



**HAL**  
open science

# Analyse de l'expérience vécue par des médecins généralistes pour aborder le thème de la sexualité chez les femmes ayant eu un cancer gynécologique (col et corps de l'utérus)

Sara Thaunay

## ► To cite this version:

Sara Thaunay. Analyse de l'expérience vécue par des médecins généralistes pour aborder le thème de la sexualité chez les femmes ayant eu un cancer gynécologique (col et corps de l'utérus). Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03178320

**HAL Id: dumas-03178320**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03178320>**

Submitted on 23 Mar 2021

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
Par

**Sara THAUNAY**

Le jeudi 4 mars 2021

**Analyse de l'expérience vécue par des médecins généralistes pour  
aborder le thème de la sexualité chez les femmes ayant eu un  
cancer gynécologique (col et corps de l'utérus)**

**Directeur de thèse :** Docteur Maryline LAIGRE

**Président :**

Professeur Pierre Emmanuel COLOMBO (PU-PH de 2<sup>e</sup> classe – Cancérologie, radiothérapie)

**Assesseurs :**

Professeur Renaud de TAYRAC (PU-PH de 1<sup>re</sup> classe - Gynécologie-obstétrique,  
gynécologie médicale)

Docteur Béatrice FOLCO-LOGNOS (Maitre de Conférence des Universités - Médecine  
Générale)

Docteur Maryline LAIGRE (Médecin généraliste)

**Membre invité :**

Docteur Christine KERR (Oncologue radiothérapeute)

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
Par

**Sara THAUNAY**

Le jeudi 4 mars 2021

**Analyse de l'expérience vécue par des médecins généralistes pour  
aborder le thème de la sexualité chez les femmes ayant eu un  
cancer gynécologique (col et corps de l'utérus)**

**Directeur de thèse :** Docteur Maryline LAIGRE

**Président :**

Professeur Pierre Emmanuel Colombo (PU-PH de 2<sup>e</sup> classe – Cancérologie, Radiothérapie )

**Asseseurs :**

Professeur Renaud de TAYRAC (PU-PH de 1<sup>re</sup> classe - Gynécologie-obstétrique,  
gynécologie médicale)

Docteur Béatrice FOLCO-LOGNOS (Maitre de Conférence des Universités - Médecine  
Générale)

Docteur Maryline LAIGRE (Médecin généraliste)

**Membre invité :**

Docteur Christine Kerr (Oncologue radiothérapeute)

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

**Professeurs Honoraires**

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUITER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISIÉ Jean Pierre

### Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivier	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

### Docteurs Emérites

PRAT Dominique  
PUJOL Joseph

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

---

---

**Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

**PU-PH de classe exceptionnelle**

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle

Génétique

VANDE PERRE Philippe

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc

Cancérologie ; radiothérapie

**PU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia

Hématologie ; transfusion

ASSENAT Éric

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

AVIGNON Antoine

Nutrition

AZRIA David

Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria

Pédopsychiatrie ; addictologie

BLANC Pierre

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric

Chirurgie viscérale et digestive

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CAMBONIE Gilles

Pédiatrie

CAMU William

Neurologie

CANOVAS François

Anatomie

CAPTIER Guillaume

Anatomie

CARTRON Guillaume

Hématologie ; transfusion

CAYLA Guillaume

Cardiologie

CHANQUES Gérald

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

CORBEAU Pierre

Immunologie

COULET Bertrand

Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DADURE Christophe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAUVILLIERS Yves

Physiologie

DE TAYRAC Renaud

Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DE VOS John

Histologie, embryologie et cytogénétique



DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

### **PU-PH de 2ème classe**

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophthalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

#### 1<sup>re</sup> classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale**

#### 1<sup>re</sup> classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

### **PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc



**PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine**

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

---

---

**Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

**MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel**

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

**MCU-PH Hors classe**

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

**MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIÈRES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
<b><u>MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe</u></b>	
BERGOUIGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

**Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale**

**MCU-MG de 1<sup>re</sup> classe**

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

**MCU-MG de 2<sup>ème</sup> classe**

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

**Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale**

CAMPAGNAC Jérômes

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe



**ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**

---

PERSONNEL ENSEIGNANT

**Maitres de Conférences des Universités**

Maitres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maitres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

## ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

### PERSONNEL ENSEIGNANT

#### PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Frédéric	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUROUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Maliha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe



MORAU Estelle	SEGURET Fabienne
MOSER Camille	SENESSE Pierre
MOUSTY Eve	SKALLI EI Medhi
MOUTERDE Gaël	SOLA Christelle
PANSARD Nicole	SOULLIER Camille
PERNIN Vincent	STOEBNER DELBARRE Anne
PERRIGAULT Pierre François	TEOT Luc
PEYRON Pierre-Antoine	THIRION Marina
PICARD Eric	VACHIERY-LAHAYE Florence
PICOT Marie Christine	VERNES Eric
PIERONI Laurence	VINCENT Laure
POQUET Hélène	WAGNER Laurent
PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
PUPIER Florence	
QUANTIN Xavier	
RAFFARD Laurence	
RAPIDO Francesca	
RIBRAULT Alice	
RICHAUD-MOREL Brigitte	
RIDOLFO Jérôme	
RIPART Sylvie	
RONGIERES Michel	
ROULET Agnès	
RUBENOVITCH Josh	
SANTONI Fannie	
SASSO Milène	
SCHULDINER Sophie	

## ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

### PERSONNEL ENSEIGNANT

---

---

#### Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

## REMERCIEMENTS

À **Monsieur le Professeur Pierre Emmanuel Colombo**, je vous remercie d'avoir accepté de présider mon jury de thèse, c'est un honneur de vous avoir dans mon jury.

À **Monsieur le Professeur Renaud de Tayrac**, c'est un honneur de vous compter parmi les membres de mon jury, merci d'avoir accepté de juger mon travail.

À **Madame le Docteur Béatrice Folco-Lognos**, merci d'avoir accepté de juger mon travail aujourd'hui, c'est un honneur de vous avoir dans mon jury.

À **Madame le Docteur Maryline Laigre**, merci d'avoir accepté de diriger ce projet de thèse. Merci pour tes conseils et ton écoute. C'est un plaisir d'avoir partagé ce travail avec toi.

À **Madame le Docteur Christine Kerr**, merci d'avoir rendu possible mon projet. Vous avez concrétisé une vague idée pour en faire un travail de recherche et vous m'avez aidé dans l'élaboration. C'est un honneur de vous avoir dans mon jury.

**Aux onze médecins que j'ai rencontrés pour la réalisation de ma thèse**, C'est grâce à chacun de vos témoignages que j'ai pu élaborer ce travail.

À **ma famille**,

À **mes parents, Catherine Mainfroid et Vincent Thauay**,

C'est pour vous que je suis arrivée jusqu'ici. J'ai toujours eu besoin que vous soyez fiers de moi.

À **maman**, merci d'avoir toujours été là pour moi surtout pour ces études aussi stressantes. Du jour des résultats de partiels de la première année de médecine où nous sautions dans le salon comme des folles jusqu'à ce jour.

À **papa**, merci d'avoir toujours été là pour moi, surtout pour tous mes déménagements qu'on ne compte plus depuis ces onze années d'études. J'ai commencé à parler devant toi pour dire « je veux et j'exige » aujourd'hui je conclus par « je jure sur l'honneur ».

À **mon frère et mes sœurs**,

**À Marinouchka,** merci de m'avoir toujours écoutée quand ça n'allait pas et d'avoir été là pendant toutes ces années. Tes problèmes sont à chaque fois plus graves que les miens, ça me permet de relativiser. Tu es une sœur en or. (Et non, ce n'est pas un cancer !)

**À Guillaume alias le loulou,** merci pour ces moments passés à rire comme des ânes. L'humour, c'est ton truc, non ? Tu as du mérite, tu es le premier à avoir découvert qu'on était deux dans ma tête. J'aime bien lui parler quand personne ne me regarde... ou presque !

**À Louissette cacahouète,**

Tu grandis vraiment trop vite. On ne se voit pas assez souvent mais les moments qu'on passe ensemble je les adore. Tu deviens une belle jeune fille. Quand tu es née, on était persuadé que tu allais être un garçon. Quel dommage ... mais non, je ne suis pas sérieuse là !

**À papy et mamie Auguste et Yvette Mainfroid,**

Encore merci d'être venus me voir pour cette occasion. Vous êtes un exemple de réussite et de partage, vous respirez le bonheur et l'amour.

**À papy et mamie Gérard et Josette Thaunay,**

Merci pour tout ce que vous m'avez apporté et pour votre générosité durant toutes ses années. J'aurais aimé vous avoir avec moi pour cette journée, on gardera une pensée pour vous !

**À Régis et Manon Favre,**

Je suis heureuse de vous avoir dans notre famille, merci pour tous ces moments passés ensemble.

**À Régis,** merci tout particulièrement de nous avoir sauvés de la dérive lors de notre croisière sur la Sarthe.

**À Justine Grosbois,**

L'année 2021 sera une année marquante pour nous deux. Nous avons avancée chacune à notre façon. Je suis fière de toi et de ta réussite.

**À tous les autres membres de ma famille, oncles, tantes, cousins et cousines, petits cousins, petites cousines,** j'ai de belles pensées pour vous en ce jour important, merci d'avoir cru en moi.

**À mes amis de médecine d'Angers,**

**À Cloé et Lolita, les grognasses,**

Merci pour tous ces moments passés ensemble, les bons moments ou les moments tristes. J'ai réalisé avec vous mes plus belles expériences, mes plus beaux voyages, les plus grandes étapes de ma vie. Vous avez été là pour moi à chaque fois, ça compte beaucoup pour moi.

**À Blobé,** merci pour tous ces moments précieux passés ensemble, de nos fous rires qui ont commencé à la BU jusqu'à nos instants partagés dans nos voyages au bout du monde. J'ai beaucoup d'admiration pour ta générosité et ta façon de rassembler les personnes que tu aimes autour de toi. Tu donnes beaucoup, j'ai de la chance de t'avoir comme amie.

**À Bobich,** merci pour ces années d'amitiés ensemble, pour cette colocation sur les toits d'Angers jusqu'à nos sorties à Noz en quête de bonnes affaires. Je suis heureuse de t'avoir dans ma vie.

**À Cyrille,** merci pour nos années passées ensemble remplies d'attentions et d'amour. Je suis heureuse de voir que ta vie se poursuit dans la réussite.

**Aux copains d'Angers,** merci pour ces années de soirées, de vacances et de rire,

**À Anaïs,** ma première amie des études de médecine. On en a parcouru du chemin depuis cette époque. Je suis heureuse de t'avoir gardée près de moi depuis toutes ces années. Merci d'être venue me voir pour la soutenance.

**À Ardur,** merci d'être venu pour ce jour important. J'ai beaucoup d'admiration pour ton côté professionnel et ta façon de quitter les sentiers battus pour te rapprocher de la posturologie.

**À Clélia,** merci pour tes moments de soutien, pour nos discussions profondes et pour tes qualités humaines. J'ai beaucoup d'admiration pour toi (D'ailleurs, ça fait 7 ans que je fais tout comme toi !)

**À Lufie,** merci pour ces années passées ensemble, tu es vraiment une belle personne.

**À Romain,** on a passé de sacrées vacances ensemble, quand est-ce qu'on repart avec les kikines ? Merci pour tous ces moments importants.

**À Robin,** merci pour ces moments passés ensemble.

**À mes amies de Montpellier,**

**À mon Cassou,** merci d'avoir partagé ces moments de coloc ensemble. Tu sais déjà tout ce que je pense de toi. Je suis heureuse de voir à quel point on s'est trouvées toutes les deux. Bravo

pour ta réussite, tu es une personne riche de qualités humaines (ça contraste avec la pauvreté de ton compte bancaire.)

À **Clara**, merci pour tous ces instants qu'on a passé ensemble à parler autour d'une cigarette et d'une bière. Tu es très rigoureuse dans ton travail et tu me donnes envi de faire de même quand je suis près de toi.

À **Merwouich**, merci pour ton soutien quand j'en avais besoin, de m'avoir accompagnée pour les derniers moments de ce travail de thèse. J'admire beaucoup ta volonté de concilier travail et découverte culturelle. Peut-être qu'on aura l'occasion de faire une mission ensemble.

À **Quentin**, merci d'être venu vivre à Montpellier, mon plus vieil ami ! C'est incroyable de se retrouver après tant d'années.

À **Matthias**, merci pour tout le soutien que tu m'as apporté pour ce travail de thèse. Je te suis infiniment reconnaissante pour toute ton aide et ta bienveillance envers moi. (C'est mal de draguer ses collègues de travail !!)

À **Mathilde**, merci de toujours être là pour les meilleures soirées. Je n'oublierai jamais l'histoire du cheval blanc qui court dans un champ de tulipe racontée le fameux soir de la Villa Rouge.

À **la coloooca et aux amis de Béziers**, mes premières belles découvertes de la région,

À **Alice**, merci pour tous ces moments de fou rire passés ensemble, ces vacances, ces rando... Tu es une vraie belle personne.

À **Julie**, merci pour toutes ces soirées et ces bons moments passés ensemble. Pour ton caractère trempé et attachant.

À **Olivia**, merci d'être toujours enjoués pour tout : ces parties de puzzle, de unlock et ces pulsions de ménage. C'est beau de voir comme tu es passionnée dans ta vie professionnelle et personnelle (je parle de ta collection de canards en plastique).

À **Youcef**, le spécialiste des dernières recommandations, merci pour tes conseils humains et professionnels. Toujours le mot juste !

À **Valentin**, alias le patient 0, merci pour ces moments passés ensemble et pour m'avoir montré que pour faire une fiche de thèse il fallait une après-midi.

À **Marwane**, merci pour ta motivation pour toutes les activités ludiques possibles et imaginables. On fera des sessions de surf ensemble !



À **Amine**, merci pour ces moments passés ensemble.

**Merci à Justine, Raph, Dani, Thomas, Clémence, Inès, Pierre, Ugo, Hugo et toutes les personnes** que j'ai rencontrées pendant et en dehors de mes études avec qui j'ai partagé de très beaux souvenirs depuis mon arrivée à Montpellier.

**Merci à l'équipe de la clinique du Parc avec Catherine, Cristian, Leticia et Caroline.** Ces 6 mois avec vous m'ont beaucoup touchées. Vous m'avez vu faire mes premiers pas en oncologie !

**Et un immense merci à Nicole Charlopeau**, ma grand-tante. Merci de m'avoir accompagnée dans ce travail de thèse dans toutes ses étapes. Ton regard et ta critique m'ont beaucoup fait avancer. Ta présence m'a rapprochée de toi. C'était un plaisir de travailler ensemble « pour que la boutique ne soit pas fermée » !

## ABRÉVIATIONS

**DMP** : Dossier Médical Patient

**DS** : Dysfonctions Sexuelles

**ETP** : Éducation Thérapeutique Patient

**FCV** : Frottis Cervico-Vaginal

**FIGO** : Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrerie

**HCSP** : Haut Conseil de Santé Publique

**HPV** : Papilloma Virus

**ICM** : Institut du Cancer de Montpellier

**INCa** : Institut National du Cancer

**IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique

**MG** : Médecin Généraliste

**MSP** : Maison de Santé Pluridisciplinaire

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PPS** : Parcours Personnalisé de soins

**PPAC** : Programme Personnalisé Après Cancer

**RCP** : Réunion de Concertation pluridisciplinaire

**SFMG** : Société Française de Médecine Générale

**SGM** : Syndrome Génito-urinaire de la Ménopause

**UTEp** : Unité Transversale en Éducation Thérapeutique du Patient

## Table des matières

<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>28</b>
<b>1.1. Le cancer du col de l'utérus et le cancer de l'endomètre</b> .....	<b>28</b>
1.1.1. Généralités .....	28
1.1.2. Les examens .....	28
1.1.3. Thérapeutiques proposées : .....	28
1.1.4. Le suivi .....	29
<b>1.2. Les troubles sexuels des femmes suivies pour un cancer gynécologique pelvien et leur prise en charge</b> .....	<b>29</b>
1.2.1. Troubles de la sexualité induits par le cancer.....	29
1.2.2. Troubles induits par les thérapeutiques.....	30
1.2.3. Troubles indirects : .....	31
1.2.4. Prise en charge : .....	31
<b>1.3. Parcours de soins dans l'ancienne région du Languedoc Roussillon :</b> .....	<b>33</b>
<b>1.4. Problématisation :</b> .....	<b>35</b>
<b>2. MATÉRIEL ET METHODE</b> .....	<b>36</b>
<b>2.1. Méthode de recrutement</b> .....	<b>36</b>
<b>2.2. Type d'étude</b> .....	<b>36</b>
<b>2.3. Recueil de données</b> .....	<b>37</b>
<b>3. RESULTATS</b> .....	<b>38</b>
<b>3.1. Résultats pour l'échantillon</b> .....	<b>38</b>
<b>3.2. Les troubles de la sexualité présentés par les patientes ressortis à travers le discours des médecins</b> .....	<b>38</b>
3.2.1. Séquelles psychologiques.....	38
3.2.2. Trouble physique.....	40
3.2.3. Les troubles de la sexualité qui touchent la vie de couple de manière variable .....	42
<b>3.3. Une faible expérience pour les médecins interrogés</b> .....	<b>45</b>
3.3.1. Un faible recrutement de patientes suivies pour un cancer gynécologique .....	45
3.3.2. Des contextes cliniques non propices à la problématique .....	46
3.3.3. Absence de dépistage.....	47
<b>3.4. Un « sentiment de non compétence » pour la prise en charge</b> .....	<b>51</b>
3.4.1. Absence de formation à la sexualité en médecine générale.....	51
3.4.2. Certains médecins ne pratiquent pas d'examen gynécologique.....	51
3.4.3. Absence de connaissances spécifiques sur les troubles de la sexualité induits par le cancer et ses traitements .....	52
<b>3.5. La sexualité des femmes : un sujet tabou pour les médecins et pour les patientes</b> .....	<b>55</b>
3.5.1. Dialogue difficile entre les praticiens et les patientes.....	55
3.5.2. Tabou accentué ou diminué selon le sexe.....	57
3.5.3. Un tabou qui a tendance à s'amoinrir dans notre société .....	59
<b>3.6. Parcours de soins des patientes centré sur l'hôpital dont les médecins généralistes se sentent exclus</b> .....	<b>62</b>
3.6.1. Les consultations décrites comme moins fréquentes et plus denses .....	62
3.6.2. Absence de communication de l'hôpital vers les cabinets de médecine générale sur cette problématique .....	63

<b>3.7. Les qualités propres à la médecine générale donnent une place importante aux généralistes dans le parcours de soins .....</b>	<b>67</b>
3.7.1. Médecin de première ligne dans une prise en charge pluridisciplinaire.....	67
3.7.2. Plus de disponibilités .....	69
3.7.3. Une relation de confiance plus importante pour les médecins généralistes avec leurs patientes.....	69
3.7.4. Les médecins femmes pratiquent des examens gynécologiques.....	72
<b>3.8. Les perspectives d'amélioration de la prise en charge retrouvées dans les discours des médecins .....</b>	<b>76</b>
3.8.1. Consensus sur le fait que la sexualité a un impact sur la qualité de vie au quotidien.....	76
3.8.2. La prise en charge de la sexualité peut être améliorée.....	76
3.8.3. Sensibilité à la plainte soulevée.....	77
<b>4. DISCUSSION .....</b>	<b>80</b>
<b>4.1. Principaux résultats et données de la littérature.....</b>	<b>80</b>
4.1.1. Les troubles de la sexualité des femmes .....	80
4.1.2. Expérience en médecine générale.....	81
4.1.3. Un « sentiment d'incompétence » dans la prise en charge .....	82
4.1.4. Un sujet tabou pour les médecins et les patientes .....	84
4.1.5. Un parcours de soins centré sur l'hôpital dont le médecin généraliste se sent exclu.....	85
4.1.6. Les qualités propres à la médecine générale pour cette problématique .....	86
4.1.7. Les perspectives d'amélioration .....	87
<b>4.2. Forces et limites de l'étude .....</b>	<b>88</b>
<b>5. CONCLUSION.....</b>	<b>89</b>
<b>6. BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>90</b>
<b>7. ANNEXES.....</b>	<b>95</b>
7.1. Guide d'entretien .....	95
7.2. Formulaire de consentement.....	96
<b>8. SERMENT D'HIPPOCRATE .....</b>	<b>99</b>
<b>9. RESUME .....</b>	<b>100</b>

# 1. INTRODUCTION

## 1.1. Le cancer du col de l'utérus et le cancer de l'endomètre

### 1.1.1. Généralités

Les cancers de l'endomètre et du col de l'utérus sont respectivement les quatrième et onzième cancers de la femme en France.

L'incidence annuelle du cancer de l'endomètre est en constante augmentation. Ses facteurs de risque sont l'âge avancé, l'obésité, la sédentarité et l'élévation du taux d'œstrogènes.(1) L'âge du diagnostic est autour de 60 ans. (2)

Le cancer invasif du col de l'utérus a une incidence qui régresse chaque année grâce au dépistage national par FCV et aux vaccins anti-HPV. (3) Ils touchent les femmes vers l'âge de 40 ans.(4)

### 1.1.2. Les examens

Leur diagnostic est histologique et consiste dans les deux cas en un examen par voie endovaginale. Le premier est obtenu par une hystéroscopie et le deuxième par une colposcopie.

Le bilan d'extension se fait par des examens iconographiques ( TEP scanner , IRM pelvien ). Il est complété par un curage ganglionnaire rétropéritonéal pour le cancer de l'endomètre et dans certaines situations par cystoscopie/rectoscopie pour le cancer du col.

L'ensemble de ces éléments permet de définir le stade FIGO qui est utilisé pour proposer la stratégie thérapeutique et déterminer le pronostic. (5)

### 1.1.3. Thérapeutiques proposées :

La chirurgie est la thérapeutique clef pour les formes localisées de ces cancers. Elle se détermine en fonction du stade FIGO, de l'état général de la patiente et pour le cancer du col, de la volonté d'avoir une nouvelle grossesse. Elle peut aller d'une hystérectomie partielle à une colpo-hystérectomie élargie avec annexectomie et curage ganglionnaire pelvien.(6)(7)(8) La

radiothérapie, externe et curiethérapie, est préconisée pour les formes les plus avancées. Elle se fait généralement dans le cadre d'une radio-chimiothérapie concomitante.(6)(9)

#### 1.1.4. Le suivi

La surveillance post-thérapeutique est avant tout clinique. Elle comprend un examen clinique général et un examen gynécologique. Les objectifs sont de dépister les signes cliniques de récurrence et d'assurer la qualité de vie dont la santé sexuelle.(10)(11)

### **1.2. Les troubles sexuels des femmes suivies pour un cancer gynécologique pelvien et leur prise en charge**

La dysfonction sexuelle se définit comme étant l'altération de l'une des dimensions composant l'acte sexuel, c'est à dire, les troubles du désir sexuel, de l'excitation, la dysfonction orgasmique et les dyspareunies. Les étiologies des dysfonctions sexuelles sont multiples car la vie sexuelle de la femme est intriquée dans sa vie physique, physiologique, psychologique, sociale et culturelle.(12)(13)

Les femmes suivies pour un cancer gynécologique ont plus de dysfonctions sexuelles que les femmes de la population générale. En cause, notamment, l'altération de l'image de soi induite par le diagnostic du cancer ainsi que les traitements responsables de troubles fonctionnels génitaux et de dyspareunies.(14)(15)

#### 1.2.1. Troubles de la sexualité induits par le cancer

Le cancer peut se manifester par des symptômes gynécologiques comme des douleurs pelviennes, des métrorragies ou des leucorrhées pouvant altérer la santé sexuelle et être le mode d'entrée dans la maladie néoplasique.

L'annonce diagnostique engendre des troubles psychologiques en altérant l'image de soi et l'image du corps. La dépression, l'anxiété et la crainte de la mort sont plus fréquemment retrouvées ce qui engendre des séquelles intra-psychiques perturbant le bien-être.

L'organe génital représentant initialement la vie et la reproductivité peut alors devenir une représentation de souffrance, de maladie et de fin de vie.

Des fausses croyances peuvent également aggraver cette crise identitaire, comme par exemple la peur de transmission du cancer lors des rapports.(16)

### 1.2.2. Troubles induits par les thérapeutiques

Certaines chirurgies peuvent avoir des conséquences importantes. Elles peuvent inclure des vulvectomies partielles. Celles-ci peuvent provoquer des douleurs à l'intromission du pénis. L'ablation du clitoris engendre des dysorgasmies. Un raccourcissement vaginal peut empêcher la pénétration complète et provoquer des douleurs sur des poussées profondes du pelvis.

L'ovariectomie induit une ménopause forcée avec les effets indésirables connus de la ménopause comme l'atrophie vulvaire, la baisse de la libido et la sécheresse vaginale.(17)

Se surajoute la radiothérapie qui induit des toxicités précoces (< 6 mois) et des toxicités tardives (> 6 mois) sur la sphère génitale dont la gravité de l'atteinte dépend de l'âge de la patiente, du statut hormonal, de la taille de la tumeur, de la dose d'irradiation et de l'hygiène intime.(17)

En phase aiguë, la curiethérapie provoque une perte des cellules épithéliales vaginales. Cet effet peut durer pendant 3 à 6 mois. La réépithélialisation n'est jamais complète in fine. Les conséquences sont la hyalinisation, une diminution de la collagénisation, la diminution des glandes de lubrification et l'oblitération des petits vaisseaux. (17)

Cliniquement on peut voir une hyperhémie, une desquamation humide et des exsudats fibrineux.

Des séquelles sont attendues dans les mois suivant le traitement, au niveau génital. On peut retrouver une atrophie, une perte de lubrification, une perte d'élasticité, des nécroses et des ulcérations. Au niveau vaginal, des adhérences peuvent apparaître et provoquer, selon les cas, la fermeture du vagin ou la sténose du col lors de fortes irradiations. (16)

L'irradiation ovarienne porte atteinte aux cellules granulosa constituant la charnière des ovaires. Cela fait perdre la viabilité des ovocytes et des follicules induisant des symptômes de

ménopause comme les bouffées de chaleur, des vulvites, des altérations de la répartition des graisses modifiant l'image du corps. Elle peut provoquer (ou aggraver) l'anxiété, ou la dépression et diminuer la libido. (17)

A plus long terme, dans les formes les plus graves, des fistules recto ou utéro-vaginales peuvent être retrouvées.

La chimiothérapie, associée à la radiothérapie, amplifie l'effet immédiat de perte épithéliale et donc potentialise les effets attendus et les effets indésirables. Cela majore le risque d'apparition de complications graves au niveau vulvaire, vaginal et utérin.

Elle aggrave également l'insuffisance ovarienne en détruisant les ovules et les follicules, en stoppant la maturation folliculaire et provoque donc des symptômes de ménopause.(17)

#### 1.2.3. Troubles indirects :

L'ensemble des perturbations sus-citées peuvent engendrer chez les femmes des douleurs lors des rapports sexuels et développer par la suite une anxiété anticipatoire pour les prochains. Cette anxiété peut aggraver les troubles sexuels en diminuant la libido et en faisant perdre confiance en soi ainsi que confiance dans sa relation de couple. (16)

#### 1.2.4. Prise en charge :

L'obligation déontologique et éthique des oncologues (chirurgiens, radiothérapeutes ou chimiothérapeutes) est d'informer les femmes quant à l'anatomie pelvienne et les séquelles attendues des traitements. Cela permet de les rassurer et de limiter les interprétations suite aux modifications de leur corps. À l'inverse, les amener à consulter pour des symptômes inhabituels pouvant inquiéter le corps médical.(18)

Les prises en charges des troubles directement induits par le cancer et ses traitements sont nombreux et sont d'autant plus efficaces si elles sont évoquées très tôt par les oncologues.

- Les gels hydratants vaginaux sont efficaces contre les sécheresses vaginales. Ils doivent être utilisés par les femmes de manière préventive plusieurs fois par semaine afin de maintenir la qualité des tissus.



- Les lubrifiants à base d'eau ou de silicone sont indiqués pendant la pratique sexuelle. Ils limitent l'inconfort et la pénétration traumatique.

- Les œstrogènes vaginaux à faible dose se présentent sous forme de crème, de comprimés ou d'anneaux. Ils sont efficaces contre les symptômes locaux de la ménopause comme l'atrophie vulvaire.

- Le traitement hormonal substitutif diminue les symptômes généraux de la ménopause pour les femmes de moins de 45ans. Leur utilisation est controversée pour les cancers à récepteurs hormonaux substitutifs. Même si quelques études ont montré qu'ils n'étaient pas associés à un risque accru de récurrence pour des stades précoces, leur prescription reste du domaine des spécialistes.

- La rééducation des muscles du plancher pelvien corrige des incontinences urinaires et permet une amélioration de la réponse des femmes dans le domaine de l'excitation et de l'orgasme. Les faiblesses musculaires s'aggravent avec l'âge et la ménopause.

- Les dilateurs vaginaux et/ou les rapports sexuels pénétrants non traumatiques préviennent les adhérences intra-vaginales et réhabilitent la paroi. Ils sont efficaces s'ils sont utilisés de manière précoces et régulières.

- La psychothérapie est efficace pour traiter les problèmes de désir et d'excitation qui sont majoritairement altérés par l'anxiété, la dépression et l'altération de l'image corporelle.(19)

Favoriser les rapports sexuels non douloureux et agréables permet d'éviter le cercle péjoratif amenant à une anxiété anticipatoire, elle-même altérant la libido et le désir. Une reprise précoce des rapports vaginaux signifie parfois la volonté des femmes à vouloir satisfaire leur partenaire plutôt que leur propre qualité de vie sexuelle.

L'intimité du couple ne doit pas être confondue avec les relations sexuelles intra-vaginales et doit être valorisée. Il a été montré qu'informer et rassurer les partenaires favorisent le rétablissement des patientes dans ce domaine. (16)

### **1.3. Parcours de soins dans l'ancienne région du Languedoc Roussillon :**

Lors du diagnostic de cancer gynécologique, les patientes sont dirigées dans différents centres de soins agréés pour leur prise en charge oncologique. Elles réalisent alors de la radiothérapie et de la chimiothérapie pendant plusieurs semaines.

L'Institut de cancérologie de Montpellier (ICM) est le seul établissement des départements de l'Hérault, du Gard, de l'Aude et des Pyrénées orientales, à réaliser de la curiethérapie gynécologique. Elle se réalise le plus souvent en complément de la radiothérapie externe et ce, environ dans les 2 semaines suivantes.

Le suivi gynécologique, consécutif à la curiethérapie qui clôture les traitements oncologiques, dure 5 ans avec une surveillance clinique et iconographique régulière (IRM, scanner injecté ou Petscanner).

Les deux premières années, les femmes bénéficient de 3 ou 4 consultations par an en alternance avec le radiothérapeute, le chirurgien, et le gynécologue. Les trois années suivantes deux consultations par an sont programmées.(8)(7) L'objectif est de prévenir les rechutes, de surveiller et de traiter les effets indésirables provoqués par le cancer ou ses traitements.

Le Docteur Christine Kerr, médecin oncologue radiothérapeute et curiethérapeute à l'ICM, et Docteur Anne Stoebner-Delbarre, médecin de santé publique, ont co-dirigé un projet intitulé : « *Cancer gynécologique et santé sexuelle : apport de l'éducation thérapeutique du patient dans le parcours de soins* ». Il regroupait le travail de 20 professionnels de santé, de 31 patientes et était soutenu par « l'Unité Transversale en Education Thérapeutique du Patient (UTEP) ». Les objectifs sont de faciliter le dialogue entre les patientes et les équipes de soins autour de la santé sexuelle et d'optimiser la mise en œuvre des prescriptions médicales visant à la conserver et à l'améliorer.(20)

Suite à ce travail, il est proposé des programmes d'éducation thérapeutique des patients (ETP) afin de protéger la sphère génitale et de favoriser la reprise d'une sexualité sans douleur :

- l'irrigation vaginale se fait dès la fin de la curiethérapie. Cette technique de lavage génital est simple, elle utilise de l'eau et de la Bétadine gynécologique. C'est la patiente, elle-même, qui réalise le geste au domicile.(21)

- les dilateurs vaginaux sont utilisés entre 4 à 8 semaines après la fin des traitements. La patiente réalise, seule ou en couple, son « auto rééducation » à son rythme. Le principe étant de restaurer la fonction vaginale progressivement et sans douleur.(21)

Ces méthodes ont l'avantage d'avoir été étudiées en collaboration entre une équipe spécialisée et les patientes elles-mêmes. Des fiches explicatives ont été co construites sur les irrigations vaginales, les dilateurs vaginaux et sont distribuées aux patientes dès le début de la prise en charge. Les femmes sont actrices de leur prise en charge après une éducation. Ces deux techniques ne bénéficient pas encore de remboursement par la sécurité sociale ce qui peut engendrer une inégalité d'accès aux soins selon les patientes et leur catégorie socio-professionnelle.

Sur le plan thérapeutique, des ovules de Trophigil sont prescrits en systématique pendant 10 jours, à la fin de la curiethérapie. Ils sont composés d'oestrogènes, de la progestérone d'action locale et des bacilles de Döderlein.

Sont également prescrits des gels vaginaux hydratants sans paraben, avec le conseil de les utiliser au moins trois fois par semaine avec l'aide d'un applicateur. Ils permettent de lubrifier et d'hydrater les parois vaginales et donc de prévenir les sécheresses. Ces gels ne bénéficient pas de remboursement par la Sécurité sociale.

L'absence ou le peu de communication entre les patientes et les soignants est un frein important à l'accompagnement des femmes suivies. Pour essayer d'aider les soignants, ces derniers ont accès à une formation spécifique sur la santé sexuelle, les troubles de la sexualité et l'échange avec les patientes.(22)

En dehors des consultations, la patiente peut consulter le site <https://www.monreseau-cancergyneco.com/> qui est un site co-créé par l'association IMAGYN et du réseau de patientes ayant un cancer gynécologique. Après inscription, elles peuvent consulter des articles d'information en lien avec leur pathologie, participer aux forums avec d'autres patientes et/ou professionnelles de santé et être informées de l'organisation de divers évènements.(23)

#### **1.4. Problématisation :**

Malgré la volonté de mieux accompagner ces patientes, le sujet de la sexualité reste encore un tabou et la qualité de vie sexuelle reste d'avantage perturbée par rapport au reste de la population générale.

Parmi les objectifs du suivi de ces patientes, outre la surveillance du risque de récurrence néoplasique, se trouve la volonté de maintenir la qualité de vie globale dont la santé sexuelle. (24)(25) Celle-ci est définie comme un état qui va au-delà de l'absence de trouble c'est-à-dire comme un état de bien être qui se doit d'être respecté et protégé. (26)

Les médecins généralistes sont cités par les femmes et par les autres professionnels de santé, comme ayant un rôle-clef dans le suivi en post-traitement des patientes atteintes d'un cancer gynécologique pelvien. Ce rôle n'y est pourtant pas clairement défini.(27)(10)(11)

Il existe un manque de données qualitatives concernant l'expérience et le vécu des médecins généralistes à aborder les troubles de la sexualité pour ces femmes. Il serait donc pertinent et utile de la décrire afin d'optimiser le parcours de soins et la prise en charge. C'est l'objectif de cette étude.

## **2. MATÉRIEL ET METHODE**

### **2.1. Méthode de recrutement**

Pour recruter les médecins généralistes, nous nous sommes basés sur la liste de ces derniers suivant les patientes ayant reçu de la curiethérapie pour un cancer de l'utérus ou de l'endomètre en 2019 à l'ICM. Le lien entre les patientes et les médecins, avec leur lieu d'exercice et leurs coordonnées téléphoniques, a été établi en consultant le dossier médical de chaque patiente. Au total, La liste comprenait 156 médecins. N'ont été contactés par téléphone ou par mail que les médecins qui exerçaient dans les départements de l'Hérault, l'Aude, le Gard, et les Pyrénées-Orientales. Parmi les 66 médecins généralistes appelés, 11 ont accepté les entretiens. Une volonté de diversité de profil des participants a été recherché en faisant les appels. Les âges variés et l'équilibre entre les deux sexes, nous ont semblés être les critères les plus importants pour un échantillon de qualité face à la problématique posée.(28)

Le recrutement a été arrêté lorsque la saturation de données a été obtenue. Les motifs des refus étaient le manque de temps, l'absence d'intérêt pour le sujet ou n'étaient pas précisés.

### **2.2. Type d'étude**

Pour répondre à la problématique posée, le choix a été fait de réaliser une analyse qualitative selon une approche phénoménologique sémio pragmatique qui est la méthode la plus adaptée pour expliquer un phénomène non quantifiable dans un objectif de quête de sens. (29)(30)

Les données ont été recueillies à partir d'entretiens individuels semi dirigés, réalisés à partir d'un guide d'entretien centré sur le vécu des praticiens afin de comprendre un phénomène. (31)

L'idée était d'ouvrir le discours au maximum sur la question de l'approche de la sexualité en médecine générale pour les femmes ayant eu un cancer gynécologique pelvien. Dans ce contexte les questions posées étaient le plus ouvertes possibles en laissant les praticiens s'exprimer sur leur expérience selon leur ressenti propre sans être influencé par l'interrogateur. Lorsque les médecins interrogés sortaient de l'objet d'étude, l'interrogateur recentrait sur le guide d'entretien. Les questions pouvaient parfois être répétées ou reformulées pour aider les médecins généralistes à mener leur discours.

Un consentement avait été recueilli au préalable pour chaque médecin interrogé. Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un smartphone.

### **2.3. Recueil de données**

Pour chaque entretien, les étapes suivantes ont été réalisées :

- Retranscription mot à mot pour constituer le verbatim
- Lecture intuitive puis focalisée
- Découpage du texte en unités de sens
- Identification des thèmes
- Démarche de catégorisation

L'analyse par théorisation ancrée a permis l'émergence de catégories à partir des données du verbatim. (32)

### 3. RESULTATS

#### 3.1. Résultats pour l'échantillon

L'ensemble des entretiens a été fait sur la période d'août à novembre 2020. Au total, 11 entretiens ont été effectués. Les 6 premiers ont été réalisés au sein des cabinets de médecine générale. Avec le contexte épidémique particulier de la Covid 19, les 5 derniers entretiens ont été enregistrés lors d'échanges téléphoniques.

La moyenne d'âge des interviewés est de 48 ans et 6 mois et le temps moyen d'entretien est de 16 min et 33 secondes

Identification Verbatim	Âge	Sexe	Lieu d'exercice	Temps d'entretien
V1	36 ans	M	Ville	08 min 11 sec
V2	60 ans	M	Rural	10 min 43 sec
V3	63 ans	F	Rural	25 min 31 sec
V4	55 ans	M	Ville	16 min 06 sec
V5	49 ans	F	Ville	20 min 52 sec
V6	59 ans	M	Rural	21 min 21 sec
V7	36 ans	F	Rural	22 min 47 sec
V8	47 ans	F	Rural	10 min 06 sec
V9	32 ans	F	Rural	13 min 42 sec
V10	48 ans	F	Rural	14 min 54 sec
V11	49 ans	M	Ville	18 min 55 sec

Les questions ont été posées par « ST » lors de chaque entretien.

#### 3.2. Les troubles de la sexualité présentés par les patientes ressortis à travers le discours des médecins

##### 3.2.1. Séquelles psychologiques

### 3.2.1.1. Altération de l'image de soi

L'ensemble des médecins rencontrés a parlé de l'altération de l'image de soi comme un facteur qui altère la santé sexuelle des femmes.

(V7) « C'est surtout la perception de son corps avec la perte de l'estime de soi et de la confiance en soi et avec la perte de la libido qui en découle. »,

(V9) « Une modification de leur image corporelle qui est dégradée du fait des effets secondaires des traitements qu'elles ont pu avoir. »

(V10) « Une certaine détresse dans un premier temps et une grosse remise en question. Il faut se réapproprier son corps derrière donc ça ne semble pas évident. »

Certains utilisent les termes « mutilation » ou « traumatisme » pour évoquer cette problématique.

(V2) « Il y a le ressenti des femmes vis-à-vis de ce qu'elles considèrent comme une mutilation »,

(V6) « Si vous voulez c'est plus de l'appréhension. Le problème, c'est plutôt le regard porté sur un corps qui a été amputé. Les femmes, je trouve, le vivent vraiment comme une amputation sur leur féminité. « Comment peut-il encore avoir du désir pour moi ? ». ».

(V10) « Elles comprennent bien qu'il faut se retrouver après ce traumatisme, ça prend un peu de temps et ça elles le posent elles-mêmes comme ça. »

### 3.2.1.2. Perte de la libido

La perte de la libido a également été citée comme conséquence de multiples facteurs psychologiques.

(V1) « la libido qui est certainement altérée par l'image de la femme en elle-même et éventuellement de son entourage et de son compagnon ou de sa compagne. »

(V10) « Je dirais la perte de libido mais j'essaie de réfléchir si c'était juste après une chirurgie ou des soins de radiothérapie. Non, celle à laquelle je pense, ça n'a pas duré »



### 3.2.1.3. *Augmentation du risque d'apparition d'un syndrome anxio-dépressif*

Certains des médecins parmi les onze interrogés ont décrit des situations avec des patientes démunies face à leur trouble de la sexualité, impactant leur humeur et favorisant les angoisses.

*(V3) « Oui mais ça te bousille la vie quand même. Parce que vous savez, quand les femmes, elles ont recommencé à avoir des rapports sexuels avec leur mari que ça s'est mal passé et tout ça, après pour ces femmes là, ça devient une hantise. Alors que ce n'est pas quelque chose qui devrait être une hantise. Ça devient une hantise. Moi la petite nana que j'ai, qui a ses problèmes de diarrhées, enfin de troubles intestinaux, moi à chaque fois que je la vois elle pleure. Elle a tout le temps les larmes aux yeux. »*

*(V6) « C'est comme si elles étaient brisées. Je crois que c'est la peur du regard de l'autre par rapport à la maladie et aux séquelles de la maladie. Il y a une forme d'appréhension à ce que peut ressentir le partenaire dans la relation de couple. »*

Le niveau socio culturel a été cité une fois comme un facteur influençant le ressenti des patientes.

*(V6) « L'instruction aussi est importante. Le niveau d'études. Quelqu'un qui a des connaissances va mieux le vivre que quelqu'un qui en a moins. Mais il y a aussi des gens qui ont des connaissances et qui sont très stressés (rire). Mais souvent, quand même, on arrive à mieux gérer chez les gens qui ont un niveau d'études plus élevé. Ou, on a l'impression de mieux gérer (rire). »*

## 3.2.2. Trouble physique

### 3.2.2.1. *Douleurs vulvo-vaginales*

La douleur de la sphère génitale était le symptôme physique le plus souvent mentionné comme séquelles du cancer et des traitements.

(V2) « Alors c'était plus sur les douleurs qui étaient entraînées par les traitements. C'est-à-dire, les sécheresses, les brûlures, l'impossibilité d'avoir des rapports indolores. »

(V7) « Dans un premier temps, les troubles liés à des douleurs séquellaires, à des traumatismes physiques qui peuvent persister, des modifications du corps etc. »

(V9) « Des douleurs aussi qui sont consécutives à la localisation du cancer et donc potentiellement une sexualité dégradée voire absente. »

#### 3.2.2.2. Les dyspareunies

Ces douleurs génitales sont rapportées comme plus importantes lors des rapports sexuels à cause d'un défaut de lubrification et de douleurs profondes pelviennes.

(V3) « Non, non, c'est surtout le fait d'avoir des douleurs au moment des rapports qui crée des problèmes. Moi les problèmes dont elles me parlent c'est ça. C'est les douleurs. »

(V5) « Spontanément, des fois elles arrêtent toute sexualité, des fois elles ont des sécheresses, baisse de libido, douleur et donc pas de rapport. »,

Ces dyspareunies étaient parfois responsables d'un arrêt total des relations sexuelles.

(V3) « On lui avait proposé des traitements locaux avec des ovules à base d'acide hyaluronique, des gels locaux. C'est ce que lui avait aussi proposé sa gynécologue et tout. Elle a essayé un peu au début et puis comme ça n'apportait pas des résultats aussi vite que ce qu'elle voulait, elle a vite mis un point final à ça.

(V9) « ST : Et pour cette patiente, est-ce que vous savez pourquoi elle n'avait pas de rapport sexuel ? V9 : Des douleurs pelviennes avec le traitement. Donc, de toute façon, ce n'était même pas possible d'en avoir. Elle avait trop de douleur. »

#### 3.2.2.3. Autres symptômes somatiques impactant la sexualité

Le trouble de transit en post thérapeutique oncologique a été cité à deux reprises comme impactant directement la qualité de vie sexuelle des femmes

(V3) « ST : Et je reviens sur la première patiente dont vous avez parlé. Les troubles intestinaux, la patiente les jugeait comme impactant sur sa sexualité ? V3 : Oui, oui, parce qu'elle a des épisodes de diarrhées incontrôlées, elle a des douleurs anales importantes et donc tout ça, ça se mélange. Chez elle, les deux sont associés. En plus, elle a un mari qui n'est pas trop dans la compréhension donc c'est pour ça qu'on en est arrivé à cette situation. »

(V7) « Oui, elles nous évoquent des douleurs, des inquiétudes par rapport au pronostic vital, ou par rapport aux effets secondaires des traitements ou s'il y a des troubles digestifs. J'ai le souvenir d'une patiente, pour des problèmes d'incontinence anale tout ça »

(V10) « C'était plus de comment on fait pour s'accommoder dans le couple avec ses effets indésirables qui n'existaient pas avant, comme d'éventuelles diarrhées, l'incontinence urinaire et la modification de sensibilité. »

### 3.2.3. Les troubles de la sexualité qui touchent la vie de couple de manière variable

#### 3.2.3.1. Impact sur la sexualité du couple

L'ensemble des médecins généralistes a précisé que la sexualité du couple était altérée à cause des symptômes présentés par les patientes.

(V3) « Mais elle, au niveau vaginal, de toute manière, elle n'a plus de relationnel avec son mari parce qu'elle a gardé des douleurs et de l'angoisse de ça, que c'est terminé. Alors elle se traite, pour ne pas avoir de douleur de brûlure, de chose comme ça, mais au niveau relationnel et sexualité avec cette patiente ce n'est même plus la peine d'y penser. »

(V6) « Des difficultés vis-à-vis du conjoint et vis-à-vis d'elle-même. Quand je dis vis-à-vis du conjoint, c'est la peur de recommencer à avoir une vie sexuelle comme avant. »

Les fausses croyances sur le corps et la sexualité ont été citées comme aggravant les symptômes au sein du couple :

(V6) « Non, c'est-à-dire c'était ce qui se passait. Elle continuait à avoir une relation sexuelle avec son partenaire. Il y en a une qui m'a dit : « c'est un peu comme quand j'étais enceinte,

*mon partenaire n'osait pas me faire l'amour. ». Il avait peur d'aller abîmer une zone qui avait été lésée. »*

### 3.2.3.2. *La communication du couple*

Dans les troisième et sixième verbatims, la communication au sein des couples des patientes semblait être altérée.

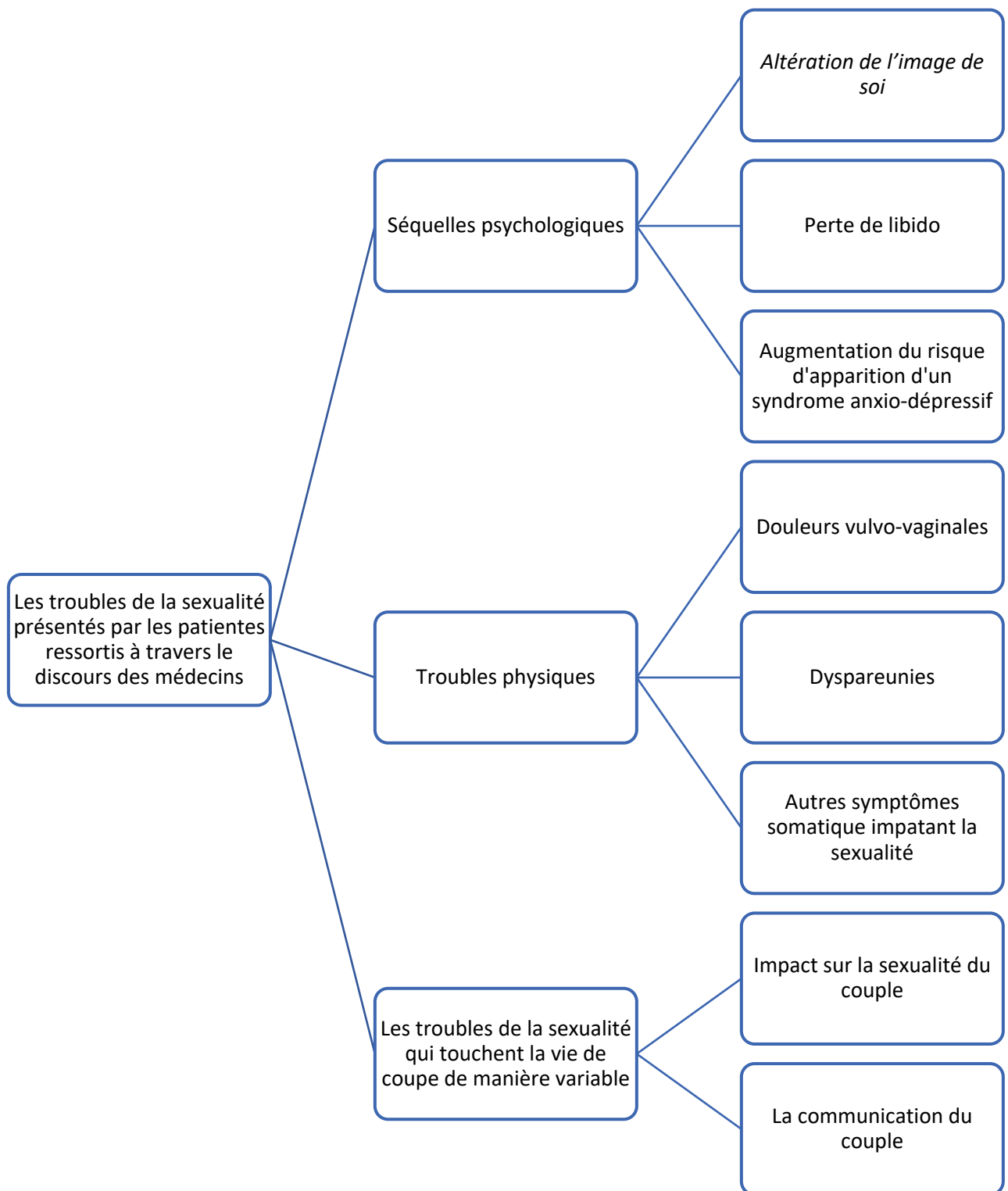
*(V6) « Une fois j'ai posé la question : « pourquoi vous ne lui en parlez pas ? », elle me dit « s'il me répond, que ça change rien, est-ce que c'est pas par pitié ? Et s'il me répond qu'il va avoir du mal, je n'ai pas envie de l'entendre ». »*

Dans le troisième verbatim, le médecin a insisté sur l'incompréhension du compagnon des souffrances de sa femme :

*(V3) « Oh bah, alors, avec son mari, j'ai essayé mais ce n'est pas un homme abordable (rire). Donc il y aurait eu une participation du mari, peut être que.... Mais ce n'est pas un homme qui .... Moi j'essaie. Je suis assez ouverte mais ce n'est pas un homme avec qui on peut discuter. Donc c'est un peu difficile. »*

À l'inverse, l'une des médecins interrogés, parle de renforcement de la vie du couple avec plus de complicité et de dialogue pour pallier les séquelles

*(V10) « ST : D'accord, et quand vous parlez de la relation de couple, sentez-vous s'il y a un impact sur leur intimité du couple ? V10 : Sexuel oui mais de couple peut-être pas. J'ai en tête deux femmes que j'ai senties soutenues par leur conjoint donc ce n'était pas posé comme ça. C'était plus la sexualité en tant qu'acte et pour se retrouver au-delà du handicap ressenti. On n'est plus comme avant. ».*



*Figure 1 Les troubles de la sexualité présentés par les patientes ressortis à travers le discours des médecins*

### 3.3. Une faible expérience pour les médecins interrogés

#### 3.3.1. Un faible recrutement de patientes suivies pour un cancer gynécologique

##### 3.3.1.1. *Cancer de l'utérus une pathologie peu fréquente*

L'ensemble des médecins généralistes interviewés a souligné dès le début de l'entretien que leur expérience était faible. En cause, le nombre de patientes suivies pour un cancer gynécologique pelvien était est peu important dans leur patientèle.

*(V6) « C'est vrai que j'ai moins eu affaire aux problèmes d'utérus. »*

*(V9) « Alors justement je réfléchissais par rapport aux patientes que j'ai pu avoir, j'en ai pas beaucoup. »*

*(V11) « En fait, c'est un peu loin de ma pratique quotidienne, on va dire parce que ça fait 26 ans que je suis installé et que je n'ai pas un recrutement gynécologique plus que ça, bien qu'ayant une patientèle à 90 % féminine selon ma femme qui fait ma comptabilité (rire). Des cancers gynécologiques, finalement je n'en ai pas vus tant que ça au cours de mon exercice. »*

##### 3.3.1.2. *Plus d'expérience avec le cancer du sein*

Certains ont comparé ce nombre à celui des patientes suivies pour un cancer du sein. Ces dernières étaient plus nombreuses.

*(V10) « D'ailleurs, moi, j'ai eu plus de femmes qui ont eu des cancers mammaires parce que les cancers gynécologiques pelviens j'en vois très très peu. J'ai deux ou trois exemples et elles m'ont toutes évoquée ce problème-là. Alors qu'au niveau des cancers mammaires j'ai ressenti plus de tabou. »*

##### 3.3.1.3. *D'avantage d'expérience en fin de carrière*

L'expérience a tendance à se présenter comme plus importante pour les médecins en fin de carrière, principalement exerçant en milieu semi rural. Ils avaient un discours plus riche et un nombre d'exemples plus important

*(V3) « J'ai une autre de mes patientes, elle qui a eu un cancer du col qui a été irradié mais elle, elle ne me l'a jamais dit... Elle n'a pas eu de séquelles au niveau du.... Elle n'a pas eu de vaginite ou de trucs comme ça. Ça s'est très bien passé. Donc la dernière que j'ai en tête, elle n'a pas eu de ... Pourtant je la connais bien donc si elle avait eu quelque chose, elle m'en aurait parlé mais elle n'a pas eu de soucis de ce côté-là. »*

### 3.3.2. Des contextes cliniques non propices à la problématique

#### 3.3.2.1. Des pathologies néoplasiques trop avancées

Dans plusieurs entretiens, les médecins généralistes considèrent que face à une situation palliative avancée, parler de la sexualité n'était pas adapté pour ces patientes, priorisant une prise en charge d'accompagnement et la prise en charge des symptômes plus invalidants.

*(V5) « Je pense à une dame très grave qui avait un cancer de l'ovaire métastatique, là du coup c'était le cadet de leurs soucis d'aborder la sexualité. Elle l'a abordée une fois avec moi en consultation. Ce n'était pas abordé au Val d'Aurelle parce qu'elle a été ouverte de là à là (me montre le ventre), qu'elle a eu à 47 ans et qu'elle est morte à 49 ans. Donc c'était secondaire, je pense, de lui parler de la sexualité à cette dame. »*

*(V4) « V4 : Ça m'est arrivé pour une patiente mais dont le problème n'était plus la sexualité. Parce que c'était un cancer dépassé. On n'était plus dans le cadre de la sexualité elle-même mais de douleur et de la prise de morphine et des soins locaux. C'était un envahissement, un blindage donc on était hors problème de sexualité, la patiente n'était plus là-dedans. »*

*(V9) « La sexualité ne me paraissait pas le motif principal et, en plus, ne sachant pas quoi lui répondre j'ai botté en touche. »*

#### 3.3.2.2. Des patientes trop âgées

L'âge est un élément qui est également souvent revenu pour expliquer que ce n'était pas un sujet évoqué avec les patientes.

(V6) « En plus, moi j'ai une patientèle à plus de 60 % qui est relativement vieille aussi, donc c'est ce qui fait peut-être également que le thème de la sexualité est peu abordé en consultation. »

(V7) « C'était une dame âgée donc c'est vrai que les troubles de la sexualité on ne les avait pas abordés et puis encore une fois devant la gravité et vu son âge, on n'a pas évoqué ce sujet-là. »

(V10) « La troisième, je l'ai vu bien après tout ça, elle avait déjà un certain âge et c'était une femme très pudique. »

### 3.3.2.3. Absence de conjoint

La troisième raison évoquée était le célibat des patientes.

(V8) « Alors moi je n'ai qu'une patiente qui a une pathologie comme ça et elle est en cours de divorce, donc les troubles de la sexualité n'ont pas été du tout abordés. »

### 3.3.3. Absence de dépistage

#### 3.3.3.1. Une problématique oubliée dans ce contexte

Dans le contexte de cancer, la problématique n'est pas pensée pour la grande majorité des médecins rencontrés :

(V1) « On n'a jamais abordé en tout cas la question de leur sexualité ou autre. »

(V8) « Les troubles de la sexualité n'ont pas été du tout abordés. Et comme j'ai dit au début, je n'y pense pas non plus. Donc je n'ai pas d'expérience. »,

(V11) « Si je devais préciser les questions, est-ce qu'on a abordé ce sujet-là, est-ce que les patientes ont abordé ce sujet spontanément ou même moi ? Dans ces trois cas on n'a jamais abordé la problématique. ».



### 3.3.3.2. *La plainte des patientes initie la discussion*

Dans l'ensemble des discours, ce sont les femmes qui ont elles-mêmes évoqué leurs troubles pour que la discussion soit faite avec le MG.

(V4) « Ça je ne le sais que si la patiente m'en parle, je n'irais pas chercher l'information par moi-même en fait. Je ne vais pas demander si elle a... »

(V7) « Si la personne ne l'aborde pas je ne pense pas moi à l'aborder spontanément. »

### 3.3.3.3. *Le manque de temps*

Le temps de consultation en cabinet a été évoqué comme freinant la prise en charge sur cette problématique

(V2) « En sachant que, comme on est de moins en moins nombreux, on a plus de patients qu'avant et que malheureusement on peut passer de moins en moins de temps avec eux. »

(V9) « Puis les adresser aux bons professionnels, prendre le temps de les écouter. C'est pas forcément facile parce qu'on n'a pas le temps. »

(V10) « Donc au niveau urinaire, au niveau digestif et au niveau sexuel, ça s'aborde beaucoup plus facilement depuis le début que j'exerce mais il faut que la consultation se déroule un jour un peu calme quand même. »

### 3.3.3.4. *Impression que la prise en charge est faite entièrement par les spécialistes*

Les médecins des villes estiment que la prise en charge des patientes par les spécialistes est satisfaisante car ils n'ont pas eu beaucoup de plainte sur le sujet.

(V5) « Après j'ai des patientes qui voyaient il me semble une gynécologue à Val d'Aurelle, qui les écoutait bien. Elle les aidait, avec des gels et des choses comme ça. »

*(V4) « Mais souvent on a l 'impression que la patiente est gérée de ce côté-là par le réseau de soins oncologiques qui est très bien fait et qui fait qu'elle a déjà consulté auprès d'un des spécialistes qui la voient sur les problèmes qui peuvent apparaître. »*

*(V11) « Et du coup, moi personnellement je n'en entends pas parler donc c'est qu'à l'ICM, entre autre, car les trois que j'ai prises en charge étaient suivies à l'ICM, donc il faut croire qu'elles sont bien prises en charge et qu'elles n'ont pas besoin de nous en parler. »*

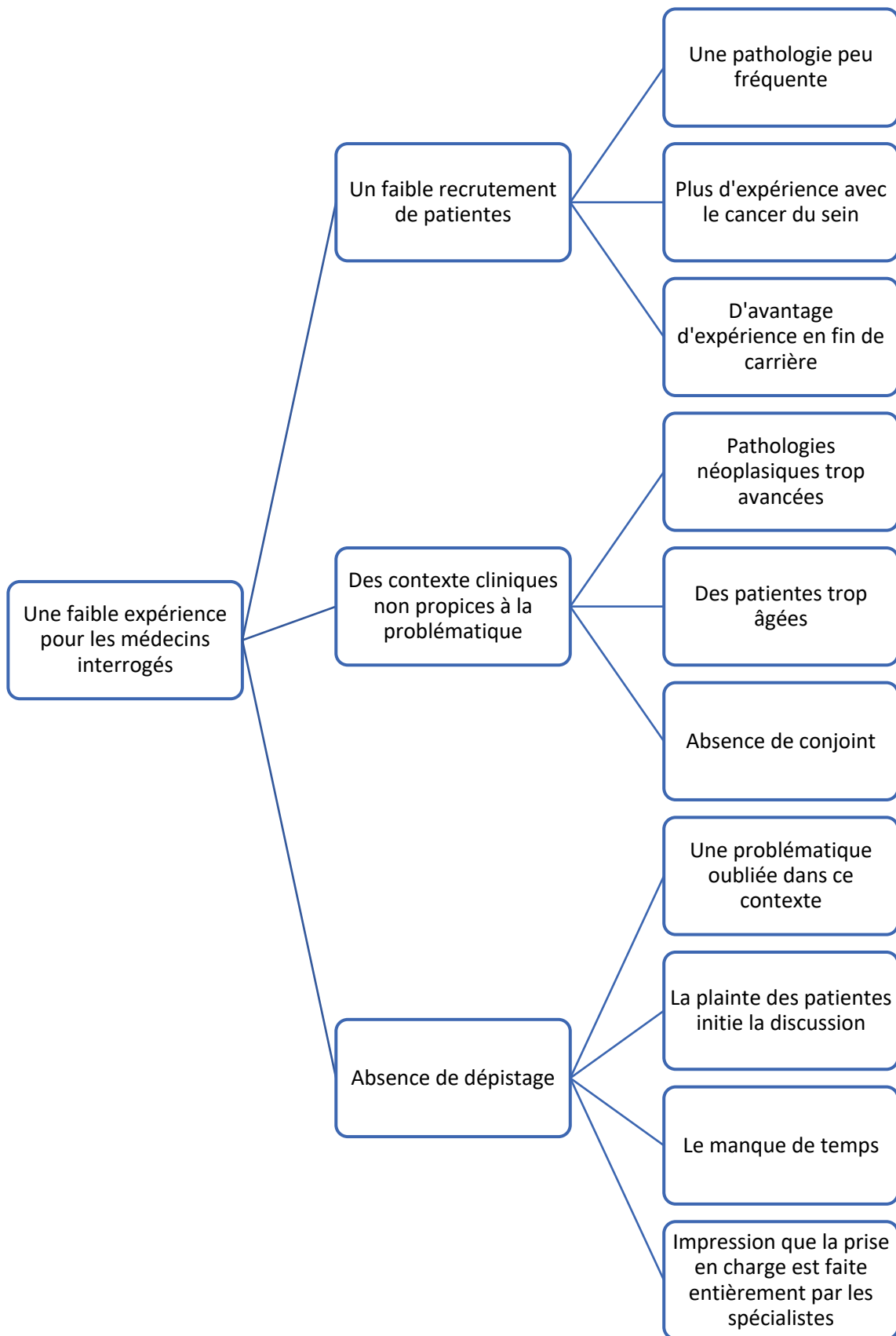


Figure 2 Une faible expérience pour les médecins interrogés

### 3.4. Un « sentiment de non compétence » pour la prise en charge

#### 3.4.1. Absence de formation à la sexualité en médecine générale

La quasi-totalité des médecins a précisé qu'ils n'avaient pas reçu de formation pour aborder le thème de la sexualité en médecine.

(V2) « Si on avait les moyens de savoir quels sont... Qu'est-ce qu'on peut utiliser, qu'est-ce qu'on peut faire ? D'accord ? Parce qu'on n'a pas une formation, on n'a rien là-dessus. »

(V5) « Après la sexualité de la femme dans les études n'a pas forcément été très abordée. Je trouve que ça a souvent été mis de côté. »

(V6) « C'est ça qui est compliqué. Parce qu'on va devoir trouver des mots, mais d'abord, on n'est pas formé, on y va au feeling. On n'a pas de ligne de conduite pour aider. »

(V9) « Déjà peut-être en améliorant la formation des médecins généralistes (rire). Moi je ne me sens pas complètement démunie mais je n'ai pas l'impression que dans notre cursus on aborde beaucoup les problèmes de sexualité, enfin je ne m'en souviens pas. »

#### 3.4.2. Certains médecins ne pratiquent pas d'examen gynécologique

##### 3.4.2.1. Absence totale de la pratique d'examen gynécologique

Parmi les médecins hommes, 3 d'entre eux ne réalisent pas du tout d'examen gynécologique au cabinet.

(V1) « Après concernant d'autres femmes, c'est pas une plainte que j'ai reçue, j'ai même très peu d'activité gynécologique. »

(V2) « ST : Vous faites de la gynécologie ? V2 : J'en fais plus depuis... Enfin, gynécologie, vous voulez dire, des frottis tout ça ? ST : Oui, des frottis, des examens gynécologiques ? Physique ? V2 : Non, je n'en fais plus, depuis 5 à 10 ans. Pour une question de temps »

(V11) « Il y a plein de gynécologues, donc pas besoin de médecin généraliste qui plus est, moi, il y a d'autres spécialités dans lesquelles je me sens plus compétent. »

#### 3.4.2.2. Une pratique gynécologique centrée sur les problèmes aigus

Un seul des médecins généralistes hommes, parmi ceux interrogés, a dit pratiquer des examens gynécologiques en cas de symptomatologie aiguë de « dépannage ».

*(V4) « Non, plutôt l'interrogatoire. Je ne fais pas d'examen sauf quand il y a des modifications. Mais comme, en règle générale, la patiente est examinée par le gynécologue qui la suit, je ne rajoute pas un examen en plus. Souvent, il y a déjà l'oncologue et le gynécologue donc sauf s'il y a un problème intercurrent, comme par exemple un saignement ou des douleurs anormales, je ne vais pas faire d'examen. Je ne le fais pas de manière systématique. »*

#### 3.4.3. Absence de connaissances spécifiques sur les troubles de la sexualité induits par le cancer et ses traitements

##### 3.4.3.1. Un sujet trop spécifique

Les femmes qui se sont présentées comme à l'aise avec la pratique d'examen gynécologique et l'abord des troubles de la sexualité ont senti des difficultés dans ce contexte particulier.

*(V1) « Après est ce qu'il y a, je dirais éventuellement des ovules assurer la trophicité mais je n'ai pas de connaissance sur les traitements spécifiques d'une prise en charge. »*

*(V3) « Des séquelles visibles, oui on voit. Quand on constate quelque chose, on voit bien que les muqueuses ne sont pas .... Même si ce n'est pas forcément des muqueuses qui saignent ou quoi que ce soit. On se rend compte que les muqueuses ne sont pas normales si vous voulez. Donc elles sont friables, elles sont fines. Je veux dire, si tu ne fais pas attention, tu peux faire saigner facilement. »*

*(V5) « ST : Ok donc là, dans l'explication que je vous ai formulée, j'ai parlé de parcours de soin par rapport à cette problématique. Pour vous, quel sera le rôle du médecin traitant dans cette prise en charge ? V5 : Tiens, d'être un peu plus formée sur les complications que les radiothérapies font. (Rire) Après j'ai des patientes qui voyaient il me semble une gynéco à Val d'Aurette, qui les écoutait bien. Elle les aidait, avec des gels et des choses comme ça. »*

*(V10) « Une sorte d'impuissance quand même car à part dire « oui c'est compliqué », « ça ne doit pas être facile », je ne sais pas si on propose des accompagnements particuliers pour ces femmes-là. »*

#### *3.4.3.2. Un sentiment d'incompétence qui fait sortir un certain complexe*

Deux médecins femmes, qui se sentent à l'aise pour parler sexualité avec leurs patientes, ont clairement montré des signes d'éviction face à la problématique et un sentiment d'incompétence.

*(V5) « ST : Pouvez-vous me décrire le déroulement d'une consultation que vous avez vécue sur cette problématique ? V5 : Ça s'emmêle-là j'ai pas de... On pourrait peut être y revenir après ? »*

*(V8) « J'allais dire, moi je considère que c'est de l'hyperspécialité, donc je ne considère pas y avoir ma place. Peut-être évoquer la question, effectivement et si ça va bien tant mieux et si ça va pas, réorienter vers les spécialistes surtout le gynécologue et le psychologue. »*

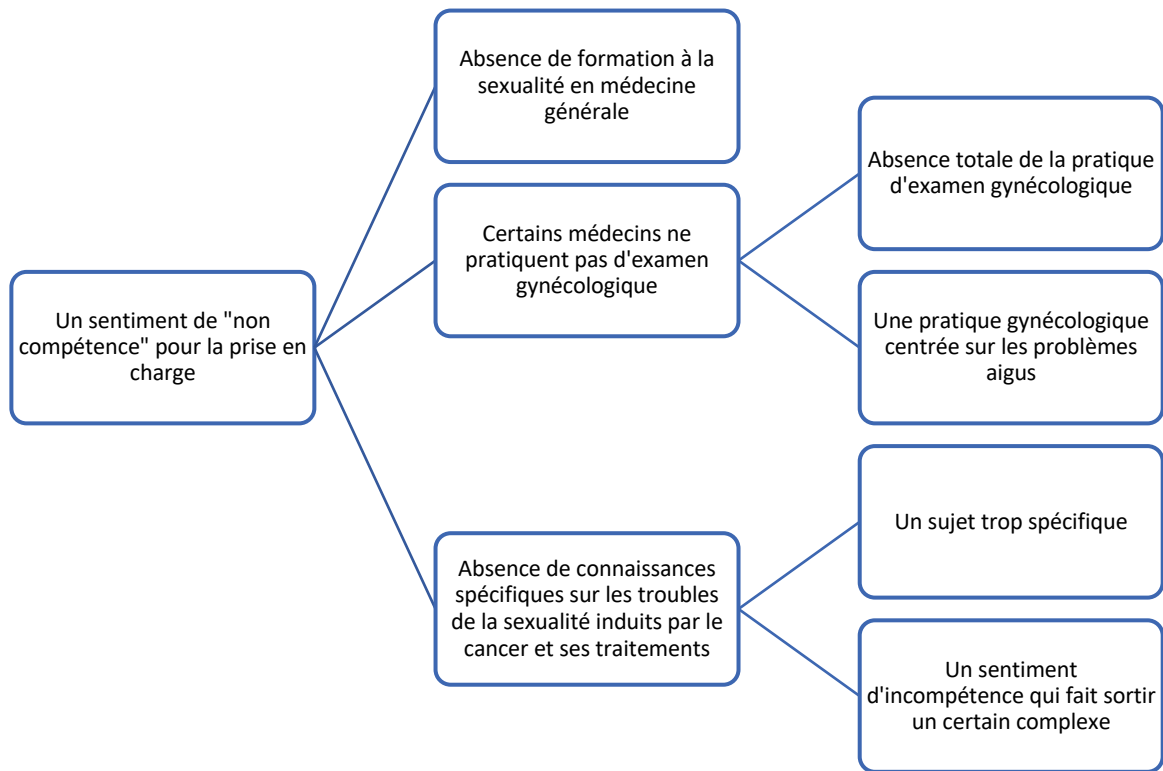


Figure 3 Un sentiment de "non compétence" pour la prise en charge

### **3.5. La sexualité des femmes : un sujet tabou pour les médecins et pour les patientes**

#### 3.5.1. Dialogue difficile entre les praticiens et les patientes

##### 3.5.1.1. *Un sujet délicat à aborder*

L'appréhension à aborder le sujet est présente pour une partie des médecins traitants.

*(V6) « Ce qui est assez amusant car j'en parlais avec mon interne. Si les gens ne me parlent pas spontanément de leur sexualité, c'est vrai que c'est très rare que je l'aborde de manière spontanée. »*

*(V7) « Alors ce n'est pas une appréhension mais c'est humain, ce sont des sujets pour lesquels on est plus ou moins gêné en fonction de la personne. Ce n'est jamais un sujet facile à aborder. »*

*(V9) « Comment l'aborder en consultation sans que ça soit embarrassant, sans que cela braque la personne et la mette mal à l'aise pour en parler. »*

Les difficultés pour parler de cette problématique semblent être également présents du côté des patientes d'après les propos des médecins

*(V4) « La dyspareunie, le vaginisme c'est difficile d'en parler et on va le découvrir un peu de façon inopinée en contournant le problème. »*

*(V11) : « C'est vrai que globalement, sur mes 26 années de médecine libérale, autant les hommes vont venir parler de leur problème de sexualité, autant les femmes, franchement, et Dieu sait si j'ai une patientèle vraiment plutôt féminine, c'est pas un sujet qui est abordé »,*

##### 3.5.1.2. *Sujet abordé de manière détournée*

Pour pallier l'appréhension d'aborder le sujet, les médecins ainsi que les patientes utilisent des manières détournées pour parler de cette problématique. Les situations les plus citées dans les entretiens sont les troubles de la sphère urogénitale.



(V4) « Moi, j'ai plus l'impression qu'on va l'aborder d'une façon indirecte sur la notion de douleur, de sécheresses, mais je n'ai pas de demande directe de la patiente dans ce sens-là. Je pense qu'il faut aller la chercher. »

(V5) « Alors surtout lors des problèmes urinaires c'est facile. Je ne vais pas leur en parler quand elles viennent pour une angine. Lors des demandes de contraceptifs, en dehors des cancers, quand il y a des douleurs abdominales, donc au détour de ces consultations-là. Donc je peux aborder la sexualité de la femme. »

Par conséquent, les médecins rapportent que les patientes ne présentent pas cette problématique comme étant la raison de leur consultation et ce qui réduit le temps du discours

(V10) « Ce n'est pas un motif de consultation officiel. », « Ce n'était pas centré sur ce sujet-là puisque ça fait partie d'une consultation. »

(V4) « La dyspareunie, le vaginisme c'est difficile d'en parler et on va les découvrir un peu de façon inopinée en contournant le problème. Parce qu'il y a, je ne sais pas, par exemple des mycoses, des infections urinaires à répétition, enfin on va découvrir qu'il y a un autre problème derrière qui n'a pas été un motif de consultation et qui n'apparaît pas spontanément. »

### 3.5.1.3. Communication limitée une fois le sujet évoqué

Certains médecins évoquent également des difficultés à approfondir le dialogue sur cette problématique avec les patientes qui restent fermées sur le sujet rendant difficile le dépistage et la prise en charge.

(V7) « Alors que les femmes, le moment où j'en parle avec elles, c'est au moment du dépistage avec le frottis et elles n'en parlent pas beaucoup. Ça va être « oui » ou « non » mais on sent que ce n'est pas un sujet qu'elles ont envie de développer alors que les hommes si. »

(V10) « Quand ce sujet-là est abordé, sur une consultation de vingt minutes il l'est en 3-4 minutes maximum. »

#### 3.5.1.4. *Le sujet n'est pas abordé lors des consultations ultérieures*

Tous les médecins interrogés ont précisé que lorsque les patientes avaient évoqué avec eux le trouble, en consultation, aucune consultation de contrôle n'était programmée pour s'assurer de la bonne évolution des symptômes.

*(V2) « Bah écoutez, celle dont je me souviens, elle n'est pas revenue pour me dire que ça ne marchait pas donc à priori je ne sais pas quel type de relation elle a eu avec son mari. Là je ne peux pas vous répondre là-dessus. »*

*(V5) « Alors pour celle-là non. Après c'était compliqué. Mais après c'était mieux oui. Après, est-ce qu'elles sont toujours revenues ? Non pas toujours. »*

*(V7) « Après, quand on les revoit, c'est vrai que ce sujet je ne l'ai abordé que vaguement si ça va, mais si la personne ne l'aborde pas je ne pense pas moi à l'aborder spontanément. »*

L'absence de nouvelle plainte était considérée comme une réussite de la prise en charge.

*(V4) « Les retours, c'est plutôt l'absence de plainte. Le silence ça a plus été le fait qu'il n'y avait plus de problème présenté comme tel. Je n'ai pas eu de retour direct pour dire « oui super, très bien » ou « non, c'est un échec ». Mais plutôt des consultations sur d'autres thématiques qui n'étaient pas basées sur le problème gynécologique. »*

#### 3.5.2. Tabou accentué ou diminué selon le sexe

##### 3.5.2.1. *Difficulté des médecins hommes à aborder le sujet avec les patientes*

Le discours des médecins hommes interviewés montre une difficulté pour aborder le sujet avec les patientes et sont moins confrontés à cette problématique

*(V1) « Je pense que ça fait de nous des personnes moins expérimentées, moins à l'aise avec ces questions-là »,*

Ils orientent plus facilement vers un professionnel de santé de sexe féminin

*(V1) « Mon rôle de médecin généraliste, ça serait surtout de l'orienter vers plus compétent que moi, ou surtout plus compétente. »*

(V4) « Après, nous on a l'avantage de travailler en binôme, en association avec un médecin femme. Ce qui fait que je le propose assez facilement si la personne préfère être suivie, même si c'est ma patiente, par une femme. Il y a cette possibilité aussi. ».

Cette tendance semble diminuer pour les médecins hommes plus âgés en milieu semi rural

(V2) « ST : D'accord. Et lorsque vous avez eu cette consultation est-ce que c'est la patiente qui est venue directement en parler ? V2 Oui. » « Chez nous, enfin moi en tous cas, avec ma patientèle, je crois qu'il y a une grosse confiance dans leur médecin, plus que dans les spécialistes. ».

(V6) « Moi j'ai trouvé ça sympa qu'elles me fassent confiance, même si on est là pour ça. Je n'étais pas mal à l'aise mais j'étais en difficulté pour essayer de redonner confiance ou d'éviter de perdre la confiance en soi. »

#### 3.5.2.2. Les médecins femmes plus à l'aise pour parler de cette problématique

À l'inverse, certains médecins femmes interrogées ont mis en avant que, lorsque la conversation a été initiée, des entretiens très intimes ont pu se faire avec les patientes, que ce soit dans le cadre du cancer ou en dehors, ce qui n'est pas retrouvé dans les entretiens avec les médecins hommes

(V3) « Après j'ai une autre de mes patientes que je connais bien, elle qui a gardé un relationnel avec son mari mais bon, c'est pareil. Mais elle, elle utilise du gel, ce n'est pas parfait mais ça a l'air de ne pas trop mal se passer. Mais évidemment, il ne faut pas que les relations sexuelles soient trop fréquentes. Voilà. Mais là, elle accepte un rythme et s'accommode avec un gel lubrifiant et des choses comme ça. »

(V5) « Je rentre dans les détails avec celles qui veulent rentrer dans les détails pour les aider dans leur sexualité : faire des préliminaires, de jouer, de pas forcément focaliser sur la pénétration parce que c'est ça qui les gêne. »

### 3.5.2.3. *Les patientes ont plus de difficultés à parler de leurs troubles que les patients*

Dans la grande majorité des entretiens, les médecins soulignent le fait que discuter de sexualité avec les femmes est plus difficile en comparaison aux hommes qui sont plus ouverts à en parler.

(V4) « Je trouve que c'est un sujet qui est très difficilement abordé par la femme, elle-même. Moi, j'ai plus l'impression qu'on va l'aborder d'une façon indirecte sur la notion de douleur, de sécheresse, mais je n'ai pas de demande directe de la patiente dans ce sens-là. Je pense qu'il faut aller le chercher. »

(V7) « Alors que les femmes, le moment où j'en parle avec elles, c'est au moment du dépistage avec le frottis et elles n'en parlent pas beaucoup. Ça va être « oui » ou « non » mais on sent que ce n'est pas un sujet qu'elles ont envie de développer alors que les hommes si. »

(V5) « V5 : Leur vie de couple ? Je dirais non. D'ailleurs elles sont tellement contentes que la tumeur régresse, qu'il n'y ait pas de métastases. Non c'est au coup par coup, quand elles ont envie de parler on le sent. Des fois ça peut être déplacé, on ne va pas entrer trop dans leur intimité. Ça bloque. »

(V11) « C'est vrai que globalement, sur mes 26 années de médecine libérale, autant les hommes vont venir parler de leur problème de sexualité, autant les femmes, franchement, et Dieu sait si j'ai une patientèle vraiment plutôt féminine, ce n'est pas un sujet qui est abordé ».

### 3.5.3. Un tabou qui a tendance à s'amoindrir dans notre société

#### 3.5.3.1. *Évolution des mentalités*

Certains MG, seulement des femmes, ont noté que la parole sur la sexualité a tendance à se libérer pour les femmes.

(V5) : *Alors j'ai l'impression que ça bouge sur cette problématique. J'ai l'impression que c'est moins tabou et que la parole se libère. Moi ça fait 10 ans que je suis installée, j'ai l'impression que ça commence à bouger là-dedans.*

### 3.5.3.2. *La médecine libérale en cabinet de groupe vu comme une perspective d'amélioration du tabou lié au genre*

Certains médecins interrogés ont mis en avant que leur exercice de la médecine se faisait au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire avec d'autres professionnels de santé plus à l'aise avec la problématique de la sexualité.

*(V1) « J'ai la chance de travailler avec 4 collègues qui font pas mal d'activité gynécologique et mes patientes ont l'habitude de consulter pour des motifs gynéco avec mes collègues. Sinon on a également une sage-femme libérale qui a une bonne réputation et puis bien sur les gynécologues de ville ou à l'hôpital dont je laisserai facilement la main. »*

*(V4) « Après, nous on a l'avantage de travailler en binôme, en association avec un médecin femme. Ce qui fait que je le propose assez facilement si la personne préfère être suivie, même si c'est ma patiente, par une femme. »*

*(V6) « Nous ici, je pense que ça va un peu évoluer, on a des psychologues maintenant et on a une sage-femme qui s'occupe du « mère-enfant » et en particulier, de la prise en charge de toutes les pathologies post-chirurgicales dont tous les soucis de la reprise de la sexualité. Dans la MSP, ça devrait faciliter et nous faire plus penser à poser les bonnes questions aux patientes. »*

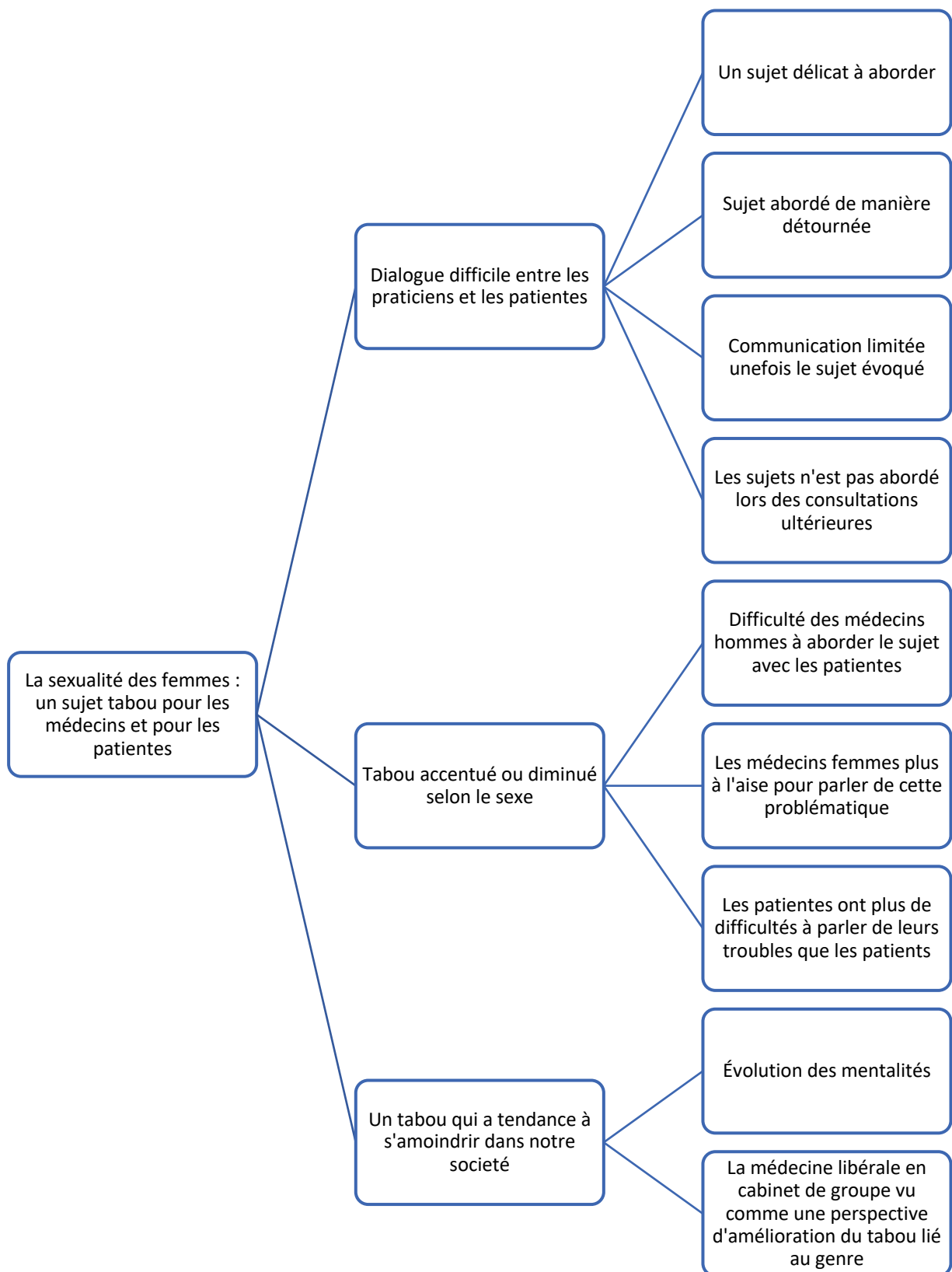


Figure 4 Les sexualités des femmes : un sujet tabou pour les médecins et pour les patientes

### **3.6. Parcours de soins des patientes centré sur l'hôpital dont les médecins généralistes se sentent exclus**

#### 3.6.1. Les consultations décrites comme moins fréquentes et plus denses

##### *3.6.1.1. Renforcement du lien entre le patient et l'hôpital*

La quasi-totalité des praticiens généralistes a insisté sur le fait que le patient sort du suivi de médecine générale lorsque qu'il est en cours de traitement pour un cancer. Par conséquent la fréquence des consultations diminue et la relation médecin généraliste/patient est occultée.

*(V4) « Sur les 5 premières années, la patiente est tellement cadrée par rapport à ses consultations oncologiques, chirurgicales, radiothérapeutes et son gynécologue qu'on a finalement l'impression de ne pas avoir trop de place à prendre là-dedans. »*

*(V7) « Et donc, souvent, les gens, pendant cette période où ils sont pris en charge en oncologie, ils ne viennent plus nous voir. On reçoit après les comptes rendus et ils reviennent plus tard pour d'autres choses, quand ils reprennent le reste de leur santé en main. C'est une période où, en fait, j'ai l'impression qu'on les voit beaucoup moins, parce que, finalement, ils sont déjà suivis par une autre équipe. »*

##### *3.6.1.2. Des consultations espacées chargées par des contraintes administratives*

Un des médecins a expliqué que cela engendre des consultations très denses au retour des patients avec des charges administratives importantes pour remettre à jour le dossier médical ce qui laisse moins d'espace de parole pour le patient.

*(V9) « Les consultations oncologiques sont des consultations un peu longues parce que nous, les médecins généralistes, sommes facilement écartés dès qu'ils sont pris en charge. On ne les voit plus forcément souvent et quand ils viennent ils nous rapportent 15 comptes rendus de consultations, d'imageries, des demandes de 100 %, des bons de transport, d'ordonnances etc. C'est bête mais en fait il y a plein de chose à faire sur le plan administratif. »*

### 3.6.1.3. Reprise du lien avec les patientes en post thérapeutique

En sortie de prise en charge oncologique, certains des médecins traitants rencontrés parlent d'une reprise de suivi avec les patientes.

(V4) « *Quand je lisais votre courrier de présentation, oui ça m'a fait penser que, effectivement, les patientes sont souvent perdues de vue. Soit on les voit très longtemps après et on est sur des problèmes séquellaires que l'on gère nous-même, souvent des sécheresses vaginales ou des cicatrices douloureuses et donc que l'on va prendre en charge nous-même.* »,

(V5) « *Mais quand il y a un cancer, ils partent de chez nous quand même. Ils ont beaucoup de suivi à l'hôpital du coup moins ils vont consulter mieux c'est, dans la phase aigüe. C'est peut-être plus tard que nous avons un rôle, parce que dans l'aigüe la personne, elle va chez le cancérologue.* »

(V6) « *D'abord je suis pas sûr que la patiente en amont ait envie de parler avec un psychologue et après, une fois qu'elle est sortie de l'hôpital, elle se retrouve en tête-à-tête avec son généraliste.* »

### 3.6.2. Absence de communication de l'hôpital vers les cabinets de médecine générale sur cette problématique

#### 3.6.2.1. Pas de compte rendu évoquant la santé sexuelle

Tous les médecins généralistes ont précisé qu'ils n'avaient jamais reçu de la part des structures hospitalière de compte rendu ou d'information sur la prise en charge des troubles de la sexualité pour ces femmes.

(V5) « *De mémoire, comme ça, je n'ai jamais eu de compte rendu sur ça. J'ai peut-être pas une grande expérience et je n'ai peut-être pas beaucoup de patientes qui ont ce genre de cancer aussi. Mais ce n'est pas évoqué dans les comptes rendus. On a beaucoup plus de cancers du sein. J'en ai quelques-unes du cancer utérin suivies en privé, au Val d'Aurelle, mais c'est secondaire. C'est pas abordé.*

(V7) « *En tout cas, pendant le parcours, j'ai l'impression qu'une fois que la machine est lancée, notre lien est mis entre parenthèses et les comptes rendus que l'on reçoit sont purement techniques. Pour nous ça serait intéressant, si les gynécologues ou les psychologues dépistent*



*un trouble ou quelque chose de mal vécu, de nous en informer pour qu'on puisse nous aussi continuer ce suivi ».*

*(V11) « Après je vois les comptes rendus qui sont faits par l'ICM, par les gynécologues et les oncologues, parce qu'on a quand même des courriers, alors si c'est abordé, ce n'est pas retranscrit dans les courriers. Ça ne ressort pas trop. Je me demande même, maintenant que vous m'en parlez, parce qu'avant je ne me suis jamais trop posé la question, si c'est abordé avec des spécialistes. »*

Les comptes rendus mentionnent l'aspect technique des prises en charge oncologiques des patientes mais aucune information n'est donnée sur les prises en charge de soins de support et notamment de la prise en charge de la santé sexuelle.

*(V3) « Non, moi mes cancers du col, on m'explique ce qu'on leur a fait, des choses comme ça. Mais après on ne me parle jamais. On ne me dit jamais « Bon s'il y a des troubles, si jamais dans la vie de la sexualité, il faudra envisager de faire ça et ça » Non, non, non. C'est pour ça que je vous dis, c'est très abandonné ça. Jamais dans le courrier je n'ai de proposition par rapport à ça. Jamais, jamais. »*

### *3.6.2.2. Absence de connaissance du parcours de soins des patientes*

Aucun ne connaissait le parcours de soin des patientes ni l'accompagnement proposé pour pallier ces troubles et les patientes ne leur avaient jamais parlé de ce parcours de soins non plus.

*(V2) « Parce que moi, la commission d'étude que vous m'avez montrée tout à l'heure, des gynéco et machin, d'abord, je ne sais pas que ça existe, et puis je n'ai pas l'impression que les patientes les aient vues. Ces chirurgiens et autres qui s'occupent de ça. Ou alors elles ne m'en ont pas parlé, enfin visiblement aucune ne m'en a parlé. »*

*(V7) « On est tenu au courant mais on ne nous concerte pas. Je n'ai pas d'information sur ce qui est proposé au niveau de la prise en charge par exemple oncologique ou pour aborder ensuite les éventuels troubles de la sexualité. Je ne sais pas si c'est avec le gynécologue ou oncologue ou le chirurgien. Est-ce qu'il y a des psychologues ou des infirmières spécialisées qui parlent à la patiente ? Ça je l'ignore complètement parce que les courriers n'en font pas part. »*

*(V9) « Je ne sais pas trop comment ça se passe à l'hôpital quand les patients sont dans le système avec un suivi oncologique. Je sais qu'on leur propose des prises en charge par des psychologues mais est-ce qu'on leur propose des séances avec un sexologue ? Je ne sais pas si ça se fait. Je n'ai jamais eu d'écho. »*

*(V5) ST : Selon vous comment pourrait-on améliorer la prise en charge des femmes sur cette problématique ? V5 : Alors je ne sais pas, est-ce que c'est abordé spontanément en consultation par le chirurgien ou par l'oncologue ?*

### *3.6.2.3. Un sentiment d'isolement*

Deux médecins travaillant en milieu semi rural, les plus éloignés de l'ICM, se sont sentis isolés face à cette problématique avec des patientes démunies suite à leurs troubles sexuels. Ils ont le sentiment que ces plaintes ne sont pas prises en compte par les spécialistes et qu'ils communiquent peu sur ce sujet.

*(V2) « Bah évidemment ! Mais ils ne veulent pas, si vous voulez. Entre les discours et la réalité, il y a un monde. Et pour les spécialistes, on n'existe pas. Ils nous tiennent au courant mais on est des petits rigolos ! »*

*(V3) « J'ai appelé moult fois les gens qui s'occupaient de cette dame et tout ça mais ... Si vous voulez, après, au bout d'un moment, on se fatigue parce que finalement on ne nous apporte pas tellement de réponse quoi. Donc, tu réessaies. Est-ce qu'on ne pourrait pas trouver une autre solution ? Ceci en se disant, toi t'es médecin généraliste, tu fais ce que tu peux mais peut-être les spécialistes ont des solutions plus pertinentes ? Mais comme tu vois que la réponse des spécialistes n'est guère plus intéressante que la nôtre, il arrive un moment où tu lâches prise quoi. »*

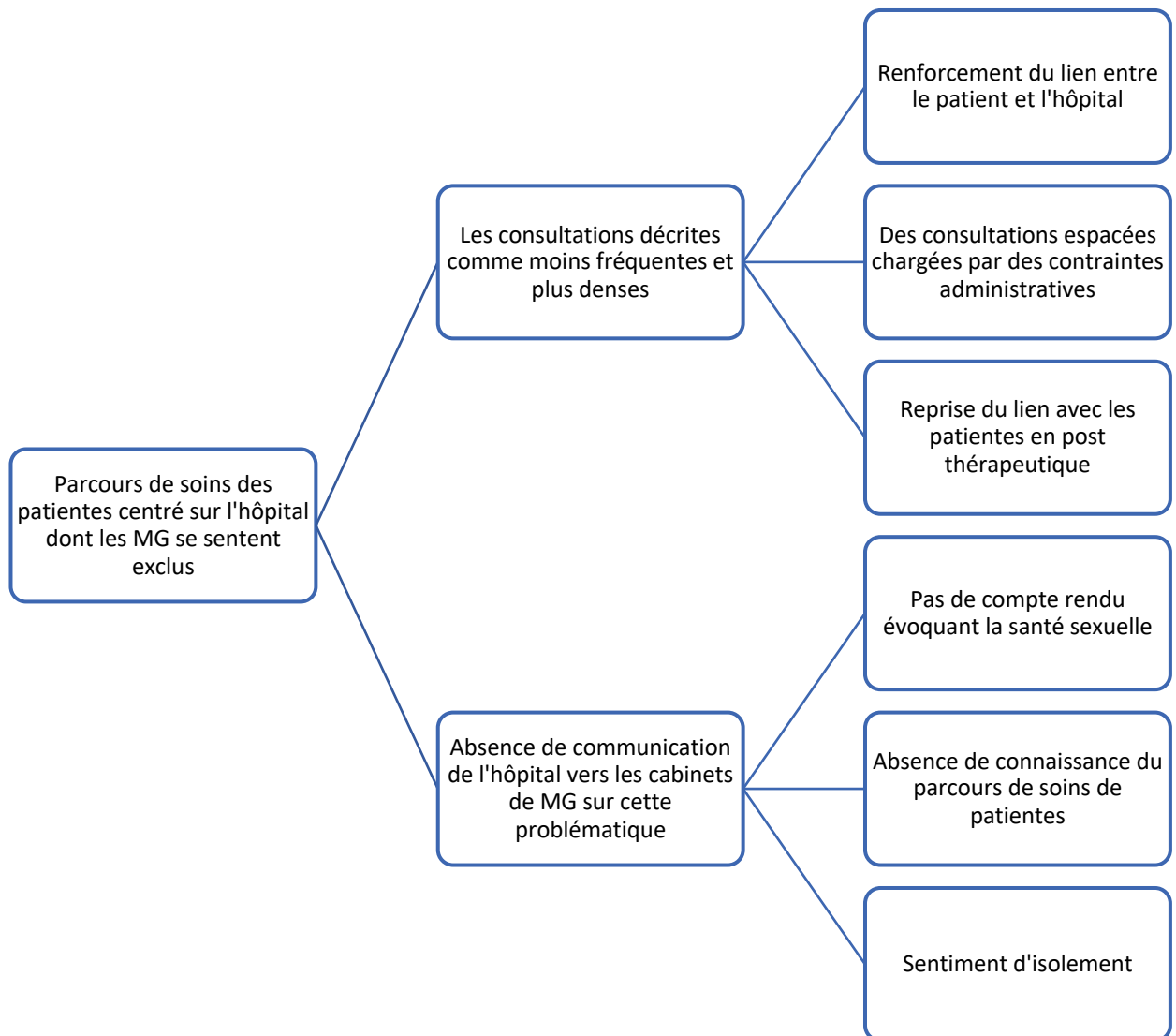


Figure 5 Parcours de soins des patientes centré sur l'hôpital dont le médecin généraliste se sentent exclus

### **3.7. Les qualités propres à la médecine générale donnent une place importante aux généralistes dans le parcours de soins**

#### 3.7.1. Médecin de première ligne dans une prise en charge pluridisciplinaire

##### 3.7.1.1. *Une centralisation des données pour les patientes*

L'impression qui ressort du discours des médecins est que le temps de consultation de médecine générale dans ce contexte est aussi un plus pour faire le point avec la patiente sur sa prise en charge.

*(V9) « La consultation de médecine générale par rapport à tout ça, moi je la ressens comme étant un endroit où l'on fait le point sur où on en est. On fait le point de ce que l'on sait et vers où l'on va. Et c'est un espace pour réorienter vers le gynécologue ou vers le spécialiste en fonction de la façon dont les répercussions se vivent au quotidien. »*

##### 3.7.1.2. *Communication au sein d'un réseau de ville de proximité*

Communication plus rapprochée avec les personnels médicaux et paramédicaux pouvant intervenir dans ce contexte comme les gynécologues médicaux de ville ou les sages-femmes.

*(V1) « J'ai la chance de travailler avec 4 collègues qui font pas mal d'activité gynécologique et mes patientes ont l'habitude de consulter pour des motifs gynéco avec mes collègues. Sinon on a également une sage-femme libérale qui a une bonne réputation et puis bien sur les gynécologues de ville ou à l'hôpital dont je laisserai facilement la main. »*

*(V7) « Après en fonction des douleurs, des plaintes réorienter vers des personnes comme des psychothérapeutes, des sages-femmes ou des gynécologues. »*

##### 3.7.1.3. *Sensibilité sur les besoins d'accompagnement par les psychologues*

Les psychologues ont été cités majoritairement par les médecins comme ayant un rôle important avec lequel il serait intéressant de les intégrer dans cette prise en charge spécifique.

(V3) « Pour les problèmes gynéco, il faudrait que ce soit les gynéco qui s'occupent de ça et puis les psychologues qui entrent là-dedans. Parce que c'est pareil il y a des femmes qui ont du mal à en parler de ça donc après il faudrait un abord psychologique de la chose pour essayer de discuter. Parce que moi j'en ai qui m'en parlent facilement, mais j'en ai qui ont du mal à vouloir en parler et tout ça. Je pense qu'il faut un environnement gynéco et un environnement psychologique. »

(V4) « Alors, l'important c'est que ce soit abordé quelque part, que ce soit en médecine générale ou par les gynéco ou par l'oncologue ou par une psychologue s'il y en a une qui est associée à cette démarche. »

(V5) « ST : Oui, on peut utiliser des traitements antalgiques per os. Il y a aussi l'image de soi avec le rapport au corps qui peut être modifiée. V5 : Oui, et là c'est plutôt le psychiatre ou le psychologue qui peut s'occuper de ça. »

(V6) « Si elle en a vraiment besoin, elle va pouvoir s'épancher et moi j'aurais les réponses que je vais pouvoir lui apporter et j'aurais l'aide que l'on peut recevoir des psychologues et de la sage-femme. »

(V10) « ST : D'accord, et quand elles sont venues vous voir, qu'est-ce que vous leur avez proposé comme solution ? V10 : De ne pas hésiter à se tourner vers le psychologue du service d'oncologie. »

#### 3.7.1.4. Rôle de réorientation vers des structures hospitalières lorsque les souffrances relèvent de la spécialité

Dans une grande majorité des entretiens, les médecins généralistes soulignent l'importance de réorienter la patiente rapidement vers un spécialiste en cas de prise en charge complexe ou réfractaire.

(V3) « Pour moi si vous voulez c'est d'être à l'écoute et d'essayer de donner des réponses à ces femmes et puis si moi je n'ai pas de réponses, d'essayer de dialoguer avec les gens qui les ont suivies et éventuellement de les renvoyer vers eux. Parce que si vous voulez quand nous on n'arrive pas, à un moment donné, quand il y a une angoisse trop « submergente », il faut renvoyer vers un spécialiste. »

*(V6) « Si on est dans l'incapacité de les aider, alors les orienter avec un psychologue et les adresser vers quelqu'un qui peut les écouter et les aider à mieux s'accepter. »*

*(V9) « Donc voilà, je pense qu'on est en première ligne pour les conseiller et les diriger si besoin vers des spécialistes. »*

### 3.7.2. Plus de disponibilités

#### 3.7.2.1. Disponibilité téléphonique

Une partie des médecins a mis l'accent sur leur disponibilité comme étant une qualité pour prendre en charge ces troubles présentés par les patientes. Ils évoquent une disponibilité au téléphone et en consultation

*(V3) « La facilité de m'avoir au téléphone. Je ne dis jamais non, j'écoute toujours et quand elles ont des soucis, elles savent que si elles m'en parlent, j'essaierai toujours de répondre. Et si je ne peux pas répondre, j'essaierai de trouver une solution à côté. C'est plutôt la sécurité comme ça. Je réponds toujours au téléphone quand on m'appelle, je ne refuse jamais de voir une patiente même si je sais que je ne pourrai peut-être pas toujours donner de réponse. Je suis là et elles peuvent me demander n'importe quoi. »*

#### 3.7.2.2. Rapprochement géographique

Une disponibilité physique importante en consultation a également été mise en avant

*(V5) « Moi, ça me paraît intéressant pour moi de rajouter puisqu'on rajoute toujours quelque chose, comme dans toutes les spécialités, parce que toi tu peux le voir plus souvent qu'eux. »*

### 3.7.3. Une relation de confiance plus importante pour les médecins généralistes avec leurs patientes

### 3.7.3.1. *Les femmes plus ouvertes à parler de leurs troubles avec le médecin traitant*

La majorité des médecins rencontrés met en avant la relation de confiance qu'ils ont avec leur patientèle et suggère que les patientes sont plus à l'aise pour parler de leurs troubles de la sexualité avec eux plutôt qu'avec les spécialistes.

(V2) « *Non pas spécialement. Vous savez, à la campagne, enfin, oui je suis en semi-rural, les patients, il y a une espèce de confiance. C'est pas comme dans les villes où le généraliste, je ne sais trop à quoi il sert. Euh... Chez nous, enfin moi en tous cas, avec ma patientèle, je crois qu'il y a une grosse confiance dans leur médecin, plus que dans les spécialistes.* »

(V6) « *Je pense que c'est avec nous qu'elles en parleraient le plus facilement. Je pense en tout cas que mes patientes en parleraient plus facilement à moi qu'à un spécialiste qu'elles voient moins souvent. Donc voilà, je pense qu'on est en première ligne pour les conseiller et les diriger si besoin vers des spécialistes.* »

(V5) « *Oui tout à fait. Et aussi peut-être le rôle du généraliste de libérer la parole de la femme et d'oser en parler peut-être. Aux spécialistes, on ose moins dire les choses. Autant des fois, ils vont gérer que là-bas et ne pas nous en parler, autant des fois, ils peuvent s'en plaindre à nous et donc de leur dire : vous pouvez leur en parler. Ça m'est déjà arrivé. Mais c'est bien qu'on s'intéresse à la sexualité de la femme (rire)* »

(V9) « *Justement, on est en première ligne car nous sommes les médecins qu'elles connaissent le mieux car on est leur médecin traitant. Ça serait même à nous de pouvoir le mieux les aiguiller et les conseiller. Je pense que c'est avec nous qu'elles en parleraient le plus facilement.* »

Certains médecins ont suggéré également, que la différence de discours que la patiente peut avoir avec les généralistes et spécialistes permettrait d'avoir plusieurs visions sur la problématique et par conséquent une approche plus complète pour pallier les séquelles.

(V4) « *Alors, paradoxalement, parfois les spécialistes vont avoir une vision purement oncologique et ne vont peut-être pas avoir le temps d'avoir la vision de bien-être ou de la vie quotidienne. En tout cas il y a des patientes qui n'osent pas aborder ce sujet avec leurs spécialistes et qui vont plutôt peut-être en parler chez nous. Je pense qu'on est plutôt*

*complémentaires. Si les problèmes n'ont pas été évoqués avec l'oncologue ou avec le gynécologue, il y a une place pour le médecin généraliste à ce moment-là. »*

*(V5) « V5 : Moi, ça me paraît intéressant pour moi de rajouter puisqu'on rajoute toujours quelque chose, comme dans toutes les spécialités, parce que toi tu peux le voir plus souvent qu'eux. »*

### *3.7.3.2. Un rôle de soutien et de réassurance psychologique pour les femmes*

L'ensemble des médecins s'accorde sur l'idée que leur rôle auprès de ces femmes est de les écouter et de les rassurer face aux séquelles induites par le cancer et ses traitements, quels qu'ils soient.

*(V5) « Après je prends en compte le psychologique aussi, de voir un peu comment elles ont vécu ça. Par rapport au corps, tout ça. Enfin c'est au coup par coup, aucune n'était pareille. Si on lui a enlevé l'utérus, si elle a eu des rayons, si elle a eu de la chimio. J'adapte toujours donc c'est vrai que là ça s'embrouille un petit peu. »*

*(V6) « Moi j'ai trouvé ça sympa qu'elles me fassent confiance, même si on est là pour ça. Je n'étais pas mal à l'aise mais j'étais en difficultés pour essayer de redonner confiance ou d'éviter de perdre la confiance en soi. Cette vision un peu détériorée du corps qu'elles allaient projeter. C'est surtout faire en sorte qu'elles reprennent confiance. »*

*(V7) « Donner déjà un espace de parole sur leurs difficultés parce que, peut-être, c'est aussi qu'on n'aborde pas ces sujets-là. On pense que c'est secondaire ou on pense que ce n'est pas la priorité, on fait un peu abstraction de ça. Donc déjà leur donner la possibilité de s'exprimer là-dessus, leur poser des questions et créer cet entretien dans un premier temps. »*

### *3.7.3.3. Soutien du couple*

L'accompagnement du couple se retrouve dans la quasi-totalité des discours recueillis auprès des médecins.



*(V3) « Moi j'ai des clients, je soigne la dame mais je ne soigne pas forcément le mari mais il y a des clientes où je soigne elle et le mari. Donc le relationnel que j'ai avec la dame, par rapport avec sa pathologie... Moi je suis à l'écoute de tout donc voilà. »*

*(V6) « ST : Le compagnon vous le suivez aussi ? V6 : Oui, mais moi je n'en ai pas reparlé avec son compagnon. Je pense qu'en parler avec lui serait mieux devant la patiente puisque que c'était l'épouse qui m'avait contacté. »*

*(V10) « C'était plus de comment on fait pour s'accommoder dans le couple avec ces effets indésirables qui n'existaient pas avant, comme d'éventuelles diarrhées, l'incontinence urinaire et la modification de sensibilité. »*

Certains exemples évoqués montrent des partenaires dans l'incompréhension face à la souffrance de leur compagne.

*(V3) « Parce que moi, certains maris sont ouverts, mais un mari récalcitrant et qui comprend pas que sa femme est mal et veuille pas, tout ça, moi je vais essayer d'en parler mais si je les connais, je pense qu'il n'y aura pas ... Ils écouteront pas trop ce que je vais leur dire. Il faudrait qu'il y ait une personne extérieure et qu'ils en parlent tous les deux, qui explique et qui dialogue avec le mari. Le spécialiste ou le psychologue, dans le cadre... Je pense qu'ils seraient un peu plus à l'écoute. Après il y en a qui n'écouteront jamais personne. »*

*(V6) « Ce n'est pas que le fait de ne plus faire l'amour mais quel est le devenir de mon couple. Ça va au-delà de la relation sexuelle pure. »*

#### 3.7.4. Les médecins femmes pratiquent des examens gynécologiques

##### 3.7.4.1. Pratique d'examen gynécologique de suivi

Quasiment toutes les femmes interrogées se sont montrées plutôt à l'aise avec la pratique des examens gynécologiques et sur la question de la sexualité des femmes.

*(V7) « En fait, je fais pas mal de suivi gynécologique avec des frottis, examens des seins etc. »*

*(V8) « Tout ce qui est troubles de la sexualité moi je l'aborde souvent quand je fais les consultations gynécologiques. »*

*(V9) « Souvent je propose des gélules ou des gels gynécologiques comme la Colpotrophil pour traiter la sécheresse vaginale. »*

#### *3.7.4.2. Situation comparée à la ménopause*

Les séquelles spécifiques induites par le cancer et ses traitements ne sont pas connues des médecins généralistes interrogés, toutefois certains précisent que les problématiques sont semblables aux troubles de la sexualité des femmes rencontrés dans certaines situations de consultation de médecine générale, comme lors de la ménopause et des consultations pour la contraception.

*(V2) « V2 : Bah ! D'abord, j'ai essayé de la rassurer, premièrement. Ensuite, je lui ai proposée de, euh..., le problème c'est que pour certaines, on ne peut pas utiliser l'œstrogénothérapie, d'accord ? Et donc je leur ai proposé des lubrifiants, ou autre, et d'en parler à leur mari. »*

*(V3) « On lui avait proposé des traitements locaux avec des ovules à base d'acide hyaluronique, des gels locaux. C'est ce que lui avait aussi proposé sa gynécologue et tout. »*

*(V4) « ST : D'accord. Et après suite à ça, quelles solutions avez-vous proposées ? V4 : Sur les douleurs, ça a été surtout dans des conseils de préparation sur la sexualité et sur l'acte, l'utilisation de lubrifiants ou d'acide hyaluronique et éventuellement d'antalgiques. »*

*(V5) « Alors ce sont des choses que je donne aussi, pas que pour les dames qui ont eu une curiethérapie, c'est pour les dames ménopausées aussi qui n'ont plus de rapport à cause de sécheresses. Je fais le parallèle avec ça. »*

*(V7) « Après je ne sais pas si je saurais faire et si je saurais apporter des solutions mais on peut prescrire des gels hydratants et des gels lubrifiants etc, ainsi que des hormones au niveau local etc. »*

*(V8) « Tout ce qui est trouble de la sexualité moi je l'aborde souvent quand je fais les consultations gynécologiques. Ça va avec la ménopause et les sécheresses vaginales, donc je passe par le biais de la sécheresse vaginale pour savoir si au niveau des rapports il n'y a pas de soucis. »*

*(V9) « Non je n'ai pas beaucoup de consultation sur des troubles de la sexualité. Celle que j'ai de temps en temps et qui s'en rapproche le plus ça peut être, par exemple, chez les femmes ménopausées avec des problèmes de sécheresse vaginale et du coup des rapports qui sont douloureux. Ça j'en ai quand même de temps en temps mais je n'ai pas d'autres motifs. »*

Des solutions thérapeutiques sont proposées par certains médecins en première intention pour soigner les symptômes et sont efficaces.

*(V8) « ST : Ok, et quand vous avez proposé cette solution, comment ça s'est passé auprès des femmes ? V8 : Ça marche bien, les femmes se l'appliquent et sont satisfaites des résultats et les messieurs aussi. »*

*(V10) « ST : Donc vous n'avez pas eu de retour pour savoir comment ça s'était passé ? V10 : Alors, une ça avait l'air de bien se passer, c'est-à-dire qu'elle avait l'air d'avoir passé le cap. Elle laissait sous-entendre que ça se passait bien. Je n'ai pas creusé et puis l'autre on n'en a pas reparlé en fait. »*

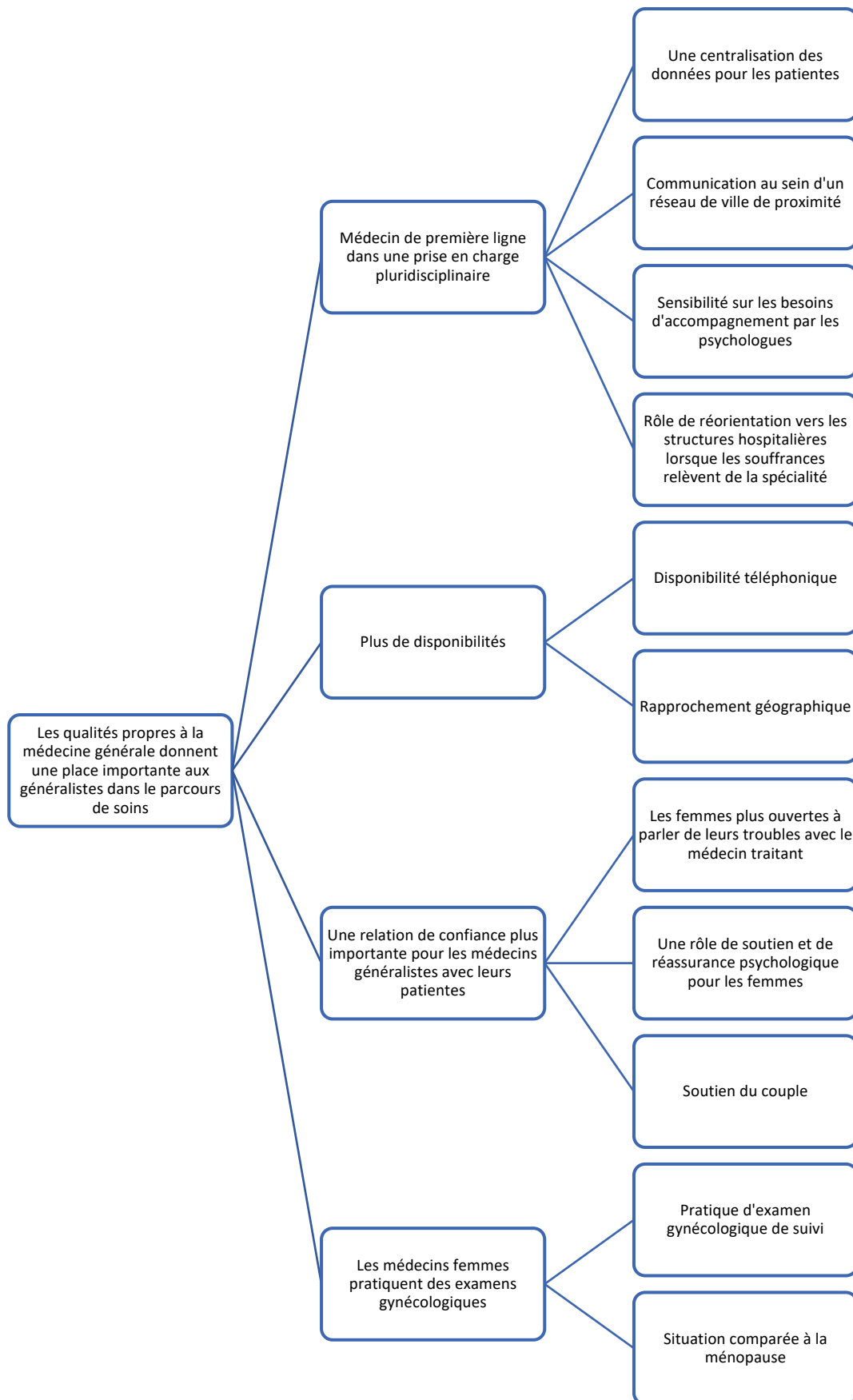


Figure 6 Les qualités propres à la médecine générales donnent une place importante aux généralistes dans le parcours de soins

### **3.8. Les perspectives d'amélioration de la prise en charge retrouvées dans les discours des médecins**

#### 3.8.1. Consensus sur le fait que la sexualité a un impact sur la qualité de vie au quotidien

##### *3.8.1.1. La sexualité est un marqueur de la qualité de vie*

Il est ressorti dans la quasi-totalité des entretiens enregistrés, une implication dans le bien-être de leurs patients dont la qualité de vie sexuelle.

*(V4) « Alors, paradoxalement, parfois les spécialistes vont avoir une vision purement oncologique et ne vont peut-être pas avoir le temps d'avoir la vision de bien-être ou de la vie quotidienne. »*

*(V6) « Alors je ne le fais pas, mais je pense que c'est un rôle important, parce que je ne suis pas certain qu'à l'hôpital on tienne compte tout le temps de la qualité de vie de la patiente après l'opération. »*

##### *3.8.1.2. Qualité de vie au sein du couple peut être impactée*

La sexualité est un critère évoqué comme étant en lien avec la qualité de vie au sein du couple.

*(V7) « Voilà, ça amène à parler d'autres choses. Ça ouvre sur la qualité de vie dans le couple »*

*(V10) « Peut-être aussi le sujet peut être abordé de manière systématique parce que ça fait partie du confort et du bien-être au quotidien surtout si elles sont en couple. Peut-être aussi l'aborder encore plus systématiquement. »*

#### 3.8.2. La prise en charge de la sexualité peut être améliorée

##### *3.8.2.1. Un dépistage trop faible*

Prise de conscience qu'aborder la problématique de manière systématique améliore la prise en charge.

(V4) « *Moi je pense que ça serait bien que ce soit abordé de manière systématique. Demander comment ça se passe au niveau sexualité. Que ce soit un petit peu plus systématique que de se baser du point de vu carcinologique ou du point de vu douleur. »*

(V8) « *ST : Selon vous, comment peut-on améliorer les prises en charge des femmes sur cette problématique ? V8 : En leur posant la question. »*

(V10) « *ST : D'accord. Comment peut-on améliorer la prise en charge de ces femmes ? V10 : Peut-être aussi l'aborder encore plus systématiquement. »*

### 3.8.2.2. *Évoquer le sujet avec les patientes permettrait de lever le tabou*

Tous les médecins ont évoqué d'eux-mêmes, la nécessité d'évoquer le sujet plus systématiquement avec ces femmes en cabinet de médecine générale.

(V2) « *Non, je pense que ... Alors c'est vrai que nous, c'est peut-être pas non plus, peut-être qu'on aurait à faire l'effort d'aborder plus facilement le sujet. Sans attendre que nos patientes en parlent. »*

(V6) « *Je pense vraiment qu'il faut qu'on aborde le sujet de manière systématique. Si la personne ne veut pas répondre, elle va dire que tout va bien et va clore le sujet. Si elle en a vraiment besoin, elle va pouvoir s'épancher et moi j'aurais les réponses que je vais pouvoir lui apporter et j'aurais l'aide que l'on peut recevoir des psychologues et de la sage-femme. »*

### 3.8.3. Sensibilité à la plainte soulevée

#### 3.8.3.1. *Volonté d'être inclus dans le parcours de soin*

La plupart des médecins a revendiqué une place pour la prise en charge de leur patiente, même si cette place est variable en fonction de l'attrait et de l'aisance pour la problématique de la sexualité de la femme.

(V1) « *Donc je vois mon rôle en tant que « driver » donner quelques noms, quelques pistes mais pas comme étant acteur principal des soins de la patiente. »*

(V2) « *Quel est le rôle du médecin traitant ? Il devrait être en première position. »*

(V5) « *Oui tout à fait. Et aussi peut-être le rôle du généraliste de libérer la parole de la femme et d'oser en parler peut-être. »*

(V4) « *Et que la patiente sache que, si elle a un souci, elle puisse à un moment avoir l'opportunité d'en parler. Et que la porte soit ouverte, car le plus probable c'est si personne n'en parle que la patiente n'ose pas. Donc il faut qu'à un moment la porte soit ouverte pour savoir que, si elle le désire, elle puisse en parler. »*

(V7) « *Je pense que notre rôle à nous, si on est au courant à qui adresser la patiente ou comment mettre en place ce suivi ou cet espace de parole, c'est d'informer la patiente que ça existe, de lui donner les coordonnées et les moyens d'y avoir accès. »*

#### 3.8.3.2. *Souhait d'être mieux formé*

Il ressort pour certains médecins une volonté de mieux se former pour aider et accompagner les patientes

(V1) « *Quand on s'estime incompétent dans une discipline, il vaut mieux passer la main, tout simplement. Puis après bien sûr, j'aime bien avoir des retours pour améliorer mais voilà. »*

(V5) « *V5 : Oui plutôt ses sécheresses, ses douleurs, ses appréhensions ? Donc peut-être là, être mieux formé pour en parler ? Ou peut-être déjà être mieux informé, nous, de ce qui est pratiqué sur place. Le parcours de soins, ce qui est abordé, et ce qu'on leur propose comme palliatif à une bonne sexualité. Mieux se former, nous, pour être exactement au fait de ce qui est potentiellement abordé.*

(V9) « *Et surtout connaître les outils pour répondre aux questions parce que si on veut l'aborder, mais qu'on n'a pas trop de solution derrière, c'est pas évident non plus.*

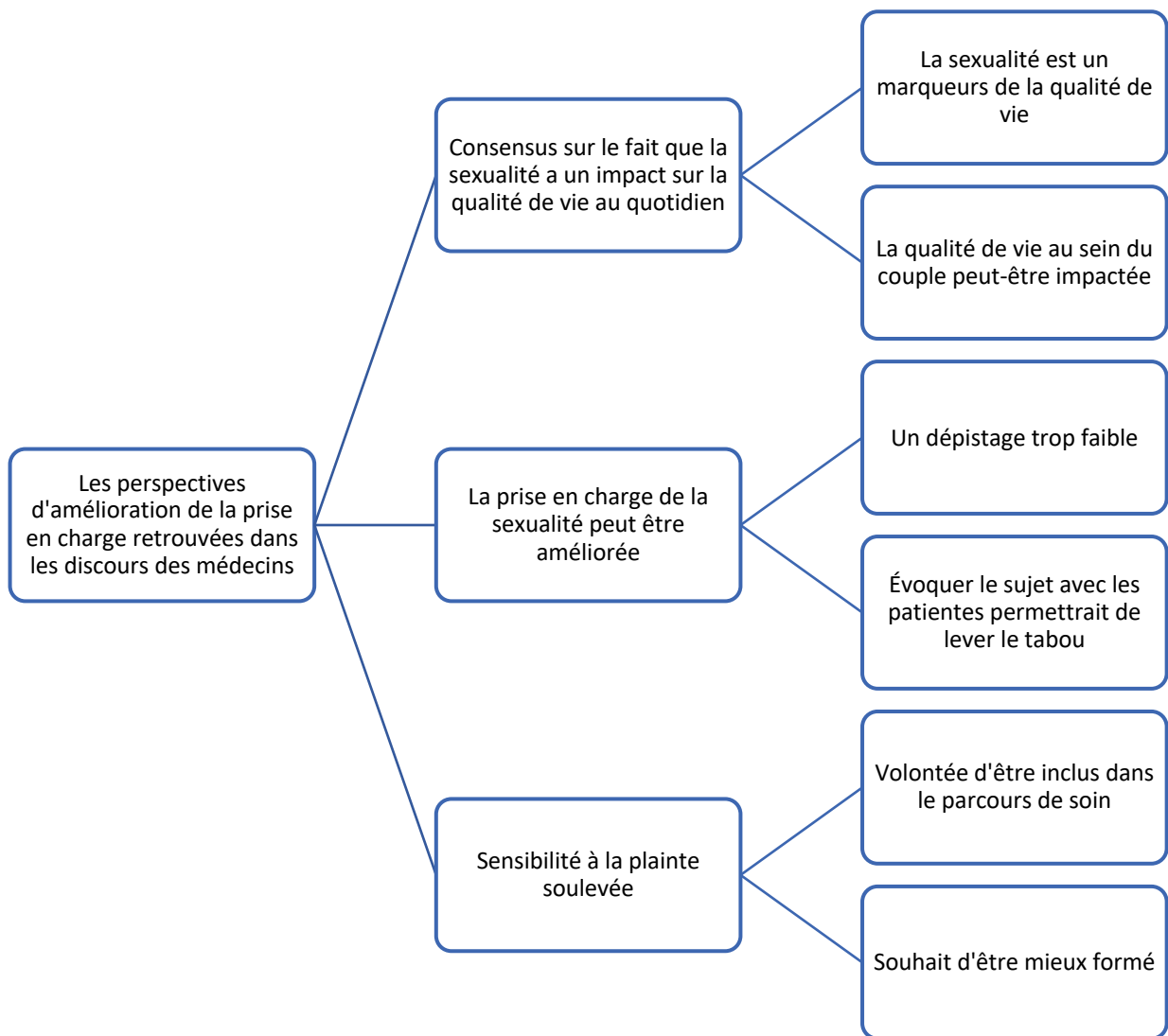


Figure 7 Les perspectives d'amélioration de la prise en charge retrouvées dans les discours des médecins



## 4. DISCUSSION

### 4.1. Principaux résultats et données de la littérature

#### 4.1.1. Les troubles de la sexualité des femmes

Le discours des médecins traitants interrogés met en avant les deux principaux aspects retrouvés dans la littérature altérant la sexualité des femmes : l'altération psychologique prédominant sur l'image du corps et les douleurs génitales accentuées lors des rapports sexuels.(33)(34)

Les termes employés pour parler des difficultés des femmes sont très forts comme « mutilation », « traumatisme » ou « perte de féminité ». Cela traduit l'impact que peut avoir le cancer et ses traitements sur la santé mentale en perturbant la fonction sexuelle. L'accompagnement psychologique a sa place pour accompagner les angoisses, le sentiment de pertes, la perception des changements corporels et faire le deuil de la sexualité antérieure.(35)(36) Cette notion a été mise en avant dans notre étude.

La perte du schéma corporel des femmes et le sentiment de perte de féminité sont communs à beaucoup de cancers.(37)(38) Pour les cancers gynécologiques, le manque de connaissance sur l'anatomie est un facteur aggravant cette problématique. Une étude publiée dans le *Bulletin du cancer* en 2015 a montré ce phénomène en demandant aux femmes de dessiner leur appareil génital après intervention chirurgicale (hystérectomie).(35)

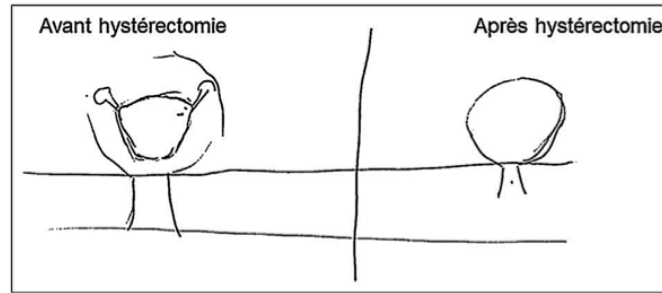


FIGURE 1  
Autoreprésentation de la sphère génitale Madame D.

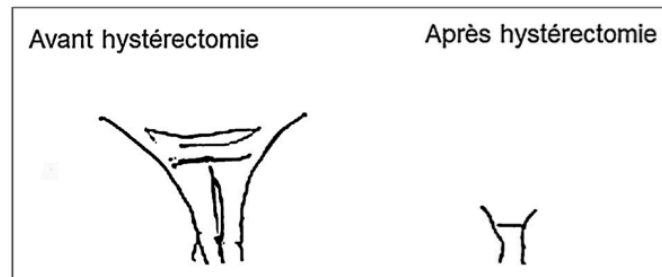


FIGURE 2  
Autoreprésentation de la sphère génitale Madame B.

La perturbation de la sexualité du couple fait consensus dans le discours des médecins mais la réponse sur l'équilibre et la vie de couple est variable. Ce phénomène est retrouvé dans *l'étude VICAN 2015* qui précise que, tous cancers confondus, les couples ont tendance à se renforcer malgré une baisse de la qualité et de la fréquence des rapports sexuels. (39)

#### 4.1.2. Expérience en médecine générale

L'ensemble des médecins a souligné que leur expérience était faible sur la problématique de la sexualité en cas de cancer gynécologique. La première raison mentionnée est le peu de recrutement de patientes suivies pour un cancer gynécologique. Cette prévalence a été comparée à celle du cancer du sein, pathologie plus fréquemment rencontrée, ce qui se vérifie aisément avec l'incidence des cancers.(40)

Il est ressorti comme une certaine évidence, selon les médecins, que les situations présentées par les patientes ayant un cancer gynécologique n'étaient pas propices à parler de sexualité.

L'un des premiers arguments évoqués est la gravité de la maladie. Certains médecins ont su exprimer que la gravité et l'avancée de la maladie néoplasique détournent de cette problématique.

Les autres explications données par les médecins étaient également l'âge avancé des patientes et le célibat. Dans notre société, les notions de plaisir féminin et de sexualité épanouie occupent une place de plus en plus grande pour les femmes depuis plusieurs années (41) et certaines études montrent que ce phénomène est également présent pour des âges plus avancés.(42) Il est noté aussi que la sexualité des femmes n'est plus seulement synonyme de vie de couple mais qu'elle concerne aussi les femmes célibataires (41) ce qui a été occulté par les médecins interrogés dans notre étude.

Certaines études se sont intéressées à la sexualité en contexte palliatif avancé. Notamment l'étude de *S Landry et al* publié en 2018 dans la *Revue internationale de soins palliatifs* qui a réalisé une analyse qualitative semi directive sur le sujet auprès de 27 patients en situation palliative de cancer, hommes et femmes confondus avec une moyenne d'âge de 62 ans. Les résultats montrent que l'intérêt pour la vie intime et sexuelle est présent pour 100 % des sujets interrogés. L'étude insiste même sur le fait que les patients s'attendent à ce que ce domaine de la vie soit abordé par les professionnels sans qu'ils aient à le faire eux-mêmes. Les habitudes sexuelles se voient modifiées pour une grande majorité des répondants (> 70%). Ceux-ci sont moins axés sur la pénétration mais plus sur les caresses, la tendresse, le partage et les préliminaires.(43) Ces résultats se voient confirmés dans d'autres études qui montrent des désirs toujours présents en situation palliative et qui procurent une source d'équilibre pour les patients.(44) La place des soignants, selon les patients, serait d'initier la conversation sur le sujet. (45) Parler de sexualité permettrait de garder une dynamique positive de vie en terme de désirs, de plaisirs, de sentiment d'exister ou d'estime de soi (38)

#### 4.1.3. Un « sentiment d'incompétence » dans la prise en charge

Il ressort de cette étude que la réponse face à la problématique de la sexualité soit subjective. Malgré un consensus qu'elle soit une dimension centrale de la santé et du bien-être, l'approche de chaque médecin varie en fonction de son intérêt pour le domaine, son expérience, sa formation et sa disposition psychologique. Cette subjectivité peut s'expliquer par la récente

apparition de la santé sexuelle en France et le manque de formation des médecins généralistes dans ce domaine.

La médicalisation de la sexualité est apparue depuis les années 1970 se présentant comme un droit pour chaque patient, les personnels de santé ayant un rôle d'accompagnement, de conseil et de thérapie pour pallier aux troubles.(46) Toutefois, il n'existe pas de formation spécifique à la sexualité, et notamment la sexualité de la femme en France dans les études de médecine. La sexologie bénéficie d'un diplôme interuniversitaire depuis 1997(47) une centaine de médecins traitants en France l'ont réalisé. La Société française de médecine générale (SFMG) a souligné en 2003, qu'un quart des médecins généralistes ne prenait pas en charge les dysfonctions sexuelles.(48) Les médecins généralistes construisent et organisent de façon sélective leur pratique professionnelle. La sexualité est une spécialité informelle qu'ils choisissent de pratiquer ou non. (47)

Le Haut conseil de santé publique (HCSP) a émis des mesures pour aider les médecins généralistes dans la prise en charge de ses DS en consultation. Toutefois ces directives sont plutôt axées sur l'éducation à la santé sexuelle chez les jeunes, la prévention des conduites à risques, le dépistage des violences faites aux femmes ou aux minorités (mutilations, discriminations, violences sexuelles conjugales), la contraception et la reproduction. Le lien émis entre cancer, sexualité et médecine générale concerne seulement la vaccination HPV et la surveillance par FCV. (49) Il n'y est pas évoqué la prise en charge de DS dans sa globalité et la notion de bien-être comme le voudrait la définition faite par l'OMS en 2002. (26)

L'un des autres freins de notre étude mis en avant est l'absence de pratique d'examen gynécologique au cabinet. Cette réponse est clairement corrélée au genre du praticien. Les médecins hommes ne pratiquent pas d'examen, ou seulement en dépannage en cas de symptomatologie aiguë ne pouvant être vue par le gynécologue. Les femmes médecins, dans leur majorité, font des suivis gynécologiques avec des consultations portant sur la contraception et la ménopause. Elles se montrent plus à l'aise pour parler de sexualité. La féminisation de la profession médicale, qui concerne également la médecine générale, (50) peut être vue dans ce contexte comme une ouverture pour les futures années.

Dans un contexte bien spécifique du cancer gynécologique pelvien, il est ressorti que même pour les femmes médecins les plus expérimentées sur la pratique d'examen gynécologique, le manque de connaissances spécifiques des séquelles somatiques induites par le cancer et ses

traitements sur la sphère génitale constituait un obstacle à la prise en charge et faisait développer un sentiment d'incompétence.

#### 4.1.4. Un sujet tabou pour les médecins et les patientes

Ne pas penser la problématique de la sexualité dans ce contexte en consultation génère chez certains médecins une appréhension à aborder la qualité de vie sexuelle. La sexualité est encore un tabou pour certains médecins.(51) Ils décrivent un manque de savoir-faire ou de savoir-être accentué par un manque de connaissance spécifique sur le sujet décrit. (38)

Ce tabou est retrouvé du côté des patientes, que les médecins décrivent comme étant plus important pour les femmes que pour les hommes. L'étude *VICAN 2012* a quantifié ce phénomène en précisant que seule 6,7 % des femmes ont réussi à parler de leurs difficultés sexuelles de leur propre initiative alors qu'on atteint 16,9 % pour les hommes. 60,9 % des femmes ont également répondu qu'elles n'en avaient pas parlé parce qu'on ne le leur avait pas proposé. Les hommes ont validé cette réponse à 43,3%. (22) D'autres études montrent que les patientes sont en attentes que les médecins initient la conversation sur le sujet. (52) Les patientes attendent donc que le soignant en parle et vice versa. La sexualité n'est pas un motif de consultation. Il est abordé timidement par le biais d'autres troubles intéressant la sphère urogénitale ce qui traduit un certain complexe de la part des femmes et donc un frein à l'accompagnement.

Dans notre étude, ce phénomène s'amplifie entre les médecins généralistes hommes et les patientes. Si certains se sont montrés à l'aise pour en discuter, plusieurs ont mis en place une stratégie d'éviction face à cette problématique. Certains affirment que le sujet n'a jamais été évoqué en consultation et lorsque la question de la sexualité est posée en entretien, la réorientation vers une consœur est vite mentionnée. L'attitude du médecin peut être interprétée comme une dissuasion de « manière inconsciente » à aborder le sujet, et pour certaines femmes, aborder la problématique est peut-être plus difficile avec un médecin homme. Ce phénomène a été souligné dans l'étude qualitative de *Giami A et al* sorti en 2010 qui a étudié les différents comportements des médecins face à la problématique de la sexualité des femmes. Des techniques d'éviction en fonction du genre ont été relevées sur le motif du risque d'érotisation de la relation médecin-patient à travers les actes cliniques s'intéressant au pelvis.(47) La rencontre hétérosexuelle en consultation engendre pour certains praticiens le développement de

stratégies de déssexualisation de l'examen physique médical pour éviter de mauvaises interprétations. (53)

#### 4.1.5. Un parcours de soins centré sur l'hôpital dont le médecin généraliste se sent exclu

La perte du lien avec le patient durant la prise en charge oncologique est soulignée dans la quasi-totalité des entretiens. La mauvaise communication entre la médecine de ville et les centres hospitaliers vient également renforcer ce sentiment d'exclusion.

Le plan cancer 2009-2013 avait déjà soulevé ce problème et avait, parmi ses objectifs, la volonté de renforcer cette communication et cette coordination entre les intervenants de santé dont les médecins généralistes. Pour cela, plusieurs travaux avaient été réalisés : (54)

- Le parcours personnalisé de soin (PPS) qui détaille le parcours du patient validé en RCP avec sa prise en charge oncologique et les propositions en soins de support
- Le programme personnalisé de soin de l'après cancer (PPAC) qui inclut la surveillance oncologique et les soins de support post traitement (55)
- La création d'un nouveau poste infirmier : les IDE de coordinations dont le rôle est d'être interlocuteur entre les médecins et professionnels de santé de ville avec les structures hospitalières
- Le développement du dossier médical partagé (DMP) qui correspond à un carnet de santé en ligne que le patient crée et qui sera accessible aux médecins qui le suivent.(56)

Le plan cancer 2014-2019 avait également le souci de renforcer les mesures prises lors du précédent plan cancer en matière de communication et de coordination avec les MG.(57) Ils y ont ajouté des GUIDES pratiques pour les différents cancers, dont les cancers du corps (2) et du col de l'utérus (4), afin que les médecins traitants comprennent mieux les prises en charge.

À travers cette étude, malgré les efforts et les moyens mis en place pour pallier le manque de communication, le sentiment d'exclusion du parcours de soins est présent pour les MG et est majoré dans les territoires les plus éloignés des centres hospitaliers. Si la communication sur la prise en charge oncologique semble être transmise, la prise en charge de soins de support comme l'oncosexualité n'est pas encore assez échangée.

Lors de la journée mondiale de lutte contre le cancer du 4 février 2021, le gouvernement français, aidé par l'INCa, a présenté les objectifs de la nouvelle stratégie décennale de

cancérologie. L'axe 2 porte sur la préservation de la qualité de vie des patients traités pour un cancer et la prévention des séquelles. Dans une logique de continuité de parcours de soins, des outils de suivi généralisés et des formations adressés aux professionnels de santé seront travaillés. (58)

#### 4.1.6. Les qualités propres à la médecine générale pour cette problématique

Les MG revendiquent une relation de confiance importante avec leurs patients. Cette qualité de relation peut être vue comme une force pour pallier au tabou qui constitue un des premiers freins de la prise en charge des troubles de la sexualité.

Les médecins généralistes intéressés par la pratique gynécologique peuvent réaliser des examens physiques dont les touchers vaginaux ainsi que des examens au spéculum directement au sein de leur cabinet : nous avons pu voir que c'était le cas pour une partie des praticiens interrogés, exclusivement des médecins femmes.

Le thème de la ménopause est un motif de visite connu par les médecins traitants. Les symptômes et les traitements locaux ont beaucoup de similitude entre ces deux contextes.(59)

Le syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGM) mime les effets que peuvent amener les thérapeutiques oncologiques en provoquant une ménopause forcée : sécheresse, perte de la libido, modification du corps, dyspareunie, défaut de lubrification, trouble de la trophicité vulvaire ou diminution de la musculature pelvienne.(60)

Connaître la prise en charge des troubles de la sexualité induits par la ménopause peut donc être considéré comme un bon acquis pour accompagner et traiter les DS de ces femmes.(52) Dans le contexte oncologique, la plupart des troubles sexuels ne relèvent pas de prises en charge spécialisées, surtout lorsque les symptômes sont pris en charge précocement. L'écoute et l'apport d'explications et de conseils sont souvent suffisants pour poursuivre ou reprendre l'activité sexuelle avec les thérapeutiques locales pour pallier aux rapports douloureux. Si les difficultés persistent, l'orientation vers une prise en charge spécialisée est recommandée. (61) (35) Ce cas de situation complexe et réfractaire au traitement de première intention a été bien mis en avant par l'une des médecins interrogés.

Les médecins généralistes exercent aujourd'hui de moins en moins seuls et sont le plus souvent intégrés au sein d'un cabinet de groupe ou au sein d'une MSP ce qui a été mentionné à plusieurs

reprises dans les discours. Les médecins au sein du même cabinet sont souvent complémentaires dans leur pratique médicale et exercent une médecine sélective en fonction de leur attrait. Plusieurs médecins de cette étude, ont cité des consœurs, exerçant dans la même structure, qui étaient plus à l'aise avec ce thème, d'autres ont parlé de sages-femmes expérimentées en sexualité.

Comme dit précédemment, la prise en charge des troubles de la sexualité est une prise en charge pluridisciplinaire adaptée en fonction des besoins des patientes. Le suivi hospitalier avec les chirurgiens, radiothérapeutes et gynécologues inclus dans le PPAC pourrait être complété par un suivi extra hospitalier de première ligne : le médecin traitant pourrait participer à la prise en charge en fonction des pratiques ou être simple coordonnateur avec les autres intervenants de ville ou hospitaliers.

Cela pourrait permettre de réduire les inégalités d'accès face au soin en fonction du territoire et de faire bénéficier aux patientes d'accompagnement de proximité.

#### 4.1.7. Les perspectives d'amélioration

Avant les rencontres réalisées pour les besoins de cette étude, la problématique de la sexualité n'était pas toujours pensée dans ce contexte. En évoquant le sujet en entretien, une grande partie des médecins généralistes a pris conscience des besoins de ces femmes et s'est, par la suite, auto-attribués un rôle et une responsabilité. Ils ont également manifesté une volonté d'être présent dans le parcours de soin.

Certains ont mentionné que la prise en charge était insuffisante et ont jugé qu'il faisait partie du rôle du MG d'avoir une attitude proactive pour dépister les troubles en posant la question, s'intéressant au problème et en libérant la parole des femmes. Également ils ont pris conscience de l'importance de faire de la prévention avant que les troubles n'apparaissent et ne s'installent. Lorsque la problématique est évoquée la patiente peut entrer dans une prise en charge adaptée et être accompagnée. Le médecin traitant peut initier les soins gynécologiques ou il peut l'adresser vers un autre professionnel de santé en fonction de ses pratiques.

D'autres médecins ont ajouté que, pour améliorer la prise en charge, les médecins généralistes devraient être mieux formés à la gynécologie et à la sexualité des femmes dans le contexte de cancer pelvien. Une formation pour aider les médecins à aborder le sujet précocement et de



manière systématique aurait effectivement un bénéfice dans la prise en charge. La majorité des MG interrogés a déjà une certaine maîtrise des traitements locaux prescrits en première intention pour les DS dans ce contexte, c'est-à-dire, les gels hydratants vaginaux, les topiques aux hormones, les lubrifiants ou la kinésithérapie pelvienne. Ils ont également pour l'ensemble, une capacité d'écoute et de bienveillance nécessaire dans ce contexte.

#### **4.2. Forces et limites de l'étude**

A notre connaissance, il s'agit d'un travail unique de thèse en médecine générale. Le projet a été soutenu par le travail de recherche clinique en curiethérapie gynécologiques de l'Institut du Cancer de Montpellier. (20)

La sexualité de la femme est un sujet d'actualité dans lequel le médecin traitant a une place encore mal définie qui évolue. Parler de ce thème dans le contexte de cancer gynécologique pelvien, contexte bien spécifique, permet de cibler les difficultés combinées entre un sujet délicat et le rôle au sein du parcours de soin des patientes.

Une analyse qualitative axée sur l'expérience vécue par le sujet est cohérente avec l'objectif de l'étude dans le but de comprendre un phénomène en profondeur. Aucune autre méthode d'analyse n'aurait pu étudier ce phénomène.

Concernant la variation de l'échantillon, nous avons pu obtenir un équilibre des genres parmi les médecins interrogés et avoir une variation optimale de leur âge, deux critères principaux de qualité de notre échantillon. Il y avait plus de médecins généralistes exerçant en milieu rural qu'en milieu urbain. Ceci peut remettre en cause le point de saturation des données.

Le manque d'expérience de l'enquêtrice fait que certaines questions de relance ont pu manquer et limiter parfois le recueil de données.

Ce travail n'a pas bénéficié de triangulation ce qui fait qu'il peut présenter des biais d'interprétation.

Aucun conflit d'intérêt n'est présent pour ce travail.

## 5. CONCLUSION

Notre étude a permis de mieux comprendre l'expérience des médecins généralistes pour aborder la problématique de la sexualité en consultation pour des femmes ayant eu un cancer gynécologique pelvien. La formation à la santé sexuelle manque dans les études médicales et la pratique d'examen gynécologique n'est pas réalisée par les médecins hommes engendrant une variabilité importante du vécu en fonction de la subjectivité de chaque praticien. Le manque de sensibilité à la problématique constitue un frein qui se surajoute à la complexité du sujet encore tabou.

La prise en charge oncologique est un parcours de soin pour lequel il peut exister une perte de lien entre les généralistes et les patientes ce qui accentue les difficultés d'accompagnement. Le manque de communication ville-hôpital est évoqué par l'ensemble des médecins de l'étude comme aggravant cette problématique.

Les médecins généralistes ont leur place dans le parcours de suivi sur l'oncosexualité en qualité de médecins de proximité, de relation de confiance construite sur un suivi prolongé de leurs malades et de leurs connaissances des thérapeutiques locales utilisées pour la ménopause. Renforcer la communication entre les différents intervenants de santé, former les praticiens à aborder la problématique représentent des opportunités d'amélioration de la prise en charge pour ces femmes : Cela fait partie des objectifs du plan décennal de cancérologie de 2021.

## 6. BIBLIOGRAPHIE

1. Quelques chiffres - Cancer de l'endomètre. Available from: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-l-endometre/Quelques-chiffres>
2. ALD n° 30 - Cancer de l'endomètre. Haute Autorité de Santé. Available from: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1021574/fr/ald-n-30-cancer-de-l-endometre](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1021574/fr/ald-n-30-cancer-de-l-endometre)
3. Woronoff A-S, Molinié F, Trétarre B. Mise en place du programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France. *Bulletin du Cancer*. 2019 Mar 1;106(3):253–61.
4. ALD n° 30 - Cancer invasif du col utérin. Haute Autorité de Santé. Available from: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_922973/fr/ald-n-30-cancer-invasif-du-col-uterin](https://www.has-sante.fr/jcms/c_922973/fr/ald-n-30-cancer-invasif-du-col-uterin)
5. Gynécologie Obstétrique - CNGOF 2015 ; Collection (Les Référentiels des Collèges) ; Elsevier Masson. Available from: <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/index.html>
6. Denis Q, Pascal B, Philippe M. Société Française d'Oncologie Gynécologique. :21.
7. Endometrial cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up† - *Annals of Oncology*. Available from: [https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(19\)31567-4/fulltext](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(19)31567-4/fulltext)
8. Marth C, Landoni F, Mahner S, McCormack M, Gonzalez-Martin A, Colombo N. Cervical cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up†. *Annals of Oncology*. 2017 Jul 1;28:iv72–83.
9. Amant F, Mirza MR, Koskas M, Creutzberg CL. Cancer of the corpus uteri. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2018;143(S2):37–50.
10. Suivi - Cancer de l'endomètre Available from: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-l-endometre/Suivi>
11. Suivi - Cancer du col de l'utérus. Available from: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Suivi>
12. l'Urologie M de. Chapitre 05 - Sexualité normale et ses troubles. 2016. Available from: <https://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/sexualite-normale-et-ses-troubles.html>
13. l'Urologie M de. Anatomie et physiologie de la sexualité 2019. Available from: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/anatomie-et-physiologie-de-la-sexualite>
14. Lammerink EAG, de Bock GH, Pras E, Reyners AKL, Mourits MJE. Sexual functioning of cervical cancer survivors: a review with a female perspective. *Maturitas*. 2012 Aug;72(4):296–304.

15. Grangé C, Bonal M, Huyghe É, Lèguevaque P, Cances-Lauwers V, Motton S. Qualité de vie sexuelle et cancer du col localement avancé. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2013 Feb 1;41(2):116–22.
16. Gilbert E, Ussher JM, Perz J. Sexuality after gynaecological cancer: A review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing. *Maturitas*. 2011 Sep;70(1):42–57.
17. Grigsby PW, Russell A, Bruner D, Eifel P, Koh WJ, Spanos W, et al. Late injury of cancer therapy on the female reproductive tract. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1995 Mar 30;31(5):1281–99.
18. Incrocci L, Jensen PT. Pelvic Radiotherapy and Sexual Function in Men and Women. *The Journal of Sexual Medicine*. 2013 Feb;10:53–64.
19. Huffman LB, Hartenbach EM, Carter J, Rash JK, Kushner DM. Maintaining sexual health throughout gynecologic cancer survivorship: A comprehensive review and clinical guide. *Gynecol Oncol*. 2016 Feb;140(2):359–68.
20. Kerr C, Huteau ME, Jarlier M, Colombo PE, de Forges H, Stoebner-Delbarre A. Vaginal dilators and moisturizers use and sexual quality of life of patients with gynecologic cancer treated with brachytherapy. The “Gyn and Co LR” program. *European Journal of Cancer Care*.
21. L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) à l'ICM Montpellier. Available from: <https://www.icm.unicancer.fr/fr/education-therapeutique-du-patient>
22. La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après-cancer - Ref : ETUDVICAN14. Available from: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-vie-deux-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer-De-l-annonce-a-l-apres-cancer>
23. Mon Réseau cancer gynéco. Available from: <https://www.monreseau-cancergyneco.com/>
24. Parcours de soins. Available from: <http://www.e-cancer.fr/ressources/plan-cancer-2014-2019-rapports-aux-francais/parcours-de-soins>
25. Plan cancer 2014-2019 : priorités et objectifs - Plan cancer. Available from: <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>
26. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Santé sexuelle [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cited 2020 Mar 26]. Available from: <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>
27. Barmaki M, Boisriveaud C, Bondil P, Chevret M, Dumont M, Farsi F, et al. Membres du groupe de travail initial 201. 2017;40.
28. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale*. 2002 May;3(2):81–90.

29. Engberink AO. Intérêt d'une approche sémio-pragmatique peircienne pour une méthodologie analytique en recherche qualitative. :20.
30. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
31. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/255611594\\_Des\\_avancees\\_en\\_analyse\\_qualitative\\_pour\\_une\\_transparence\\_et\\_une\\_systematisation\\_des\\_pratiques](https://www.researchgate.net/publication/255611594_Des_avancees_en_analyse_qualitative_pour_une_transparence_et_une_systematisation_des_pratiques)
32. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. :18.
33. Lammerink EAG, de Bock GH, Pras E, Reyners AKL, Mourits MJE. Sexual functioning of cervical cancer survivors: a review with a female perspective. *Maturitas*. 2012 Aug;72(4):296–304.
34. Grangé C, Bonal M, Huyghe É, Lèguevaque P, Cances-Lauwers V, Motton S. Qualité de vie sexuelle et cancer du col localement avancé. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2013 Feb 1;41(2):116–22.
35. Vanlerenberghe E, Sedda A-L, Ait-Kaci F. [The impact of gynaecological cancers on woman's sexuality and her couple]. *Bull Cancer*. 2015 May;102(5):454–62.
36. Amsterdam A, Krychman ML. Sexual dysfunction in patients with gynecologic neoplasms: a retrospective pilot study. *J Sex Med*. 2006 Jul;3(4):646–9.
37. Venturini E. Retentissements psychiques du cancer gynécologique pelvien sur la sexualité féminine [Internet] [thesis]. Paris 5; 2014 [cited 2019 Nov 9]. Available from: <http://www.theses.fr/2014PA05H121>
38. Bondil P, Habold D. Cancers et sexualité : les médecins ne doivent plus faire l'impasse.
39. La vie cinq ans après un diagnostic de cancer [Internet]. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support Available from: <https://www.afsos.org/ressource-doc/vie-cinq-ans-apres-diagnostic-de-cancer/>
40. Cancers. Available from: /maladies-et-traumatismes/cancers
41. Évolution sociétale de la sexualité 2019. Available from: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/evolution-societale-de-la-sexualite>
42. La sexualité du couple âgé : état des lieux, prise en charge 2020. Available from: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/la-sexualite-du-couple-age-etat-des-lieux-prise-en-charge-0>
43. Landry S. Soins palliatifs en cancérologie et place de la sexualité. *Revue internationale de soins palliatifs*. 2018;33(3):143–8.

44. Lemieux L, Kaiser S, Pereira J, Meadows LM. Sexuality in palliative care: patient perspectives. *Palliat Med.* 2004 Oct;18(7):630–7.
45. Rothenberg M-I, Dupras A. La sexualité des personnes en fin de vie. *Sexologies.* 2010 Jul 1;19(3):175–80.
46. WHO\_TRS\_572\_fre.pdf [Internet]. [cited 2021 Jan 29]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38316/WHO\\_TRS\\_572\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38316/WHO_TRS_572_fre.pdf?sequence=1)
47. Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l’abord de la sexualité. In: *Singuliers généralistes* [Internet]. Rennes: Presses de l’EHESP; 2010. p. 147–68. (Métiers Santé Social). Available from: <https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213-p-147.htm>
48. La revue francophone de médecine générale. Available from: <https://www.exercer.fr/search?s=sexualit%C3%A9%20de%20la%20femme&page=3#revueArticleModal>
49. HCSP. Santé sexuelle et reproductive. Rapport de l’HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 Mar Available from: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550>
50. Les médecins d’ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. Available from: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/61776/1/er1011.pdf>
51. Bondil P, Habold D. Développement de l’oncosexualité et de l’oncofertilité en France : pourquoi maintenant ? Aspects culturels et psychosociologiques. *Psycho-Oncologie.* 2015 Dec 1;9(4):230–9.
52. Stabile C, Goldfarb S, Baser RE, Goldfrank DJ, Abu-Rustum NR, Barakat RR, et al. Sexual health needs and educational intervention preferences for women with cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2017 Aug;165(1):77–84.
53. Giuffre, Patti A., and Christine L. Williams. Not Just Bodies: Strategies for Desexualizing the Physical Examination of Patients.” *Gender and Society*, vol. 14, no. 3, 2000, pp. 457–482. JSTOR, [www.jstor.org/stable/190138](http://www.jstor.org/stable/190138). Accessed 16 Feb. 2021. In.
54. Buzyn A. Les apports des Plans cancer à la cancérologie. *Oncologie.* 2014 Sep;16(S1):4–6.
55. Les outils pour accompagner le parcours personnalisé du patient - Parcours personnalisé du patient pendant et après le cancer. Available from: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Parcours-personnalise-du-patient-pendant-et-apres-le-cancer/Les-outils#toc-le-programme-personnalis-de-l-apr-s-cancer>
56. Tout savoir sur le Dossier Médical Partagé. Available from: <https://www.ameli.fr/assure/sante/dossier-medical-partage/tout-savoir-sur-dossier-medical-partage>

57. Bilan du Plan cancer 2014-2019 - Plan cancer 2014-2019, où en est-on ? Available from: <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs/Plan-cancer-2014-2019-ou-en-est-on/Bilan-du-Plan-cancer-2014-2019>
58. UNICANCER - Stratégie décennale de lutte contre le cancer : contribution d'Unicancer. Available from: <http://www.unicancer.fr/strategie-decennale-lutte-contre-cancer-contribution-d%E2%80%99unicancer>
59. Traitements des symptômes vaginaux du syndrome génito-urinaire de la ménopause | Gynéco Online. Available from: <https://www.gyneco-online.com/gynecologie/traitements-des-symptomes-vaginaux-du-syndrome-genito-urinaire-de-la-menopause>
60. la prise en charge de la ménopause. Available from: <http://www.cngof.fr/component/rsfiles/apercu?path=Clinique/info%20patientes/Info-Menopause-GEMVI-2017.pdf>
61. Bondil P, Habold D, Damiano T, Champsavoir P. [The personalized health care process in oncosexology: a new health care offer in the service of both patients and health carers]. Bull Cancer. 2012 Apr 1;99(4):499–507.

## 7. ANNEXES

### 7.1. Guide d'entretien

Bonjour,

Tout d'abord, merci d'avoir répondu favorablement à ma demande d'entretien pour mon travail de thèse.

Je m'appelle Sara Thauay, je suis ancienne interne de médecine générale de la faculté de médecine de Montpellier – Nîmes et j'exerce actuellement en tant que remplaçante dans la région.

Si je vous ai contacté pour m'entretenir avec vous, c'est pour la réalisation de ma thèse qui a pour objectif de comprendre l'expérience vécue des médecins généralistes sur la problématique des troubles de la sexualité des femmes ayant été suivies pour un cancer gynécologique pelvien et ayant reçues de la radiothérapie.

Mon étude est une étude qualitative basée sur des entretiens semi dirigés avec les médecins volontaires ayant dans leur patientèle au moins une patiente qui a été reçue durant l'année 2019 de la radiothérapie au sein de l'institut de cancérologie de Montpellier.

Dans ce contexte, je vais vous poser des questions ouvertes afin de recueillir votre opinion et votre expérience. Aucun jugement de valeur ne sera fait. Il n'y a pas de « bonne ou de mauvaise réponse » seulement la volonté de faire ressortir des réponses authentiques. Vous avez le droit de ne pas répondre aux questions ou d'approfondir lorsque que cela vous semble nécessaire.

L'ensemble de l'entretien sera enregistré avec un smartphone et le contenu sera anonymisé.

- L'impression globale :

- Que vous évoque les troubles de la sexualité des femmes ayant été suivies pour un cancer gynécologique pelvien ?

- Description du vécu :

- Pouvez-vous me décrire le déroulement d'une consultation que vous avez vécue ?

*(Les troubles présentés par la patiente, les questions que vous avez posées, l'examen physique, les solutions proposées, les consultations de contrôle, l'orientation vers le spécialiste)*

- Le ressenti :

- Comment avez-vous ressenti la consultation ?

*(Sentiment global, les aspects positifs, les aspects négatifs/ les difficultés)*



- La place du médecin traitant parmi le réseau de santé :

- Quel rôle a le médecin traitant pour cette prise en charge ?

*(Le rôle principal ? Réorientation ? Communication avec les autres spécialistes de santé ? Les aspects positifs, les limites.)*

- Comment peut-on améliorer la prise en charge des femmes sur cette problématique ?
- Avez-vous des choses à ajouter ?

## 7.2. Formulaire de consentement

### **RECHERCHE QUALITATIVE auprès de *médecins généralistes*.**

#### **Contexte et problématique :**

Les tumeurs de l'endomètre, 4<sup>e</sup> cancer de la femme, et celles du col de l'utérus, 11<sup>e</sup> cancer de la femme, en France, sont des cancers dont la prise en charge peut nécessiter une irradiation pelvienne, et/ou une curiethérapie, seule, soit en association avec de la chirurgie et/ou de la chimiothérapie.

Leurs thérapeutiques incontestables, sont associés à de nombreux effets secondaires à court ou long terme, pouvant altérer la qualité de vie des patientes, et notamment la qualité de vie sexuelle. Les stratégies thérapeutiques de prise en charge de ses effets secondaires spécifiques impactant la sphère urogénitale, sont nombreuses et ont une efficacité d'autant plus grande que si on les utilise précocement.

Les objectifs des consultations de suivi des patientes en post thérapeutique d'un cancer de l'endomètre ou du col de l'utérus sont de dépister une rechute précoce pouvant relever de traitements curatifs et de prévenir des séquelles sexuelles induites, par le cancer lui-même et ses traitements, afin de les traiter.

Dans la région de l'ancien Languedoc Roussillon, les radiothérapeutes, chirurgiens et gynécologues ont, en réseau, des consultations rythmées et définies selon un protocole personnalisé de soin (PPS) inclus dans le réseau de suivi post cancer gynécologique plusieurs fois par an pendant 5 années.

Intégrer les médecins traitants dans ce protocole permettrait de réduire les inégalités d'accès aux soins et de renforcer le rôle du médecin traitant dans l'accompagnement des patients suivis pour un cancer durant tout le parcours de soin. Ces deux objectifs sont inscrits dans le plan cancer 2009-2013.

L'objectif de mon étude est donc, dans ce contexte, de comprendre l'expérience vécue des médecins généralistes pour aborder le thème de la sexualité chez des femmes ayant eu un cancer gynécologique (col et corps de l'utérus).

#### **Réalisation de l'entretien :**

Afin de répondre à la problématique posée, je souhaite réaliser un entretien avec vous, individuellement, suivant vos disponibilités, au sein de votre cabinet médical.

Il suivra un guide d'entretien réalisé au préalable avec des questions concernant votre vécu/ votre expérience en tant que médecin généraliste. Il durera entre 15 et 30 minutes et sera enregistré de façon anonyme, à l'aide d'un smartphone.

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

#### **Le traitement des informations :**

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine.

#### **En signant ce consentement :**

1) Vous confirmez avoir lu et compris l'information ci-dessus et avoir eu la possibilité de poser des questions.

2) Vous comprenez que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que vous êtes libre de changer d'avis à n'importe quel moment.

3) Vous donnez votre consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.

4) Vous donnez votre consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.

5) Vous êtes d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant) Signature (investigateur)

Date :

Lieu :

## 8. SERMENT D'HIPPOCRATE

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
  
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
  
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
  
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
  
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

## 9. RESUME

**Introduction :** Les tumeurs de l'endomètre et celles du col de l'utérus sont respectivement les 4<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> cancers de la femme en France. Leur prise en charge nécessite une irradiation pelvienne et/ou une curiethérapie, soit seules, soit en association avec de la chirurgie et/ou de la chimiothérapie. Leurs thérapeutiques sont associées à de nombreux effets secondaires à court ou long terme, pouvant altérer la qualité de vie des patientes et notamment la qualité de vie sexuelle. L'objectif de mon étude est de comprendre l'expérience vécue par des médecins généralistes pour aborder le thème de la sexualité chez des femmes ayant eu l'un de ces cancers gynécologiques.

**Méthode :** Analyse qualitative selon une approche phénoménologique sémio pragmatique. Les données ont été recueillies à partir d'entretiens individuels semi dirigés, réalisés à partir d'un guide d'entretien centré sur le vécu des praticiens.

**Résultats :** Onze entretiens ont été réalisés sur la période du mois d'août à novembre 2020. Il ressort de l'étude un consensus de la part des médecins généralistes que la sexualité soit une dimension centrale de la santé et du bien-être. L'approche de chacun varie en fonction de son intérêt pour le domaine et sa disposition psychologique. Plusieurs freins limitent l'abord des dysfonctions sexuelles : la sexualité est encore un sujet tabou en consultation, les examens gynécologiques ne sont pas pratiqués par les médecins hommes et les médecins traitants se sentent exclus du parcours de soins durant la prise en charge oncologique. La relation de confiance, leur proximité et leurs connaissances basées sur l'expérience des troubles de la sexualité autres que le cancer, leurs donnent une place importante dans la prise en charge de l'oncosexualité.

**Conclusion :** La prise en charge de la sexualité des femmes en post thérapeutique d'un cancer gynécologique pelvien est un sujet difficile à aborder en consultation de médecine générale. Renforcer la communication entre les différents intervenants de santé, former les praticiens à aborder la problématique représentent des opportunités d'amélioration de la prise en charge.

**Mots clés :** Tumeurs de l'appareil génital féminin, sexualité, médecine générale, analyse qualitative.