyme de « mort sociale ». Elle peut modifier la relation conjugale (5,12). Schématiquement, le couple se retrouve seul à la maison et coupé des relations professionnelles. Au contraire cette période peut être vu comme propice à faire renaître l'intimité, notamment grâce à la diminution des pressions professionnelles et des charges annexes (familiales) (13). Auparavant, les personnes qui n'étaient plus en couple avaient plus de difficultés à trouver un partenaire (14). Toutefois, cela tend à évoluer notamment par les sites de rencontre sur internet, 14% des femmes de plus de 65 ans en ont fréquenté (15,16). Il a été constaté une augmentation de 17% du nombre d'unions entre personnes de plus de 60 ans entre 2005 et 2009.

Il est prouvé que le bien-être conjugal et sexuel se renforcent mutuellement et sont en lien avec la santé globale (17). Ce bien-être permet notamment de lutter contre la dynamique mortifère de la démence (8). Ainsi, un couple âgé marié est plus satisfait de sa vie, en meilleure santé et moins souvent placé en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (1). La solitude est une raison fréquente d'abandon de la sexualité, surtout chez la femme. En 2016, les

femmes déclarées en couple entretenaient des rapports sexuels pour 63 % d'entre elles entre 70 et 75 ans contre 14,9 % des femmes déclarées seules (18).

La vie sexuelle initialement encadrée par la morale religieuse a connu à partir du milieu du XX<sup>ème</sup> siècle une libéralisation.

Pour Aristote la femme était un « mâle estropié », « inférieur et incomplet », « une erreur de la nature » face à un homme d'essence divine. A partir du IV<sup>e</sup> siècle et de Saint Augustin, seule la sexualité procréative et conjugale était tolérée. La morale de l'Eglise Romaine sur le mariage était illustrée dans l'ouvrage, « *De Matrimonio* » du Père Tomàs Sánchez paru en 1599. La répression morale s'est poursuivie par la condamnation de l'autoérotisme dans « *L'onanisme, dissertation sur les maladies produites par la masturbation* » du Dr Tissot (1758). Certains ouvrages étudiaient la sexualité d'un point de vue scientifique. Le « *Traité de la génération de l'homme ou de l'amour conjugal* » du Dr Venette, considéré comme le premier traité de sexologie en Occident, a été publié à de nombreuses reprises pendant près de trois siècles. Puis en 1886, la sexualité qui appartenait autrefois exclusivement au droit et à la religion, a incorporé le champ de la psychiatrie grâce au Dr Von Krafft-Ebing et à son analyse psychologique de la sexualité (19).

Cette libéralisation s'est poursuivie en France avec la légalisation de la contraception en 1967 par la loi Neuwirth et l'autorisation de l'interruption volontaire de grossesse en 1975 par la loi Veil. La sexualité a été associée à l'émancipation de la femme, à son bien-être et à son épanouissement personnel.

A l'étranger, les premières recherches sur le comportement sexuel des femmes datent du milieu du XX<sup>ème</sup> siècle. Le rapport de Kinsey en 1953 répertoriait les pratiques sexuelles des américaines, dont la finalité n'était pas reproductive. Masters et Johnson en 1954 publiaient un modèle de réponse sexuelle issu de données de laboratoire portant sur l'anatomie et la physiologie de la réponse sexuelle féminine. Ils ont été pionniers dans la sexothérapie de couple (20,21).

La sexualité féminine doit encore faire l'objet de recherches comme en témoigne la date récente de 2008 de la première imagerie du clitoris (22,23) et l'absence de théories concrètes et indiscutables sur l'orgasme féminin. La plupart des études françaises explorent la sexualité des femmes jusqu'à l'âge de 69 ans (24) ou 75 ans (18).

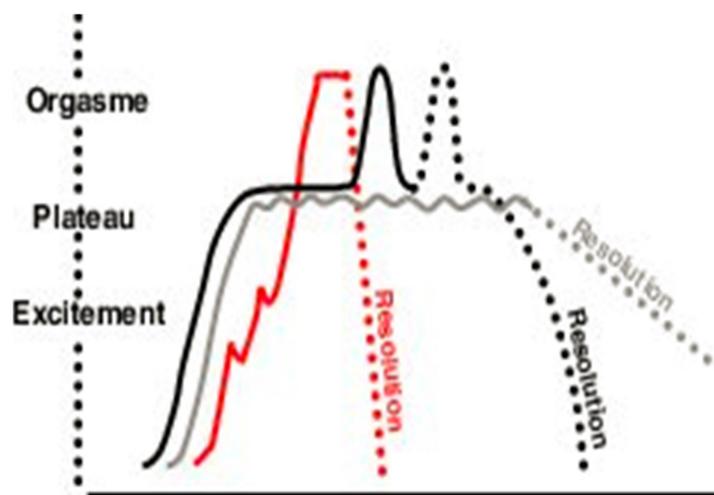


Figure n°2 : Réponses sexuelles de la femme selon le modèle de Masters et Johnson. (d'après Masters W, Johnson V. Human sexual response. Boston, MA : Little, Brown & Co, 1966.)

Dans l'imaginaire collectif, la sexualité est dédiée « aux jeunes et beaux » (12,25). Celle des personnes âgées « ni attirants, ni désirables » est considérée comme « ridicule, honteu[se], voir pervers[e] » (26). A ce titre, elle ne constituerait pas un sujet légitime d'entretien. Le Dr Gérard Ribes, psychiatre - sexologue - gérontologue, décrit deux mondes : « [celui] des adultes et [celui] des vieux ». Les personnes âgées n'auraient pas d'« identité sexuée » (27). Ces préjugés à l'égard de la vie sexuelle des aînés sont des obstacles à l'épanouissement sexuel (28) et entraînent ainsi une « autocastration préventive » (13). Or, il existe une réalité de la persistance d'une vie sexuelle satisfaisante, différente et moins fréquente prouvant le maintien d'un intérêt sexuel sans limite d'âge (29). La sexualité est, par ailleurs, un droit de tout être humain et un paramètre pertinent de qualité de vie à tout âge (1)(26).

Le vieillissement sexuel biologique, également appelé « presbysexualité » (26), est plurifactoriel : presbybiologie sexuelle, environnement socio-culturel, passé sexuel, changement ou maladie du partenaire. Il s'agit d'un processus progressif, correspondant à l'ensemble des modifications physiologiques et psychologiques perturbant la structure et les fonctions de l'organisme dans les diverses fonctions sexuelles à partir d'un âge supérieur à 65 ans (13). La « biofragilisation » est présente dans les deux sexes et entraîne une diminution de la « bioperformance » de la réponse sexuelle. Les étapes de la réponse sexuelle sont donc les mêmes que chez un sujet jeune mais avec une réactivité diminuée. Néanmoins les troubles sexuels sont plus fréquents avec le vieillissement. La presbysexualité est plus brutale chez la

femme avec l'arrêt du fonctionnement ovarien. La ménopause est une étape dans la vie des femmes, autant psychologique que physique, pour elle-même et aussi pour leur partenaire (30). Elle semble être parfois synonyme de fin de vie sexuelle (12).

La sexogérontagogie (28), l'éducation à la sexualité des aînés, vise à expliquer entre autres ces modifications physiologiques au cours du vieillissement. Elle a pour objectif de permettre aux personnes âgées de comprendre leurs besoins sexuels, d'y répondre et donc d'augmenter leur satisfaction sexuelle (28). Le médecin a un rôle dans la promotion de la sexualité en développant le concept d'optimisme sexuel (10). Cette conception sexuelle moderne est apparue au XX<sup>ème</sup> siècle, conjointement avec la notion de santé sexuelle. Elle s'oppose aux théories du XIX<sup>ème</sup> siècle qui concevaient la sexualité uniquement comme procréative et condamnait à la perversion ceux qui y recherchaient du plaisir. La sexualité appartient maintenant à une notion globale : la santé, et elle est une composante du bien-être et de l'épanouissement individuel à tout âge.

Le médecin généraliste, dont l'une des compétences est la prévention et l'éducation à la santé (31), a un rôle central dans la prise en charge de la sexualité des patientes âgées. La fonction de prise en charge de la sexualité a été rappelée par le Haut conseil de la santé publique (HCSP) (17). Il est intéressant de noter qu'à partir de 50 ans, les femmes désignent leur médecin généraliste comme étant la première personne à consulter en cas de problème sexuel (32). Cependant, peu de patientes sont interrogées sur le sujet (28) par leur médecin généraliste ni attendent qu'il le fasse. Les médecins généralistes s'estiment à l'aise avec le sujet (25) mais hésitent à initier une conversation en santé sexuelle et à donner des conseils (33)

Après 65 ans, les frottis cervico-vaginaux (FCV) ne sont plus recommandés (34) et le programme national de dépistage organisé du cancer du sein ne fait pas directement intervenir le médecin traitant (35). Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) recommande un suivi individuel en fonction des facteurs de risque (36). C'est pourquoi, les femmes consultent moins le gynécologue, spécialiste du sujet dont le nombre a diminué de 41,6% entre 2007 et 2017 selon le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM). Certaines sont suivies d'un point de vue gynécologique par leur médecin généraliste, d'autres pour diverses pathologies. Le médecin généraliste paraît alors être le mieux placé pour aborder la sexualité avec les patientes de plus de 65 ans.

L'objectif principal de cette étude était d'explorer comment les médecins généralistes abordent la sexualité avec des femmes de plus de 65 ans, de connaître leurs techniques ainsi que leurs difficultés pour aborder ce sujet.

# MÉTHODE

Le choix s'est porté sur une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. La méthode qualitative était adaptée pour cette étude car elle produit et analyse des données descriptives non quantifiables dans un contexte naturel. Elle avait pour avantage d'explorer l'expérience personnelle des médecins, la compréhension de la santé et les déterminants du soin (37). L'entretien individuel était adapté à l'abord du sujet sensible de la sexualité.

Un échantillonnage en variation maximale a été réalisé à partir de l'âge, du genre, des lieux, des modes d'exercice, du nombre d'années d'exercice et de l'obtention d'un diplôme universitaire (37,38).

Des médecins généralistes installés ou remplaçants, exerçant une médecine de premier recours, en Haute Normandie et en Ile-de-France ont été inclus.

Le recueil de données s'est fait à l'aide d'un guide d'entretien, rédigé au préalable, validé par la directrice de thèse. Les thèmes abordés ont été sélectionnés après des recherches bibliographiques. Le guide d'entretien a été modifié après un entretien-test réalisé avec un médecin généraliste (annexes n°1 et n°2).

La première prise de contact s'est faite de façon directe ou indirecte (via le secrétariat), par téléphone, afin de savoir si les médecins généralistes souhaitaient répondre aux questions sur ce sujet.

Compte-tenu de la crise sanitaire liée au Covid 19, le choix du mode de déroulement de l'entretien – au cabinet, par téléphone ou visioconférence – a été laissé aux médecins généralistes. Les entretiens se sont tous déroulés par téléphone, à l'aide d'une application pour smartphone *CallRecorder*®, et ont été réalisés par l'investigatrice du 4 juin au 8 août 2020.

Une déclaration simplifiée a été faite auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et a été acceptée. L'entretien a fait l'objet d'un enregistrement audio après information d'anonymat et autorisation du médecin généraliste puis signature d'un formulaire de consentement éclairé (annexe n°3).

Les entretiens ont été anonymisés et retranscrits intégralement sur Microsoft Word® par l'investigatrice. La retranscription a été analysée par verbatim puis codée par une ou plusieurs idées afin de faire apparaître les thèmes émergents. L'analyse a été faite

sur le logiciel Microsoft Excel ®. Une analyse inductive de contenus thématiques a été faite (39).

Une triangulation des données a été effectuée. Les trois premiers entretiens ont été analysés par un médecin généraliste externe à l'étude en plus de l'investigatrice principale. Les codes retrouvés convergeaient.

La saturation des données a été atteinte à partir du 11e entretien. Un entretien supplémentaire a permis de l'affirmer. Le recueil de données s'est arrêté au douzième entretien (37,38,40).

# RÉSULTATS

Douze médecins généralistes ont été interrogés, six hommes et six femmes, âgés de 29 à 64 ans. Les entretiens ont duré en moyenne 37 minutes. L'ensemble des caractéristiques des médecins et durées d'entretien ont été résumées dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population et durée des entretiens

	sexe	Âge (année)	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Années d'exercice	Formations médicales	Pratique de la gynéco	Durée de l'entretien, (minutes)
E1	F	31	rural	MSP	3	/	oui	34
E2	F	29	urbain	cabinet de groupe	2	DU médecine et soins transculturels	oui	38
E3	F	58	urbain	Cabinet de groupe	30	/	oui	39
E4	F	60	rural	cabinet individuel	33	DIU de gynécologie	oui	52
E5	M	35	semi-rural	Cabinet de groupe	7	/	oui	28
E6	M	50	urbain	MSP	7	homéopathe, médecin biologiste	non	38
E7	M	59	urbain	seul	30	DU de sexologie	oui	58
E8	M	64	rural	Cabinet de groupe	38	/	non	43
E9	F	40	urbain	Cabinet de groupe	10	/	oui	38
E10	M	45	semi-rural	Cabinet de groupe	15	/	oui	29
E 11	M	47	semi-rural	Cabinet de groupe	20	/	non	14
E 12	F	53	semi-rural	MSP	11	/	oui	31

F : féminin ; M : masculin

MSP : maison de santé pluridisciplinaire

DIU : diplôme inter-universitaire ; DU : diplôme universitaire

# 1 - Les représentations des médecins généralistes

## A - Représentations sur la sexualité

### a - A chaque femme sa sexualité

Pour la plupart des médecins, la fréquence des rapports sexuels variait d'un couple à l'autre : « ils avaient des rapports très régulièrement » (E8) ; « Elle a maintenant 70 ans cette dame-là et elle est toujours avec son compagnon [...] à mon avis c'est moins actif » (E4).

Plusieurs raisons principales ont été évoquées pour expliquer cette différence de fréquence de rapport sexuel. L'état général de la patiente pouvait en être l'origine : « Une petite mamie de 80 ans qui me dit : « [...] j'aimerais bien lui faire plaisir un petit peu mais moi j'ai mes douleurs de hanche et tout ça, moi je ne peux pas ! Moi ça me fait mal ! » Donc tu vois, y'a aussi l'intrication physi ...physique ! ...bah les...la coxarthrose, et de plein de choses ! » (E8) ; « après, tout dépend de l'état de santé globale de la personne » (E2). Les difficultés des patientes étaient associées, la plupart du temps, à la ménopause : « je pense qu'on se rend peut-être pas compte à quel point ça perturbe ! » (E9). La ménopause était tenue pour responsable d'une modification de la perception du corps : « entre 60-75, c'est la génération où on découvre son corps mais de la mauvaise façon » (E9) ; « elles reconnaissent pas tellement leur corps » (E3).

Le problème pouvait être générationnel. Les patientes de cette classe d'âge concevaient la sexualité comme dirigée par le conjoint : « c'est quand même quand l'homme a décidé, comme l'homme veut » (E12); « combien de femmes ont des rapports, tu vois, comme ça juste pour être tranquille de leur bonhomme » (E10). Dès lors, la sexualité s'arrêtait avec le décès du conjoint : « Je t'ai parlé des patientes veuves comme si elles ne pouvaient pas retrouver l'amour ! [...] Je les condamne à être fidèles à un mari défunt » (E2). Enfin, la sexualité pouvait évoluer avec l'âge. Il était dès lors question du développement d'une sexualité nouvelle : « des couples qui vivent plus leur sexualité de la même façon [...] ça se traduit par une tendresse différente et l'attrait sexuel est différent » (E3).

## **b - Peu de place pour la sexualité en médecine générale**

Durant les entretiens réalisés avec les médecins, différentes approches du sujet de la sexualité ont pu être identifiées.

Les médecins se disaient être à l'aise s'ils étaient amenés à parler de sexualité : « je ne me sentirais pas gêné pour en parler » (E10) ; « je ne pense pas avoir de difficultés à en parler » (E11). Pour la majorité d'entre eux, la sexualité constituait rarement un motif de consultation : « peu de patientes de plus de 65 ans qui consultent pour ça » (E1) ; « c'est vraiment quelque chose que je n'ai pas l'impression de rencontrer » (E11). Une raison évoquée était qu'ils ne posaient pas de question sur ce sujet : « Je pense que je ne l'aborde pas ! » (E5).

La majorité des médecins généralistes avaient une vision stéréotypée du sujet. Ils s'interrogeaient notamment sur l'existence d'une sexualité pour la femme âgée de plus de 65 ans : « peut-être qu'il ne me vient pas assez à l'esprit qu'une femme de 65 ans ait une sexualité ? » (E10). Cette approche était d'autant plus confortée si la patiente était veuve : « ça ne me viendrait pas à l'esprit chez une dame qui est veuve de parler de sexualité » (E2).

Certaines patientes pouvaient également aborder spontanément le sujet ce qui pouvait surprendre des médecins : « c'est lui qui m'en a parlé en disant : « on a eu un rapport »...alors je l'ai regardé avec des gros yeux (rire) » (E4) ; « ça me faisait rigoler parce que je ne m'attendais pas du tout à ça » (E3). Cette réaction de surprise entraînait un questionnement et une prise de conscience de leur pratique médicale : « ça m'a frappé, parce que je me suis dit peut être qu'avant, je n'étais pas assez à l'écoute » (E8). Cela reflétait la non prise en compte de la sexualité des femmes de plus de 65 ans : « Ça veut pas dire que parce que je n'ai pas eu de demande, qu'il n'y a pas eu de problème » (E7) ; « Est-ce que je passe à côté de demande ? Pas vraiment exprimée? » (E6). Une fois le sujet abordé de leur propre chef, la plupart des patientes s'en excusaient : « Je suis désolée de vous parler de ça...je vais vous déranger ! » (E9). Dans ce cas, les patientes présentaient une gêne intense et chronique : « elles ne vont pas en parler d'elle-même sauf si vraiment c'est enkysté et que ça va pas bien du tout » (E1).

A l'inverse, pour trois des médecins interrogés, la sexualité faisait partie de la médecine générale, de la prise en charge globale des patientes et devait être abordée par le médecin : « Leur vie sexuelle et psychoaffective ça, ça fait vraiment partie de la

consultation. Ça fait vraiment partie de la médecine » (E8) ; « pour voir tous les aspects de la patiente [...] retourner dans la globalité. De la patiente. La globalité physique et psychique » (E9).

### **c - Une sexualité plus facile à aborder avec d'autres patients**

Les médecins généralistes ont été amenés à opposer l'abord difficile de la sexualité avec les femmes de plus de 65 ans, à celui, plus facile, de la sexualité des hommes et des adolescentes.

La sexualité masculine était systématiquement abordée car le médecin disposait d'une meilleure connaissance de certains troubles sexuels masculins notamment en raison de leur fréquence : « y'a beaucoup d'hommes qui sont impuissants et ça on en a beaucoup plus qu'on ne pense » (E4). Les troubles érectiles avaient pour particularité leur incidence physique : « ils ont des troubles érectiles et ça se voit ! C'est ça la différence avec les femmes. Les femmes ça ne se voit pas » (E9). De plus, cette dysfonction possédait son remède et était plus souvent abordée spontanément : « pour les messieurs, il y a des traitements [...] ils viennent pour la prescription, bon c'est l'occasion d'en parler pour voir pourquoi ça ne marche pas...voilà c'est pas juste pour prescrire le médicament » (E3) ; « Pour les hommes, je prescris souvent des médicaments pour les troubles de l'érection » (E10). Trois médecins avaient stipulé que les hommes rapportaient une conséquence psychologique de ce trouble : « je vois quand même des hommes qui sont extrêmement angoissés [...] de pas pouvoir avoir de relations sexuelles » (E5). Un médecin a évoqué l'idée que les troubles de l'érection n'étaient pas vécus de la même manière en fonction de l'ethnie : « la culture caucasienne, le fait que l'homme à 50-55 ans puisse moins bien, c'est quelque chose qui est normal entre guillemets. Alors que dans d'autres populations, tu vas voir chez l'africain, faut que ça marche quel que soit l'âge » (E3). De plus, cela fait partie du dépistage de pathologies générales : « avec les hommes, on l'aborde beaucoup plus facilement ! Parce qu'en fait, tu as tout de suite les problèmes vasculaires, le tabac, l'alcool, le cholestérol et la tension » (E8). Ils sont également connus comme la conséquence de la iatrogénie : « souvent ils [...] évoquent le sujet via les effets secondaires d'un médicament » (E6).

L'abord de la santé sexuelle des adolescentes était également évoqué. Pour certains médecins, le sujet était plus simple à évoquer avec les femmes jeunes consultant pour un renouvellement de contraception : « j'aborde plus facilement car j'en [la sexualité] parle à chaque fois que j'introduis la contraception ou que je renouvelle la pilule » ou lors de la prescription du vaccin contre le papillomavirus : « aborder leur vie... Leur vie sexuelle et psychoaffective ça, ça fait vraiment partie de la consultation. Là par contre, on parle des vaccins du Gardasil® pour les jeunes filles » (E8). En effet, c'était un moment dédié à la sphère génitale, moment propice pour éduquer à la physiologie : « elles ont le droit à un cours de biologie complet et comment ça marche et tout » (E4). Il permettait également d'éduquer à la sexualité : « c'est déjà arrivé de devoir expliquer des choses qui peuvent sembler évidente et qui ne le sont pas dans des conseils d'éducation sexuelle » (E5). Un médecin expliquait qu'elle abordait la sexualité dans le but de lutter contre les interruptions volontaires de grossesse : « j'ai peur qu'elles aient une grossesse non désirée donc c'est plus pour ça que moi je parle de sexualité aux ados » (E1).

## **B - Représentations des médecins généralistes sur leurs patientes**

### **a - Importance de l'environnement socio-culturel**

Les patientes étaient soumises à des difficultés sociales, culturelles, religieuses qui entravaient une approche spontanée de la sexualité. Ainsi, la sexualité était plus compliquée voire impossible à aborder en fonction de l'ethnie de la patiente : « je ne te parle pas des gens maghrébins [...] c'est vraiment très compliqué, elles ne veulent pas en parler ! » (E12) ; « à la limite ce sont les caucasiennes qu'en parlent plus [...] les africaines d'Afrique noire et les africaines du Nord, les femmes elles en parlent moins » (E3). Les femmes étaient influencées : « il y a une pression sociale...d'être...désirable [...] qui est un peu plus forte chez les femmes et d'avouer qu'on a des difficultés...dans la relation sexuelle, surtout quand on est plus âgé » (E5) ; « ce problème là c'est encore tabou ! » (E12).

Néanmoins, certains médecins ont vu une évolution des générations : « une dame de 86 ans, je pense qui autrefois n'aurait jamais parlé de ses problèmes sexuels même avec son médecin. La société est plus permissive » (E3). Cette évolution a

émergé en réponse à des mouvements populaires : « changements de mœurs et de pratiques que maintenant on voit bien avec les mouvements féministes #MeeToo » (E2) et au travers de la presse féminine : « les femmes lisent *Voici, Ma santé* [...] Y'a des choses qui sont abordées dedans » (E3).

Un seul médecin a eu une analyse de la société totalement opposée à celle de ses confrères. Selon lui, la société est devenue réactionnaire, notamment à cause de la place croissante de la religion dans notre société : « la religion a toujours été au cœur de la sexualité et elle revient de manière assez flamboyante » (E2). La sexualité était ainsi la première impactée. Il persistait dans l'inconscient collectif, l'idée selon laquelle la sexualité existait uniquement dans le cadre de la procréation : « comme si l'arrêt de la procréation signait l'arrêt de l'utilité de la sphère génitale » (E7). Ainsi, l'arrêt de la sexualité des femmes, passé un certain âge, était perçu comme physiologique par les médecins et par les patientes : « on ne voit plus ça comme un problème mais comme quelque chose de normal. Et du coup, naturellement on ne va pas l'aborder » ; « Je pense que c'est pris un peu comme une fatalité. Ou comme quelque chose qu'il faut qu'elles acceptent » (E9).

### **b - Réactions des patientes à l'évocation de leur sexualité**

Les patientes semblaient avoir des réactions diverses à l'abord de la sexualité en consultation. Certaines paraissaient soulagées : « je pense que ça pourrait [...] les libérer » (E12) ; « je pense que ça leur ferait du bien ça permet peut-être des fois de...parler de certaines choses » (E1). D'autres avaient l'air offusquées : « des gens outrés qui vont s'énerver » (E5). Le plus souvent, elles manifestaient une gêne : « je mets parfois mal à l'aise la dame en face de moi » (E4). Ce sentiment persistait même si le médecin abordait le sujet : « elles ne parlent pas, elles disent juste oui ou non » (E9).

Par contre, les patientes parlaient aisément de l'intimité de leur vie de famille et conjugale : « On connaît l'histoire [...] par rapport à leur vie de couple, les gens parlent toujours assez facilement » (E3) ; « c'est une dame qui m'a dit qu'elle avait un nouveau compagnon » (E6).

### **c - Les plaintes amenant à évoquer la sexualité**

L'abord spontané de la sexualité dépendait de l'intérêt personnel de la patiente : « il y a des femmes qui à 80-85 ans qui sont encore très actives [...] d'autres qui dès 65 ans, dès la ménopause elles ont plus du tout envie » (E3). Cependant, l'abord ne résultait ni de l'âge ni du niveau socio-culturel : « je reçois les couples même des BCBG » (E3). Cela se faisait uniquement en cas de problème : « quand ça va bien, je veux dire y'a pas besoin d'en parler » (E12) ; « Et elle me parle pas plus que ça de sa vie sexuelle et moi je lui ai pas forcément plus posé de question (rire), car elle ça ne lui pose pas de problème » (E5). Elles évoquaient un premier motif de consultation : « des femmes qui venaient pour leur problème [...] d'hypertension artérielle [...] qui me parlent de leur baisse de libido ou de leur sécheresse vaginale » (E4). Le DIU de sexologie ne semblait pas favoriser une discussion autour de la sexualité : « mon diplôme de sexologie n'a pas stimulé des femmes à venir me parler de sexualité, en tous cas pas de cette tranche d'âge » (E7).

L'évocation de symptômes gênants par la patiente, donnait la possibilité au médecin d'aborder la sexualité de façon systématique. Ont été énumérés des symptômes en rapport avec la sphère uro-génitale : « c'est quand y'a des mycoses des choses comme ça, là tu essaies d'aborder » (E12) ; « je leur dis : « pour avoir des infections urinaires comme ça y'a sûrement une raison » (E4) ; « une femme qui a une incontinence urinaire d'effort. Bah obligatoirement, tu es obligé de lui parler de tout ça » (E8).

La sexualité était mentionnée dans le cadre de certaines pathologies, comme dans les troubles de l'humeur : « je vais le faire sur des personnes qui sont dépressives, qui ont des difficultés relationnelles. Évidemment que je vais aborder la question de la sexualité ! » (E7) ; « parce qu'elle ne dort pas bien, parce qu'elle est angoissée, parce que elle ne se sent pas bien » (E8).

Dans la majorité des cas, les patientes se plaignaient de symptômes en rapport avec la ménopause : « quand elles te disent c'est une sécheresse vaginale [...] là tu peux en parler » (E12) ; « on a plus de demandes pour des inconforts liés à la ménopause, des choses comme ça » (E6).

Il était cité des symptômes en rapport avec des troubles de la sexualité : « une carence oestrogénique, qui fait que [...] leur libido baisse » (E8) ; « j'ai entendu parler de vaginisme quand là c'est vraiment impossible d'avoir des rapports » (E2) ; « il faut

un minimum d'accroches de la part de la patiente qui va peut-être vous parler d'une dyspareunie ou d'une brûlure récurrente » (E7) ; « C'est beaucoup plus par confort... ! Plus que par libido. Plus le côté douleur, sécheresse...de temps en temps les femmes abordent le côté plaisir » (E8).

La sexualité des femmes dépendait également de leur partenaire, de la conjugopathie qui pouvait en découler et des troubles de l'érection : « c'est une impuissance des hommes [...] qui se répercute sur la sexualité des femmes » (E4) ; « quand on reçoit des couples âgés, le sujet, le sujet est très, très vaguement évoqué quand on aborde la prostate du mari ou je ne sais quoi » (E7).

L'un des bénéfices de l'abord de la sexualité était qu'il donnait l'opportunité de dévoiler des violences sexuelles : « ça pourrait éventuellement être une porte d'entrée pour [...] s'orienter vers d'éventuelles violences sexuelles » (E6) ; « par rapport à tout ce qu'on entend aujourd'hui, on tombe sur les violences conjugales » (E8).

Un médecin soulignait le fait que la sexualité était liée à l'état général des patientes : « tout dépend de l'état de santé global de la personne » (E2) ; « pour voir tous les aspects de la patiente [...] toujours retourner dans la globalité. De la patiente. La globalité physique et psychique » (E9).

En EHPAD l'intimité ne semblait pas préservée : « en maison de retraite j'imagine que c'est plus compliqué » (E2). Les patientes qui maintenaient une activité sexuelle, étaient en meilleure santé globale : « quand la tête va pas, le sexuel va pas, le reste va pas non plus hein ! Ça c'est sûr ! C'est un tout bien sûr ! » (E3). En expliquant aux patientes l'évolution physiologique : « dire justement que leur corps a changé » (E1), les médecins parvenaient à rassurer les patientes : « qu'elle ait plus confiance en sa sexualité ou dans son potentiel sexuel de son corps » (E2) et à les accompagner afin de restaurer leur image : « la féminité, les rapports, le couple et, c'est aussi l'estime de soi à cet âge-là » (E9).

## 2 - Particularités de l'abord du médecin généraliste

### A - Le médecin généraliste : l'interlocuteur approprié

L'expérience clinique constituée au fur et à mesure de la pratique, permettait aux médecins d'aborder la sexualité de façon plus adaptée : « C'est beaucoup du feeling [...] quand vous exercez depuis plus de 25 ans [...] on acquiert un 6<sup>ème</sup> sens » (E4). La personnalité du médecin généraliste entrait également en compte : « déjà y a le profil du médecin, t'as des médecins qui n'abordent pas certains sujets » (E3) ; « c'est mon tempérament aussi d'être assez naturel [...] quelque chose de personnel que je dis, par rapport à ma vision de généraliste! » (E9).

D'autres caractéristiques, comme le fait d'être une femme, d'avoir un âge similaire : « surtout avec les personnes des générations d'avant [...] y'a [...] une confiance [...] plus importante quand on parle avec une personne du même sexe » (E6) ; « Parce que le médecin de 30 ans, il ne peut peut-être pas comprendre ce qu'il se passe à 60 ans alors que le médecin de 60 ans il peut ô combien comprendre les choses » (E10).

Le fait d'exercer la gynécologie permettait une approche naturelle de la sexualité : « Par le biais de la gynéco, de femme à femme, avec des tranches d'âge un peu similaires » (E7).

Trois des quatre médecins les plus âgés considéraient que le médecin était considéré comme asexué : « on parle en tant que médecin ! » (E8) ; « Une fois que tu as l'habit de médecin je pense qu'il y a des choses qui passent beaucoup plus facilement » (E3). D'autre part, le médecin remplaçant pouvait être une alternative intéressante pour les patientes réticentes à l'idée de confier un sujet intime à leur médecin traitant : « si elle est gênée avec son médecin habituellement et peut être que là elle va en parler avec son remplaçant » (E1).

L'évocation spontanée de la sexualité provoquait l'étonnement chez les médecins : « ça me faisait rigoler parce que je ne m'attendais pas du tout à ça » (E3). Ils étaient satisfaits de leur démarche : « j'étais contente qu'elle m'en parle » (E1). L'abord de sujets intimes était rare et donc mémorable : « je me souviens de tous ces trucs-là. [...] Ce n'est pas une médecine de tous les jours » (E8). Il pouvait être anxiogène et chronophage d'aborder un thème comme la sexualité : « Souvent on ouvre la boîte de Pandore ! » (E7).

Compte tenu de la diminution du nombre de gynécologues médicaux en France, le suivi gynécologique de dépistage et de prévention était vu comme le rôle du médecin généraliste : « ça va changer car il y a de moins en moins de gynéco. T'as d'autres quartiers où les femmes n'ont pas de gynéco et tout passe par le généraliste » (E3).

## **B - La relation médecin-patient : une relation de confiance**

Le secret médical était au cœur de la relation entre le médecin et son patient. Il attribuait au médecin le rôle de confident : « qui m'ont confié qu'ils avaient été violés dans leur enfance ! Et qu'ils n'avaient jamais racontés ça à personne ! Même pas à leur conjoint ! Et c'est au médecin généraliste qu'on raconte ça ! » (E3). Cette obligation médicale était parfois à rappeler aux patientes : « mon rôle c'est le secret professionnel ! [...] Ça ne sortira pas du cabinet ! » (E12). Un médecin a précisé que certaines informations devaient rester secrètes. C'est pourquoi, il ne les notait pas dans le dossier médical : « une confidentialité [...] absolue ! [...] quand j'aborde ces choses-là, je ne le marque pas sur l'ordinateur [...] secret médical avec un grand S ! » (E8).

La relation qui était entretenue avec un médecin généraliste avait pour particularité d'être une relation au long cours, qui permettait une bonne connaissance des patientes : « médecin traitant c'est le fait de connaître ses patients ! (silence) Et d'avoir parlé de plein plein de choses ! D'avoir rigolé, d'avoir pleuré ensemble ! » (E9). Les médecins prenaient également en charge leur famille : « Le médecin généraliste, moi je le vois un peu comme un médecin de famille, donc y a beaucoup de gens dont on suit la famille » (E5) ; « tu suis une phase de la vie quoi, en fait. Quand tu regardes bien ! Une phase de vie ! D'une famille ! » (E8).

Ainsi, la relation était basée sur une relation de confiance : « y'a une confiance, j'te dis le rôle du médecin c'est vraiment le rôle du confesseur » (E3) ; « la patiente faut qu'elle ait confiance en son médecin, faut pas que ce soit un inconnu » (E1). Le discours non-verbal prenait alors de l'importance dans l'appréciation clinique : « Quand j'ai un patient que je suis depuis 20 ans, qui rentre dans mon cabinet, à leur tête ou à leur façon d'aborder le sujet je sais qu'il y a un truc nouveau » (E4). Il était également plus simple d'aborder des sujets sensibles : « qui connaît les patientes [...]

peut se permettre d'aborder un tout. Tout à différent moment. Et de façon naturelle. Sans à priori, sans gêne [...] avec moins de pudeur » (E9). Le médecin traitant avait pour spécificité d'être le médecin de premier recours, facile d'accès : « il faut forcément une personne neutre, extérieure et le médecin c'est encore ce qu'il y a de plus facile d'accès » (E5). Il était également défini comme le médecin que les patientes ont choisi : « heureusement qu'on a encore le choix de son médecin ! On ne sait pas pourquoi y'a des affinités qui se créent [...] c'est un contact ! » (E8) ; « on va bien aimer son médecin traitant pour plein de...chaque personne l'aime pour des raisons différentes ! » (E9).

Cependant, certains médecins étaient réticents à l'abord de la sexualité, sujet de l'intime : « la peur d'aborder des sujets qui sont de l'ordre de l'intime en général » (E11). Ils avaient peur que leurs propos soient perçus comme une intrusion : « ça peut poser des problèmes relationnels [...] j'aurais trop peur de mettre à mal ma relation médecin-malade » (E5). Ces questions pouvaient être senties comme une obligation : « le patient peut se sentir obligé de répondre à la question » (E6). D'autres craignaient que leurs questions étaient mal interprétées : « on va dire que je suis obsédé ! » (E7) ; « j'ose pas, j'aborde pas assez par peur de choquer...ouais je ne sais pas, de passer pour une obsédée » (E2). Le risque était de dépasser ses fonctions : « sentir que je dépasse les limites de mon boulot » (E5). Un médecin soulevait le risque de sexualisation de la relation : « Alors est-ce que dans la relation médecin-patient, que j'ai avec elles, est-ce que certaines y mettent de la séduction ? » (E10).

D'autre part, il était plus facile de discuter si la patiente venait seule en consultation : « une personne âgée qui venait et qui était accompagnée de sa fille donc ce n'est pas adapté » (E2), « quand y'a des couples, je ne pose pas systématiquement la question » (E4).

## **C – L'importance du temps en médecine générale**

Dans ce contexte, de nombreuses difficultés étaient rencontrées en cabinet. L'une des principales difficultés était de déterminer le moment adéquat : « il faut un conditionnement, il faut, il faut un terrain propice à ce que les gens puissent s'épancher un peu » (E8) ; « Je pense que de venir parler de la vie sexuelle des gens sans qu'ils soient prêts à ça. Ça peut-être délétère » (E5). D'autant plus que les

patientes consultaient pour des motifs particuliers et nombreux : « Elles n'y pensent pas, à en parler...parce que souvent elles viennent pour autre chose » (E9) ; « les gens viennent te voir pour dix mille choses » (E12). Il fallait également prendre en compte que les personnes de plus de 65 ans avaient souvent plus de pathologies. Le médecin devait donc prioriser : « des personnes âgées, il y a déjà pas mal de choses à voir et ouais je dirais que ce n'est pas ma priorité » (E2) ; « On a tellement de choses à gérer ! » (E8). En effet, en médecine générale le temps de consultation était déterminé : « C'est une question de temps aussi. La consultation de médecine générale, ce n'est pas 3/4h donc y a déjà un, deux ou trois motifs de consultations ! C'est pas évident de rajouter un sujet qu'on n'a pas abordé » (E7). Les médecins étaient débordés : « Le cabinet de médecine générale avec un téléphone qui sonne tout le temps, une salle d'attente qui grouille ! Ça ne donne pas envie de parler de sexualité ! » (E7). Ce temps imposé n'était pas compatible avec la sexologie des femmes de plus de 65 ans, considérée comme chronophage, les causes étant multiples : « c'est un âge où y a beaucoup de choses qui se jouent voilà donc y a des problématiques anatomiques, y a des problématiques relationnelles, des usures de couple, des choses comme ça » (E5). Un médecin mettait en garde sur la banalisation des symptômes présentés par les patientes de plus de 65 ans : « Je pense qu'on est tous en train d'occulter certains problèmes, en se disant: « Oh oui ! Bah c'est normal à cet âge-là ! » et que du coup, on voit plus ça comme un problème » (E9).

## **D - Des médecins généralistes peu formés**

Le manque de connaissance sur la sexualité était souvent rapporté. La formation en sexologie était inexistante dans les facultés : « ils ne savent pas faire. Normal ! On ne leur a pas appris » (E7) ; « je dois avouer ne pas avoir beaucoup de connaissances en ce domaine » (E11). Ce qui est enseigné à la Faculté concernait les troubles de l'érection : « Forcément, je connais mieux les troubles de l'érection » (E11) ; « Pendant les études, oui, on avait fait quelques jeux de rôle pendant l'internat, avec des motifs de consultation mais c'était centré sur l'érection » (E10). La fertilité de la femme par l'enseignement de la contraception et la prise en charge de la ménopause : « quelques cours [...] autour des troubles de la ménopause, bah on traite souvent les bouffées de chaleur » (E10). A noter qu'un médecin signalait n'avoir

pas reçu d'enseignement sur l'anatomie des organes érectiles féminins : « on n'a jamais vu dans nos cours l'anatomie du clitoris alors qu'on connaît l'anatomie du pénis » (E2).

La totalité des médecins interrogés se formaient ou souhaitaient se former dans ce domaine, soit via la littérature scientifique: « dans les revues gynéco [...] justement sur la sexualité et après la ménopause [...]. Je n'ai pas une formation particulière, des articles que je lis » (E3), soit via les formations médicales continues (FMC) : « j'ai fait une... deux journées là... sur la sexualité après la ménopause [...]. Je l'ai fait avec le syndicat des médecins libéraux » (E12). La formation se poursuivait grâce aux échanges interprofessionnels : « j'ai découvert là récemment avec ma sage-femme un nouveau traitement pour la lubrification vaginale » (E1). Il semblait que la littérature scientifique concernant la sexualité des femmes était moins fréquente : « la sexualité de la femme c'est quelque chose qui est moins abordée que celle de l'homme en terme d'articles, parce qu'on connaît moins le sujet » (E7).

Les médecins généralistes formés à la sexologie se décrivaient comme ayant un intérêt personnel ou professionnel pour ce sujet : « Je pense que ça dépend des conditions de chaque médecin et de ce qu'il a envie de faire de sa vie professionnelle » (E8) ; « j'ai fait de la médecine sexuelle [...] ce qui a sous-tendu le désir de m'instruire, c'était que je ne connaissais rien au sujet ! Je trouvais ça intéressant d'avoir une ouverture sur ce sujet-là » (E7). Ainsi, ils disaient avoir acquis une facilité d'abord : « on est plus à l'aise pour parler de quelque chose qu'on connaît » (E1): « j'ai fait la formation c'est toujours très bien de se remettre au goût du jour » (E12). Ils étaient confrontés régulièrement aux limites de leurs connaissances. Afin de pouvoir prendre en charge au mieux leurs patientes, il leur était nécessaire de se former : « en médecine générale c'est dur, faut se former en tout » (E1).

### **3 - Médecine générale et sexualité des femmes de plus de 65 ans : propositions des médecins**

#### **A - L'examen gynécologique comme porte d'entrée**

L'examen gynécologique permettait d'établir un lien vers la sexualité : « quand vous faites un examen gynéco, en tant que médecin généraliste, à une patiente ça paraît peut être plus naturel d'évoquer ça en même temps » (E6). Dans certaines pratiques, la sexualité faisait systématiquement partie de la consultation : « ça fait partie de mon interrogatoire gynéco » (E4). Pour cela, des médecins utilisaient une question-type : « une question systématique au moment des frottis et palpation mammaire » (E1). L'abord de la sexualité lors de l'examen clinique semblait plus naturel : « quand tu examines le corps je pense que c'est plus facile d'aborder plein de choses à côté » (E3) ; « après un examen gynécologique et en constatant, effectivement, une grosse sécheresse vaginale ou autre, la question de la sexualité pourrait être évidemment abordée » (E7).

Parfois, les patientes l'abordaient au cours d'une consultation : « au départ ce n'était pas une consultation gynéco [...] elles me disent toujours ça en fin de consultation, ça c'est assez typique » (E4). Il était alors proposé de se revoir : « je leur redonne un rendez-vous pour refaire un frottis et tout et là on aborde vraiment la gynéco et la sexualité » (E4).

L'âge limite de 65 ans du FCV systématique était présenté comme un frein : « le frottis s'arrête à 65 ans donc après 65 ans je n'ai plus forcément ce motif-là pour en parler avec elle » (E10). Le dépistage systématique du FCV permettait aux patientes de venir en consultation au moins tous les trois ans. C'est pourquoi, le FCV était parfois proposé au-delà de cet âge : « je fais des frottis jusqu'à leur 68-70 ans [...] des mammo tous les deux ans mais je les examine très régulièrement » (E4). Un autre médecin proposait d'établir un bilan général annuel : « faudrait fixer un moment... peut-être un moment où on parle de la prise de sang pour faire le check-up » (E1).

Une majorité des patientes n'avait plus de gynécologue : « le suivi gynécologique des femmes à partir de 50 ans, ça laisse un peu à désirer » (E7). Il paraissait donc important pour les médecins d'informer les patientes sur la nécessité de poursuivre un dépistage gynécologique : « je lisais il n'y a pas longtemps un article

gynéco qui disait de pousser les femmes à continuer à avoir un suivi, un examen une fois par an » (E3).

Le suivi gynécologique pouvait être réalisé par un gynécologue, une sage-femme ou le médecin généraliste. Certaines patientes préféraient séparer la prise en charge médicale générale de la gynécologie : « il y a quand même une partie des femmes que je ne suis pas du tout d'un niveau gynéco et qui m'en parlent jamais » (E4). Certains médecins se voyaient donc amputés de cette pratique : « Elles aiment mieux aller voir un gynécologue ou une sage-femme » (E8). Cette remarque concernait essentiellement les praticiens de sexe masculin : « si elles parlent de leur problème d'en bas, elles vont peut-être aller voir mes collègues [féminines] » (E10).

Contrairement aux médecins généralistes le sexe du gynécologue n'importait pas : « Bien que les femmes prennent des gynécos avant 65 ans, elles prennent des gynécos autant hommes que femmes. Ça ne les dérange pas ! Mais on est sûr des actes techniques » (E9). Un médecin remettait en perspective l'évaluation sexologique des gynécologues : « Les gynécos sont loin de là, pas tous ouverts à l'abord de la sexualité » ; « on n'est pas très indulgent avec le généraliste mais enfin ! Faut que tout le monde balaye devant sa porte » (E7). Le médecin généraliste était parfois préféré pour des raisons financières : « Les femmes n'allaient pas voir le gynéco parce que c'était trop cher de toutes manières... et donc j'en faisais beaucoup plus » (E3).

## **B - Une attitude bienveillante, un environnement propice**

Certains médecins évoquaient systématiquement la sexualité dans leur examen gynécologique : « Je parle de la sexualité, moi je suis très carré » (E4). L'objectif était de mettre à l'aise la patiente : « Ce n'est pas un manque de pudeur que d'en parler ! [...] de bienséance sociale, de bonne manière ! » (E9) ; « le tourner sous forme de l'ironie, de rigoler de ça pour dédramatiser la chose en consultation [...] de pas l'évoquer sous la forme médicale » (E11). Le discours était adapté à chaque patiente : « faut aussi respecter... la place que... chacun met dans sa vie sexuelle » (E5). Les médecins favorisaient l'écoute attentive : « il faut du temps pour parler à ses patients [...] faut revenir dessus... faut voir ce que les gens veulent dévoiler » (E3) ; « faut laisser la parole à la patiente. Laisser s'exprimer librement » (E1). Le but était d'initier une discussion qui pouvait être poursuivie selon le bon vouloir de la patiente, de

signifier sa disponibilité : « Parfois elles te disent : « non, non, tout va bien, tout va bien ! » Et puis la consultation d'après, elles reviennent et elles te disent : [...] je ne voulais pas l'aborder et puis en fait, bah voilà il se passe ça, il se passe ci » (E12).

D'autres proposaient d'introduire dans un premier temps, une question-type : « tant que tu n'as pas appris à poser la question [...] le jour où tu as une réponse : « bah oui Docteur ! » Bah ça change ton exercice. Et puis, avant tu les voyais pas les violences et maintenant tu les découvres et ça, ça change tout » (E10).

Enfin, il était possible d'être attentif aux discours et aux symptômes évoqués par la patiente afin de comprendre une demande cachée : « c'est eux qui me disent pas ouvertement ou par des travers mais tu finis par comprendre » (E3). Certains médecins détournaient la discussion sur la sexualité : « si une dame nous parle de sécheresse vaginale, faudra que je n'hésite pas à (rire) à embrayer sur le sujet de la sexualité [...] et que ça soit peut-être une porte d'entrée » (E2).

Il était conseillé de développer un environnement adapté : « faut qu'elle soit tranquille assise [...] pas quand la femme est toute nue [...] au calme, posée dans un bureau propice à la confiance [...] des locaux qui sont agréables [...] qu'on ne puisse pas entendre les conversations derrière la porte, ça c'est important, une musique d'ambiance dans la salle d'attente » (E1).

## **C - Les rôles du médecin généraliste**

A travers cette démarche se dégagait plusieurs réflexions sur les rôles du médecin généraliste. Il était là pour valoriser les modifications physiologiques et accompagner les patientes dans cette évolution : « ce n'est pas parce que tu es ménopausée que ta vie gynécologique de la femme s'arrête » (E3) ; « qu'on s'assume en tant que vieux » (E9). Cela passait par le fait d'informer la patiente des modifications engendrées par la péri-ménopause : « que la sexualité ça peut être un petit peu compliqué, de dire justement que leur corps a changé, tous les effets secondaires liés à la ménopause » (E1).

Un des rôles principaux était de dépister les pathologies associées : « une incontinence urinaire associée » (E2) Il était également important d'identifier une souffrance psychologique ou de détecter des violences sexuelles : « c'est tout à fait son rôle pour détecter des souffrances psychologiques ou maltraitance » (E2). Dans

tous les cas, l'objectif était de répondre à une demande : « on essaye de trouver des solutions » (E6).

L'important était d'y penser dans les situations atypiques : « quand on sent que quelqu'un ne va pas bien, est en souffrance et qu'il y a pas grand-chose bah j'avoue que... j'aborde souvent ce problème-là » (E8) ; « une, deux, trois infections urinaires quand même ! Et qui finissent par me dire : « j'ai rencontré quelqu'un et j'ai de nouveau des rapports » (E4).

L'inconvénient résidait dans le choix des correspondants. En effet, la sexologie est à la frontière de plusieurs spécialités : « J'orienterais soit vers sexologue, parce que gynéco je ne sais pas s'ils sont tous branchés sexologie ». Le choix du spécialiste était plus aisé si une pathologie était responsable du trouble : « adresser aux spécialistes : sexologue ou urologue, gynéco s'il y a une incontinence urinaire » (E2). Il était proposé, moins classiquement, d'orienter vers d'autres professionnels du soin : « le format de l'ostéopathe, du sophrologue, ou des choses comme ça [...] c'est des formats où, finalement, on va plus discuter de la vie [...] de tout et de rien » (E9).

## **D - Tout repose sur l'éducation**

Les médecins mettaient un point d'honneur à expliquer aux patientes les modifications physiologiques induites par la ménopause et leurs retentissements sur la sexualité et sur leur couple. L'une d'elle utilisait des supports visuels : « Je fais des dessins, tout ! Leur cycle, leurs hormones [...] je fais des recherches Google [...] quand j'ai un schéma ou quelque chose pour leur expliquer qui est plus clair que mon schéma, je tourne l'écran vers elle et je leur explique » (E5). Les médecins incitaient les couples à modifier la façon d'appréhender un rapport sexuel : « dans la plupart des cas y'a pas vraiment un traitement médical à prendre, c'est surtout une éducation à la sexualité et une explication des phénomènes physiologiques et peut-être prise en charge psychologique » (E1). C'est pourquoi, certains médecins leurs donnaient des conseils pratiques : « Il fallait que les préliminaires soient aussi importants » ; « Avant la pénétration. Savoir les gestes que lui aussi... Fallait pas que ce soit brutal, fallait qu'il prenne le temps pour faire venir le désir » (E12).

## **E - Ne pas oublier la prise en charge du couple**

Selon plusieurs médecins, la sexualité faisait partie de l'équilibre d'un couple : « L'expérience me fait dire qu'un couple qui marche bien et qui s'entend bien c'est qu'il a toujours des rapports » (E4) ; « dans la pratique sexuelle, ça se passe à deux, donc quand y a un problème c'est à deux ! » (E5). Certains, proposaient de recevoir le couple ensemble : « je vois Monsieur en même temps parce que Madame se plaignait que ça ne marchait plus du côté du Monsieur. Et puis dans l'autre sens, voir avec le Monsieur parce que le rapport était douloureux » (E3). D'autres fois, les membres du couple consultaient séparément, afin de faire la synthèse des difficultés rencontrées : « il faut prendre le couple en charge dans sa globalité et surtout parler, essayer de faire ressortir ce qui ne va pas et justement ce qui va bien » (E1) et de favoriser le dialogue au sein du couple : « pour celles pour qui ça se passe bien dans le couple, quand ils arrivent à en discuter c'est bien » (E12). L'idée était de notifier les difficultés de la patiente au partenaire : « il faudrait faire venir aussi le Monsieur en consultation pour qu'il prenne en compte les difficultés liées à la ménopause » (E1).

## **F - Les thérapeutiques à proposer**

Les traitements proposés aux patientes étaient des traitements pour lutter contre les symptômes de la ménopause. Il existait les traitements locaux : « pour traiter la sécheresse vaginale, maintenant t'as des gels locaux, t'as tout ça ! » (E6) ; « y a des gens à qui j'explique qu'il faut mettre du lubrifiant » (E5). Il existait les traitements généraux, pour lesquels les avis divergeaient : « j'aurais voulu lui arrêter [le traitement hormonal substitutif] mais elle ne veut pas ! Le gynéco m'a dit y'a pas de problème vasculaire à cet âge-là, pas plus que de ne pas en mettre ! Donc bah si elle se sent bien, on continue » (E8) ; « quand elles sont près de la ménopause on peut donner un petit traitement hormonal qu'on donne de moins en moins maintenant mais des toutes petites doses qui peuvent aider parfois après si c'est 10 ans après la ménopause c'est plus compliqué... là j'ai pas grand-chose à proposer » (E3). Le traitement hormonal substitutif avait prouvé son efficacité : « tu retransformes les femmes c'est sûr ! » (E6). Le fonctionnement du traitement était expliqué au préalable : « je leur dis que : « c'est les hormones que vous n'avez plus et qu'on va

essayer de mettre localement pour améliorer la trophicité, etc » » (E4). Ces traitements étaient prescrits après évaluation des bénéfices et des risques : « traitements hormonaux substitutifs où on est extrêmement prudent » (E4).

Néanmoins, les traitements à disposition des médecins généralistes étaient réduits. Un médecin signalait que la mise sur le marché d'un médicament pour les troubles érectiles avait permis d'ouvrir la discussion sur ce sujet. Il s'interrogeait sur le fait qu'il en découlerait la même chose pour les patientes : « je suppose que s'il y avait des thérapeutiques pour les femmes... cela permettrait également d'aborder le thème de la sexualité » (E11).

# DISCUSSION

## 1 – Résultats principaux

L'existence même d'une sexualité des femmes de plus de 65 ans était méconnue de la plupart des médecins généralistes. C'est pourquoi ce sujet n'était pas ou peu abordé en consultation. La sexualité, sujet sensible et tabou, leur semblait complexe à prendre en charge pour plusieurs raisons. Elle ne se limitait souvent pas à la patiente mais devait inclure le partenaire et l'éventuelle coexistence de troubles érectiles. Les sujets de l'intime nécessitaient d'y consacrer du temps, souvent insuffisant lors d'une consultation en médecine générale. Néanmoins, le médecin généraliste pensait occuper une position favorable pour aborder la sexualité grâce à la relation de confiance médecin-patient, renforcée par l'obligation de secret médical. Les médecins généralistes proposaient de nombreuses solutions au problème soulevé. L'abord par l'examen gynécologique permettait de penser au sujet de la sexualité au moindre symptôme ou à certaines pathologies. Il était également évoqué de renforcer l'éducation à la sexualité. Les médecins généralistes souhaitaient approfondir leurs connaissances et améliorer leur prise en charge grâce aux formations médicales.

## 2 - La sexualité : un tabou religieux ou culturel ?

Lors des entretiens, plusieurs médecins ont évoqué les causes probables du tabou de la sexualité. Ces réflexions avaient pour objet de mieux appréhender les difficultés rencontrées en consultation par le médecin.

Un médecin a évoqué la religion comme potentiel cause du tabou de la sexualité. Cette unique mention à la religion sur l'ensemble des entretiens peut être étonnante tant son rôle semble prégnant dans le domaine de la sexualité. La sexualité, dont la seule fonction est la procréation pour les religions monothéistes, fait l'objet d'un encadrement moral (41,42).

Toutefois, les médecins ont peut-être souhaité effleurer le sujet en parlant de patientes issues d'ethnies, notamment africaines, avec lesquelles il était difficile d'évoquer le sujet. La tradition peut également constituer un frein à l'abord de la

sexualité. Il apparaît qu'une confusion peut se créer entre tradition et religion. A titre d'exemple, selon une étude relative à la sexualité au Maroc, des femmes musulmanes décrivaient leur sexualité comme conforme aux préceptes de la religion. Or cela ne correspondait pas, selon les auteurs, aux hadiths (ensemble de paroles prononcées par le prophète) (43). L'origine de cette confusion était soit la méconnaissance soit une erreur d'interprétation.

La religion a eu une influence sur la conception de la sexualité également en Orient. En Chine ancienne, la sexualité est en relation avec tous les autres domaines de l'existence humaine et permettait d'atteindre l'immortalité. L'arrivée du bouddhisme a été hostile à ce courant en encourageant la chasteté (44).

### **3 - Evolution des pratiques sexuelles**

La place de la sexualité dans la société et surtout dans la vie des femmes s'est profondément modifiée au cours du XX<sup>ème</sup> siècle. L'évolution des pratiques sexuelles des femmes rend plus complexe leur prise en charge. Ainsi, comme l'attestent les études portant sur la sexualité des français, leur regard sur le sujet change. La moitié des femmes de plus de 70 ans souhaite des préliminaires plus importants (ce qui correspond à la moyenne des femmes françaises adultes). En revanche, les femmes connaissent mal leur corps. La dernière étude de l'Institut français de l'opinion publique (IFOP) rapporte que 24% des femmes de plus de 70 ans connaissent mal leurs zones érogènes (39% des moins de 30 ans, 22% pour la moyenne de l'ensemble des françaises) (16). A noter, que contrairement à ce que rapportaient les médecins généralistes lors des entretiens, selon cette étude, les pratiques et la fréquence des rapports sexuels varient en fonction du niveau socio-culturel. En effet, il est observé que plus il est élevé plus la pratique est diversifiée et les rapports sexuels perdurent avec l'âge.

Alors que la question d'identité sexuelle fait débat actuellement, seul un médecin a fait référence à la possible non hétérosexualité des patientes. Cette réflexion a tendance à montrer un manque de prise de conscience de l'éventuelle existence de relations homosexuelles, ou une gêne pour en parler. De plus en plus de femmes françaises, tout âge confondu, déclarent avoir des relations homosexuelles : 9% en 2019 (16).

Il serait intéressant de travailler sur les préjugés afin de ne pas méconnaître certaines préoccupations ou expériences de nos patientes. Ainsi un médecin de l'étude a rapporté avoir été surpris de devoir faire un bilan d'infection sexuellement transmissible à une patiente de plus de 70 ans qui avait eu des rapports non protégés.

## **4 - Peu de thérapeutiques disponibles**

Contrairement à celle de la femme, la sexualité masculine est abordée dans la formation médicale initiale et continue via les troubles de l'érection.

Deux facteurs différencient la prise en charge de la sexualité de l'homme et de la femme. Premièrement, la réponse sexuelle masculine est décrite comme « mécanique » et s'oppose à la réponse sexuelle féminine qui est décrite comme « réceptive, complexe et psychologique ». Deuxièmement, les troubles érectiles peuvent être améliorés par un médicament. Ainsi, la prise en charge masculine peut sembler plus facile à aborder.

Depuis la mise sur le marché de médicaments pour les troubles de l'érection, de nombreuses recherches ont débuté sur l'insatisfaction sexuelle de la femme. Plusieurs médicaments sont en cours d'essai. Les traitements à base de testostérone augmenteraient le désir et le plaisir sexuel. Néanmoins ceux-ci ne sont pas dénués d'effets secondaires : dyslipidémie, prise de poids (45,46). Des recherches sont en cours sur l'ocytocine et la Déhydroépiandrostérone (DHEA) (47). A l'heure actuelle, les thérapies sexuelles sont les seules à avoir prouvé leur efficacité dans les dysfonctions sexuelles, sans effets indésirables (48).

Les médecins généralistes interrogés évoquaient ce manque de solutions thérapeutiques efficaces comme un frein pour prendre en charge la sexualité des femmes. Le principal traitement pouvant être prescrit pour la sexualité des femmes de plus de 65 ans est un traitement local dont le but est d'améliorer le confort des patientes.

Un autre traitement – le traitement hormonal substitutif (THS) – qui pouvait être donné à des patientes de plus de 65 ans a été remis en cause en 2002 par une étude en révélant une augmentation du risque relatif de l'infarctus du myocarde. Des études complémentaires ont prouvé que ce risque était réel quand le THS était prescrit plus de 20 ans après le début de la ménopause. A ce jour, le THS est le traitement de

première intention dans le cadre des symptômes climatiques avec altération de la qualité de vie de la patiente. Il doit respecter la « fenêtre thérapeutique » de 10 ans après le début de la ménopause ou avant l'âge de 60 ans (49) . Certains médecins poursuivaient ce traitement malgré les recommandations, parfois en accord avec un gynécologue, si le suivi était régulier et si la patiente ressentait un bénéfice. Le faible intérêt porté par la recherche scientifique à la sexualité des femmes ménopausées n'incite pas les médecins généralistes à s'y intéresser.

## 5 - Différentes approches de la sexualité

Malgré la méconnaissance de la sexualité des femmes de plus de 65 ans, les médecins interrogés faisaient preuve d'une grande ouverture d'esprit. Ils respectaient l'intérêt que portaient les patientes à la sexualité et concevaient que les patientes aient ou non une sexualité.

Les médecins généralistes semblaient disponibles à toute demande sans *a priori*. Point de départ de la prise en charge médicale, les médecins traitants exerçaient le rôle qui leur est défini dans le parcours de soins de 2004 (50). Il s'agit pour eux d'être disponibles pour tous les patients, quel que soit le domaine traité et le niveau de leurs compétences.

Quatre postures médicales face à une demande liée à la sexualité ont été décrites par Alain Giami, Docteur en psychologie (51). La posture « holistique » est identifiée lorsque le médecin considère qu'il doit veiller à une prise en charge globale qui nécessite d'obtenir le plus d'informations possibles pour soigner au mieux. Dans ce cas, il existe une forte dimension psychologique de la prise en charge de la sexualité chez la femme. La posture de « l'évitement relatif » identifie les professionnels qui traitent la sexualité comme un « problème médical » nécessitant un diagnostic, des examens complémentaires, un avis d'un confrère ou un traitement. Cette démarche médicalisée permet, selon A. Giami, de légitimer la place du médecin généraliste. Ces deux postures – « d'évitement relatif » et « holistique » – se différencient par la communication. Alors que dans le premier cas, le but est de clore la communication, dans le deuxième, l'objectif est de l'ouvrir. La posture « d'évitement actif » correspond aux médecins qui n'abordent pas le sujet de la sexualité en raison du manque de temps, de formation ou de l'absence de questions des patients. Enfin, la dernière posture, décrite par A.Giami, consiste en une formation poussée en

sexologie et un désir sous-jacent de devenir sexologue. A l'inverse des trois premières postures décrites, celle-ci n'a été partagée par aucun médecin lors des entretiens. Le médecin généraliste formé à la sexologie n'adoptait pas cette posture. Pour lui la sexologie était difficilement compatible avec la médecine générale.

L'analyse des entretiens est plus nuancée que les catégories établies par le Docteur Giami. Bien que quelques médecins employaient une posture *stricto sensu* semblable à celles décrites, la majorité interrogée semblait pouvoir utiliser chacune des postures en fonction des aléas rencontrés dans leur journée de médecin généraliste. Ce constat d'une plus grande perméabilité des postures peut être toutefois questionné. L'idéal serait d'adopter la posture holistique. Cependant, les postures dépendent des domaines de compétence, des centres d'intérêt de chaque médecin généraliste. Une posture adaptée à la situation s'obtient avec une formation théorique, une mise à jour régulière des données de la science et une pratique régulière.

## 6 - L'Art de la communication

L'abord de la sexualité par le médecin peut être facilité par le secret médical. Pierre angulaire de la relation médecin-malade, il contribuait pour les médecins à construire une relation de confiance qui s'étoffait par le suivi au long cours et par le fait que le médecin généraliste était le premier médecin consulté. Les médecins insistaient également sur l'importance de l'expérience médicale et de la connaissance des patientes pour mieux prendre en charge les patientes.

Un médecin évoquait le « feeling », pratique centrée sur le patient qui utilise une communication non verbale et verbale, une écoute active et empathique qui s'apparente à « l'Art de la communication » (52). Considérée comme un art car elle dépend du médecin, la communication est bénéfique à la fois pour le patient et pour le médecin. Une augmentation de la satisfaction des deux parties est constatée dans la relation médecin-malade ainsi qu'une meilleure observance avec un meilleur suivi et une diminution des litiges. A titre d'exemple, une étude australienne a conclu que l'art de la communication était bénéfique, efficace, efficient et thérapeutique. Elle est devenue une recommandation pour tous les médecins australiens. Le médecin bienveillant et compatissant reste le meilleur outil thérapeutique. Ainsi, c'est par l'empirisme que l'approche du sujet de la sexualité par le médecin sera optimale tant

par la connaissance du patient que par les moyens de communication qui seront déployés.

Un médecin valorisait et expliquait les modifications physiologiques aux patientes ainsi qu'à leurs partenaires afin de les accompagner vers une nouvelle sexualité. Ces conseils dispensés sont une composante de l'éducation thérapeutique, dont le but est de permettre le choix éclairé des thérapeutiques du patient. Cette démarche peut être mise en relation avec la fiche publiée en 2013 par la Haute Autorité de Santé (HAS) (53) qui concernait l'aide à la décision médicale partagée. La France est un des rares pays au monde à avoir légiféré sur cette notion (54). Une étude parue en 2011 par la *Cochrane Database* constatait les bénéfices de la décision médicale partagée. Elle identifiait une augmentation de la participation du patient dans la décision, une augmentation du niveau de connaissance du patient sur les différentes options médicales, une meilleure communication patient-médecin, un niveau d'anxiété plus bas, ainsi qu'une plus grande confiance dans la décision médicale par les patients (55).

Une meilleure connaissance et pratique de ces trois notions : secret médical, communication et éducation thérapeutique pourrait être la clef d'un meilleur abord de la sexualité.

## **7 - La place de la formation et les diplômes**

Le deuxième cycle des études en médecine n'a pas inclus d'apprentissage spécifique de la sexualité, et encore moins de celle des personnes âgées. Par conséquent, le médecin généraliste peut ne pas disposer à ses débuts des outils suffisants pour répondre à certaines demandes des patientes. Une première approche sur le plan théorique ou pratique, pourrait permettre d'améliorer l'abord de la sexualité et contribuerait à ne plus considérer la sexualité comme un sujet tabou au sein du corps médical. Il pourrait être proposé de s'inspirer de modèles étrangers à l'instar de la formation universitaire à l'Université du Québec à Montréal (UQAM) de premier, deuxième et troisième cycles (56). Cette université propose une formation sur la sexualité humaine, l'éducation en milieu scolaire, ainsi que la prise en charge des violences sexuelles et interpersonnelles.

La médecine générale étant une médecine de premier recours, la formation est une problématique récurrente. En effet, les médecins généralistes doivent être en

mesure de répondre à n'importe quelle demande émanant d'un patient. Dans un premier temps, il est fondamental pour un médecin généraliste de savoir orienter. Dans un second temps, le médecin a pour obligation de se former continuellement pour apporter les meilleurs soins au patient. Face à la multitude de problématiques rencontrées le médecin généraliste se doit d'être polyvalent dans des domaines pour lesquels il n'a pas été formé. C'est ce que le Docteur Alain Giami nomme la « spécialisation informelle » (51).

Toutefois, les domaines de formation étant nombreux, certains médecins soulignaient le fait qu'ils ne pouvaient pas être compétents sur l'ensemble de leur spectre professionnel. Leur formation dépendait donc de l'intérêt porté au sujet, ce qui sous-tend un désir de pratique particulière. Afin de pallier le manque de formation, l'OMS a défini trois niveaux d'action pour prendre en charge la santé sexuelle : 1) l'éducation sexuelle ; 2) le « counseling » ; 3) la thérapie sexuelle (57). Ces approches peuvent être appliquées à la médecine générale et correspondent à des niveaux de formation croissants. Ces trois démarches ont pour objectif d'instaurer une attitude positive et proactive de la sexualité. L'éducation sexuelle concerne tout le personnel médical et paramédical ayant des notions d'anatomie et de physiologie sexuelle. Le « counseling » désigne « les consultations systématiques organisées dans le cadre des soins primaires en vue de traiter les problèmes émotionnels, psychologiques et sociaux qui influencent la santé et le bien-être des personnes ». Les thérapies s'adressent aux sexologues.

La littérature fait état de l'importance qu'accordent les patientes aux diplômes du médecin (58). Or, dans cette étude, ce constat n'est pas partagé. A titre d'exemple, lors des entretiens, un médecin titulaire d'un « DIU de sexologie » a mentionné n'avoir aucune patiente de plus de 65 ans qui le consultait pour ce motif bien que son diplôme était connu. Le tabou du sujet pourrait-il être plus important que le bénéfice d'aborder ce sujet ? Plusieurs médecins de l'étude ont indiqué l'intérêt de rappeler aux patientes l'obligation de secret médical. Il est également attesté que le sexe et l'âge du médecin ont un rôle dans l'abord de la sexualité. Être une femme médecin du même âge que la patiente facilite l'empathie et ainsi l'échange sur la sexualité. Or, dans le cas évoqué, le sexologue interrogé était un homme de 59 ans. Il peut être supposé que cela inhibait les envies des patientes d'aborder la sexualité.

## **8 - L'examen gynécologique, c'est systématique**

La consultation gynécologique constitue une facilité pour aborder le sujet de la sexualité avec une patiente. Mais cette dernière est peu pratiquée après 65 ans, âge du dernier FCV de dépistage recommandé. A ce titre, certains médecins proposaient de poursuivre le FCV au-delà de 65 ans afin de leur permettre notamment d'évoquer la sexualité de la patiente. Cette prolongation du dépistage par FCV peut se justifier pour les femmes qui n'en ont pas réalisé depuis longtemps ou celles dont le dernier FCV était anormal (59). Mais la réalisation du FCV après 65 ans augmente trop le risque de surdiagnostic pour qu'il apparaisse raisonnable de prolonger ce dépistage. A contrario, la poursuite d'un examen sénologique annuel est recommandé (35,60) pour le dépistage des cancers du sein. Cet examen pourrait aussi permettre d'aborder le sujet de la sexualité chez ces femmes.

## **9 - Des outils de communication**

Un médecin proposait d'accrocher une affiche dans la salle d'attente, sur le même modèle que celle pour le tabac : « Parlez-en avec votre médecin ! » Le CNOM a donné comme directives, sur ce sujet, de respecter la déontologie (61). La salle d'attente ne doit pas ressembler à un local commercial. Il est établi que l'affichage dans une salle d'attente est un bon moyen de prévention. Il semble que les patients sont plus réceptifs aux informations publicitaires lors d'attentes indéterminées (62). Cette démarche contribue à participer à l'intérêt croissant que portent les patients sur leur santé. Cependant, peu de médecins sont actifs quant au choix de ces documents, ils ne les commandent pas mais les reçoivent par des organismes de prévention. Une étude proposait de coordonner le message en salle d'attente avec une communication ciblée en consultation (63). Il serait intéressant que les médecins prennent conscience de l'impact des affiches afin de renforcer leur démarche éducative en l'intégrant dans leur stratégie de prévention.

Des outils de communication ont été mis en place pour des sujets sensibles comme la sexualité (64). Certains outils aident le médecin à adopter une attitude proactive tels que le PLISSIT, le Female Sexual Function Index (FSFI) et des

modèles standardisés de recueil de l'anamnèse. L'outil PLISSIT mis en place par un psychologue clinicien, le Dr Jack Annon en 1976, permettrait de faciliter le dialogue. Il s'agit de : demander la permission (P), donner des informations limitées (LI), faire des suggestions pour améliorer la santé sexuelle (SS), puis parler de thérapie (IT) (65). L'entraînement et la systématisation de l'entretien médecin-patient facilitent l'abord de la sexualité (66). C'est une donnée retrouvée dans le baromètre santé médecins généralistes INPES (67). Les médecins néophytes en matière de sexualité interrogés semblaient être intéressés par ces outils. En revanche, les médecins ayant de l'expérience clinique ne souhaitent pas les utiliser (66,68). Une étude pourrait s'intéresser à créer un document simple et clair, synthétisant les outils efficaces à l'abord de la sexualité en médecine de premier recours.

## **10 - Les femmes médecins généralistes**

Ces éléments tendent à s'interroger sur la place future que pourrait occuper le médecin généraliste dans le suivi gynécologique des femmes de plus de 65 ans, et ce d'autant plus que la profession se féminise. L'atlas démographique de 2015 du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) dénombre que 60% des médecins généralistes libéraux âgés de moins de 40 ans sont des femmes (69). Les femmes médecins auraient comme atout « [d']abord [er] un plus grand nombre de questions par visite que leurs collègues masculins. Elles consacrent plus de temps à la prévention et aux aspects psychosociaux des soins aux patients, et font preuve de plus d'empathie » (70). Ces éléments sont en faveur de l'abord de la sexualité par les médecins généralistes.

## **11 - Concilier EHPAD et intimité**

Les médecins ont évoqué la situation des femmes vivant à leur domicile. Un seul médecin a mentionné l'EHPAD. Une fois la personne âgée dépendante et placée en EHPAD, l'abord de la sexualité des femmes n'y est-il pas encore plus compliqué ? Au contraire le rôle du médecin est-il d'autant plus justifié ? L'EHPAD est un lieu de vie collective pour personnes âgées dépendantes ne recevant pas de soins médicaux

aigus (71). La difficulté de préserver l'intimité réside dans la dépendance. Cet établissement doit garantir un espace privé, tout en compensant les conséquences de la dépendance. Le médecin s'introduit dans l'intimité de sa patiente. Il peut en revanche faire le lien avec les soignants de ce nouvel espace de vie et il peut participer à la protection de l'espace intime et favoriser la vie de couple si celle-ci est souhaitée.

## **12 – Forces et faiblesses de l'étude**

### **A - Les forces**

Cette étude a toute sa place dans un contexte où les médecins généralistes aspirent à prendre en charge de façon globale leurs patients. L'abord du sujet sensible de la sexualité en fait partie, mais, pour le favoriser, il faut en connaître les difficultés.

L'originalité de ce travail repose sur le choix d'une catégorie de patients peu étudiée. En effet, l'abord de la sexualité a été exploré en général, et plus particulièrement chez les adolescentes et les hommes, mais peu chez les femmes plus âgées. Il en est de même pour le choix de la population interrogée, le sujet de l'étude étant fondé sur le point de vue des médecins généralistes.

Le caractère individuel des réponses a permis à chaque intervenant de s'exprimer librement et donc d'éviter le biais d'influence présent dans un groupe. L'anonymat téléphonique a pu accroître leur sentiment de libre expression.

Un journal de bord a été réalisé, et complété à chaque entretien avec les médecins puis lors de la triangulation des données. Il renforce la rigueur des analyses. L'investigatrice y notait le contexte du rendez-vous, les réflexions et les obstacles rencontrés. La validité interne de l'étude est également renforcée par la triangulation des données. Cela permet de limiter la subjectivité de l'analyse de l'investigateur.

Les critères d'inclusion larges ont permis une diversification maximale des profils des médecins interrogés. L'étude s'est déroulée dans deux régions très différentes de par leur démographie médicale, leur formation universitaire et leur type de population. Cela a accru les possibilités de trouver des médecins généralistes aux profils différents.

## **B - Les faiblesses**

L'étude ayant pour but de définir la façon avec laquelle les médecins généralistes abordent la sexualité avec leurs patientes de plus de 65 ans, peut avoir pour conséquence de générer un biais de mémorisation. Ainsi, les médecins devaient se remémorer les consultations afin de répondre aux questions.

L'investigatrice n'a pu identifier que les comportements vocaux compte-tenu des entretiens téléphoniques.

Lors de l'entretien, l'investigatrice a pu orienter involontairement l'entretien et ce malgré le guide d'entretien, ce qui correspond à un biais de subjectivité. L'investigatrice étant elle-même médecin généraliste, elle a pu déformer l'analyse réalisée, induisant ainsi un biais d'interprétation.

Deux médecins n'ont pas donné suite aux sollicitations de l'investigatrice pour participer à l'étude, cela pouvait constituer un biais de recrutement.

## **CONCLUSION**

La sexualité des femmes de plus de 65 ans est peu ou pas abordée en médecine générale. Les patientes n'osent pas initier la discussion sur le sujet et les médecins généralistes n'ont pas le temps de le faire. Néanmoins ils semblent être les interlocuteurs les plus pertinents compte-tenu de la relation unique qu'ils entretiennent avec leurs patientes. Les données actuelles de la science ne permettent pas de proposer de traitements spécifiques. Le médecin qui maîtrise « l'art de la communication » et l'éducation thérapeutique pour accompagner ses patientes dans leur sexualité, est à lui seul le meilleur outil thérapeutique. Cette étude a permis de développer quelques pistes d'amélioration pour favoriser l'abord de la sexualité en médecine générale. Outre une posture holistique et une communication empathique, le médecin généraliste pourrait développer son rôle dans l'examen gynécologique annuel. Il pourrait également utiliser des outils de communication qui commencent en salle d'attente avec les affiches et se poursuivent au sein du cabinet.

# BIBLIOGRAPHIE

1. Gérard RIBES. Vieillir, c'est vivre [Internet]. [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezproxy.normandie-univ.fr/showarticlefile/914669/index.pdf>
2. Espérance de vie – Mortalité – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277640?sommaire=4318291#consulter>
3. 15 000 centenaires en 2010 en France, 200 000 en 2060 ? – Projections de population 2007-2060 pour la France métropolitaine | Insee [Internet]. [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281153?sommaire=2020101>
4. Projections de population à l'horizon 2060 – Projections de population 2007-2060 pour la France métropolitaine | Insee [Internet]. [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151?sommaire=2020101>
5. Reguer D, Caudron J. Vieillir, c'est vivre ! Un indicateur d'un mouvement ? *Gérontologie et société*. 2007;30 / 120(1):153-65.
6. DICOM\_Jocelyne.M, DICOM\_Jocelyne.M. Personnes âgées : les chiffres clés [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles>
7. Rowe JW. Successful Aging. *The Gerontologist*. 1997;37(4):433-40.
8. Noettes VL des, Gauillard J. Sexualité et avancée en âge. *L'information psychiatrique*. 10 déc 2015;Volume 91(9):740-6.
9. Darcourt G, Benoit M. Vieillessement psychique. [//www-em-premium-com/data/traites/ps/37-60729/](https://www-em-premium-com/data/traites/ps/37-60729/) [Internet]. 1 août 2014 [cité 13 mai 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezproxy.normandie-univ.fr/article/912708/resultatrecherche/1>
10. Giami A. Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. *Le Journal des psychologues*. 2007;n° 250(7):56-60.
11. Sexual and reproductive health: core competencies in primary care : attitudes, knowledge, ethics, human rights, leadership, management, teamwork, community work, education, counselling, clinical settings, service, provision. [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011 [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501002\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501002_eng.pdf)

12. Colson M-H. Âge et intimité sexuelle. *Gerontologie et societe*. 2007;30 / n° 122(3):63-83.
13. La sexualité du couple âgé : état des lieux, prise en charge | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 14 mai 2020]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1166708712006239?token=A71707584DB89A183EA9C58B11D1E8EEABD75F42A197D9C9A6B430B79F39163B11F654FB4435BADEF29FD37F5AF6A09E>
14. Colson M-H. Sexualité après 60 ans, déclin ou nouvel âge de vie ? //www.em-premium.com/data/revues/11581360/00160002/06001757/ [Internet]. 25 juin 2007 [cité 15 sept 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezproxy.normandie-univ.fr/article/64164/resultatrecherche/1>
15. Bergström M. Sites de rencontres : qui les utilise en France ? Qui y trouve son conjoint ? *Population & Sociétés*. 2016;N° 530(2):1.
16. Où en est la vie sexuelle des femmes en 2019 ? [Internet]. IFOP. [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/ou-en-est-la-vie-sexuelle-des-femmes-en-2019/>
17. HCSP. Santé sexuelle et reproductive [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 mars [cité 23 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550>
18. baromètre santé 2016 [Internet]. [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-2016.-genre-et-sexualite>
19. Sédivy J. Préhistoire et histoire de la sexologie.
20. KINSEY A. *Sexual Behavior in the Human Female*. Indiana University Press. 1998. 880 p.
21. MASTERS W.WH, JOHNSON V.E. Les réaction sexuelles. ROBERT LAFFONT. Vol. 1. 1966.
22. Gardey D, Hasdeu I. Cet obscur sujet du désir. *Travail, genre et societes*. 5 nov 2015;n° 34(2):73-92.
23. Anatomie et physiologie de la sexualité [Internet]. 2019 [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/anatomie-et-physiologie-de-la-sexualite>
24. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé [Internet]. Paris: La Découverte; 2008. 612 p. (Hors Collection Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293.htm>

25. Gott M, Hinchliff S, Galena E. General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Social Science & Medicine*. 1 juin 2004;58(11):2093-103.
26. Bondil P. Vieillesse sexuelle : mythes et réalités biologiques. *Sexologies*. juill 2008;17(3):152-73.
27. Brenot P. sexualité et vieillissement, Gérard Ribes. *Chronique sociale*, 2009. *Sexologies*. janv 2010;19(1):67.
28. Dupras A, Viens M-J. L'éducation à la sexualité des aînés : éléments de sexogérontagogie. *Sexologies*. juill 2008;17(3):135-42.
29. DeLamater J, Moorman SM. Sexual Behavior in Later Life. *J Aging Health*. 1 déc 2007;19(6):921-45.
30. Author N. Chapitre 8 : Sexualité et ménopause. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 1 juin 2019;41:S103-21.
31. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 36 | Legifrance [Internet]. [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article\\_36](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_36)
32. Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Fam Pract*. 1 déc 2003;20(6):690-5.
33. Barriers to older adults seeking sexual health advice and treatment: A scoping review | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 15 juin 2020]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0020748920300511?token=E94364555311AD78CAC84D220A1FCBB36D7C40338E08CAC775FE0DB3552D9D5A4A4F0DFED4A8D5ADC9B0FD5E0E27A006>
34. dépistage primaire de lésions précancéreuses du cancer du col de l'utérus HAS juillet 2019 [Internet]. [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/synthese\\_hpv.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/synthese_hpv.pdf)
35. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage)
36. Le suivi de la femme ménopausée [Internet]. [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/menopause/335-le-suivi-de-la-femme-menopausee>
37. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.

38. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale*. mai 2002;3(2):81-90.
39. Joëlle Kivits, Frédéric Ballard, Cécile Fournier, Myriam Winance. *Les recherches qualitatives en santé*. Armand Colin. 2016. 336 p.
40. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. *Initiation à la recherche*. Neuilly-sur-Seine; 2011. 216 p. (France: GM santé).
41. Sexualité de la femme tunisienne : entre le religieux et le culturel | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 1 oct 2020]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0013700613002492?token=26A071135CFE7619C424FDD15F66FD6D81B952FF38FE62768CB7332B697524AF00BF57F987CAC99DC3FF74E11869D364>
42. L'influence de la religion sur l'assistance médicale à la procréation en France. *Ethics, Medicine and Public Health*. 1 avr 2018;5:69-85.
43. N. Kadri, K. Mchichi Alami, S. Berrada. La sexualité au Maroc : point de vue de sexologues femmes [Internet]. *Sexologies* 19, 53—57. 2010 [cité 1 oct 2020]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1158136009000449?token=D0704672FB3254960464DE0221D8E9AC5134BA10FD150CC31DA30033C656D29BA0A9661F7F791A2888A8A23D51B3C9DF>
44. I. Thomas. Une verte vieillesse : l'Europe et la Chine face à la sexualité des personnes âgées [Internet]. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* Volume 7, Issue 39, Pages 36-45. 2007 [cité 5 oct 2020]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1627483007899776?token=44DD95B262C83D07AD33674138F68C75B0E5815C78E0531E7ACBB6A0749B55353A6002CFD94FBC657338B40CDF135049>
45. Islam RM, Bell RJ, Green S, Page MJ, Davis SR. Safety and efficacy of testosterone for women: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trial data. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 1 oct 2019;7(10):754-66.
46. Insatisfaction sexuelle des femmes : pas qu'une question d'hormones ! revue *Prescrire* 2007 [Internet]. [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/fr/3/31/23845/0/NewsDetails.aspx?page=1>
47. Mise à jour sur la prise en charge pharmacologique des dysfonctionnements sexuels féminins | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 5 oct 2020]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1158136019300209?token=1938933BF7C402CAF9C11D3A368B5BE2D6204DC17315814CC89BC530AED0CA52D94086BB8FB43EFDE85194CA341F1B5E>

48. l'Urologie M de. Troubles du désir sexuel féminin [Internet]. 2019 [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.urologie-sante.fr/base-bibliographique/troubles-du-desir-sexuel-feminin>
49. Netgen. Traitement hormonal de la ménopause en 2016 [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 1 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-536/Traitement-hormonal-de-la-menopause-en-2016>
50. DGOS\_Michel.C, DGOS\_Michel.C. Parcours de santé, de soins et de vie [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
51. Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité [Internet]. Singuliers généralistes. Presses de l'EHESP; 2010 [cité 30 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213-page-147.htm>
52. Practitioners TRAC of G. RACGP - The art of communication [Internet]. [cité 30 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.racgp.org.au/afp/2014/march/art-of-communication/>
53. elaborer\_une\_aide\_a\_la\_prise\_de\_decision\_partagee\_mel.pdf [Internet]. 2018 [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/elaborer\\_une\\_aide\\_a\\_la\\_prise\\_de\\_decision\\_partagee\\_mel.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/elaborer_une_aide_a_la_prise_de_decision_partagee_mel.pdf)
54. Article L1111-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 3 oct 2020]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006685767/2005-04-23](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006685767/2005-04-23)
55. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions - Stacey, D - 2014 | Cochrane Library [Internet]. [cité 1 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001431.pub4/full?cookiesEnabled>
56. Repenser l'éducation sexuelle dans les écoles | UQAM [Internet]. Actualités UQAM. [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: <http://actualites.uqam.ca/2018/repenser-education-sexuelle-dans-ecoles>
57. defining\_sexual\_health.pdf [Internet]. [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf?ua=1](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf?ua=1)
58. Baker JR, Arnold-Reed DE, Brett T, Hince DA, O'Ferrall I, Bulsara MK. Perceptions of barriers to discussing and testing for sexually transmitted infections in a

convenience sample of general practice patients. Aust J Prim Health. 27 mai 2013;19(2):98-101.

59. Enderle I, Le Baccon F-A, Pinsard M, Joueidi Y, Lavoué V, Levêque J, et al. Pratique du frottis cervicovaginal après 65 ans. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 1 sept 2017;45(9):478-85.

60. Écomard L-M, Malingret N, Asad-Syed M, Dilhuydy M-H, Madranges N, Payet C, et al. Diagnostic du cancer du sein après 74 ans : information donnée par les structures de gestion du dépistage organisé à la sortie de la tranche d'âge concernée. Bulletin du Cancer. 1 juill 2013;100(7):671-8.

61. Sous-section 1 : Devoirs généraux des médecins. (Articles R4127-1 à R4127-31) - Légifrance [Internet]. [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006912882/2004-08-08/>

62. Diana Derval. Wait marketing Communiquer au bon moment au bon endroit. 1ère édition. Editions d'Organisation; 2006. 238 pages. (Collection Marketing).

63. Gignon M, Idris H, Manaouil C, Ganry O. The waiting room: vector for health education? the general practitioner's point of view. BMC Res Notes. 18 sept 2012;5(1):511.

64. Giuliano F. Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle. Progrès en Urologie. juill 2013;23(9):811-21.

65. ERGO\_MNM\_Sexualite\_Final\_fr.pdf [Internet]. [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: [https://santesaglac.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2019/02/ERGO\\_MNM\\_Sexualite\\_Final\\_fr.pdf](https://santesaglac.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2019/02/ERGO_MNM_Sexualite_Final_fr.pdf)

66. Kokel C. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des difficultés sexuelles masculines. :145.

67. SPF. Baromètre santé médecins généralistes 2009. [Internet]. [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: /notices/barometre-sante-medecins-generalistes-20092

68. Lucile PARTAUD. Stratégies utilisées par les médecins généralistes pour aborder la sexualité avec les hommes [Internet]. 2014 [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/2ce5ef08-15ff-4f13-b970-a51b01fe4720>

69. Lapeyre N, Robelet M. Féminisation des groupes professionnels : en médecine générale comme ailleurs ? [Internet]. Singuliers généralistes. Presses de l'EHESP; 2010 [cité 2 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213-page-365.htm>

70. Bogler T, Lazare K, Rambihar V. Les femmes en médecine de famille et les 5 premières années de pratique. Can Fam Physician. août 2019;65(8):e372-5.

71. Darnaud T, Sirvain S, Igier V, Taiton M. Une étude sur la sexualité cachée des personnes âgées en institution. *Sexologies*. 1 oct 2013;22(4):169-75.

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

Cher(e) collègue,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude.

Je suis Anne-Laurène Jardé, médecin généraliste remplaçante, étudiante à l'Université de Rouen Normandie. Je prépare ma thèse sur l'abord de la sexualité des femmes de plus de 65 ans par les médecins généralistes.

Il me semble intéressant d'explorer comment les médecins généralistes abordent cette thématique et éventuellement leurs difficultés à l'aborder.

Dans cette optique, je souhaiterais vous poser des questions, auxquelles vous répondrez librement.

Avec votre accord, l'entretien audio sera enregistré, analysé puis supprimé. La totalité de l'entretien sera anonyme. Avant de poursuivre, j'ai besoin de votre consentement signé.

### QUESTIONS

1. Pouvez-vous vous présenter?
2. Pouvez-vous me raconter la dernière consultation durant laquelle vous avez été sollicité par une patiente de plus de 65 ans au sujet de sa sexualité ? (quand a-t-elle eu lieu, qui a parlé en premier du sujet (vous? elle?), combien de fois par mois êtes-vous amené à traiter de ce sujet, difficultés rencontrées)
3. Comment et quand abordez-vous le thème de la sexualité avec vos patientes?
  - A quel moment de la consultation, de quelle manière, par quels mots?
  - Que pensez-vous de poser clairement la question?
  - Selon vous qui doit aborder le sujet : patient ou médecin?

- 4.** Quelles difficultés avez-vous pour aborder la sexualité avec vos patientes de plus de 65 ans ??
- Quels sont selon vous les freins des patientes?
  - Quelles sont vos réticences, ou au contraire vos appétences pour le sujet ?
    - Quel impact ont selon vous l'âge et le sexe du médecin ?
  - Quelle conséquence induit l'âge de la patiente dans votre abord de la sexualité ?
- 5.** Pour vous quel est le rôle du médecin généraliste dans la sexualité des patientes de plus de 65 ans?
- Quelle place a-t-il dans la prévention des troubles de la sexualité ?
  - Quelle place a-t-il dans l'éducation à la sexualité chez ces patientes d'âge plus avancé?
  - Quel rôle dans le traitement des troubles existants ?
- 6.** Selon vous, qu'est ce qui pourrait améliorer/faciliter l'abord de la sexualité des femmes de plus de 65 ans en médecine générale ?
- Je vous remercie infiniment pour votre participation. Si vous le souhaitez, je peux vous transmettre l'étude achevée.

## ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN MODIFIÉ

Cher(e) collègue,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude.

Je suis Anne-Laurène Jardé, médecin généraliste remplaçante, étudiante à l'Université de Rouen Normandie. Je prépare ma thèse sur l'abord de la sexualité des femmes de plus de 65 ans par les médecins généralistes.

Il me semble intéressant d'explorer comment les médecins généralistes abordent cette thématique et éventuellement leurs difficultés à l'aborder.

Dans cette optique, je souhaiterais vous poser des questions, auxquelles vous répondrez librement.

Avec votre accord, l'entretien audio sera enregistré, analysé puis supprimé. La totalité de l'entretien sera anonyme. Avant de poursuivre j'ai besoin de votre consentement signé.

### QUESTIONS :

1) Pouvez-vous vous présenter ?

2) Pouvez-vous me raconter la dernière consultation durant laquelle avez-vous évoqué sa sexualité avec une de vos patientes de plus de 65 ans ?

- si non : Quelles sont les différences entre aborder la sexualité avec un homme ou une femme?

3) Comment et quand abordez-vous le thème de la sexualité avec vos patientes?

- à quel moment de la consultation, de quelle manière, par quels mots?

- selon vous qui doit aborder le sujet : patient ou médecin?

4) Quelles sont, selon vous, les freins pour aborder la sexualité des patientes de plus de 65 ans en consultation ?

- Quels sont selon vous les freins des patientes ?

- Quelles sont vos réticences, ou au contraire vos appétences pour le sujet ?

- Quel impact ont selon vous l'âge et le sexe du médecin ?

- Quelle conséquence peut avoir l'âge de la patiente dans votre abord de sa sexualité ?

5) Pour vous quel est le rôle du médecin généraliste dans la sexualité des patientes de plus de 65 ans ?

- Quelle place a-t-il dans la prévention des troubles de la sexualité ?

- Quelle place a-t-il dans l'éducation à la sexualité chez ces patientes d'âge plus avancé ?

- Quel est le rôle du médecin généraliste dans le traitement des troubles existants ?

6) Quelle place donnez-vous à la sexualité en médecine générale ?

- Quelles sont les bénéfices de l'abord de la sexualité des femmes de plus de 65 ans en médecine générale ?

- Quelle évolution avez-vous constaté depuis le début de votre pratique en ce qui concerne l'abord de la sexualité en MG ?

7) Selon vous, qu'est ce qui pourrait améliorer/faciliter l'abord de la sexualité des femmes de plus de 65 ans en médecine générale ?

8) Avez-vous autre chose à ajouter ?

Je vous remercie infiniment pour votre participation. Si vous le souhaitez, je peux vous transmettre l'étude achevée.

## ANNEXE 3 : RECUEIL DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Cher(e) confrère (soeur),

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, réalisée au sein du Département de Médecine Générale de Rouen (DUMG), je vous propose de participer à une étude dont le thème porte sur le médecin généraliste et la sexualité de leurs patientes de plus de 65 ans.

L'objectif est d'explorer l'abord de ce sujet par les médecins généralistes. Mieux connaître les techniques utilisées par le médecin et ses difficultés pourrait être utile à une sensibilisation et à des formations spécifiques plus adaptées.

Je vous propose un entretien par téléphone, sécurisé, seule votre voix sera enregistrée. Cet enregistrement ne sera utilisé que par la doctorante puis effacé à la fin du travail de thèse; les données personnelles seront rendues anonymes.

Si vous le désirez-vous serez libre à tout moment d'interrompre votre participation.

Vous pourrez à tout moment demander toute information complémentaire à l'examineur.

Je soussigné(e), Dr ....., certifie avoir pris connaissances des informations ci-dessus et expliqué par Anne-Laurène Jardé, et donne mon accord pour la participation à ce projet et l'utilisation d'un enregistrement pendant l'entretien.

Fait le / /2020 ; à .....

Signature :

## Mentions Informatique et Libertés :

Les informations et enregistrements recueillis sont destinés à la réalisation de la thèse décrite. Le responsable du traitement de ces données est le président de l'Université de Rouen Normandie.

Les destinataires des données sont : la directrice de thèse et la doctorante de médecine générale travaillant sur le projet.

Les données sont conservées jusqu'à trois mois après la soutenance de la thèse.

Le traitement des données se fait sur la base de votre consentement. Vous pouvez à tout moment le retirer sans porter atteinte au traitement déjà effectué. Vous avez également la possibilité de demander l'accès, la rectification ou l'effacement des données vous concernant, ainsi que la limitation du traitement. Vous avez également le droit de définir des directives relatives au sort des données après la mort.

Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser à l'adresse : [secretariat.medecine-generale@univ-rouen.fr](mailto:secretariat.medecine-generale@univ-rouen.fr), copie au délégué à la protection des données de l'université, [dpo@univ-rouen.fr](mailto:dpo@univ-rouen.fr)

Si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés, vous avez également la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

# RÉSUMÉ

CONTEXTE : Le thème de la sexualité est peu abordé en consultation de médecine générale. Compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie globale et de la baisse du nombre des gynécologues, les médecins généralistes sont de plus en plus confrontés à cette problématique que les patientes souhaitent voir aborder.

L'OBJECTIF : de cette étude était d'identifier la façon avec laquelle les médecins généralistes abordent la sexualité avec les femmes de plus de 65 ans.

MÉTHODE : Une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs a été réalisée auprès de médecins généralistes de premier recours exerçant en Haute-Normandie et en Île-de-France, en 2020.

RÉSULTATS : Douze entretiens ont été réalisés. Les médecins généralistes n'étaient pas proactifs pour aborder la sexualité. Les patientes abordaient la sexualité par l'intermédiaire de problématiques gynécologiques et conjugales, rares étant celles qui le faisaient spontanément. Les médecins ont décrit leur approche comme informelle, dépendant de l'intérêt qu'ils portaient à la sexualité. Ils ne s'estimaient pas assez formés. La relation de confiance entre le médecin et sa patiente était favorable à l'abord de sujets sensibles. Les difficultés évoquées étaient le temps de consultation court, l'obligation de prioriser les motifs de consultation et la complexité de la prise en charge sexuelle. Selon eux, l'idéal pour une patiente serait d'avoir un médecin généraliste femme, du même âge, pratiquant la gynécologie.

CONCLUSION : Cette étude a confirmé la légitimité des médecins généralistes pour s'emparer de ce sujet sensible. Des pistes d'amélioration sont possibles : poursuivre le suivi gynécologique annuel afin de développer un rendez-vous dédié avec une question systématique sur la sexualité ; développer la prise en charge du couple et introduire la sexualité à la formation universitaire

MOTS-CLEFS : médecine générale – médecin généraliste - sexualité

KEYWORDS : general practice – general practitioner - sexuality