



HAL
open science

L'abord de la sexualité des femmes de plus de 50 ans en médecine générale : représentations, attentes et éléments facilitant la communication. Une étude qualitative par entretiens individuels semi dirigés

Charlotte Fabre

► **To cite this version:**

Charlotte Fabre. L'abord de la sexualité des femmes de plus de 50 ans en médecine générale : représentations, attentes et éléments facilitant la communication. Une étude qualitative par entretiens individuels semi dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03780538

HAL Id: dumas-03780538

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03780538v1>

Submitted on 19 Sep 2022

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

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

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

FABRE Charlotte

Présentée et soutenue publiquement le 22 septembre 2022

L'abord de la sexualité des femmes de plus de 50 ans en médecine générale : représentations, attentes et éléments facilitant la communication. Une étude qualitative par entretiens individuels semi dirigés.

Directrice de thèse :

Madame ESCHALIER Bénédicte, Docteur, Maître de Conférences Associée, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecin Généraliste à Saint-Amant-Tallende.

Président du jury :

Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecin généraliste à Lempdes-sur-Allagnon.

Membres du jury :

Madame MESTRES Stéphanie, Docteur, CHU Clermont-Ferrand onco-sexologie, Médecin Sexologue.

Madame BERTRAND JARROUSSE Véronique, Docteur, Maître de Conférences Associée, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecin généraliste à Augerolles.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

FABRE Charlotte

Présentée et soutenue publiquement le 22 septembre 2022

L'abord de la sexualité des femmes de plus de 50 ans en médecine générale : représentations, attentes et éléments facilitant la communication. Une étude qualitative par entretiens individuels semi dirigés.

Directrice de thèse :

Madame ESCHALIER Bénédicte, Docteur, Maître de Conférences Associée, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecin Généraliste à Saint-Amant-Tallende.

Président du jury :

Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecin généraliste à Lempdes-sur-Allagnon.

Membres du jury :

Madame MESTRES Stéphanie, Docteur, CHU Clermont-Ferrand onco-sexologie, Médecin Sexologue.

Madame BERTRAND JARROUSSE Véronique, Docteur, Maître de Conférences Associée, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecin généraliste à Augerolles.



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE
PREMIERE VICE-PRESIDENTE
CHARGEE DU PILOTAGE ET DES MOYENS
VICE-PRESIDENTE CHARGEE DE LA FORMATION
VICE-PRESIDENTE CHARGEE DE LA RECHERCHE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias

: **FOGLI** Anne
: **PEYRARD** Françoise
: **PREVOT** Vanessa
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOIRE Jean-Yves - BOITEUX Jean-Paul – BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques – CHAMOIX Alain - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe – CITRON Bernard – CLEMENT Gilles - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard – DAUPLAT Jacques – DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles – DETAIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - M. GENTOU Claude – Mme GLANDDIER Phyllis – MM IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard – Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard – MICHEL Jean-Luc – MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle – MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques – RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier – AVAN Paul – BAZIN Jean-Etienne – CAILLAUD Denis – DAPOIGNY Michel – DUBRAY Claude – ESCHALIER Alain – KEMENY Jean-Louis – LABBE André – Mme LAFEUILLE Hélène – MM. LEMERY Didier – LUSSON Jean-René – POULY Jean-Luc

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie
M. DURIF Franck	Cytogénétique
M. BOYER Louis	Neurologie
M. CANIS Michel	Radiologie et Imagerie Médicale
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	option Clinique
	Gynécologie-Obstétrique
	Anatomie et Cytologie
	Pathologiques
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio- Vasculaire
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes

M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme DUCLOS Martine	Physiologie
M. SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique
M. BERGER Marc	Hématologie
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M. ABERGEL Armando	Hépatologie
Mme BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne

1ère CLASSE

M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M. D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M. GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Économie de la Santé et Prévention
M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. RICHARD Ruddy	Physiologie
M. SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M. FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M. GUY Laurent	Urologie
M. TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. COSTES Frédéric	Physiologie
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique

M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale

2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère CLASSE

M. VORILHON Philippe
Mme LAPORTE Catherine

Médecine Générale
Médecine Générale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

2ème CLASSE

Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne

Nutrition Humaine

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne

Médecine Générale

M. CAMBON Benoît

Médecine Générale

M. TANGUY Gilles

Médecine Générale

M. BERNARD Pierre

Médecine Générale

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine

Bactériologie Virologie

Mme BOUTELOUP Corinne

Nutrition

Mme FOGLI Anne

Biochimie Biologie Moléculaire

Mme GOUAS Laetitia

Cytologie et Histologie,
Cytogénétique,

1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel

Biophysique et Traitement de
l'Image

Mlle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mle MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle COSTE Karen	Pédiatrie
Mle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie
Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction

2ème CLASSE

M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
M. GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M. MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence
M. CHENAF Chouki	Pharmacologie Clinique

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
DE MEDECINE GENERALE**

1ère CLASSE

Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
-----------------------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

HORS CLASSE

M.	BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
Mme	VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire

CLASSE NORMALE

M.	BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle	AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
Mle	GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M.	BIDET Yannick	Oncogénétique
M.	DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M.	PIZON Frank	Santé Publique
M.	SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
M.	LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme	MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M.	PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme	ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme	RICHARD Amélie	Médecine Générale
M.	TESSIERES Frédéric	Médecine Générale
Mme	ROUGE Laure	Médecine Générale
Mme	BERTRAND JARROUSSE Véronique	Médecine Générale
Mme	VICARD-OLAGNE Mathilde	Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

Monsieur le Professeur Philippe VORILHON,

Je vous remercie de nous faire l'honneur de présider ce jury. Merci de l'intérêt que vous portez à ce travail. Soyez assuré, Professeur, de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A NOTRE JURY :

Madame le Docteur BERTRAND JARROUSSE Véronique,

Merci de me faire l'honneur de ta présence aujourd'hui. Ton enseignement et tes qualités professionnelles durant mon cursus me servent d'exemple. Reçois ici mon plus grand respect et ma profonde reconnaissance.

Madame le Docteur ESCHALIER Bénédicte, Directrice de thèse,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Votre soutien et vos conseils ont été d'une aide précieuse. Je vous remercie profondément de nous avoir accordé ce temps et de nous avoir épaulé avec bienveillance. Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

Madame le Docteur MESTRES Stéphanie,

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury. Je vous suis reconnaissante de votre disponibilité durant notre travail, c'est un honneur de vous avoir aujourd'hui. Soyez assurée de mes plus sincères et respectueux remerciements.

A MES PROCHE :

A Kévin, depuis cette rencontre improbable, merci pour ta patience et ton soutien au quotidien. De belles choses nous attendent pour la suite, je t'aime.

A mes parents, merci de votre amour, merci de m'avoir soutenu dès le premier jour et de m'avoir permis de réaliser de tels défis.

A ma famille, à mes grands-mères, et merci à Julie ma cousine pour ces moments de détente et tes conseils bienveillants.

A ma belle-famille, merci de m'avoir accueillie aussi chaleureusement.

A Pauline, Just because you're the best ! Et pensée pour Nono tout là-haut, sans qui nous ne serions pas qui nous sommes...

Merci à *Agathe* d'avoir accepté ce travail en commun, de ton soutien et respect pour ton courage. Tu seras une médecin fabuleuse.

Aux filles de la fac, mes commères d'amour, la team Maurice et Bout de canapé, merci pour ces si beaux moments partagés plein d'émotions, je vous aime tellement !

A mes amis, à Brahim, merci pour ton amitié fidèle depuis le lycée.

Merci à *la Team Champagnac* avec qui l'on passe des moments rares mais privilégiés, vous m'êtes d'un réconfort précieux.

Au Dr CORNET Géraldine, merci de ton soutien durant l'internat, merci à mes maîtres de stage, *Christophe, Véronique, Sophie et Stéphanie*, merci de m'avoir enseigné le métier.

Aux services hospitaliers et particulièrement au pôle CH Brioude, Catherine, Coline, Sylvain avec qui nous avons partagé des rires, des pleurs et une pandémie ! L'aventure continue !

A mes co internes rencontrés, et particulièrement à Simon pour ces deux semestres à tes côtés, parce que franchement ... on s'est bien marré ! Et quel trio avec Quentin ! Je suis ravie de vous avoir connu.

Et enfin, grand merci *aux femmes* qui ont eu le courage de participer à cette étude. Soyez fières de vous.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES FIGURES	15
LISTE DES ABREVIATIONS	16
1 INTRODUCTION	17
2 MATERIEL ET METHODE.....	20
2.1 Type d'étude.....	20
2.2 Population étudiée	20
2.3 Critères d'inclusion et de non-inclusion.....	20
2.4 Le recrutement.....	20
2.5 Recueil des données	21
2.6 Guide d'entretien.....	21
2.7 Analyse des données	22
2.8 Protection des données et aspect éthique.....	23
3 RESULTATS.....	24
3.1 POPULATION ETUDIEE	24
3.2 REPRESENTATIONS.....	25
3.2.1 Santé sexuelle.....	25
3.2.1.1 Santé globale	25
3.2.1.2 Sexualité et couple.....	26
3.2.1.3 Sexualité et société	27
3.2.2 Difficultés évoquées en matière de santé sexuelle	27
3.2.2.1 La santé globale.....	27
3.2.2.2 Sexualité et couple.....	28
3.2.2.3 Sexualité et société	29
3.2.2.4 Attitude des patientes face aux difficultés.....	29
3.2.3 Représentation de la place du médecin généraliste	31
3.2.3.1 Le médecin généraliste : acteur de premier recours	31
3.2.3.2 La relation de confiance : avantage-inconvénient ?	32
3.2.3.3 Médecin en difficulté.....	33
3.2.3.4 Sexualité : un sujet difficile et peu abordé	34
3.3 ATTENTES.....	36
3.3.1 Envers le médecin généraliste	36
3.3.2 Liées au contexte : Quand, comment ?.....	37
3.3.3 Liées aux thèmes abordés.....	38

3.3.4	Absence d'attente : pas le rôle du MG	39
3.4	LEVIERS	39
3.4.1	Créer un cadre adéquat	39
3.4.2	Créer une relation propice	39
3.4.3	Le ressenti du soignant : MG devin.....	40
3.4.4	Ne pas rater certaines occasions	40
3.4.5	Le savoir être du thérapeute	42
3.4.6	Le savoir-faire du thérapeute.....	42
3.4.6.1	Communication verbale.....	42
3.4.6.2	S'aider d'outils	43
4	DISCUSSION	45
4.1	Principaux résultats	45
4.1.1	Santé sexuelle : concept flou et tabou	45
4.1.2	Le médecin généraliste au centre de la prise en charge : avis controversés	46
4.1.3	La ménopause : sujet oublié	48
4.1.4	Contexte de consultation, attitude et communication.....	49
4.2	Forces et limites de l'étude.....	50
4.3	Perspectives en pratique	52
5	CONCLUSION.....	54
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	56
	Annexe I : Guide d'entretien final	60
	Annexe II : Fiche d'information de l'étude et de non-opposition de participation	61
	Annexe III : Formulaire de consentement de droit à la voix.....	63
	Annexe IV : Avis du comité d'éthique de la recherche IRB-UCA	64
	Annexe V : Caractéristiques principales des participantes.....	65
	Serment d'Hippocrate	66

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte conceptuelle des représentations et difficultés émises en matière de santé sexuelle chez les femmes de plus de 50 ans.....	30
Figure 2 : Carte conceptuelle de la représentation du médecin généraliste et de la place du sujet de la santé sexuelle en médecine générale chez les femmes de plus de 50 ans.....	35
Figure 3 : Carte conceptuelle des leviers à l’abord de la santé sexuelle chez les femmes de plus de 50 ans.	44

LISTE DES ABREVIATIONS

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

FCV : Frottis Cervico Vaginal

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LGBTQIA+ : lesbiennes, Gays, Bisexuelles, Queers, Intersexes, Asexuelles

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

1 INTRODUCTION

Avec l'émancipation progressive du dogme religieux judéo-chrétien et l'apparition de la contraception, la sexualité s'est peu à peu libérée. (1) Dans notre société, la santé, le bien-être, le plaisir et l'épanouissement personnel sont devenus des valeurs centrales. Chacun doit pouvoir vivre une sexualité épanouie en toute liberté. Cette évolution sociétale et cette libération des mœurs ont permis une légitimation de la médicalisation de la sexualité (1).

Le concept de santé sexuelle est né en 1975 et a été défini par l'OMS tel qu'un « état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence » (2).

Plusieurs études ont montré qu'une sexualité épanouie était associée à une meilleure qualité de vie, (3) à une meilleure santé et à une plus grande longévité (4). La santé sexuelle implique une prise en charge globale du patient et s'inscrit donc dans les compétences du médecin généraliste (MG) (5). Il joue un rôle de prévention et de dépistage des infections sexuellement transmissibles, il doit lutter contre les violences ou discriminations et assurer la prise en charge des dysfonctionnements sexuels (6). Il joue également un rôle plus large de promotion de la santé et du bien-être sexuel.

En effet, la sexualité peut être affectée par différents facteurs (psychologiques, relationnels, physiques, sociaux, culturels,) ainsi que par le vieillissement et le déclin hormonal. Les troubles de la sexualité sont fréquents, selon certaines études, entre 15 et 70% des personnes, quel que soit leur sexe, rapportent des difficultés sexuelles (7). Les troubles de la fonction sexuelle s'accroissent avec l'âge. Chez les femmes, les difficultés d'orgasme et les troubles du désir ont également tendance à augmenter avec l'âge, touchant 21.7% des femmes

entre 50 et 59 ans et 28.1% entre 60 et 69 ans (7). Aussi, la ménopause est fréquemment associée à des difficultés d'ordre sexuel (8). Ces difficultés sont également importantes à dépister puisqu'elles peuvent parfois permettre le dépistage d'autres pathologies (9). Les troubles sexuels peuvent être la cause ou la conséquence de nombreuses pathologies (10) ou secondaires à la prise de certains traitements (11). Leur exploration est donc nécessaire afin d'assurer une prise en charge globale des patients.

Aussi, concernant le dépistage des IST, une attention particulière mérite d'être portée au risque de contamination par le VIH chez les plus de 50 ans. Une enquête réalisée en 2016 montre que les plus de 50 ans représentaient 20 % des 6 003 personnes ayant découvert leur séropositivité en 2016, contre seulement 12 % en 2003 (12).

L'enquête « VIH et Séniors » réalisée en octobre 2014 révèle que la population des 50-70 ans se sent moins concernée (12 % vs 28 % auprès des 18-49 ans) par les risques d'infection. Se fait moins dépister 46 % vs 61% pour les 18-49 ans et prend plus de risque. Parmi ceux qui ont eu plusieurs partenaires ces cinq dernières années, 37 % n'ont jamais mis de préservatifs au cours de cette période et 26 % n'en ont mis que de temps en temps (vs 12 % et 45 % chez les 18-49 ans). Il s'agit donc d'un sujet important à aborder dans cette population (13).

En pratique le sujet reste peu évoqué en consultation de médecine générale et les patients rencontrent souvent des difficultés à communiquer sur leurs troubles sexuels avec leur médecin (14). En face, les médecins abordent peu le sujet, pourtant ils ont conscience de l'intérêt de l'aborder. Les principales raisons sont un sentiment d'illégitimité à l'aborder, la peur de créer la gêne des patients et le manque de formation (15). Or, une étude française de 2017 évaluant le ressenti des patients lorsque leur MG aborde la santé sexuelle met en évidence que 93% des patients ne considèrent pas comme intrusive la question autour de leur sexualité. Et la majorité considèrent que le sujet devrait être saisi de manière plus

systematique par leur MG (16). Ainsi, nous nous sommes demandé comment les patients de plus de 50 ans souhaiteraient que leur MG aborde le thème de la sexualité en consultation.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 Type d'étude

Une étude qualitative a été réalisée avec une approche par théorisation ancrée de Janvier et Mai 2022, auprès de patientes de plus de 50 ans, vivant en Auvergne Rhône Alpes ; dans le cadre d'une thèse collaborative avec MANEVY Agathe, élaborant une analyse similaire auprès d'hommes du même âge.

2.2 Population étudiée

La population cible de l'étude était composée de femmes de plus de 50 ans vivant en Auvergne Rhône-Alpes. L'échantillon a été raisonné selon les critères d'âge, de sexe, de lieu de vie, de niveau socio professionnel et de sexe du MG. La situation familiale et l'orientation sexuelle étaient également renseignées.

2.3 Critères d'inclusion et de non-inclusion

Les critères d'inclusion de l'étude étaient l'âge supérieur à 50 ans et l'accord de participation à l'étude. Les critères de non-inclusion étaient l'absence de maîtrise de la langue française rendant difficile la réponse aux questions de l'entretien semi dirigé et l'absence de réponses à la suite des sollicitations de l'investigatrice.

2.4 Le recrutement

Le recrutement des participantes est issu de la patientèle de MG rencontrée lors de remplacements, d'une sage-femme libérale puis par la méthode « boule de neige ». La diversification des sources de recrutement a été recherchée pour obtenir un échantillon varié. Le recrutement de participantes issue d'une patientèle de MG se faisait lors d'une consultation avec l'investigatrice à la différence de celui provenant de la sage-femme qui se

faisait après distribution de la fiche informative par ses soins. Dès lors, les femmes souhaitant participer à l'étude lui donnaient leur accord de diffusion de leurs coordonnées. Une prise de contact par e-mail et téléphone était faite dans un second temps par l'investigatrice.

2.5 Recueil des données

Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés auprès de femmes de plus de 50 ans, vivant en Auvergne Rhône-Alpes, entre Janvier et Mai 2022. Les entretiens ont été préparés à l'avance sur la base d'un guide d'entretien. Ils ont été réalisés, du fait de la pandémie COVID-19, par téléphone avec enregistrement sur dictaphone ou en visioconférence à l'aide du logiciel informatique Zoom. Chaque entretien a débuté après avoir recueilli le consentement oral de l'interviewée et sous couvert d'anonymat. Tous les entretiens ont été anonymisés et retranscrits intégralement sous la forme de verbatim sur le logiciel Word. Les éléments de communication non verbaux ont été notés à part.

Les interviewées avaient ensuite, selon leur souhait, la possibilité d'accéder à leur entretien retranscrit par mail et pouvaient, si elles le souhaitaient, modifier leurs propos ou les supprimer.

Les verbatims étaient identifiés F pour les femmes, suivis d'un chiffre correspondant à l'ordre chronologique d'inclusion.

Le recueil des données s'est arrêté lorsque la saturation des données a été obtenue et confirmée par deux entretiens supplémentaires. A la fin de chaque entretien, les données socio démographiques de l'interviewée étaient recueillies.

2.6 Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été réalisé après une recherche bibliographique sur le sujet et après avis auprès du directeur de thèse et d'un médecin sexologue. La recherche

bibliographique a été effectuée sur des bases de données et des moteurs de recherche francophones et anglo-saxons (PubMed, Google Scholar, Science Direct, EM Premium).

Il a été établie une liste de mots-clés en français et en anglais : santé sexuelle, dysfonction sexuelle, médecine générale, soins primaires, communication, sexual health, sexual dysfunction, general practice, primary health care, communication. Le guide a été modifié au fil de l'avancée du recueil de données pour améliorer la qualité des informations recueillies (Annexe I).

Le début de l'entretien portait sur le MG de la participante, le but était de mettre à l'aise l'interviewée pour la suite de l'entretien. Il s'agissait de questions générales autour de la relation entretenue avec le MG. Ensuite, il s'agissait de questions portant sur les représentations de l'interviewé concernant la santé sexuelle et la place de son médecin généraliste autour de ce thème. La deuxième partie de l'entretien consistait à recueillir les attentes de l'interviewée concernant l'abord de sa santé sexuelle avec son MG. Enfin, la dernière partie de l'entretien devait permettre aux patientes de développer des idées autour d'outils qui pourraient faciliter l'abord de ce sujet avec son médecin.

2.7 Analyse des données

L'analyse a été évolutive, dès le premier entretien, permettant un ajustement du guide au cours de l'étude. Une première analyse par codage ouvert a abouti à la création d'étiquettes expérientielles décrivant le sens du discours de l'interviewé. Ensuite un codage axial a été réalisé, permettant de définir des catégories conceptuelles. Enfin, un codage intégratif a permis d'expliquer les catégories émergentes et de créer une théorie répondant à la question de recherche. La triangulation de l'analyse des données a été effectuée avec la confrontation de l'analyse des deux investigatrices.

2.8 Protection des données et aspect éthique

Avant chaque entretien, les patientes recevaient par mail une fiche d'information sur l'étude, un formulaire de non-opposition de participation à l'étude (Annexe II) ainsi qu'un formulaire de consentement pour le droit à la voix (Annexe III). Au début de chaque entretien, l'investigatrice recueillait oralement la non-opposition de la participante ainsi que le formulaire de consentement signé. Une fois l'entretien intégralement retranscrit et anonymisé sur Word, l'enregistrement audio était détruit.

Avant de débiter les entretiens, un avis a été demandé auprès du Comité d'Éthique de la Recherche IRB-UCA, qui a répondu que l'étude avait pour but « d'améliorer nos techniques de communication afin de faciliter l'abord de la sexualité en médecine générale » et donné un avis favorable (Annexe IV). L'étude a également été enregistrée auprès de la CNIL.

3 RESULTATS

3.1 POPULATION ETUDIEE

Notre étude a permis d'inclure, entre janvier et mai 2022, 17 femmes en Auvergne Rhône Alpes. Trois femmes ont dans un second temps refusé de participer après avoir pris connaissance de la fiche d'information pour des raisons de pudeur ou parce qu'elles ne se sentaient pas concernées par le sujet. Deux femmes n'ont pas répondu après la première sollicitation ainsi qu'aux relances de l'investigatrice.

L'échantillon final était composé de 13 femmes âgées de 51 à 73 ans. La durée des entretiens variait entre 13 et 40 min avec une moyenne de 27 min qui s'accroît au fil des passations. Les entretiens ont été réalisés par téléphone pour des raisons pratiques (distanciation géographique et pandémie COVID 19) sauf deux entretiens par visioconférence. Les participantes sont identifiées par la lettre F et suivie d'un chiffre en fonction de l'ordre chronologique de la réalisation des entretiens (Annexe V). La saturation des données a été obtenue après avoir réalisé 11 entretiens, 2 entretiens supplémentaires ont été menés afin de la confirmer, le critère d'orientation sexuelle a été retiré devant les difficultés de recrutement de femmes homosexuelles.

Le guide d'entretien a été modifié après le 3^{ème} entretien devant l'association fréquente de la sexualité et de la gynécologie puis au bout du huitième 8^{ème} entretien après conseils avisés d'une sexologue.

3.2 REPRESENTATIONS

3.2.1 Santé sexuelle

Pour la quasi-totalité des femmes, la notion de santé sexuelle est un concept flou :

F10 : « Enfin comment dire santé sexuelle ? C'est vague ! Donnez-moi une petite idée pour me guider un peu parce que la santé sexuelle ... ? [...] ... Est ce que j'ai encore envie d'avoir des rapports ? est-ce que c'est pour ça ? est-ce que je ne sais pas ? pour vous la santé sexuelle... »

Neuf participantes ont hésité à répondre à la question et cinq craignaient de ne pas répondre correctement à la question.

3.2.1.1 Santé globale

Pour les interviewées, la santé sexuelle se reflétait sur la qualité de vie et avait un impact sur le bien-être, il faisait partie intégrante de la santé globale. Être en bonne santé permettait d'avoir une sexualité et d'avoir une bonne sexualité donc d'avoir une bonne qualité de vie. « *Je veux dire, on se sent heureux de vivre quand on est épanouie sexuellement* » (F8). Pour elles, être en bonne santé sexuelle signifiait ressentir du « bien-être », (F12) avoir, « *un épanouissement déjà de soi-même* » (F7) et dans le couple. Les patientes étaient conscientes que la santé sexuelle avait un impact sur la santé globale et sur la qualité de vie, « *On sent que... Ça nous fait du bien quoi.* » (F8) qui se reflète « *par une espèce de bonheur, de bien être, de tranquillité, d'apaisement* » (F9).

C'était également avoir une bonne connaissance de son corps « *savoir si on me touche à tel endroit, je sais que ça va me faire plaisir...* » (F11) et d « *être à l'aise avec ça et avec son corps* » (F11).

Deux femmes interrogées évoquaient l'impact de la sexualité sur le bien être psychologique et sur l'humeur : « *Ça favorise une santé mentale* » (F7).

Pour quatre participantes la notion de santé sexuelle renvoyait « *au désir* » (F8) et au « *plaisir* » (F8) ressenti dans le cadre d'une activité sexuelle saine et « *qui nous convient* » (F5).

Quatre femmes estiment que sur le plan personnel la santé sexuelle c'est « *tout ce qui a attiré un peu à la gynéco* », (F4) à la santé gynécologique.

La notion d'absence de pathologie : « *si tout va bien à ce niveau-là* » (F6) et l'absence de difficulté physique : « *C'est plutôt physique que relationnel...* », (F4) permettant d'avoir une activité sexuelle, était retrouvée chez quatre participantes.

3.2.1.2 Sexualité et couple

Au sein du couple, les femmes évoquaient une bonne entente entre les partenaires, un bien-être. Elles estiment que la santé sexuelle « *c'est quand même quelque chose d'important* » (F7) permettant un « *équilibre du couple* » (F7) voire un « *épanouissement du couple* » (F8). Les participantes évoquaient une bonne connaissance de leur partenaire : « *j'ai toujours le même partenaire depuis toujours, aussi donc on se connaît un peu par cœur* », (F1) une bonne communication : « *on en discute tous les 2* », (F8) l'absence de tabou dans le couple garantissant « *un échange de tendresse* » (F10). Deux interviewées parlaient également d'avoir une pratique sexuelle en adéquation entre les deux partenaires, sans gêne : « *si l'un ou l'autre n'est pas gêné par rapport à certaines choses* » (F6) et étaient conscientes que les pratiques pouvaient être différentes en fonction des couples.

3.2.1.3 Sexualité et société

Quelques femmes estiment qu'on se sent bien sexuellement dès lors qu'on est en accord avec les normes sociales. En effet une déclare que « *longtemps, [...] les personnes homosexuelles ne pouvaient pas être épanouies parce que ce n'était pas autorisé, il y avait un regard de la société qui faisait qu'ils ne pouvaient pas afficher leur désir justement* » (F8).

Certaines estiment en parler « *facilement avec mes copines* » (F12) et qu'il n'existe pas de tabou particulier entre elles : « *on a une grande liberté de, de, de d'expression* » (F7). Elles considèrent qu'il y a une différence de liberté de la parole en fonction du genre. Une participante suppose en parler entre amies plus souvent « *que les hommes entre eux* » (F7).

3.2.2 Difficultés évoquées en matière de santé sexuelle

En parallèle des représentations sur la santé sexuelle, les participantes évoquaient leurs difficultés.

3.2.2.1 La santé globale

Toutes les femmes ont évoqué des changements de leur sexualité avec l'âge : « *en vieillissant, et bien, c'est plus pareil* », (F8) « *c'est plus la même chose* » (F10). La sexualité évolue « *on a plus 20 ans c'est plus tout à fait la même chose* » (F10).

La majorité estime que ce changement correspond à l'entrée en ménopause. Une participante affirme que la ménopause « *impacte sur ma vie sexuelle clairement* » (F12) parce que le « *corps est en pleine transformation* » (F10). Sur le plan personnel, la plupart des femmes se plaignent principalement de dyspareunie liée à la sécheresse vaginale « *parce qu'effectivement après avec la ménopause, bon il y a ... [...] des petits soucis qui arrivent quand même, la sécheresse vaginale* » (F10). Elles estiment que « *c'est plus le confort que j'ai connu lorsque j'étais plus jeune* » (F10). Cet inconfort impacte la fréquence des relations

sexuelles parce que c'est le « *problème de sécheresse vaginale qui fait qu'on a moins envie* » (F10).

En parallèle une femme évoque un manque de rapports sexuels « *des moments j'aurais bien envie d'avoir une relation, quelque chose...* » (F3). Trois femmes ont un mauvais vécu personnel de leur vie sexuelle : « *je ne le vis pas bien...* », (F10) « *c'est dur* » (F3). Le sentiment de culpabilité sur les changements de la vie sexuelle ressort chez la moitié des femmes interviewées : « *la plupart du temps, souvent on se sent responsable* » (F9).

3.2.2.2 Sexualité et couple

Cinq femmes estiment que les dysfonctions sexuelles ont un impact négatif sur leur couple altérant la qualité de la relation de couple « *parce que c'est vrai que par moment bon ben je, je dis non à mon mari et que lui il est un peu blessé quoi...Oui parce qu'il va dire « Tu m'aimes plus »* » (F10). A côté de ça « *je ne suis pas vraiment épanouie, je pense que lui aussi le ressent et, et on n'est pas bien tous les deux quoi finalement hein ...* » (F10).

Au-delà de l'inconfort, les attentes en matière de sexualité peuvent être différentes au sein même d'un couple « *Parce que voilà, il aimerait avoir des câlins plus souvent, je dirais (rire), il est plus demandeur...que moi...* » (F10) ce qui crée un déséquilibre : « *mon mari parfois, il le vit mal, je le dis !* » (F10). Par ailleurs, deux femmes déclarent ne « *jamais aborder le sujet* » (F3) avec leur conjoint « *parce que je ne voulais pas le frustrer* » (F3) ou bien par pudeur, « *c'est tellement perso, [...] qu'on n'en parlerait même pas à son conjoint* » (F9).

Deux participantes estiment que les troubles sexuels peuvent avoir un impact sur la bonne entente d'un couple par manque de connaissance de la normalité de l'évolution des activités sexuelles liées à l'âge : « *Même au sein du couple en fait, parce que ben...On ne sait pas forcément que ça [dysfonction sexuelle] vient de là et on se dit bah voilà...ça peut être aussi*

perturbant pour moi que, que pour mon mari », (F4) une participante évoque même avoir une « *copine qui s'est séparée de son compagnon, [...] à cause de ça !* » (F12).

3.2.2.3 Sexualité et société

Il existe également une pression de la société perçue par les femmes. Une forme de comparaison existe chez cinq participantes manifestant un questionnement quant à la normalité de l'activité sexuelle au sein de leur couple par rapport aux autres couples de la même génération.

Trois interviewées se posent la question de la légitimité d'avoir des rapports sexuels passé un certain âge : « *on traine de telles casseroles que dire : « Une femme ménopausée elle n'a plus de sexualité, point barre »* » (F8). Il existe une forme de tabou lié à la crainte « *que des gens ne comprendraient pas qu'on puisse encore avoir une sexualité à plus de 60 ans* » (F10) ce qui engendre le fait que « *après la ménopause, on va dire, il est vrai qu'on referme le sujet par rapport à ça* » (F10).

3.2.2.4 Attitude des patientes face aux difficultés

Trois patientes reconnaissent « *essayer de se documenter via Internet* » (F2) en matière de santé sexuelle plutôt que de consulter leur médecin généraliste : « *Au premier abord... j'irai sur Internet* » (F4). Une patiente s'était automédiquée après un visionnage publicitaire dans les médias.

3.2.3 Représentation de la place du médecin généraliste

3.2.3.1 Le médecin généraliste : acteur de premier recours

Pour la plupart des femmes le MG est l'interlocuteur adapté en cas de problème aigu tel que « *eh bien la migraine, les trucs comme ça quoi...Les douleurs on va dire* » (F10) ou bien « *quand j'ai une gastro, quand j'ai un rhume...* » (F2). C'est l'interlocuteur premier, « *si j'avais un problème, je commencerais à en parler [...], je lui expliquerai à mon médecin mon problème* » (F11) mais aussi un médecin prescripteur : « *ça sera surtout médicamenteux* » (F4).

Pour un quart des femmes le MG est « *la première personne à qui on va s'adresser pour un suivi derrière* » (F5) dans le cadre du parcours de soin. Trois participantes trouvaient le MG plus accessible que le spécialiste d'une part pour les délais de rendez-vous rapide : « *je l'ai contacté et j'ai eu un rendez-vous une semaine après, donc pour moi c'est ... c'était hyper confortable* » (F2) et d'autre part devant la difficulté d'accès à un spécialiste en secteur rural : « *c'est vrai que le gynéco, si vous voulez un rendez-vous il faut prendre ça un an à l'avance, [...] Ça fait long alors que là, le médecin traitant, on prend rendez-vous, 15 jours après on a rendez-vous quoi, donc ...* » (F11). Quatre participantes font leur suivi gynécologique auprès de leur MG, acteur du dépistage : « *Mes frottis, je les ai fait faire par mon médecin généraliste* » (F11). Pour les interviewées le MG « *a des compétences !* » (F5), il est caractérisé pour être sans jugement et soumis au secret médical. On vient le consulter pour avoir un avis « *objectif parce qu'il n'est pas impliqué dans la famille* » (F5).

La majorité des femmes considère que le sujet de la santé sexuelle a une place en consultation médicale : « *Oh, je pense que c'est ça serait plus à une généralité qu'il faudrait que ça rentre vraiment dans le truc basique de la santé en générale...* » (F11). Néanmoins une

femme pense que « c'est 2 choses qui ne vont pas forcément ensemble en fait » (F8) et que ce serait une problématique hors santé.

3.2.3.2 La relation de confiance : avantage-inconvénient ?

Les femmes soulignent la construction progressive d'une relation médecin patient où s'installe la confiance : « *la confiance est quand même là depuis 15 ans ...* » (F2), devant « *une familiarité, une, vraiment, une, quelque chose qui se passe entre son médecin et soi* » (F8). Pour la totalité des interviewées, le MG est une personne de confiance qui connaît bien son patient devant son statut de « *médecin de famille* » (F13) avec qui « *on doit pouvoir avoir ce genre de discussion* » (F13).

De cette relation singulière découle « *des échanges avec un peu d'humour* » (F7) permettant une absence de tabou « *au niveau de médecin, de la médecine, j'ai, j'ai aucun tabou* » (F11). Pour les participantes, le MG est une personne avec qui « *on doit pouvoir aborder beaucoup de sujets* » (F13). Quartes femmes considèrent que le MG fait partie des premiers interlocuteurs en matière de santé sexuelle : « *Donc je pense que le médecin traitant, ça peut faire partie des personnes qui peuvent répondre* » (F5). Cependant la moitié des femmes interrogées se questionnent quant au rôle du MG au niveau de la santé sexuelle et auraient tendance à l'évoquer plutôt auprès d'un spécialiste.

Pour sept d'entre elles le gynécologue ou la sage-femme paraissent être des interlocuteurs plus adaptés « *parce que c'est...entre guillemets, une professionnelle de ce, de ce, de cette chose là en fait !* » (F4) et parce que « *notre génération à nous les femmes de 50 ans. On a toujours ... été voir une gynéco, quoi en fait !* » (F2) et que la « *sexologie ... bah c'est le gynéco !* » (F10). Pour deux d'entre elles, le sexologue est le médecin de référence en matière de sexualité.

Une femme se questionne quant aux compétences du MG en gynécologie : « Bah oui, parce qu'on se dit ... Est ce que le généraliste est capable euh ... voyez ce que je veux dire ... est ce qu'il est capable euh ..., bah de faire un frottis ... Est-ce qu'il est capable euh ... d'enlever un stérilet ? ...ce qu'il est capable de nous ... De nous conseiller quoi ! Enfin... médicalement parlant quoi ! » (F2). Deux femmes ressentent de la gêne à parler de gynécologie avec leur MG du fait de la relation de proximité : « Je veux dire que le gynéco, on le voit tous les 5 ans et je me dis, bon bah si je lui dis des choses, il va avoir oublié, puis c'est tout quoi ! » (F10).

3.2.3.3 Médecin en difficulté.

Cependant la totalité des femmes considèrent que « la relation avec le médecin a beaucoup évoluée » (F4) et « qu'ils ne prennent pas assez de temps... » (F4), que les médecins « sont pressés ! » (F8), que les consultations sont « chronométrées, qu'il y'a un minimum de patients à voir dans 1h... » (F5). Quatre participantes n'évoquaient pas le sujet de la santé sexuelle avec leur MG par crainte d'être incomprises, par peur de déranger et de ne pas être écoutées.

F8 : « je ne vais pas l'embêter parce que voilà c'est qu'il est débordé. »

F4 : « Ils ne prennent pas assez de temps pour écouter ! [...] quand on veut aborder un sujet et ben... ça, ils vont commencer, et puis ils vont enchaîner vite sur autre chose, ils vont écouter mais je ne pense pas suffisamment... »

F12 : « Il ne va malheureusement peut-être pas creuser. »

Par ailleurs trois femmes évoquent le fait que les médecins sont surchargés « [ils] ont tellement de trucs aussi qu'ils n'ont pas le temps de vous mettre à l'aise » (F9).

De plus « *comme il y en a une pleine une salle d'attente* » (F8) « *ils ont peu de temps à nous consacrer parce que c'est difficile c'est un problème tellement intime qu'il est difficile à exprimer* » (F9).

3.2.3.4 Sexualité : un sujet difficile et peu abordé

Toutes les femmes ont montré de la gêne à la question de la représentation de la santé sexuelle et la moitié d'entre elles s'excusaient de leur vocabulaire lors de l'évocation de la sexualité. La santé sexuelle reste un sujet difficile à aborder devant les notions d'intimité et de pudeur décrites par dix femmes interrogées : « *Voilà, je trouve que c'est tellement intime après... Il y a des gens qui arrivent plus à... mais en ce qui me concerne, pas trop quoi...* » (F9). Quatre femmes évoquaient un tabou générationnel étant en cause dans la notion de gêne ressentie : « *Je suis déjà vieille génération et il y a des choses qu'on n'ose pas parler* » (F10).

La totalité des participantes considérait que le MG n'abordait pas le sujet de la santé sexuelle : « *Je trouve que justement, les médecins généralistes ne posent pas assez cette question* » (F6). La plupart trouve regrettable de ne pas l'aborder et estime que la ménopause est un sujet occulté par les MG : « *Par contre, je trouve que quand [...] on arrive en ménopause où pré ménopause, [...] je trouve que ce n'est pas assez abordé* » (F4). Trois femmes pensent que la sexualité n'est pas évoquée par le MG par respect pour leurs patientes devant la crainte d'être mal perçu. La santé sexuelle pourrait être un domaine qui gêne leur médecin traitant pour une d'entre elle.

F10 : « *je pense que c'était un peu par respect par rapport à la personne qui en face, à lui en face de lui qu'il n'ose pas aborder ce problème peut être* ».

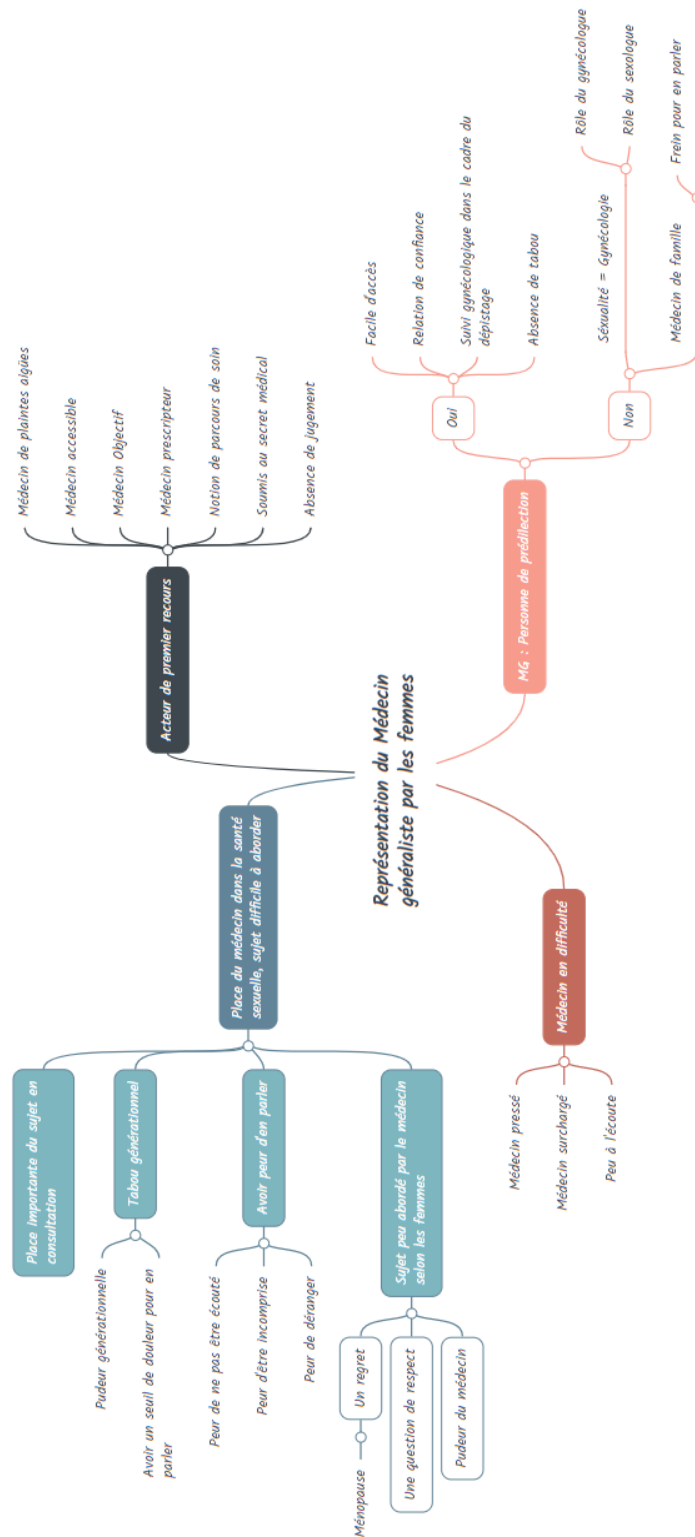


Figure 2 : Carte conceptuelle de la représentation du médecin généraliste et de la place du sujet de la santé sexuelle en médecine générale chez les femmes de plus de 50 ans.

3.3 ATTENTES

3.3.1 Envers le médecin généraliste

Le sujet de la sexualité semble difficile à aborder et 11 femmes préfèrent que le MG ou le spécialiste évoque le sujet de la sexualité en premier : « *ça serait bien qu'il en parle le premier* » (F1), « *c'est vrai qu'il faut quelqu'un qui, qui vous incite quoi* » (F9). Deux participantes estiment que c'est à elles « *de lancer des perches* » en cas de troubles d'ordre sexuel.

La totalité des patientes attendent de leur MG principalement « *Une écoute ... parce que [...] quand on a des soucis, ben on aime être écoutée* » (F4). En parallèle, les femmes ont besoin d'être rassurées quant à l'évolution de leur sexualité : « *moi j'ai besoin aussi quelques fois d'être rassurée* » (F8). Elles souhaitent être informées et conseillées sur tous les changements liés à l'âge en matière de santé sexuelle (la baisse de libido, sécheresse vaginale).

F2 : « *il pourrait nous rassurer sur certains ... sur certaines choses qui nous arrivent quoi, voilà plutôt que de le vivre... plutôt que de le vivre soi-même* ».

F4 : « *[...] une sécheresse vaginale ou ... ou peut être que ben la libido va baisser ou des choses comme ça. Moi je pense que ça fait partie de son travail. Ouais.* »

Trois femmes attendent une prescription, un apport de solutions de la part de leur MG : « *elle m'a donné un tube de gel ! Et alors moi, je n'avais pas l'habitude d'utiliser le gel, je me suis dit, mais c'est super quoi !* » (F8).

Trois participantes accepteraient d'être réorientées vers un spécialiste si nécessaire, elles estiment que « *c'est un peu un passage de confiance aussi ! Entre professionnels...* » (F4).

Au-delà de ces attentes, les femmes interrogées considèrent que le médecin doit s'adapter aux patientes, que son rôle est de « *sentir s'il y a une gêne ou pas* » (F6) et de discuter avec les patientes des différentes prises en charge possible et surtout qu'il sache identifier celles dans le besoin.

3.3.2 Liées au contexte : Quand, comment ?

Trois femmes ressentent le besoin de se conditionner à parler de santé sexuelle et sont ouvertes à différer le sujet lors d'une consultation ultérieure dédiée.

F6 : « ce n'est pas la même chose quand on y va pour une angine que pour aller parler de de ça... Vous savez, concrètement, on se met déjà.... dans le bain ».

Néanmoins deux femmes considèrent que « *ça serait mieux d'en parler sur le moment* » (F9) car « *je ne suis pas sûre ... d'être dans le même état d'esprit le jour où il me demande de venir...* » (F4).

La quasi-totalité des femmes aimeraient que le médecin généraliste en parle à des âges phare dans la vie d'une femme. Deux femmes estiment qu'il serait judicieux d'en parler lors d'une première prise contact : « *à ce moment-là poser la question de savoir si ça m'intéresse d'en parler peut-être de voir si je suis ouverte pour ça* » (F4). Trois femmes pensent qu'il est nécessaire dans parler dans le cadre d'un suivi oncologique par le MG : « *mon médecin traitant m'a parlé parce qu'après donc mon cancer [...] donc elle m'a demandé si mes rapports sexuels se passaient bien* » (F8). Les autres femmes trouvent judicieux d'en parler lors des consultations de dépistage avec réalisation du FCV parce que « *on est dans le thème* » (F4) ou lors de consultation de contraception.

3.3.3 Liées aux thèmes abordés

La totalité des femmes interrogées aimeraient parler de ménopause avec leur MG.

F8 : « Et je trouve que voilà justement pour une femme qui entre en ménopause je trouve que c'est important de poser la question, « Comment ça va, est ce que vous êtes à l'aise, est ce que sexualité ? »

Au-delà du statut de ménopause, trois femmes attendent des informations quant à l'évolution de leur sexualité : la libido « *ce serait vraiment la base. La base de la sexualité ...* » (F11) et « *parce que c'est toute une, toute une étape quoi d'avoir envie* » (F10) et qu'à partir de 50 ans « *on a moins envie d'avoir des rapports sexuels parce qu'il y a des bouffées de chaleur* » (F10), l'apparition de « *sécheresse vaginale* » (F4), la dyspareunie parce que « *il force de plus en plus [...], à force ça va être un viol quoi...* » (F12). Une femme souhaiterait être informée des possibilités en matière de masturbation. « *J'ai une copine m'a dit t'as qu'as acheté un truc [sextoy] et tu fais avec mais je ne sais pas. Je n'ai pas encore fait* » (F3).

La question de la dysfonction érectile du conjoint est également une inquiétude chez quatre femmes qui permettrait « *peut-être améliorer des choses [...] je pense due alors au diabète il n'y avait pas une bonne érection* » (F3) dans le cadre de la santé générale mais également pour la pérennité d'un couple. En effet une femme rapporte avoir « *une copine qui s'est séparée de son compagnon, là il y a peu, il y a 6 mois à cause de ça !* » (F12).

Trois femmes aimeraient que le MG explore la relation de couple : « *on est dans le thème* » (F11), ce qui permettrait d'avoir une action de prévention en cas de relation avec « *plusieurs partenaires* » (F6) ou bien si un des partenaires a des « *exigences au niveau sexuelle, des pulsions* » (F9) pouvant être la porte d'entrée de la violence conjugale.

3.3.4 Absence d'attente : pas le rôle du MG

Deux femmes déclaraient ne rien attendre de leur MG sur le sujet de la santé sexuelle en l'absence de problèmes : « *je me dis que temps que tout va bien, je... oui, je ne verrai pas vraiment l'utilité de le faire...* » (F11).

3.4 LEVIERS

3.4.1 Créer un cadre adéquat

Il apparaît important de créer un cadre adéquat de consultation. Rappeler l'existence du secret médicale serait judicieux. Deux patientes se sentent rassurer du fait qu'il y ait « *le secret professionnel* » (F5). Dans ces conditions « *on sait qu'on peut se confier* » (F5). En parler paraît plus adapté si la patiente est seule en consultation. Une femme estime « *qu'il faut éviter de poser des questions quand il y a le couple qui arrive ensemble* » (F6). Par ailleurs, adapter le temps de consultation à l'évocation du sujet de la santé sexuelle permettrait d'avoir « *le temps pour écouter* » (F9) et de créer un cadre intime. Les femmes sont sensibles au contexte, pour elles « *aller dans un cabinet* » (F2) c'est « *moins impressionnant, moins médical* » (F2). L'attitude du soignant est essentielle pour encourager les patientes à être sereines : « *on passe presque un agréable moment avec elle parce qu'elle est vraiment à l'aise* » (F7).

3.4.2 Créer une relation propice

Avoir une relation de confiance paraît primordial pour la quasi-totalité des participantes.

F2 : « *J'ai tout de suite été en confiance avec elle ! [...] Je l'ai abordé, je dirais... Enfin ça s'est fait naturellement quoi !* »

Le fait que le médecin connaisse bien son patient et qu'il ait le statut de médecin de famille lui garantirait d'être « *objectif* » (F5).

Il est plus facile pour les patientes de s'ouvrir lorsqu'elles peuvent s'identifier à leur médecin : « *je pense que si c'était une femme, j'en parlerai mieux* » (F10). En effet lors de l'évocation d'un jeune médecin du sexe opposé, cette même patiente « *aurait l'impression de [s]'adresser à [son] fils* » (F10).

3.4.3 Le ressenti du soignant : MG devin

La plupart des femmes interrogées présume que le médecin puisse sentir le bon moment pour parler de santé sexuelle. A la connaissance de la vie de son patient : un « *veuvage qui peut arriver, un divorce, donc on est...on peut être amené à être célibataire et à éventuellement et... envisager une nouvelle relation [...] je pense que là le rôle du médecin traitant, il est important !* » (F5), le médecin doit faire de la prévention et évoquer le sujet lors de consultation adaptée.

F4 : « *Évidemment, si je vais le voir pour un rhume, s'il me demande ma santé sexuelle, je ne sais pas si j'aurais le, j'aurais le (Rire) le truc de ... lui parler là maintenant quoi. Sentir le bon moment* ».

3.4.4 Ne pas rater certaines occasions

Trois femmes estiment qu'il existe au cours de la vie plusieurs occasions pour parler de sexualité. Lors d'une prescription de contraception « *parce qu'on va parler beaucoup aux, aux petites filles... Bon bah tu vas avoir tes règles, ça va se passer comme ça... Après bah il y a la période où elles vont être [...] enceinte ou donc là c'est assez abordé...* » (F4). Lors du

post partum, les femmes se questionnent sur « *le risque qu'on peut avoir en reprenant une sexualité trop vite après un accouchement* » (F11) puis « *au moment de la ménopause, ça pourrait être des sujets* » (F5) à aborder. Une seconde participante considère qu'il existe « *des paliers, c'est comme après une grossesse, c'est comme après, quand on est ado, enfin je veux dire, il y a plein de moments pour une femme où la sexualité change !* » (F12) ce qui permettrait « *de poser au moins la question* » (F12).

En parallèle, il paraît judicieux pour deux femmes que le médecin ait une action de prévention lorsqu'une patiente est sur le point « *d'envisager une nouvelle relation* » (F5). En revanche, le reste du panel ne se sent pas concerné par les actions de prévention d'IST.

Quatre femmes pensent qu'il est important de poser la question d'un bien être sexuel en cas de trouble de l'humeur, consécutif à des plaintes telles que « *je ne suis pas bien, je suis mal, j'ai un coup de blues* » (F11) ou des patientes présentant du « *vague à l'âme ou des choses comme ça* » (F13).

Pour deux femmes la question de la sexualité peut être abordée lors d'une consultation pour infection urinaire : « *J'ai pris une infection urinaire. Alors lui, a rigolé, il m'a dit, « mais qu'est-ce que vous avez fait ? » Bah j'ai dit, j'aurais bien aimé faire ! (Rire)* » (F3).

Deux femmes apprécieraient pouvoir parler de sexualité lors des consultations de dépistages parce que « *on est dans le thème* » (F4) et que par conséquent « *c'est dans la continuité logique de ce qu'on vient de faire* » (F4).

Quatre femmes aimeraient parler de iatrogénie médicamenteuse lors d'un suivi oncologique ou le renouvellement d'ordonnance pouvant déboucher sur des troubles sexuels secondaires.

3.4.5 Le savoir être du thérapeute

Les participantes attendent de leur MG qu'il les mette à l'aise, qu'il évoque le sujet simplement, naturellement, « *elle va droit au but. Elle est franc-parler. Elle est très nature* » (F7), qu'il dédramatise en faisant un peu d'humour.

F13 : « c'était de l'humour, mais ce n'était pas de... ce n'était pas caustique quoi ! Enfin je veux dire, c'était... c'était un peu une certaine bonhomie, quoi ».

Les femmes cherchent à être rassurées, à avoir un interlocuteur bienveillant, à l'écoute, qui prend le temps, qui les prend au sérieux et crée un rapport de confiance.

F8 : « Moi je me suis dit "waouh" et elle était tellement à l'aise en posant ça, je me dis ouais, c'est super quoi ! [...] C'était très délicat et elle était à l'aise pour me poser la question ».

3.4.6 Le savoir-faire du thérapeute

3.4.6.1 Communication verbale

La plupart des femmes interrogées ont eu un suivi gynécologique tout au long de leur vie. Par conséquent elles n'ont pas eu l'habitude de se faire suivre par leur MG. Certaines d'entre elles aimeraient « *que les docteurs [...] disent à leurs patientes* » (F2) qu'ils ont les compétences pour les suivre en matière de santé sexuelle, qu'elles peuvent « *en parler comme ça, simplement sans tabou* » (F8). Il faudrait que le médecin puisse « *tendre la main* » (F1), « *lance une petite perche* » (F8), « *poser cette question très naturellement* » (F8) simples et précises telles que :

- « *Comment ça va, est ce que vous êtes à l'aise, est ce que sexualité ?* » (F8)
- « *Est-ce que votre activité sexuelle avec votre conjoint vous convient ?* » (F12)
- « *Comment, vous sentez-vous, au niveau sexuel ?* » (F12)

Enfin deux femmes estiment qu'il existe des moments phares dans la vie d'une femme « à 30 ans, 40 et 50, à 60, on a une vie sexuelle qui, qui, qui, qui évolue, et c'est peut-être, peut-être pas mal, je ne sais pas de, de, de, de poser au moins la question » (F12) voire même qu'à la ménopause « à ce moment-là ça serait presque obligatoire » (F4) ce qui permettrait d'en parler régulièrement.

Dans tous les cas la plupart des femmes seraient également sensibles à « une question ouverte à la fin » (F4) de la consultation. L'évoquer une fois pour laisser une porte ouverte et se rendre disponible en disant « n'hésitez pas si vous avez de de ce genre de de de, de de questions [...] je serai là à toujours avec, à votre écoute quelles qu'elles soient » (F9).

3.4.6.2 S'aider d'outils

La plupart des femmes seraient sensibles à de la documentation en salle d'attente. Soit « par rapport à des affiches qui pourraient être mises dans des salles d'attente » (F2) soit « Des petits dépliant qu'on nous explique » (F10) mais également « des revues qui parlent de ça ! Des flyers » (F7). Ceci permettrait aux patientes de « prendre note de quelque chose » (F6) et de se dire que le médecin « pourrait nous renseigner sur ce problème-là... parce que ben ... on en parle dans la salle d'attente » (F2). Les femmes le perçoivent comme « un petit appel du pied là-dessus » (F9) pouvant leur permettre d'aborder le sujet de la santé sexuelle.

Deux femmes évoquent l'idée « d'avoir des petits questionnaires » (F12), « peut-être sous forme de de QCM » (F6) encourageant les patientes à le remplir de manière la plus objective possible et « en disant ben... la prochaine fois qu'on se voit, ramener votre... ce petit questionnaire pour qu'on en discute » (F6). Ceci laisserait une porte ouverte et permettrait à la patiente d'avoir la liberté de choisir si elle souhaite aborder le sujet avec son MG ou non.

Néanmoins une femme ne voit pas d'intérêt à l'utilisation de ce genre d'outils.

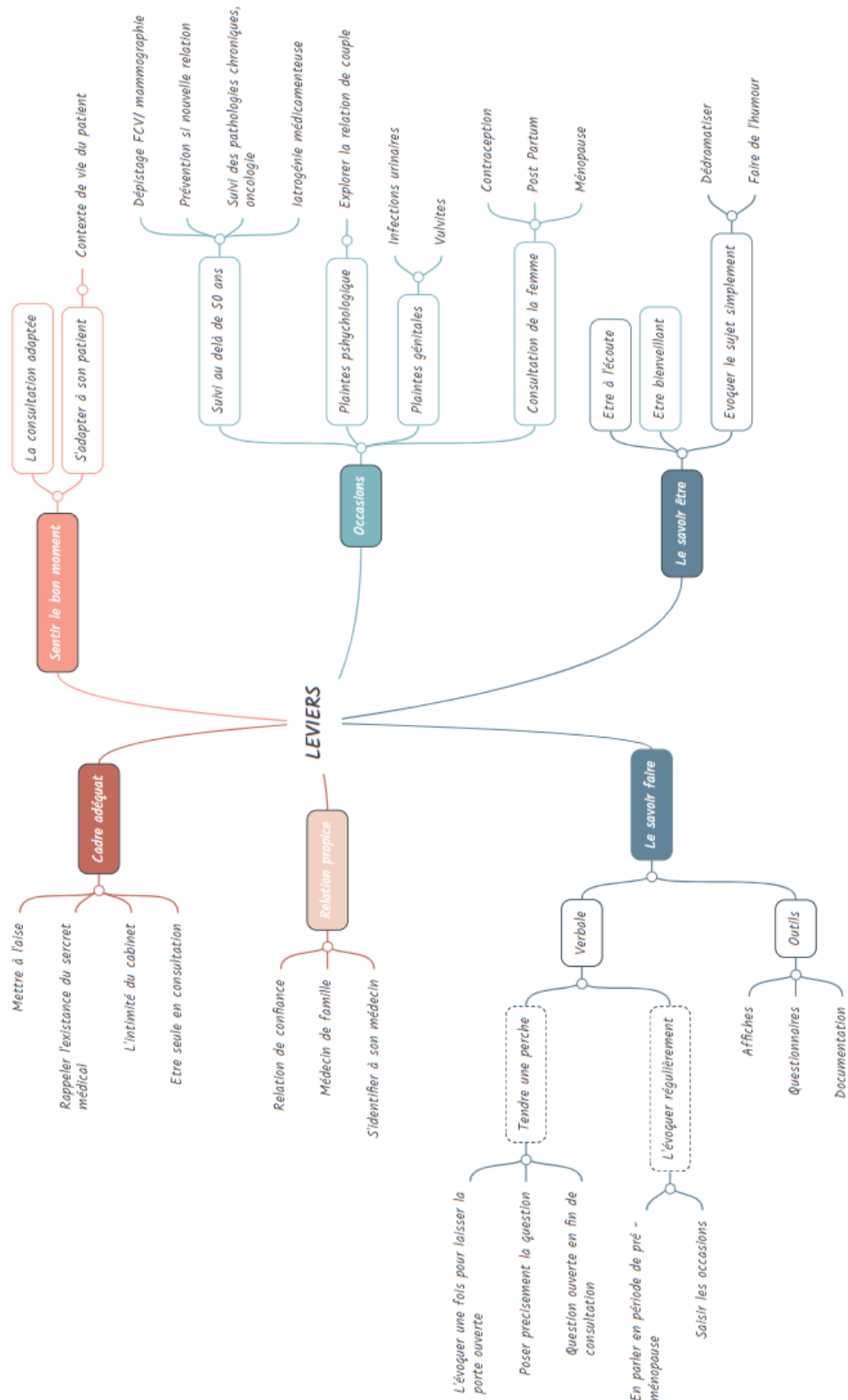


Figure 3 : Carte conceptuelle des leviers à l'abord de la santé sexuelle chez les femmes de plus de 50 ans.

4 DISCUSSION

4.1 Principaux résultats

4.1.1 Santé sexuelle : concept flou et tabou

Dans notre étude, la quasi-totalité des femmes n'arrivent pas à donner une définition claire de la santé sexuelle, mais toutes ont la notion qu'elle permet d'améliorer la qualité de vie. Ceci se rapproche de la définition de l'OMS (2), comme le confirme la littérature (17) (18). La majorité associe la santé sexuelle à la santé gynécologique et les différents aspects tels que IST et contraception sont délaissés ou méconnus. Comme dans la littérature, les femmes interrogées ne pensent pas avoir besoin d'être informées sur le sujet des IST (19).

En parallèle les femmes sont conscientes de la place importante qu'a la sexualité dans leur vie. Elles l'associent à un état de bien être globale qui influence la santé (20) (21). Pour certaines, la santé sexuelle est impactée par les troubles de l'humeur et inversement ; les difficultés influencent négativement l'entente entre les partenaires et sont source d'inquiétude et d'incompréhension au sein du couple. Par ailleurs, plusieurs études démontrent qu'il existe au fil du temps une évolution des comportements sexuels. En effet, en 1970, 53 % des femmes de plus de 50 ans déclaraient voir une activité sexuelle dans les 12 mois (22) contre 90 % en 2006 (7). La sexualité des plus de 50 ans est un sujet actuel du fait de l'allongement de l'espérance de vie.

Cependant, le sujet reste tabou chez la plupart des participantes de notre étude. En effet il est facilement détectable lors des entretiens que les femmes au-delà de 65 ans sont plus gênées face au vocabulaire de la santé sexuelle par rapport à la génération précédente. Dans la littérature, on constate que les femmes de plus de 70 ans souhaiteraient moins parler de sexualité, ce qui confirme notre ressenti devant la difficulté de les recruter, cependant 1 femme sur 5 souhaiterait malgré tout aborder le sujet (23), ce qui est à considérer.

Beaucoup d'entre elles estiment initialement ne pas être en difficulté sexuelle puis réalisent au fil de l'entretien présenter des pathologies d'ordre sexuelle. On pourrait penser que cette prise de conscience est secondaire d'une part à la dissociation sexualité et gynécologie au fur et à mesure de l'entretien ; et d'autre part au lien acquis avec l'investigatrice durant l'entretien, créant un climat de confiance.

4.1.2 Le médecin généraliste au centre de la prise en charge : avis controversés

Dans notre analyse le rôle du MG n'est pas uniforme pour toutes les participantes. Certaines pensent que le MG est le médecin des maladies, celui qui traite les maux et peut être perçu comme un médecin prescripteur, notion retrouvée dans la littérature (24). Pour d'autre le MG a une place centrale dans la qualité de vie des patientes et un rôle de prévention et de dépistage. Une étude révèle que 81 % des patients sont favorables à ce que l'histoire sexuelle fasse partie intégrante de la consultation de médecine générale (50 % étaient pour un dépistage systématique des dysfonctions sexuelles, 31 % pour un dépistage ciblé) (16).

Dans notre étude, les femmes estiment que le MG est un interlocuteur légitime pour parler de santé sexuelle et que le sujet a sa place en consultation de médecine générale du fait que la sexualité ait un impact sur la qualité de vie. L'association de bien être bio sexuel, psycho sexuel, socio sexuel est décrit dans la littérature et joue donc un rôle important dans l'état de bonne santé générale ce qui légitime le fait d'en parler en consultation de médecine générale. (25)

La place du MG n'est pas si simple. Beaucoup de femmes y compris dans la littérature, estiment que le MG reste l'interlocuteur initial en santé sexuelle (26) car il est facile d'accès, il a une bonne connaissance de ses patientes et une relation de confiance qui s'installe au fil du temps (15) (28). Le fait de pouvoir s'identifier à son médecin permet de se

sentir à l'aise pour en discuter (29). Cependant, la relation ne doit pas être trop amicale. Certaines femmes de notre étude éprouvent de la pudeur en cas de relation trop proche ou regrettent que les consultations deviennent routinières (30). Un statut de « médecin de famille » est parfois décrit comme un frein à aborder la santé sexuelle. (27) Il pourrait être alors judicieux de rappeler l'existence du secret médicale dans ce contexte, certaines participantes de l'étude sont sensibles à cette notion de confiance.

Malgré tout, le degré de conviction varie de manière générationnelle ce qui est possiblement expliqué par le fait que les femmes de plus de 50 ans ont eu l'habitude d'avoir un suivi spécialisé en gynécologie. Elles décrivent le gynécologue comme le spécialiste de la sexualité (31). C'est ainsi que pour certaines femmes interrogées, le gynécologue est l'interlocuteur privilégié. En dehors du statut de spécialiste, plus enclin à amorcer le sujet de la sexualité, certaines femmes apprécient avoir un suivi occasionnel, ce qui leur permet de se livrer sans craindre le jugement. Il faut également rappeler que les gynécologues étaient d'avantage représentés dans les décennies précédentes et étaient l'interlocuteur principale des femmes de plus de 70 ans. Ceci peut expliquer les réserves émises quant aux compétences des MG dans ce domaine par manque d'habitude et l'absence d'évocation du sujet lors des différentes consultations. Actuellement seul ¼ des femmes ont accès au gynécologue (31). Depuis quelques années ; devant la pénurie de médecin et le départ en retraite des gynécologues, ces femmes n'ont plus d'interlocuteurs en matière de santé sexuelle. Il serait alors important que le MG puisse se rendre disponible.

On constate alors que les femmes associent la santé sexuelle à la santé globale, que le MG est un interlocuteur adapté cependant il est également perçu comme surchargé en manque de temps, ce qui en fait un frein important. Les plus pudiques estiment que la sexualité fait partie de l'intime et ne médicalisent pas la santé sexuelle. On peut alors penser qu'accentuer la communication sur les compétences du MG et notamment sur son rôle dans la promotion

de la santé permettrait de modifier certaines représentations ou fausses croyances de la place du MG en santé sexuelle.

4.1.3 La ménopause : sujet oublié

Les troubles sexuels décrits dans notre étude sont fréquemment constatés en période de péri ménopause. Dans la littérature, 35.9% d'entre elles pensent que la ménopause a une influence physique et psychologique négative sur la sexualité (32). Les plaintes principalement rapportées par les femmes sont les dyspareunies sur la sécheresse vaginale et la baisse de libido en rapport avec une diminution des œstrogènes (33) (34) (35). Une étude européenne suggère qu'une baisse du désir sexuel augmente avec l'âge mais que la détresse ressentie baisse en fonction de l'âge (8). Cependant une autre étude réalisée en Europe et aux USA ne montre aucune différence significative en fonction de l'âge sur la prévalence des troubles du désir sexuel (36). Une étude canadienne suggère que l'épanouissement est en lien avec une augmentation du désir sexuel après la ménopause (37). Tout ceci pourrait s'expliquer par le fait que le désir sexuel serait plus en lien avec la qualité de la relation avec le partenaire, en opposition avec le déclin de l'intérêt sexuel qui serait pluri factoriel. Pour d'autres, les effets négatifs ressentis lors de la ménopause sont plus en lien avec une anticipation ou des représentations négatives de cette période (38).

Dans notre recherche, la quasi-totalité des femmes regrettent de ne pas avoir été informées sur les désagréments éventuels liés à la ménopause. Elles sont en demande d'information de la part de leur MG et estiment que des consultations dédiées pourraient permettre aux femmes de s'exprimer sur leur sexualité, ce qui est confirmé dans la littérature (32).

4.1.4 Contexte de consultation, attitude et communication

Les femmes disent avoir besoin d'un cadre intimiste, de se sentir écoutées et que le médecin se rende disponible pour les encourager à se livrer (39). Le fait que le médecin soit ouvert, à l'aise, sans jugement et qu'il prenne les plaintes des patientes en considération est apprécié par les participantes (28). Ceci a été constaté dans notre étude : la durée des entretiens s'allongeait au fur et à mesure de l'étude. L'investigatrice s'est sentie plus à l'aise avec le sujet, ce qui a permis aux participantes de se livrer. Certaines ont évoqué le fait que, parler de santé sexuelle naturellement, dédramatiser le sujet, permettrait de le rendre moins sensible et prêterait à la confiance (40).

Elles souhaitent principalement être rassurée quant à la normalité de leur situation et cherchent à comprendre et trouver des solutions à leur problème. On peut donc penser que le dialogue et une attitude bienveillante permettraient déjà de satisfaire la majorité des femmes. Le rapport de l'OMS de 2015 (40), propose 4 étapes pour améliorer la communication telles que : se rendre disponible, (être ouvert et à l'écoute) , poser des questions ouvertes, personnaliser l'approche et proposer des solutions. Une étude suisse montre que 90,9 % des patients interrogés aimerait que le MG pose des questions en matière de sexualité. (41).

Les femmes soulignent qu'aborder régulièrement le sujet de la santé sexuelle leur permettrait de pouvoir s'exprimer et d'être informé sur les compétences du MG (41). Certaines périodes de vie semblent particulièrement propices à explorer le terrain de l'intimité : la première consultation contraception, le post partum, et la péri ménopause (16). De même, la survenue de certains symptômes rendrait possible l'évocation de la santé sexuelle notamment lors de troubles anxiodépressifs, de la prise en charge du diabète ou lors d'une consultation de renouvellement d'antidépresseurs (41)(42). Il en est de même lors du

suité des patientes ayant contracté une néoplasie gynécologique ou mammaire ou en situation palliative : elles sont dans l'attente d'échange autour de la santé sexuelle (39) (43).

Les patientes pensent que le MG doit pouvoir s'adapter à chaque patiente, il doit savoir repérer celles qui auraient des préoccupations en matière de santé sexuelle et celles qui en seraient gênées (28). Ceci renvoie aux mêmes constatations qu'une étude réalisée auprès des hommes en 2003 (45). Afin de mieux comprendre la signification du « médecin devin », on peut décrire 3 catégories de personnes : les résignées, les ignorantes qui considèrent les troubles sexuels comme une évolution normale, le MG va devoir les informer ; et surtout les hésitantes, qui attendent que leurs troubles sexuels s'amplifient pour en parler. Le rôle du MG est à ce moment-là de les rassurer. L'objectif final est de ne pas laisser les patientes accepter leurs troubles sexuels avec fatalité. Pour cela le MG se doit de comprendre les représentations de chaque patiente afin de leur apporter l'aide nécessaire et s'adapter individuellement à chacune d'entre elle (46).

Pour finir, améliorer la communication sur les compétences du MG en santé sexuel est primordial. La présence de documentation en salle d'attente serait perçue comme un appel du pied pour les femmes hésitant à se livrer. Une étude retrouve que les MG sont favorables à l'utilisation d'affiche en salle d'attente (30). Enfin un système d'auto-questionnaire a également été évoqué permettant aux patientes les plus réservées de pouvoir faire connaître à leur médecin leur maux (34).

4.2 Forces et limites de l'étude

L'originalité de notre étude réside dans le fait que peu d'études ont évalué les attentes des patients de plus de 50 ans en matière de santé sexuelle et de trouver des points de leviers propre à chaque sexe.

La méthode qualitative était la plus adaptée pour répondre aux objectifs de l'étude. Elle a permis de recueillir le témoignage des hommes et des femmes de plus de 50 ans de la manière la plus exhaustive possible à l'aide d'entretiens semi dirigés (47) afin d'élaborer des pistes pour améliorer la prise en charge de la qualité de vie de nos patients (48).

Chez les femmes la saturation des données a été atteinte au 11^{ème} entretien, confirmée par deux entretiens supplémentaires. L'absence de création de nouveau nœud par aucune des 2 investigatrices lors de l'analyse indépendante du double-codage (49) à la fin de l'étude limite le biais d'analyse.

Nous avons tenté de tendre vers une variabilité maximale de l'échantillon sur les critères d'âge, de lieu de vie, de niveau socio-économique, de sexe et d'âge du MG. L'échantillon était varié sur l'ensemble des critères hormis sur l'âge où une seule femme de plus de 70 ans n'a été incluse.

La principale difficulté de l'étude a été le recrutement des participantes. D'une part l'objectif de l'étude était mentionné dans la fiche informative distribuée ce qui a pu créer un biais de recrutement car nous avons été confrontés à des désistements secondaires à la lecture de la fiche informative. D'autre part, le recrutement se faisait par effet boule de neige et les entretiens ont été menés par la même investigatrice en fonction du sexe ce qui a pu créer un biais d'influence.

Par ailleurs à la suite de l'entretien F8, nous avons voulu inclure les femmes homosexuelles dans l'étude afin d'avoir un échantillon varié de la population cible mais nous avons malheureusement essuyé des refus créant un manque de variabilité d'échantillon ajouté à celui de l'âge devant l'unique patiente de plus de 70 ans. Le principal motif de refus de ces deux catégories est la pudeur et la difficulté pour ces générations d'assumer leur sexualité. L'orientation sexuelle a été retirée des critères d'échantillonnage devant la difficulté de

recrutement de femmes homosexuelles, ce qui a permis d'atteindre une saturation des données.

Les investigatrices se présentaient comme médecin en fin de cursus, ce qui a pu créer un biais d'investigation.

Les entretiens se réalisaient par téléphone ou visioconférence du domicile des interviewées ce qui a limité la gêne. Cependant ceci a pu créer un biais d'information par manque d'analyse de l'attitude corporelle. La gêne perçue sur certaine question et la crainte des patientes de ne pas répondre correctement ont aussi pu majorer ce biais sur la subjectivité ressentie de certaines des réponses.

4.3 Perspectives en pratique

La mise en commun des résultats des femmes et des hommes a permis d'identifier des représentations, des attentes ainsi que des leviers spécifiques concernant l'abord de la santé sexuelle, après 50 ans, avec le MG.

En pratique, le médecin généraliste doit adopter une attitude plus active en matière de santé sexuelle : plusieurs leviers peuvent lui permettre d'initier le sujet.

Le médecin généraliste ne doit pas être freiné par la peur du manque de connaissances en matière de sexualité. Ses aptitudes communicationnelles et son professionnalisme semblent être plus déterminants que ses connaissances en sexologie.

La création d'une consultation dédiée à la sexualité pourrait être bénéfique pour favoriser un abord systématique avec tous les patients.

De plus, l'élaboration d'un outils communicationnel spécifique type « RPIB santé sexuelle » adapté à la médecine générale, se basant sur les différents leviers évoqués dans cette étude, pourrait faciliter l'abord du sujet en consultation. Par la suite, une formation universitaire des médecins généralistes a cet outil permettrait de mieux répondre aux attentes des patients.

Enfin, notre étude n'explorant pas les représentations et les attentes des personnes LGBTQIA+, il semblerait intéressant de pouvoir étendre cette recherche auprès de cette population.

5 CONCLUSION

Cette étude confirme que la santé sexuelle influence la santé globale et la qualité de vie des femmes de plus de 50 ans. Beaucoup de femmes s'interrogent sur l'évolution des pratiques sexuelles liés à l'âge et les perturbations pouvant être ressenties. Malheureusement ces difficultés sont peu évoquées par les femmes en consultation de médecine générale d'une part, pour cause pudeur, mais également devant l'absence de sollicitation de la part des médecins généralistes sur le sujet. Leurs attentes sont avant tout de comprendre leur problème et être rassurées quant à la normalité de leur situation. Elles estiment que des consultations d'éducation et d'information sur les effets liés aux carences hormonales en péri ménopause doivent faire partie du champ d'action des médecins généralistes.

Pour satisfaire ces femmes, les médecins généralistes pourraient adopter une attitude proactive pour aborder le sujet de la santé sexuelle telle que l'utilisation de questions ouvertes, évoquer le sujet régulièrement lors de consultations appropriées telles que des consultations de dépistage, le suivi gynécologique, les plaintes d'ordre psychique et en période de péri ménopause.

Il paraît important également que les médecins soient à l'aise avec le sujet et informent sur leur rôle sur la santé globale afin de légitimer la place de la santé sexuelle en consultation. Pour ce faire, ils pourraient s'aider d'affiche en salle d'attente ou d'auto-questionnaire à disposition des patientes sur leur bien être globale incluant la santé sexuelle.

Enfin le cadre de consultation est important aux yeux des femmes, une relation médecin patient de confiance est primordiale. Rappeler le secret médical, avoir une bonne capacité d'écoute, et évoquer la possibilité de consulter seule permettrait aux femmes de se sentir en confiance pour se livrer. Une étude similaire auprès d'hommes du même âge a été réalisée en parallèle mettant en évidence des différences sur les représentations et attentes en fonction du sexe en matière de santé sexuelle. Ceci conforte l'idée de la nécessité pour le

médecin généraliste de s'adapter à chaque patient et permet de soulever des idées pouvant faciliter l'abord de la santé sexuelle en cabinet.

Pierre CLAVELOU
Doyen-Directeur



[Handwritten signature]
P. P. VORICHON
Président du jury

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Cour F. Évolution sociétale de la sexualité. *Progrès en Urologie*. 1 juill 2013;23(9):832-7.
2. OMS | Santé sexuelle [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 12 mai 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
3. Smith L, Yang L, Veronese N, Soysal P, Stubbs B, Jackson SE. Sexual Activity is Associated with Greater Enjoyment of Life in Older Adults. *Sex Med*. mars 2019;7(1):11-8.
4. Štulhofer A, Hinchliff S, Jurin T, Hald GM, Træen B. Successful Aging and Changes in Sexual Interest and Enjoyment Among Older European Men and Women. *The Journal of Sexual Medicine* [Internet]. 1 oct 2018 [cité 30 mars 2021];15(10):1393-402. Disponible sur: [https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(18\)31152-4/abstract](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(18)31152-4/abstract)
5. Nicodeme MR, Deau X. Document de Références en MEDECINE GENERALE à l'usage des Commissions de qualification du CNOM. :7.
6. A D, A D. Le ministère des Solidarités et de la Santé présente la deuxième feuille de route santé sexuelle 2021-2024 de mise en oeuvre de la Stratégie nationale de Santé sexuelle [Internet]. 2022 janv [cité 13 janv 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/le-ministere-des-solidarites-et-de-la-sante-presente-la-deuxieme-feuille-de>
7. Bajos N, Bozon M, Beltzer N, éditeurs. *Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé* [Internet]. Paris: Editions La Découverte; 2008. 609 p. Disponible sur: <https://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293.htm>
8. Graziottin A, Leiblum SR. Biological and Psychosocial Pathophysiology of Female Sexual Dysfunction During the Menopausal Transition. *The Journal of Sexual Medicine*. sept 2005;2:133-45.
9. Costa P, Grivel T, Giuliano F, Pinton P, Amar E, Lemaire A. La dysfonction érectile : un symptôme sentinelle ? *Progrès en Urologie*. 2005;6.
10. Basson R, Gilks T. Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Womens Health (Lond Engl)*. 1 janv 2018;14:1745506518762664.
11. Bala A, Nguyen HMT, Hellstrom WJG. Post-SSRI Sexual Dysfunction: A Literature Review. *Sex Med Rev*. janv 2018;6(1):29-34.
12. SPF. Découvertes de séropositivité VIH chez les seniors en France, 2008-2016 [Internet]. [cité 7 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/decouvertes-de-seropositivite-vih-chez-les-seniors-en-france-2008-2016>
13. Janssen - Les Séniors et le VIH - Novembre 2014 [Internet]. [cité 7 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.opinion-way.com/fr/sondage-d-opinion/sondages-publies/marketing/sante/janssen-les-seniors-et-le-vih-novembre-2014.html>
14. Lemaire A, Colson MH, Alexandre B, Bosio-leGoux B, Klein P. Pourquoi les patients qui ont des difficultés sexuelles ne consultent-ils pas plus souvent ? D'après une enquête française de l'ADIRS. *Sexologies*. 1 janv 2009;18(1):32-7.

15. Cousseau L, Freyens A, Corman A, Escourrou B. Des représentations aux résistances des médecins généralistes à aborder la sexualité avec leurs patients âgés. *Sexologies* [Internet]. avr 2016 [cité 3 avr 2021];25(2):69-77. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1158136016000049>
16. Zeler A, Troadec C. Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, France. *Sexologies*. 1 juill 2017;26(3):136-45.
17. Bondil P. Vieillesse sexuelle : mythes et réalités biologiques. *Sexologies*. 1 juill 2008;17(3):152-73.
18. Hess R, Conroy MB, Ness R, Bryce CL, Dillon S, Chang CCH, et al. Association of lifestyle and relationship factors with sexual functioning of women during midlife. *J Sex Med*. mai 2009;6(5):1358-68.
19. Latreille S, Collyer A, Temple-Smith M. Finding a segue into sex: young men's views on discussing sexual health with a GP. *Aust Fam Physician*. avr 2014;43(4):217-21.
20. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res*. 1 janv 2005;17(1):39-57.
21. Bajos N, Bozon M. La sexualité à l'épreuve de la médicalisation : le Viagra. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*. 1999;128(1):34-7.
22. Terrenoire J paul. Review of Rapport sur le comportement sexuel des Français. *Cahiers Internationaux de Sociologie*. 1974;57:373-7.
23. Pradon J. Doit-on parler systématiquement de sexualité en consultation de médecine générale avec les plus de 70 ans indépendants ? Recherche de l'existence d'une position commune des patients de plus de 70 ans indépendants et de leur médecin traitant sur l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale [Internet]. 2013 [cité 6 juill 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00853689>
24. Ewert C, Collyer A, Temple-Smith M. « Most young men think you have to be naked in front of the GP »: a qualitative study of male university students' views on barriers to sexual health. *Sex Health*. avr 2016;13(2):124-30.
25. Dupras A, Soucis P. La sexualité des personnes âgées : bilan des recherches québécoises. *Sexologies*. 1 juill 2008;17(3):190-8.
26. Guyomard H. Etat des lieux du suivi gynécologique en Médecine Générale : Revue de littérature. Angers: Université Angers; 2018. p. 69.
27. Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Fam Pract*. déc 2003;20(6):690-5.
28. Brandenburg U, Bitzer J. The challenge of talking about sex: the importance of patient-physician interaction. *Maturitas*. 20 juin 2009;63(2):124-7.
29. Baker JR, Arnold-Reed DE, Brett T, Hince DA, O'Ferrall I, Bulsara MK. Perceptions of barriers to discussing and testing for sexually transmitted infections in a convenience sample of general practice patients. *Aust J Prim Health*. 2013;19(2):98-101.
30. Temple-Smith MJ, Mulvey G, Keogh L. Attitudes to taking a sexual history in general practice in Victoria, Australia. *Sexually Transmitted Infections*. 1 févr 1999;75(1):41-4.

31. [Compte-rendu_de_l_audition_des_Gynecologues_medicaux.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte-rendu_de_l_audition_des_Gynecologues_medicaux.pdf) [Internet]. [cité 6 août 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte-rendu_de_l_audition_des_Gynecologues_medicaux.pdf
32. Girardeau V. Aborder le sujet de la sexualité, chez les femmes autour de la ménopause, lors d'une consultation de médecine générale: qu'en pensent les patientes ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2016.
33. Courtois FJ, Bonierbale-Branchereau M. Médecine sexuelle: fondements et pratiques. Paris: Lavoisier-Médecine sciences; 2016.
34. Neijenhuijs KI, Hooghiemstra N, Holtmaat K, Aaronson NK, Groenvold M, Holzner B, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI)—A Systematic Review of Measurement Properties. *The Journal of Sexual Medicine*. 1 mai 2019;16(5):640-60.
35. Rossin B. Les maux cachés, sexualité de la femme en post-ménopause. Ou, comment, révéler les secrets des fonctions sexuelles à la ménopause. *Sexologies*. janv 2022;31(1):1-6.
36. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Koochaki PE, Leiblum SR, Graziottin A. Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertility and Sterility*. janv 2007;87(1):107-12.
37. Ussher JM, Perz J, Parton C. Sex and the menopausal woman: A critical review and analysis. *Feminism & Psychology*. 1 nov 2015;25(4):449-68.
38. Ringa V, Diter K, Laborde C, Bajos N. Women's Sexuality: From Aging to Social Representations. *The Journal of Sexual Medicine*. 1 oct 2013;10(10):2399-408.
39. Grignon M. Singuliers généralistes. *Sociologie de la médecine générale, sous la direction de Géraldine Bloy et François-Xavier Schweyer, Presses de l'EHESP, 2010. Revue française des affaires sociales*. 2011;(2-3):49-62.
40. Organisation mondiale de la Santé. Communication brève relative à la sexualité (CBS) : recommandations pour une approche de santé publique [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2015 [cité 7 août 2022]. 70 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204278>
41. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, De H, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Medical Weekly* [Internet]. 8 mars 2011 [cité 12 mai 2021];141(0910). Disponible sur: <https://smw.ch/article/doi/smw.2011.13178>
42. Hurault PM. Les troubles de la sexualité sont-ils recherchés par le médecin généraliste à l'initiation et lors du renouvellement d'un traitement antidépresseur en Hautes-Pyrénées ? [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2021 [cité 14 juill 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/3718/>
43. Del Pup L, Villa P, Amar ID, Bottoni C, Scambia G. Approach to sexual dysfunction in women with cancer. *Int J Gynecol Cancer*. mars 2019;29(3):630-4.
44. Macdowall W, Parker R, Nanchahal K, Ford C, Lowbury R, Robinson A, et al. 'Talking of Sex': Developing and piloting a sexual health communication tool for use in primary care. *Patient Education and Counseling*. déc 2010;81(3):332-7.
45. COSTA P, AVANCES C, WAGNER L. Dysfonction érectile : connaissances, souhaits et attitudes. Résultats d'une enquête française réalisée auprès de 5.099 hommes âgés de 18 ans à 70 ans [Internet]. *association française d'urologie*. 2003 [cité 6 juill 2021]. Disponible sur:

<https://www.urofrance.org/base-bibliographique/dysfonction-erectile-connaissances-souhaits-et-attitudes-resultats-dune-enquete>

46. Lemaire A, Colson MH, Alexandre B, Bosio-leGoux B, Klein P. Pourquoi les patients qui ont des difficultés sexuelles ne consultent-ils pas plus souvent ? D'après une enquête française de l'ADIRS. *Sexologies*. 1 janv 2009;18(1):32-7.
47. Initiation à la recherche qualitative en santé, Jean-Pierre Lebeau, 2021, GM santé [Internet]. VG Librairies. [cité 25 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.vg-librairies.fr/specialites-medicales/8856-initiation-a-la-recherche-qualitative-en-sante.html>
48. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
49. Letrilliat L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative II. *Exercer*. 2009;(88:106-12).

Annexe I : Guide d'entretien final

Tout d'abord, quelques renseignements, quel âge a votre médecin, approximativement ? S'agit-il d'un homme, d'une femme ?

Comment décririez-vous la relation que vous entretenez avec lui ? Racontez-moi.

1. Représentations de leur santé sexuelle

Selon vous, quelle est la place de la santé sexuelle en consultation de médecine générale ? Pourquoi ?

C'est quoi pour vous la santé sexuelle, au sens large du terme ?

Quels sont, selon vous, les critères d'une bonne santé sexuelle ?

Selon vous quelles seraient les thématiques à aborder en santé sexuelle avec votre médecin généraliste ?

2. Attentes

Avez-vous déjà parlé de votre sexualité avec un professionnel de santé ?

Si oui, pouvez-vous me raconter ?

Si non, avez-vous déjà eu envie de parler de sexualité sans avoir pu l'aborder ou vous êtes-vous déjà senti en difficulté pour aborder le sujet de la santé sexuelle ? Pourquoi ?

Comment envisageriez-vous l'abord de votre santé sexuelle durant une consultation avec votre MG ?

Existe-t-il selon vous des motifs de consultation plus opportuns pour parler de la sexualité ? Que pensez-vous de consultation liée à la ménopause ?

Quand aimeriez-vous aborder le sujet de la sexualité ?

Quel est votre avis sur une consultation dédiée à ce thème ?

3. Éléments facilitant la communication

A votre avis qu'est-ce que votre médecin généraliste pourrait mettre en place pour favoriser la discussion autour de la sexualité ?

Avez-vous d'autres sujets dont vous souhaiteriez me parler ?

Fin

Avez-vous autre chose à ajouter ?

Qu'avez-vous pensé de l'entretien ?

Annexe II : Fiche d'information de l'étude et de non-opposition de participation

Sexualité des plus de 50 ans en médecine générale : représentations, attentes et éléments facilitant la communication

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE NON-OPPOSITION

Madame, Monsieur,

Nous sommes deux internes de médecine générale, Charlotte FABRE et Agathe MANEVY. Nous préparons actuellement une thèse de fin d'étude dirigée par le Docteur ESCHALIER Bénédicte.

Nous collaborons avec les enseignants de médecine générale de la faculté de médecine de Clermont Ferrand.

Dans le cadre de ce travail, nous souhaiterions étudier les points de levier permettant d'aborder le sujet de la santé sexuelle en consultation avec votre médecin généraliste.

Pour cela, nous aurions besoin de recueillir votre opinion. Ainsi, nous vous proposons de nous rencontrer afin d'échanger sur le sujet.

Cet entretien se déroule au moment et dans le lieu de votre choix ; nous pouvons nous déplacer, vous n'aurez donc aucun frais à avancer. Si vous le souhaitez, nous pouvons également réaliser l'entretien par visioconférence. Les entretiens dureront en moyenne entre 15 min et 1 h.

Aussi, notre entretien sera confidentiel. Notre entretien sera enregistré sur dictaphone puis l'enregistrement sera détruit après retranscription écrite.

Nous vous demanderons également vos noms, prénoms et adresse mail pour la prise de rendez-vous, ces données seront détruites à la fin de la passation de cette

S'agissant de recherche fondamentale, les données récoltées seront pseudonymisées et traitées de manière confidentielles.

Pour votre information, cette recherche, ne soulève pas de problème éthique particulier pour le Comité d'Ethique de la Recherche IRB-UCA.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. De plus, vous pourrez, à tout moment arrêter votre participation à cette recherche. Vous pouvez également demander à tout moment des explications complémentaires sur l'étude.

Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel en vigueur (règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et la loi "Informatique et Libertés" n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition, à l'effacement, concernant vos données, en contactant les investigatrices de l'étude (agathe.MANEVY@etu.uca.fr ; charlotte.FABRE@etu.uca.fr) et/ou la déléguée à la protection des données (dpo@uca.fr).

L'Université Clermont Auvergne est le responsable de ce traitement.

Ces données sont conservées pendant 10 ans et sont destinées à un nombre restreint de chercheurs directement liés à cette étude.

Par ailleurs, si vous le souhaitez, nous pourrions vous envoyer une copie de votre entretien, que vous pourrez modifier à tout moment ; et par la suite, un exemplaire de notre étude terminée.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous porterez à notre étude.

Consentement pour le droit à la voix :

Ce formulaire est destiné à recueillir votre consentement pour l'enregistrement de votre voix dans le cadre de ce projet.

En signant ce consentement, vous déclarez :

- Qu'on vous a expliqué l'étude
- Qu'on a répondu à vos questions
- Qu'on vous a informé que vous étiez libre de retirer votre consentement ou d'arrêter de participer à cette recherche.

J'accepte que ma voix soit exploitée par l'équipe du projet dans le cadre de cette étude.

J'accepte que ma voix soit utilisée dans des recherches ultérieures en lien avec cette étude.

Je refuse que ma voix soit utilisée dans des recherches ultérieures en lien avec étude.

Nom et prénom du participant :

Date :/...../.....

Signature

Précédée de la mention « Lu et compris » :

Annexe III : Formulaire de consentement de droit à la voix

Formulaire de consentement d'enregistrement audio

Je soussigné (e), (Nom, Prénom en majuscules),
déclare avoir pris connaissance de la fiche d'information de l'étude.

J'autorise par la présente l'investigateur à enregistrer en audio l'entretien et autorise l'utilisation de ces données sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur forme retranscrite et anonymisée à des fins de recherche scientifique.

Pour tous renseignements complémentaires, je pourrai contacter :

MANEVY Agathe :

06 ** ** ** **

agathe.MANEVY@etu.uca.fr

FABRE Charlotte :

06 ** ** ** **

charlotte.fabre@etu.uca.fr

Fait à Le / /

Signature

Annexe IV : Avis du comité d'éthique de la recherche IRB-UCA



Clermont-Ferrand, le 13 février 2022

Mme Charlotte FABRE
Mme Agathe MANEVY
UFR Médecine et Professions
Paramédicales
Université Clermont Auvergne

Nos Réf. : IRB00011540-2021-80

Mesdames,

Vous nous avez sollicités à propos d'un projet intitulé :

« Sexualité des plus de 50 ans en médecine générale : représentations, attentes et éléments facilitant la communication »

Vous nous avez précisé que cette étude a pour but « d'améliorer vos techniques de communication afin de faciliter l'abord de la sexualité en médecine générale ».

Cette étude ne soulève pas de problème éthique particulier et ne relève pas du domaine d'application de la réglementation régissant les recherches impliquant la personne humaine, au sens de l'Article L.1121-1-1 et l'Article R.1121-1 du code de la santé publique.

Nous attirons néanmoins votre attention sur le fait que, dans ce contexte, du fait de l'enregistrement des différentes données et informations, il vous appartient de vous renseigner auprès du Délégué à la Protection des Données de l'UCA (dpd@uca.fr) sur les obligations liées aux déclarations auprès de la CNIL.

Veuillez agréer, Mesdames, l'expression de nos salutations distinguées.

Sophie Monceau
Pour la Directrice du Comité d'Éthique de
la Recherche IRB-UCA
Anne FOGLI

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'A. Fogli', with a horizontal line underneath.

Comité d'Éthique de la Recherche IRB-UCA
49 Boulevard François Mitterrand - CS 60032 - 63 001 Clermont-Ferrand
Contact : irb@uca.fr

Annexe V : Caractéristiques principales des participantes

	Age (ans)	Lieu de Vie	Niveau d'étude selon l'INSEE	Situation familiale	Caractéristique MG
F1	65	Rural	Bac + 2	Mariée	Homme 74 ans, suivi régulier depuis toujours
F2	51	Urbain	Bac + 2	Divorcée, célibataire	Homme 45 ans, suivi depuis 15 ans
F3	73	Rural	Brevet	Veuve 5 ans	Homme 35 ans, 2 ans de suivi
F4	60	Rural	CAP	Mariée	Homme 64 ans, 26 ans de suivi
F5	52	Semi rural	Bac +3	Mariée	Homme 60 ans, 25 ans de suivi
F6	52	Rural	Bac	Mariée	Femme 40 ans, 10 ans de suivi au besoin
F7	66	Semi rural	BEP	Mariée	Homme 62 ans, 30 ans de suivi régulier
F8	61	Urbain	BAC + 5	Mariée	Femme 60 ans, depuis plusieurs années
F9	63	Urbain	Bac +2	Divorcée, célibataire	Femme 50 ans, 5 ans de suivi
F10	69	Semi rural	Brevet	Mariée	Homme 62 ans, 30 ans de suivi,
F11	56	Rural	BEP	Couple	Femme 50 ans, 15 ans de suivi régulier
F12	56	Rural	BAC	Couple	Homme 35 ans 3 ans de suivi au besoin
F13	61	Rural	BAC +5	Couple	Femme 50 ans, urbain, 7 ans de suivi

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure 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 je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis 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 et reconnaissant 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 d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

L'abord de la sexualité des femmes de plus de 50 ans en médecine générale : représentations, attentes et éléments facilitant la communication. Une étude qualitative par entretiens individuels semi dirigés.

CONTEXTE : Les troubles de la sexualité sont fréquents, entre 15 et 70% des personnes rapportent des difficultés sexuelles. En pratique, le sujet reste peu abordé en consultation de médecine générale. Les patients rencontrent souvent des difficultés à l'évoquer avec leur médecin généraliste (MG).

OBJECTIF : Déterminer les représentations et les attentes des femmes de plus de 50 ans concernant l'abord de leur santé sexuelle avec leur MG. Identifier des éléments pouvant faciliter la communication.

METHODE : Etude qualitative par entretiens individuels semi- dirigés, entre Janvier et Mai 2022, auprès de femmes de plus de 50 ans, issues d'une patientèle de sage-femme, de MG en région Auvergne Rhône-Alpes et par effet boule de neige. Analyse inspirée de la théorisation ancrée, avec double codage des données par deux investigatrices indépendantes. En parallèle, analyse similaire réalisée auprès d'hommes du même âge par MANEVY Agathe.

RESULTATS : 13 entretiens ont été réalisés auprès de femmes de 51 à 73 ans. La sexualité impacte le couple et la santé globale. Les femmes estiment que l'entrée en ménopause impacte leur sexualité. Le MG paraît être un interlocuteur adapté malgré l'image du médecin surchargé qu'il dégage qui ne prête pas à la confiance. Les femmes attendent que leur MG leur pose des questions régulièrement et communiquent sur leurs compétences afin de légitimer le sujet de la santé sexuelle en consultation. Quand le sujet est abordé, elles attendent d'être écoutées, rassurées et informées quant à l'évolution de la sexualité avec l'âge. La relation de confiance, le cadre intimiste du cabinet, une attitude empathique du MG couplé à l'existence du secret médical sont des points de leviers pour aborder la santé sexuelle.

CONCLUSION : Il existe une réelle attente des femmes envers le MG concernant l'abord de la santé sexuelle notamment en période de péri ménopause. Une attitude proactive du médecin dans un contexte adapté permettrait d'ouvrir le sujet de la santé sexuelle. Le MG se doit d'informer les patientes quant à son rôle sur la notion de santé globale.

Mots-clés :

- Médecine Générale
- Santé sexuelle
- Ménopause
- Communication
- Attentes