



**HAL**  
open science

# Aborder la santé sexuelle en médecine générale : étude qualitative sur le vécu et les attentes des patientes

Juliette Crisologo

► **To cite this version:**

Juliette Crisologo. Aborder la santé sexuelle en médecine générale : étude qualitative sur le vécu et les attentes des patientes. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04258470

**HAL Id: dumas-04258470**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04258470>**

Submitted on 25 Oct 2023

**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  
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
par

CRISOLOGO Juliette

Présentée et soutenue publiquement le 19 septembre 2023

Aborder la santé sexuelle en médecine générale :  
étude qualitative sur le vécu et les attentes des patientes

Directeur de thèse : Madame POUZADOUX Marie-Laure, Docteur, médecin généraliste à Clermont-Ferrand

Président du jury : Madame LAPORTE Catherine, Professeur des Universités de Médecine Générale, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Madame BOTTET-MAULOUBIER Anne, Professeur associé des Universités de Médecine Générale, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame VAILLANT-ROUSSEL Hélène, Docteur, Maître de Conférence des Universités de Médecine Générale, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame GOSCHIN Alice, Kinésithérapeute et sexologue à Clermont-Ferrand





UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

CRISOLOGO Juliette

Présentée et soutenue publiquement le 19 septembre 2023

Aborder la santé sexuelle en médecine générale :

étude qualitative sur le vécu et les attentes des patientes

Directeur de thèse : Madame POUZADOUX Marie-Laure, Docteur, médecin généraliste à Clermont-Ferrand

Président du jury : Madame LAPORTE Catherine, Professeur des Universités de Médecine Générale, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Madame BOTTET-MAULOUBIER Anne, Professeur associé des Universités de Médecine Générale, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame VAILLANT-ROUSSEL Hélène, Docteur, Maître de Conférence des Universités de Médecine Générale, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame GOSCHIN Alice, Kinésithérapeute et sexologue à Clermont-Ferrand



## 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-DIRECTEUR  
DIRECTRICE 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 - CHAMOIX Alain - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - CLEMENT Gilles - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - M. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTIUM Bernard - JACQUETIN Bernard - LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLANCHE Roger - PONSONAILLE Jean - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mme VEYRE Annie

### **PROFESSEURS EMERITES :**

MM. AUMAITRE Olivier - AVAN Paul - BAZIN Jean-Etienne - CAILLAUD Denis - DAPOIGNY Michel - DUBRAY Claude - DURIF Franck - 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 Cytogénétique
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLOORCA Frédérique	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. LLOORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme DUCLOS Martine	Physiologie
M. SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
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
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
M. D'INCAN Michel	Dermatologie - Vénérologie
M. GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M. SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire

### 1ère CLASSE

M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. RICHARD Ruddy	Physiologie
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
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
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
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
M. THAVEAU Fabien	Chirurgie Vasculaire
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie

### 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. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
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
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. GAGNIERE Johan	Chirurgie Viscérale et Digestive
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. MOISSET Xavier	Neurologie
M. SAMALIN Ludovic	Psychiatrie d'Adultes
M. BIAU Julian	Radiothérapie
M. LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

### 1ère CLASSE

M. VORILHON Philippe	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	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 BOUTELOUP Corinne	Nutrition
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire

### 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mme COSTE Karen	Pédiatrie
Mme AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie
Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
M. GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire

### 2ème CLASSE

M. MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence
M. CHENAF Chouki	Pharmacologie Clinique
M. ANIORT Julien	Néphrologie
M. CLERFOND Guillaume	Cardiologie

Mme DUPUY Claire  
Mme JULIAN Valérie  
M. LAHAY Clément

Médecine Intensive – Réanimation  
Physiologie  
Gériatrie et Biologie du Vieillissement

**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  
M. MARCHAND Fabien  
Mme VAURS-BARRIERE Catherine

Biochimie Biologie Moléculaire  
Pharmacologie Médicale  
Biochimie Biologie Moléculaire

**CLASSE NORMALE**

M. BAILLY Jean-Luc  
Mme AUBEL Corinne  
Mme GUILLET Christelle  
M. BIDEY Yannick  
M. DALMASSO Guillaume  
M. PIZON Frank  
M. SOLER Cédric  
M. GIRAUDET Fabrice  
M. LOLIGNIER Stéphane  
Mme MARTEIL Gaëlle  
M. PINEL Alexandre  
Mme MONIER Florie  
Mme POLICARD Florence

Bactériologie Virologie  
Oncologie Moléculaire  
Nutrition Humaine  
Oncogénétique  
Bactériologie  
Santé Publique  
Biochimie Biologie Moléculaire  
Biophysique et Traitement de l'Image  
Neurosciences – Neuropharmacologie  
Biologie de la Reproduction  
Nutrition Humaine  
Psychologie  
Sciences Infirmières

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES**

Mme ESCHALIER Bénédicte  
Mme RICHARD Amélie

Médecine Générale  
Médecine Générale

M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale
Mme ROUGE Laure	Médecine Générale
Mme BERTRAND-JARROUSSE Véronique	Médecine Générale
Mme VICARD-OLAGNE Mathilde	Médecine Générale
M. MENINI Thibault	Médecine Générale

## Remerciements

Au Dr Marie-Laure Pouzadoux, pour la direction de cette thèse et l'implication mise en œuvre pour m'accompagner dans ce projet ainsi que durant ces trois années d'internat,

Au Pr Catherine Laporte, pour la formation apportée et d'avoir accepté de présider ce jury,

Au Pr Anne Bottet, pour les cours dispensés en santé de la femme et pour sa participation à ce jury,

Au Dr Hélène Vaillant-Roussel, de m'avoir aidée à concrétiser ce projet et d'avoir accepté de participer à ce jury,

A Mme Alice Goschin, qui m'a donné envie d'explorer ce sujet de la santé sexuelle et m'a beaucoup appris.

A mes enseignants, maîtres de stage et collègues qui m'ont formée au fil des années,

Aux Docteurs Menini et Artigny qui m'ont permis d'enrichir ce projet,

Aux Docteurs Bernet et Noyer, ainsi qu'à Mme Goschin et Mme Lavin qui ont réalisé le recrutement des patientes interrogées,

Au Dr Valentin Vidal qui m'a apporté motivation et conseils méthodologiques,

A Alexandre,

A ma famille pour leurs encouragements et leur soutien,

A mes amis, ceux de toujours comme les nouveaux.

# Table des matières

<b>1. Introduction</b> .....	15
<b>2. Méthode</b> .....	27
<b>3. Résultats</b> .....	29
3.1 Présentation des caractéristiques patientes .....	29
3.2 Comment aborder la santé sexuelle en médecine générale ?.....	30
3.2.1 Le tabou.....	30
3.2.2 Le soignant .....	31
3.2.3 La patiente et ses attentes .....	37
3.2.4 La particularité de l'examen gynécologique .....	39
3.2.5 Quelles questions poser en consultation ? .....	40
3.3 Quelles sont les attentes des patientes vis-à-vis de leur médecin traitant ? .....	43
3.3.1 Grossesses non désirées .....	43
3.3.2 La physiologie .....	45
3.3.3 Bien-être et consentement .....	47
3.3.4 Les pathologies.....	50
3.3.5 Être une femme.....	51
3.3.6 L'éducation .....	52
<b>4. Discussion</b> .....	54
<b>5. Conclusion</b> .....	64
<b>6. Bibliographie</b> .....	65
Annexes.....	69

## Table des tableaux et figures

### Tableau

Tableau I	Caractéristiques des patientes étudiées	Page 29
-----------	---	---------

### Figures

Figure 1	Représentation de l'abord de la santé sexuelle en médecine générale	Page 58
Figure 2	Représentation des attentes des patientes vis-à-vis de leur médecin généraliste concernant leur santé sexuelle	Page 61

## Abréviations

ADVIH :	Autotest de dépistage du VIH
COREQ :	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies</i>
ELISA :	<i>Enzyme-linked sorbant immunoassay</i>
GnRH :	<i>Gonadotropin Releasing Hormone</i>
HAS :	Haute Autorité de Santé
HPV :	<i>Human Papillomavirus</i>
IST :	Infections Sexuellement Transmissibles
IVG :	Interruption Volontaire de Grossesse
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PrEP :	<i>Pre-Exposure Prophylaxis</i>
SPF :	Santé Publique France
TPE :	Traitement Post Exposition
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WAST :	<i>Women Abuse Screening Tool</i>

# 1. Introduction

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé sexuelle en ces termes : « *La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés* ».

La « santé sexuelle » a été décrite pour la première fois par l'OMS en 1974 (le concept de santé datant lui-même de 1946) introduisant ainsi la notion d'une sexualité non uniquement reproductive, puis l'OMS a donné la définition sus-citée en 2006 introduisant la notion « d'expériences sexuelles » et traduisant ainsi la modification du modèle sociétal antérieur où le mariage hétérosexuel constituait la norme (1).

***Cette définition met en lumière les deux piliers du concept de santé sexuelle : les connaissances scientifiques qui vont permettre la prise en charge des maladies, et l'axe psycho-social permettant d'inclure l'état de bien-être. L'exercice médical étant à la rencontre des patients, il représente la jonction entre ces deux notions.***

## 1.1 Etat actuel des connaissances médicales concernant la santé sexuelle

### 1.1.1 Infections par le Virus de l'Immunodéficience Humaine

Environ cinq mille nouveaux diagnostics de VIH ont été réalisés l'année dernière en France, ce taux diminue modérément depuis plusieurs années parallèlement à une augmentation du nombre de tests réalisés (2). Ces tests peuvent être sérologiques, réalisés par méthode ELISA au laboratoire d'analyses médicales ou, plus récemment, par des Test Rapides d'Orientation Diagnostic utilisés dans les centres de lutte contre le VIH, ou en pharmacie : les tests ADVIH par méthode d'immunochromatographie (3).

Initialement utilisés comme traitements curatifs puis en traitement post-exposition (4), les antirétroviraux peuvent désormais être prescrits à but préventif devant des conduites sexuelles à risque de contamination. Aussi appelé « PrEP », ce traitement est composé de TENOFOVIR et d'EMTRICITABINE. Sa prescription initiale et son renouvellement nécessitent une surveillance trimestrielle de la fonction rénale et des autres Infections Sexuellement Transmissibles (IST). La posologie de la PrEP est adaptée en fonction du sexe et des comorbidités du patient : en prise unique ou en traitement continu. L'observance thérapeutique représente la limite principale à l'efficacité du traitement (5). Une étude récente propose donc le CABOTEGRAVIR administré par voie parentérale toutes les 8 semaines comme une alternative intéressante (6), dans la recherche de ce même objectif, l'antirétroviral peut également être administré par diffusion continue à partir d'un dispositif intra vaginal (7).

Malgré ces évolutions, en 2022, un nouveau variant du VIH, de virulence accrue, a été identifié au Pays-Bas. Il présente un taux de reproduction élevé et une mortalité plus importante (8).

### 1.1.2 Antibiorésistance

Les infections à *Neisseria gonorrhoeae* et à *Chlamydia trachomatis* restent des infections très fréquentes, avec une incidence estimée à 100 000 cas par an en France pour les chlamydioses, dont le diagnostic et la thérapeutique sont principalement pris en charge en médecine générale. Le nombre de dépistages réalisés augmente, et avec lui les diagnostics positifs (2).

Bien que connues et bénéficiant de plus en plus de dépistages, ces pathologies demeurent surveillées du fait de résistances aux antibiotiques, préoccupantes pour leur traitement futur. Concernant les thérapeutiques proposées dans le cadre d'infection à *Neisseria gonorrhoeae*, des résistances ont vu le jour successivement, conduisant d'un traitement par pénicilline puis tétracycline à un traitement actuel associant AZITHROMYCINE et CEFTRIAXONE en bithérapie.

Malgré cette association, de nouvelles résistances ont été mises en évidence, notamment concernant des atteintes oropharyngées chez des patients ayant contracté la pathologie en Asie. Afin de permettre la couverture de ces germes résistants, la CIPROFLOXACINE et le CEFIXIME sont actuellement étudiés. Une autre alternative consiste en l'augmentation de la posologie de la CEFTRIAXONE pour prendre en compte les germes à haute concentration minimale inhibitrice. Certaines équipes essaient de mettre au point des tests rapides permettant de détecter les différents allèles de *penA* impliqués dans l'antibiorésistance afin d'orienter les choix thérapeutiques mais aucun n'est suffisamment efficace à l'heure actuelle. La SIFLOXACINE est elle aussi étudiée dans les infections à gonocoque. L'AZTREONAM a également une bonne efficacité urogénitale mais une diffusion médiocre dans les muqueuses

orale, pharyngienne et rectale. Des antibiotiques encore non commercialisés sont en cours d'évaluation clinique de phase III dans cette indication.

Un vaccin contre le gonocoque avait été mis au point en 2016, mais avec une perte d'efficacité rapportée à 5 ans. Actuellement une nouvelle formule de vaccin est en cours d'évaluation clinique de phase II (9).

Des résistances semblent également apparaître au sein des populations de *Chlamydia trachomatis*. Certains variants sont de sensibilité diminuée à l'AZITHROMYCINE, la DOXYCYCLINE, aux macrolides et aux fluoroquinolones. Il n'existe pas pour l'heure de moyen d'anticiper l'échec du traitement (10).

### 1.1.3 Traitements des hépatites

Actuellement, on définit la forme chronique de l'hépatite B par la persistance de l'antigène HBs. Après un traitement d'une dizaine d'années par interférons pegylés et analogues nucléosidiques ou nucléotidiques, on observe une disparition pérenne de l'antigène HBs chez les patients traités (11).

De nos jours, toutes les personnes porteuses de l'antigène HBs ne sont pas éligibles à un traitement antiviral. Les patients porteurs sont éligibles s'ils ont une hépatite, c'est-à-dire une cytolysé hépatique significative en lien avec une virémie élevée ou s'ils ont un risque particulier : grossesse, présence d'autres facteurs de risque de cirrhose, etc.

La vaccination contre l'hépatite B est accessible en population générale et est proposée par le médecin traitant (11).

Les nouveaux traitements de l'hépatite C chronique sont constitués d'une prise d'antiviraux à action directe pendant 8 à 12 semaines. Les deux lignes de traitement permettent 99,8% de guérison chez les patients traités (11,12). L'efficacité retrouvée du traitement avec obtention de la guérison conduit à traiter les patients atteints d'hépatite C chronique même en l'absence de complication de la pathologie depuis 2019 (13).

#### 1.1.4 Dépistage des cancers gynécologiques

Le frottis cervico-utérin donnant lieu initialement à une analyse cytologique s'est vu modifié en 2019 par la recherche de présence de *Human Papilloma Virus* (HPV) chez les patientes de 30 à 65 ans afin d'augmenter sa sensibilité pour espacer les contrôles et accroître la vigilance en cas de détection virale, le virus étant en lien avec la survenue de dysplasie préalable à l'apparition de néoplasie (14).

Le recrutement des femmes ne participant pas au dépistage par le passé peut être obtenu en leur adressant directement par voie postale un kit permettant l'auto-prélèvement à la recherche d'HPV. Cependant ce modèle est réservé aux patientes n'ayant pas participé régulièrement au dépistage organisé du fait d'une limite de performance dans l'auto-prélèvement par rapport au frottis réalisé par un clinicien (14).

L'examen pelvien avec speculum et toucher vaginal est remis en question par l'*American College of Physicians*, ainsi que plusieurs groupes d'études canadiens. L'examen gynécologique est donc sorti des recommandations du dépistage dans certains pays devant une balance bénéfice-risque décrite défavorable dans certaines études : l'appréhension des patientes les éloigne du système de soin avec peu de pathologies cliniquement détectées lors

de cet examen (15). En France, l'examen clinique est toujours recommandé annuellement après la ménopause par le collège de gynécologie obstétrique, avant celle-ci l'examen se fait *a minima* lors de la réalisation des frottis et dépend donc de la présence ou non de l'HPV (16).

Le dépistage du cancer du sein, est aujourd'hui primordial en France. Le cancer du sein est non-seulement le plus fréquent chez les femmes, mais aussi à l'origine du plus grand nombre de décès par cancer. Le dépistage organisé, instauré depuis 2004, repose sur la réalisation d'une mammographie tous les deux ans entre 50 et 74 ans et concerne les patientes sans autre facteur de risque (17). Avant cet âge, le dépistage annuel par palpation mammaire est recommandée en France à partir de 25 ans par la haute autorité de santé (HAS) (18). Cet examen est, lui aussi, remis en question dans le monde : l'*American Cancer Society* ne recommande plus d'examen mammaire systématique le jugeant trop peu efficient et l'*American Congress of Obstetricians and Gynecologists* le recommande tous les 1 à 3 ans entre 25 et 40 ans (19).

#### 1.1.5 Endométriose

L'endométriose est décrite comme étant une localisation ectopique du tissu endométrial, cependant sa pathogenèse est encore mal expliquée. Plusieurs hypothèses concernant sa physiopathologie sont envisagées.

La comparaison du transcriptome des femmes atteintes et des témoins met en évidence 39 transcrits parmi lesquels cinq semblent être des transcrits d'intérêt. L'ensemble de gènes codant ces protéines semble intervenir dans plusieurs pathologies et est impliqué dans de nombreuses cascades de signalisation dont le métabolisme des hormones stéroïdes. Pour

autant, il n'a pas été identifié chez les femmes porteuses d'endométrioses de surrisque de cancer.

L'hypothèse d'une résistance endométriale à la progestérone chez ces patientes est également en cours d'étude avec la mise en évidence d'une altération épigénétique conduisant à un défaut d'expression du récepteur à la progestérone dans l'endomètre et les lésions endométriales de ces femmes.

Peuvent être utilisés, dans le ralentissement de la maladie, des pilules oestroprogestatives pour l'inhibition ovarienne, des pilules progestatives pour la régression endométriale et la limitation du fonctionnement des ovaires, des anti-progestérones par voie orale, des agonistes de la GnRH (*Gonadotropin Releasing Hormone*) par voie parentérale semestrielle : ENANTONE, DECAPEPTYL, ou des antagonistes *per os*, ou des anti-aromatases qui réduisent l'activité aromatasase de l'endomètre ectopique.

Les anti-progestérones sont peu utilisés car à l'origine de troubles climatériques invalidants. Les androgènes étaient utilisés dans les années 1980 mais ne le sont plus du fait de la survenue d'effets secondaires, pour certains irréversibles : prise de poids, acné, hirsutisme et apparition d'une dyslipidémie.

Les progestatifs seuls (DIENOGEST) ont montré une efficacité dans la gestion de la douleur dans les évaluations contre placebo et rejoignent ainsi la stratégie thérapeutique de lutte contre l'endométriose. Des essais cliniques de phase III sont en cours sur l'utilisation de la NALTREXONE ; leur critère de jugement principal repose sur l'évaluation de la douleur.

La chirurgie fait partie des traitements proposés pour les lésions profondes d'endométriose cependant les études ont été menées sur de petites cohortes sans possibilité de groupe contrôle et la récurrence à 5 ans est de l'ordre de 40 à 50%.

Des travaux ont été réalisés sur l'utilisation de modulateur de l'angiogenèse afin de limiter la propagation des lésions endométriales mais ils n'ont pas pu être menés à terme devant la survenue d'évènements indésirables graves tels que la survenue d'hépatotoxicité ou d'effets secondaires cardiovasculaires (20,21).

***Les dépistages et traitements que nous pouvons proposer sont de plus en plus variés, leur utilisation se généralise, beaucoup peuvent être initiés au cabinet de médecine générale avec ainsi une plus grande accessibilité pour les patients. Pourtant, la prévalence des maladies sexuellement transmissibles évolue peu. L'abord de la santé sexuelle, s'il paraît moins tabou, est toujours délicat et répond à des enjeux sociétaux en constante évolution.***

## 1.2 La santé sexuelle, une conception socio-culturelle

Dans cette société mouvante, nos patientes évoluent et nous engagent à modifier nos pratiques.

### 1.2.1 L'évolution des législations

En France, la Santé Sexuelle est une priorité de Santé Publique. Ainsi, la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle est prévue de 2017 à 2030. L'objectif étant de promouvoir la prévention, renforcer l'accès aux dépistages et lutter contre les discriminations et les violences.

La seconde feuille de route de cette stratégie, en cours actuellement, place le médecin traitant au centre des objectifs notamment avec la primo-prescription de la PrEP en ambulatoire à partir de 2022, la meilleure reconnaissance financière de la « consultation longue de santé

sexuelle », la discussion de la prescription des Traitements Post-Exposition (TPE) par les médecins de premier recours et l'ajout au Développement Professionnel Continu d'une formation pour apprendre à prendre en charge et orienter les personnes transgenres (22).

Mais quelles sont les nouvelles normes sociales auxquelles le médecin généraliste doit adapter sa pratique ?

### 1.2.2 Les discriminations

Décrits dans le livre Notre corps nous-même comme des injonctions patriarcales appliquées préférentiellement aux femmes, les dictats sociaux concernant l'apparence représentent un motif de révolte pour celles qui luttent pour l'égalité (23).

Les personnes en situation de surpoids ou d'obésité peuvent être l'objet de stigmatisation dans leur vie personnelle ou professionnelle. Le sujet de la perte de poids est difficile à aborder au cabinet médical avec une personne en situation de souffrance psychologique en lien avec son apparence physique. Cette mesure de prévention cardiovasculaire peut être perçue comme un jugement, c'est ce qui est expliqué sur le site Gras politique (24).

Si la lutte contre les discriminations continue en France, elle est également toujours nécessaire dans le milieu médical. Pour des femmes d'origine ethnique différente, il est parfois difficile de faire entendre leur motif de consultation. Sous prétexte de « *syndrome méditerranéen* », elles peuvent être jugées plaintives et leur prise en charge peut s'en trouver altérée (23).

### 1.2.3 Connaître son corps

Certaines femmes déplorent le manque de connaissance de leur propre corps. Une plus grande appropriation peut être obtenue par son étude, il paraît dès lors évident de trouver un chapitre sur l'anatomie féminine dans un manuel féministe (23).

Cette volonté d'exploration de son propre corps pousse des femmes à se réunir et à pratiquer l'auto-examen gynécologique. Elles paraissent guidées par deux idées principales, d'une part la curiosité et le souhait de se connaître et de se découvrir, et d'autre part transgresser le tabou autour du sexe féminin et tendre vers une égalité homme-femme par l'apprentissage sur son propre appareil génital.

On trouve cette découverte du corps humain transcrite par écrit (23), mais également au cinéma au centre du documentaire de Pauline Pernichout qui met en scène des femmes réalisant un auto-examen gynécologique (25).

### 1.2.4 Violences

#### ❖ Violences conjugales

Une femme sur sept et un homme sur vingt-cinq déclarent avoir été victime d'agression sexuelle une fois dans leur vie, c'est pourquoi, dans la stratégie nationale de santé sexuelle du gouvernement, figure un volet sur les violences sexuelles et leur prévention (22).

Le violentomètre est un outil pour le dépistage des violences conjugales et peut permettre une prise de conscience par la patiente de sa conjugopathie. Il a été développé en France en 2018 par l'adjointe à la mairie de Paris en charge de l'égalité homme-femme et par la responsable de l'observatoire départemental des violences envers les femmes en Seine Saint-

Denis, permettant à la fois dépistage et sensibilisation (26). Cet outil coloré peut être un support de discussion entre patient et praticien, sa particularité réside dans une zone de vigilance avec par exemple l’item « te manipule » qui ne relève pas de la violence *strico sensu* mais doit alerter sur la relation. Le questionnaire WAST a été étudié lors d’un travail de thèse auprès de médecins généralistes : il est jugé étant un bon outil lorsqu’il y a une suspicion de violence mais ne pouvant pas être proposé de façon systématique (27).

La recherche du consentement s’apprend et s’explique notamment aux plus jeunes comme illustré par Emmeline May dans sa vidéo : Consentement autour d’une tasse de thé (28). Il enseigne que le consentement à une relation sexuelle doit être recherché et n’est jamais tacite.

Si le dépistage d’une conjugopathie relève du médecin traitant, la notion de consentement s’applique également à tout examen médical. La difficulté résidant dans les explications données à la patiente et dans la compréhension de celle-ci. C’est le consentement éclairé comme décrit par la loi Kouchner (29).

#### ❖ Violences médicales

Cette problématique est soulevée par un podcast de Charlotte Bienaimé (30) pour Arte : Le gynécologue et la sorcière, où divers témoignages sont recueillis : ceux de patientes qui se sont senties abusées par le corps médical, n’ayant pas pu donner de consentement éclairé par manque d’information quant à leurs droits et à l’importance ou non des examens proposés. Ces patientes critiquent non seulement le médecin qui n’a pas délivré les informations dont elles avaient besoin mais également une société dans laquelle la sexualité est taboue et où

l'éducation ne permet pas une connaissance nécessaire de soi et de ses droits, plaçant ainsi la patiente en situation de dépendance face au médecin.

Un documentaire dédié au grand public (31) vise à interroger les pratiques médicales. Des professionnels interviennent, heurtés par la prise en charge des patientes, notamment une étudiante en médecine rapportant avoir appris avec ses collègues le toucher vaginal sur des patientes sous anesthésie générale sans consentement préalable.

Les patientes, ne connaissant pas les recommandations de pratiques cliniques, attendent de leur médecin qu'il s'y conforme ou bien qu'il explique le rationnel guidant son choix, à la recherche d'un consentement éclairé. La fréquence de réalisation de l'examen gynécologique n'est pas formalisée dans les recommandations des sociétés savantes, contrairement au renouvellement annuel d'ordonnance de contraception. Elle est donc la cible de critiques.

La journaliste confronte des médecins qui, certains de leur intention d'aider leur prochain, ont parfois des difficultés à remettre en question leur pratique. Le moyen paraît, pour eux, secondaire par rapport à l'objectif principal de maintien en bonne santé de la patiente.

***De nombreux progrès scientifiques sont réalisés en termes de soins, notamment dans le domaine de la santé sexuelle. Les dépistages et traitements sont de plus en plus accessibles, y compris en médecine de ville. Pourtant, les indicateurs de santé sexuelle évoluent peu depuis plusieurs années. La libération sexuelle a engendré une plus grande facilité à briser les tabous mais elle paraît s'accompagner d'une certaine méfiance vis-à-vis du corps médical par une remise en question de l'ordre préétabli.***

***Dans ce contexte, il paraît nécessaire de recueillir le vécu et les attentes des femmes concernant l'abord de la santé sexuelle avec leur praticien.***

## 2. Méthode

### ❖ Type d'étude

Cette étude qualitative est inspirée de la théorisation ancrée, c'est-à-dire utilisant un échantillonnage permettant l'inclusion de patientes au fur et à mesure afin d'infirmier ou confirmer les hypothèses intermédiaires. L'analyse s'est donc déroulée en parallèle des entretiens individuels permettant un éclairage nouveau de juin 2022 à janvier 2023.

### ❖ Population

L'échantillonnage raisonné théorique des patientes permet l'étude d'une population représentative et diversifiée.

Pour être incluses, les patientes devaient être majeures et suivies par un médecin traitant.

Les patientes ont été recrutées par le biais de professionnels de santé du Puy-de-Dôme intervenant dans leur prise en charge : médecins généralistes, kinésithérapeute-sexologue, infirmière.

### ❖ Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé via des entretiens semi-dirigés, rédigé en respectant au mieux les critères de la grille méthodologique COREQ (Annexe IV) (32).

Les rendez-vous ont eu lieu selon les disponibilités des locaux : salle de classe à la faculté, cabinet libéral, service de santé universitaire, domicile d'une patiente.

Les entretiens des 13 patientes ont été retranscrits intégralement *a posteriori* et anonymisés.

Le recueil des données a été interrompu à saturation des données.

#### ❖ Analyse des données

Toutes les données patientes ont été recueillies puis analysées par un unique opérateur après validation de la méthode d'analyse.

#### ❖ Aspects éthiques et réglementaires

Les patientes ont été informées et ont signé un document de non-opposition leur exposant leur droit de correction et de rétractation ainsi que garantissant le respect de leur anonymat (Annexe II).

La confidentialité a été respectée par substitution des noms propres et des lieux.

Cette étude a été acceptée par le comité d'éthique de la recherche IRB-UCA sous la référence IRB00011540-2022-45, a obtenu l'accord du CPP Sud-Est sous la référence 2022/CE26 et a été déclarée à la CNIL. Elle 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.

#### ❖ Matériel

Les données ont été enregistrées grâce à un magnétophone lors des entretiens puis retranscrites sur le logiciel de traitement de texte Microsoft® Word.

Le relevé des verbatims a été réalisé sous forme de tableaux sur Microsoft® Excel. Sa qualité a été vérifiée par un second chercheur pour le premier entretien.

Le logiciel Zotero a été utilisé pour référencer la bibliographie.

Le site Internet [lucidchart.com](http://lucidchart.com) ainsi que Microsoft® Publisher ont été utilisés pour la réalisation des schémas.

### 3. Résultats

#### 3.1 Présentation des caractéristiques patientes

<b>Entretien</b>	<b>Age</b>	<b>Couple</b>	<b>Enfants</b>	<b>Etudes supérieures</b>
1	40	Célibataire	Oui	Non
2	58	Célibataire	Oui	Non
3	31	En couple	Non	Oui
4	30	Mariée	Oui	Oui
5	48	Mariée	Oui	Oui
6	19	Célibataire	Non	Oui
7*	46	En couple	Oui	Oui
8	29	Couple	Non	Oui
9	28	En couple	Non	Non
10	60	En couple	Oui	Oui
11	38	En couple	Non	Non
12	66	En couple	Oui	Oui
13	23	Célibataire	Non	Oui

\*Sujet veuve

La population des femmes interrogées se répartit comme suit : un tiers se déclare célibataire, un tiers n'a pas réalisé d'études supérieures, une seule semble avoir un faible niveau de littératie en santé, c'est-à-dire lui permettant difficilement de comprendre quelles pathologies elle avait contracté. La moitié des patientes a au moins un enfant.

L'âge des patientes était réparti en quartiles : de moins de 25 ans, entre 25 et 35 ans, entre 35 et 50 ans, et au-delà de 50 ans.

Par ailleurs, sans que les patientes n'aient été interrogées à ce sujet, les patientes 4 et 5 rapportent l'impact de leur religion dans leur prise en charge.

### 3.2 Comment aborder la santé sexuelle en médecine générale ?

Différents facteurs entrent en jeu pour permettre à la patiente d'aborder *in fine* le sujet de la santé sexuelle en consultation.

#### 3.2.1 Le tabou

Le premier frein est inhérent à la sexualité : l'acte sexuel est tabou, c'est ce qu'exprime la patiente 5 : « *c'est de l'audace et du courage pour parler de ces sujets-là à son médecin. Ça vient pas comme ça* » et la 8 : « *c'est peut-être moi aussi qui n'ose pas aborder le sujet, c'est quand même un sujet assez tabou* ».

Pour la patiente 1, l'éducation prodiguée conditionne l'interdit représenté par la sexualité et peut constituer un véritable frein : « *j'ai été élevée [selon le modèle] un seul homme, un seul mari* », il « *faut vraiment insister sur, vous savez, nous dire : y a rien de honteux* ». La patiente 8 pense également qu'une autorisation peut s'imposer pour franchir la limite des convenances : « *les patientes ne vont pas forcément oser le faire d'elles-mêmes* ».

En fonction du pays d'origine, les tabous sont différents « *il y a encore des tabous, même en France* ». Comme l'explique la patiente 5, l'abord de la sexualité peut être culturellement encadré : « *en Algérie, c'était possible avec des médecins femmes. C'est le tabou, faut pas que ça soit un mec* », et peut concerner la sexualité en général ou certains actes proscrits et condamnables « *le droit de l'IVG est encore un sujet tabou à cause de la religion* ».

De plus la patiente 4 nous engage à être vigilants quant aux traditions de certaines régions du monde : « *on a eu une mutilation génitale [...] je suis partie avec mes grands-parents. Je ne leur en veux pas, hein. Je suis partie avec mes grands-parents qui ont décidé de me faire subir ça, à moi et ma petite sœur* », « *que ce soit en France, que ce soit dans les pays ailleurs, c'est vrai qu'en France on est mieux protégé, mais il y a toujours, il peut y avoir toujours des discordes.* »

En matière de sexualité, la patiente 4 nous engage à ne pas avoir de préjugé et à être systématique dans les sujets traités : « *vous me voyez, c'est pas parce que je porte le voile que c'est pas un sujet important pour moi. Si, c'est important.* »

### 3.2.2 Le soignant

L'instauration d'un climat de confiance dépend de plusieurs paramètres propres à chaque patiente.

#### ❖ **Les caractéristiques physiques du médecin**

Le sexe du médecin est cité par plusieurs patientes comme étant un frein à l'abord de la santé sexuelle, ainsi la patiente 4 est « *beaucoup plus rassurée quand c'est des femmes* », pour la 7 : « *tous mes médecins généralistes étaient des femmes. [...] Je pense que c'était plus simple* », et concernant la 9 : « *pour ma part, c'est plus facile le fait que le Dr X soit une femme* ».

Bien qu'elle préfère un médecin femme, la patiente 4 se sent capable de dépasser cet *a priori* : « *Ça dépend après, il y a des médecins hommes qui sont super* ».

L'âge du médecin peut être un obstacle pour patiente 9 : « *le fait aussi que ça soit une femme et qu'elle soit assez jeune, je pense que la mentalité doit être aussi différente* ».

## ❖ Le Médecin de famille

La patiente 10 apprécie cette relation unique qu'elle entretient avec son médecin traitant : « *Dr X est mon médecin traitant depuis quelques années* », « *quand-même pour moi, un médecin traitant, c'est pas rien, c'est quand-même quelqu'un qui est au centre de tout ce qui peut se passer pour un patient* », « *c'est pas un médecin lambda* », « *je pense qu'il y avait une individualité, et puis un secret professionnel* ».

Cette relation avec un médecin est reconnue comme particulière par la patiente 1, lui permettant d'être en confiance : « *un nouveau médecin, j'aurais refusé le rendez-vous* », la 2 : « *elle me connaît par cœur* », ou la 5 : « *elle connaît ma famille, elle connaît mon mari, elle connaît mes enfants. C'est notre médecin traitant, à tous les quatre* ». Cela permet une prise en charge globale, adaptée à la dynamique familiale comme décrit par la patiente 7 : « *La prise en charge au niveau de la sexualité chez le généraliste, voilà, il faut qu'elle soit bien sûr individuelle mais aussi double dans le cadre de la vie familiale, de la vie du couple* ».

Même si le médecin n'est pas le médecin de famille, les patientes comme la patiente 5 sont rassurées par le fait que ça ne soit pas un anonyme : « *ma copine le connaissait bien [...] elle le connaissait sur le plan moral, et elle le connaissait personnellement.* »

D'autres, comme la 11, préfèrent voir un remplaçant ponctuellement : « *mademoiselle, enlevez vos sous-vêtements, on va voir ce qu'il en est* », « *oui bah j'étais contente, ce médecin je l'ai plus eu.* »

Certaines comme la 7, peuvent préférer un autre interlocuteur en fonction du sujet à aborder : « *parfois il vaudrait mieux quelqu'un de totalement neutre au fond pour ce type de demandes. On se sentirait parfois plus à l'aise* », ou se limitent simplement comme la 8 : « *si c'est un souci par rapport [...] au quotidien, par rapport, aux menstruations, si elles étaient anormales, ou si*

*des pertes blanches elles étaient anormales, bon bah là je me dis c'est médical donc je peux me permettre de poser la question. Après des choses un peu plus intimes, comme quand on fait l'amour, là c'est... Je peux pas aborder le sujet clairement... ».*

Le prérequis à l'instauration d'une relation de confiance lorsqu'on soigne plusieurs individus de la même famille est le secret médical comme verbalisé par la patiente 3 : *« même quand j'étais plus jeune et qu'elle connaissait très bien mes parents, je savais que ça restait entre nous. Il y avait un certain climat de confiance qui faisait que on se connaissait mais je savais que ça restait dans le cabinet, donc j'avais pas de soucis pour en discuter avec elle ».*

La violation du secret médical est rédhibitoire à l'abord de la santé sexuelle explique la patiente 8 : *« mon père traverse une épreuve difficile et [le médecin] m'en parle à chaque fois, je veux pas qu'il aborde le sujet mais lui il l'aborde de lui-même. Alors que c'est un autre patient finalement. [J'aurais peur] qu'il fasse pareil »* et la 9 : *« je me suis dit en deux secondes : il va me griller, il va dire que j'ai pris une consultation à ma mère ».*

La présence des autres membres de la famille est décrite comme un obstacle par les patientes 1 : *« j'avais les enfants ou le mari. [...] J'ai jamais été seule en fait. Parce que mon ex-mari il me laissait tout le temps avec les gamins », « mais seule, oui, j'aurais répondu »,* et 6 : *« En tout cas je pense que moi j'aurais dit non s'il y a mes parents à côté quand j'étais plus jeune ».*

#### ❖ **La Bienveillance**

La patiente 7 décrit les qualités qu'elle attend de son médecin et qui lui permettent de se confier : si *« la personne est bienveillante, empathique et souriante, il est bien évident que ça va être plus facile pour le patient de s'exprimer ».*

L'intérêt porté à tous les pans de la vie est un élément important comme expliqué par la patiente 9 : *« je pense qu'on soigne des humains et pas des boîtes de conserve »,* c'est ce qui permet une relation de soins de qualité et ainsi un dialogue plus libre : *« elle m'a posé beaucoup de questions sur mon travail, par exemple. Elle voyait que ça me tracassait un peu, donc on a parlé de tout ça, et j'ai senti qu'elle était vraiment à l'écoute, qu'elle était bienveillante, et je pense que c'est comme ça que ça a amené les choses, de se sentir en confiance », « Je sais que Dr X systématiquement, va me poser des questions, s'intéresser à ma vie à chaque fois qu'on se voit ».*

La patiente 13, en cours de transition, me déclare que la première consultation avec son médecin généraliste pour ce motif s'est *« très bien »* passée, car *« elle m'a juste dit que, du coup, elle y connaissait rien et qu'elle allait m'orienter vers quelqu'un qui saurait... qui saurait correctement prendre en charge la démarche ».* En l'absence de compétence dans le domaine sollicité par la patiente, la bienveillance et la volonté d'orienter au mieux remplissent finalement toutes ses attentes.

Si la bienveillance facilite l'abord de la santé sexuelle en cabinet de médecine générale, son absence est motif de rupture de la relation de soins.

C'est ce qu'explique la patiente 9 dont le médecin traitant n'a pas entendu sa demande d'IVG : *« pour lui [...] en gros j'avais l'âge, c'était la continuité de la vie. Et puis il s'en mêlait pas parce que de toute manière pour lui, ça allait se passer comme ça », « il a pas cherché à savoir comment je m'en étais sortie et qu'elle était ma décision finale ».*

C'est également l'inquiétude qu'avait la patiente 13 en consultant son médecin traitant : *« Ne pas prendre au sérieux ce qu'on dit, ça peut avoir un effet rebutant dans la relation avec le médecin je pense », « si elle m'avait pas pris au sérieux, si elle m'avait dit « non mais ça existe*

*pas », des choses comme ça. Oui, je pense que j'aurais changé de médecin », sa crainte ultime étant une « réaction extrême ou ... violente verbalement ».*

*La patiente 4 définit ses attentes : « le médecin, il n'est pas là pour juger. Il est là pour soutenir, et surtout pour donner des conseils. Pour faire attention. Mais pas pour... le jugement, non », la patiente 9 a vécu cette situation et une réelle rupture de confiance : « Elle m'a fait la morale sur ma fameuse épilation, elle m'a fait la morale sur les hommes en général qu'ils avaient... Comment on dit... des fantasmes pervers pédophiles... ».*

*La patiente 6 explique qu'une de ses amies s'est sentie jugée anormale car sortant des standards attendus par son médecin : « elle a dû lui expliquer qu'elle avait plusieurs partenaires et elle s'est sentie un peu embarrassée que la médecin ait pas pensé à cette possibilité », « ça l'a gênée un petit peu de devoir expliquer plus en détails... ».*

#### **❖ Décision médicale partagée**

*L'attente de la patiente 9 vis-à-vis de son médecin traitant est avant tout un aiguillage, une conduite à tenir, elle n'attend pas une connaissance absolue et une réponse systématique : « être apte aussi à ne pas faire un examen complet, mais en tout cas au moins faire un pré check-up pour voir exactement ce qui se passe ou quelle piste on peut avoir, est-ce que c'est grave, est-ce que ça nécessite une consultation supplémentaire ou finalement c'est quelque chose de très bénin... ».*

*La patiente 2 apprécie pouvoir discuter plus librement avec son médecin : « il y avait plus de distance entre le médecin généraliste à l'époque que maintenant. Enfin, je trouve, c'est plus abordable, maintenant les médecins... A l'époque c'était pas pareil, dans les années 80, c'était pas pareil... ».*

Si les explications médicales ne sont pas utilisées par la patiente pour prendre elle-même sa décision de traitement, elles vont renforcer la relation de confiance et l'adhésion au traitement proposé par le médecin.

C'est le cas par exemple de la patiente 12 : le médecin « *m'a proposé. Puis, elle m'a expliqué - oui oui, tout ça-, elle m'a même donné des fiches. Parce qu'il y a des pays où ils disaient que c'était pas bon. Enfin bon elle m'a expliqué qu'il y avait pas de souci, il y a eu des recherches* ».

La patiente 8 apprécie également suivre les décisions de son médecin traitant « *il a pu me donner de la documentation* », « *c'est lui qui me l'a proposée [la pilule], il me l'a plutôt même conseillée* ». Le positionnement de médecin comme sachant et proposant une prise en charge à laquelle la patiente consent après explications est appréciée par cette patiente qui la décrit comme rassurante : « *j'avais bien aimé le suivi : ils m'avaient donné des rendez-vous fixes pour faire des vérifications, ils m'avaient donné un traitement* », « *je me suis sentie entourée.* »

A l'inverse, le manque d'explication crée une opposition à la prise en charge. La patiente 11 raconte que sans explications suffisantes, elle ne peut adhérer à la prise en charge proposée : « *Peut-être que si, effectivement, ils avaient dit que d'autres examens c'était pas utile : - ça sert à rien de faire d'autres examens, c'est sûr : c'est ça- peut être que j'aurais un peu plus adhéré. En tout cas moi ça a mis quasiment un an avant que je fasse la démarche d'aller voir un [soignant]* », l'explication du symptôme permet dans son cas une acceptation des soins : « *la [soignante] m'a vraiment mise à l'aise, elle m'a pas dit que c'était forcément un problème de vaginisme comme on peut l'entendre. En tout cas que le mot est pas très bien décrit, que c'était vraiment un problème de périnée. C'est la même chose en vrai, mais du coup je trouve ça plus classe de dire que... j'entends mieux de le dire comme ça* ».

C'est lorsque la patiente aura l'impression que la décision n'est pas partagée avec elle qu'il peut naître une rancœur vis-à-vis du médecin comme expliqué par la patiente 8 dans le cadre d'une infection à papillomavirus : « *on a laissé passer de côté cette occasion finalement, l'occasion d'être vaccinée...* », « *c'était sa décision à l'époque [au médecin traitant]* », dans ce cas, la patiente s'est conformée à la décision maternelle : « *je suis ma maman. A cette époque-là oui c'était ça* ».

### 3.2.3 La patiente et ses attentes

#### ❖ Médecin traitant ou gynécologue

La patiente 9 préfère consulter en premier lieu son médecin traitant avec qui elle est plus à l'aise et en qui elle a confiance et elle n'attend pas obligatoirement de sa part un diagnostic de certitude, son rôle est de « *savoir la conseiller même si après elle a besoin de faire des examens plus poussés, de se soigner, de voir un spécialiste, qu'elle puisse aussi être orientée vers aussi une bonne personne quoi* ».

La patiente 11, n'envisageant pas de parler de santé sexuelle avec quelqu'un d'autre que son médecin traitant, accepte les limites de ses compétences tout en ayant confiance en ses recommandations : « *ça m'a fait mal. Donc du coup, je pense qu'elle a un petit peu paniqué. C'est un peu normal* », « *me diriger vers un professionnel pour ça, c'est parfait* ».

La patiente 8 exprime l'importance de la compétence perçue du médecin pour répondre à ses attentes : « *c'était un gynécologue tout à fait expérimenté, donc j'ai eu tout à fait confiance* ».

La patiente 10, inquiète à cause d'antécédents familiaux préfère consulter un médecin spécialiste en gynécologie : « *alors peut être que le fait que quand même j'ai des inquiétudes*

*par rapport au cancer de l'ovaire, fait que je me sens peut-être plus rassurée chez un gynécologue qui en plus pouvait me faire des échographies à des moments donnés de la consultation, des choses comme ça... »*

La patiente 12 ayant une demande purement médicale et organique, se tourne vers un spécialiste d'organe pour son suivi : *« Je trouve : chacun sa partie, c'est spécialisé », « c'était une habitude : gynécologue, gynécologue, j'allais tous les 6 mois, y avait des contrôles »,* elle justifie cette nécessité d'accès direct au spécialiste : *« Et puis on a un âge où il faut faire attention à sa santé, parce que bon voilà... »*

#### ❖ Le sentiment d'urgence

Pour la patiente 11, pour qui les freins sus-cités ont une particulière importance, la santé sexuelle ne peut s'aborder que lorsque le soin devient nécessaire : *« C'est vraiment devenu pas du tout supportable et pas gérable. Je me suis dit : tant pis allez je vais en parler à mon médecin. »* L'examen réalisé dans ce contexte est mal vécu : *« elle m'a envoyée aux urgences pour faire un examen gynécologique, là ça a été compliqué. Parce que là, pour le coup, ils étaient à 2-3 personnes, en train d'essayer de... Voilà... C'est pas cool, mais bon... En tout cas il fallait le faire ».* Même si elle consent à l'examen, le diagnostic posé aux urgences est ensuite rejeté, repoussant alors la prise en charge : *« j'ai revu mon médecin traitant, je lui ai dit clairement, moi c'est pas ça... C'est pas possible quoi ».*

Lors d'une consultation aux urgences, la patiente 1, victime d'abus sexuels dans l'enfance, qui refuse habituellement l'examen gynécologique par l'interne de son médecin traitant, y compris en la présence de ce dernier, s'est retrouvée dans une situation qu'elle critique avec différents intervenants : *« il a dit juste qu'il allait m'examiner, pas qu'ils allaient tous m'examiner »,* elle a eu l'impression de ne pas avoir le choix si elle souhaitait être prise en

charge : *« Il était là – tu viens genre pour te faire examiner : faut qu'on t'examine »*, en découle une situation qui aurait pu être évitée : *« quand il m'a vue en larmes, il a compris que ça me gênait vraiment beaucoup. Mais il a fallu que j'en vienne là »*, *« Je lui ai dit je vous connais pas, là j'ai une urgence, j'ai mal. Quand vous me touchez j'ai mal et vous dites à vos potes de me toucher »*.

#### 3.2.4 La particularité de l'examen gynécologique

Normalement indolore, l'examen gynécologique peut devenir douloureux dans certains contextes de stress ou d'anxiété comme décrit par la patiente 7 : *« cette histoire autour qui accélère cette perception de la douleur, qu'on peut avoir, parce que j'avais une douleur psychique »*, ou la patiente 9 inquiète des conditions de propretés du cabinet : *« Elle venait de retirer je pense un stérilet à quelqu'un, il y avait du sang partout »*, *« le cabinet était franchement dégueulasse »*, *« je me suis dit mais plus jamais de la vie j'ai envie de me retrouver dans une situation pareille »* alors *« je me suis fait torturer parce qu'elle m'a fait ultra-mal »*.

Le consentement éclairé à l'examen se fait suite aux explications prodiguées par le professionnel comme expliqué par la patiente 6 : *« demander l'autorisation avant de toucher ou faire quoi que ce soit, parce que je trouve que la première fois où je suis allée en cabinet de sage-femmes, justement, [...] elle était très à l'écoute... Elle me demandait toujours [pour] savoir si ça me dérangeait pas tout ça... Et elle m'expliquait tout ce qui se passait... C'était plutôt bien, je trouve »*.

Prendre en compte si des examens gynécologiques ont déjà été pratiqués et adapter ses explications aux connaissances de la patiente est apprécié par la patiente 6 : *« je crois qu'elle m'avait demandé si c'était la première fois que je venais voir une sage-femme, et je lui avais dit que oui. Et c'est pour ça qu'elle a pris le temps de faire ça »*.

Les appréhensions des patientes sont diverses mais nuancées par leur vécu comme expliqué par la patiente 11 avec la peur de la douleur : *« même les copines hétéro elles disent - ouah ça fait mal, c'est pas agréable -, moi je n'ai jamais eu de rapports avec des hommes »*, ou la pudeur : *« le fait de dévoiler son intimité en fait, le fait d'être nue devant le médecin, et... Qui plus est le médecin que je sais que je vais revoir pour autre chose »*.

### 3.2.5 Quelles questions poser en consultation ?

Il y a une attente des patientes vis-à-vis de leur médecin à aborder la santé sexuelle avec elles, qu'ils aient à charge leur suivi gynécologique ou non, comme l'explique la patiente 9 : *« Je pense que même les médecins qui ne font pas ce suivi-là devraient en tout cas poser la question et essayer de gratter quelques infos ou de voir si la personne a des choses à dire »*.

Les questions ouvertes permettent aux patientes de donner leur(s) motif(s) de consultation, comme lorsqu'on interroge la patiente 7 sur la formulation des questions du médecin qui serait facilitante, pour elle, pour parler de santé sexuelle : *« elle me dit - alors... -, quelque chose comme ça - qu'est ce qui t'amène ? - et hop c'est parti et voilà »* ou *« poser la question qui va bien... -Dis-moi tout... »*.

La question ouverte permet les motifs multiples et donc de démarrer la consultation par un motif prétexte qui n'est en réalité pas le réel motif de consultation, ainsi la patiente 7 s'est rendue chez son médecin traitant, mal à l'aise car « *elle a connu le papa de ma fille et c'est la première fois qu'elle me voit avec un autre homme. Et puis on a des amis communs...* », « *pour une consultation mais multimodale* », alors elle n'a « *pas osé lui demander la prescription...* » ou la patiente 11 qui a saisi un motif prétexte pour pouvoir parler de ce qui la tracassait vraiment : « *Bon bah en même temps je vais lui dire, que du coup, j'ai jamais vu de gynéco et que pendant mes rapports... C'est compliqué* ».

Certaines patientes proposent des questions plus ciblées qui, même hors contexte de suivi gynécologique, leur paraissent adéquates comme la patiente 9 qui propose de poser des « *questions toutes simples du style « est-ce que avec votre conjoint à la maison ça se passe bien ?* » ou tout simplement « *y a pas de problème dans votre intimité ?* », « *enfin voilà, poser la question sans que ça soit intrusif et très naïvement en fait ça peut débloquer des choses* » ou proposer l'abord du sujet pour une consultation future comme dit par la patiente 11 : « *on en reparle une autre fois si vous voulez, on voit comment ça avance, comment vous vous sentez*».

Elles imaginent facilement que le médecin traitant ne pose pas la question systématiquement mais parfois en fonction du contexte, du moment de la vie de la patiente, comme la patiente 1 qui ne s'étonne plus lorsque son médecin l'interroge : « *Vous avez fait le frottis ?* », ou comme la patiente 7 : « *Quand on leur demande comment ça va, si le patient leur répond « -ah bah tiens j'ai rencontré quelqu'un-, eh bah pourquoi pas -et le petit bilan MST, là vous y pensez ?-* », la patiente 10 : « *Soit c'est en réponse... A l'éclairage de quelque chose qui l'aurait peut-être un peu alertée sur comment elle me trouve, ou ce que j'ai pu dire.*

*Soit c'est peut-être prévention. Mais ça me paraîtrait pas à côté de la plaque. Je trouve qu'elle serait tout à fait à sa place. Enfin voilà, ça me choquerait pas »* ou comme la patiente 8 en fonction d'un antécédent mentionné : *« J'avais des antécédents de papillomavirus, donc il s'est dit qu'il fallait faire des frottis un peu plus régulièrement, donc ça serait peut-être bien le suivi tous les ans. Donc c'est par ce biais-là qu'il m'a posé les questions, savoir si j'étais en couple ».*

Certaines préfèrent que le médecin justifie sa question, qu'il explique pourquoi il pense qu'elles peuvent avoir un problème de la sphère sexuelle comme l'explique la patiente 10 : *« C'est aussi se servir de ce [que la jeune patiente] va nous dire, essayer de saisir un petit fil. Parce que l'aborder d'emblée je pense que... Sauf si le médecin traitant est vraiment... Si c'est un médecin traitant au long cours ».* C'est également ce principe de rebondir sur une demande que propose la patiente 11 pour aborder le consentement : *« Je vois des jeunes qui sont quand-même, mal... Ils sont quand même un peu cassés par la vie aussi et la manière dont elles prennent soin d'elles, de leur corps et de cette partie de leur corps et de tout ce qui tourne autour, de ... Parfois c'est compliqué... Alors elles ont pas forcément de gynécologue. Quand elles prennent un moyen de contraception, c'est peut-être déjà avec le médecin traitant, et par ce biais-là il y a des choses peut-être à aborder auprès d'elles. »*

La patiente 11 relativise les difficultés que peut également avoir le médecin à aborder la santé sexuelle : *« Arriver à instaurer une confiance avec son patient, c'est déjà bien. D'arriver à parler avec la personne, s'il y a un souci ».*

L'abord de la santé sexuelle peut être tout simplement la proposition de prise en charge du suivi gynécologique comme expliqué par la patiente 11 : *« Leur demander si elles ont un gynécologue... Ou si elles sont intéressées par le suivi de leur généraliste... ».*

Certains sujets comme l'identité de genre sont décrits comme plus délicats à aborder, ainsi on ne peut connaître le stade du cheminement de la personne en fonction de son apparence physique, la patiente 13 nous explique : *« on s'en rend pas tous compte de la même façon et au même âge. Donc il y a des fois ça peut aussi être malaisant pour la personne »*. Dans ce cadre-là, il est préférable d'aborder un sujet commun de consultation *« sans forcer tout de suite la discussion »* : *« depuis que j'ai à peu près 15-16 ans elle me posait la question de temps en temps. Pour la contraception, des choses comme ça », « le fait qu'elle m'en parle au moment où ça pouvait commencer à devenir, une problématique... Ça peut être bien je pense », « je me sentais à l'aise, au cas où j'en aurais eu besoin »*.

### 3.3 Quelles sont les attentes des patientes vis-à-vis de leur médecin traitant ?

#### 3.3.1 Grossesses non désirées

##### ❖ **Contraception**

Présent dans la quasi-totalité des entretiens, les patientes sont régulièrement interrogées par leur médecin à ce sujet, c'est le cas de la patiente 4 *« le médecin m'avait parlé de ça, de la contraception »*.

Elles attendent de lui un conseil adapté à leur cas comme la patiente 3 : *« je prenais la pilule, mais j'y arrivais pas : je trouvais ça chiant à mourir. Elle m'a dit mais sinon c'est la même hormone, mets un implant : là j'ai découvert ce qu'était un implant, j'ai trouvé ça génial d'ailleurs, et c'est des choses que je connaissais pas avant. »*

Les patientes, comme la 2, attendent du médecin qu'il en parle : « *Poser la question, savoir sur les moyens de contraception et tout, d'en parler. Même si c'est une consultation pour une grippe, en parler quand même avec la jeune fille, ça c'est bien, je trouve* », car les conséquences en cas d'ignorance sont graves : « *Dans les années 80 oui, à part le planning familial qu'il y avait quand on était jeune. Ca m'aurait évité de faire une IVG* », « *vous le regrettez même 30 ans après* », et la 7 : « *je recommanderais moi, aux jeunes filles. Eh bien de le faire avant : de s'interroger, de s'intéresser à cette question-là avant qu'il leur arrive la même chose qu'à moi* ».

Le sujet est décrit comme de grande importance par les patientes mais également comme ouverture à la discussion sur la santé sexuelle par la patiente 10 : « *elles prennent un moyen de contraception, c'est peut-être déjà avec le médecin traitant, et par ce biais-là il y a des choses un peu peut être à aborder auprès d'elles* ».

#### ❖ **Interruption volontaire de grossesse**

La patiente 5 décrit le droit à l'IVG comme une liberté de disposer de son corps et de choisir son avenir : « *que les femmes aient la possibilité de garder ou de ne pas garder un bébé, c'est primordial. Pour une femme c'est sa santé mentale et psychique* », « *je ne voulais pas avoir une victime* », « *je vais pas l'épouser, je m'entends pas avec lui* ».

Elles n'attendent pas que tout médecin puisse la pratiquer mais simplement d'être entendue et orientée le cas échéant ce qui n'a pas été le cas de la patiente 9 : « *il fallait que j'aie fait une prise de sang mais même le papier pour la prise de sang, il me l'a même pas donné quoi* », « *j'avais l'âge c'était la continuité de la vie. Et puis il s'en mêlait pas parce que de toute manière pour lui, ça allait se passer comme ça* ».

### 3.3.2 La physiologie

#### ❖ Menstruations

Une des attentes des patientes serait que le médecin soit garant d'une connaissance minimale en santé, ainsi la patiente 1 déplore son manque d'information sur la puberté : *« vous voyez Carrie ? Quand elle a eu ses règles ? Bah moi ça a été pareil », « c'était tabou chez nous : parler de cette partie-là était très tabou », « j'étais Carrie : je vais mourir »*. La patiente 4 a vécu une situation similaire : *« j'ai eu mes règles à 9 ans. Je savais pas ce que c'était, je cachais et je savais pas du tout ce que c'était »*.

La patiente 2 pense que les femmes souhaiteraient aborder avec leur médecin : *« les règles douloureuses ou règles trop abondantes »*.

Pour la patiente 5, les familles peuvent également avoir des questions sur la puberté de leur enfant, des inquiétudes quant à l'équilibre familial : *« C'est ma sœur qui a paniqué, c'est pas sa fille, puis elle me dit - tu sais : elle a que dix ans. Elle a encore envie de jouer. Elle est devenue une femme maintenant, c'est pas encore ! - Je lui ai dit, elle est pas encore devenue une femme, elle a juste eu son cycle. J'ai essayé de l'apaiser et je lui ai dit, faut pas que tu paniques comme ça ! Tu vas le transmettre à ta fille, tu vas la stresser plus. Je pense qu'il y a une grosse part de communication avec le médecin traitant en ce qui concerne ces questions-là. »*

#### ❖ Reprise de la sexualité après l'accouchement

Pour la patiente 9, certaines périodes de la vie sexuelle peuvent requérir un accompagnement : *« ça peut être des problèmes qui sont liés au parcours et à la vie de chacune, à des femmes qui sont plus âgées, à des femmes qui viennent d'être maman »*.

La patiente 10 avait, elle, des questions sur : *« le retour à une sexualité après une naissance... »*

### ❖ Ménopause

La patiente 3 quant à elle, s'interroge sur sa fertilité et a des questions qu'elle souhaiterait poser à son médecin traitant : *« il y a toujours l'horloge biologique qui parle, qui fait parler quand même beaucoup de femmes. J'ai pas envie d'avoir des enfants maintenant », « c'est des choses que je ne sais pas et ça peut m'en inquiéter. Je m'en inquiète. Enfin c'est des questions que je me pose en tout cas », « c'est des choses, [à propos desquelles] j'apprécierai d'échanger, d'avoir un avis médical, savoir un peu comment ça se passe. Parce qu'on entend parler mais on n'a pas forcément d'info très officielle ».*

La patiente peut nécessiter une prise en charge de ses symptômes comme exprimé lors de l'entretien n°12 : *« j'ai pris le traitement pendant 8 ans, je crois », « c'est vrai, on se dit « mince, on vieillit », mais après on est libre, on est soulagé, on est bien, je trouve ».*

### ❖ Rapports sexuels

La patiente 4 pense que le médecin peut compléter le discours des parents si ceux-ci ne sont pas à l'aise avec la santé sexuelle ou si l'adolescente préfère parler à une personne extérieure au cercle familial : *« une ado qui peut pas parler à ses parents, qui peut pas leur dire : j'aimerais bien savoir comment ça se passe la première fois. C'est pas évident de demander à ses parents. Demander à une personne : le médecin surtout, ça rassure... »*  
*« Comprendre son corps, tout ça, c'est très important ».*

La patiente 9 rapporte avoir des questions sur la norme *« par rapport à des problèmes plutôt d'ordre technique, que ce soit des problèmes peut être de morphologie, d'anatomie, tout ça... ».*

### 3.3.3 Bien-être et consentement

#### ❖ Conjugopathie

La patiente 1 pense qu'un avis médical aurait pu lui être bénéfique à plusieurs reprises dans sa vie. Lorsqu'elle était victime de violences : « *si on m'avait posé la question, peut-être que j'aurais pu savoir qu'au final ça venait pas de moi. Ça venait bien de lui* », « *me pousser à voir des sexologues ou je sais pas quoi, j'en ai jamais vu, ou... ne pas hésiter, ou insister, en fait* », sur le plan « *psychologique [...] ça m'aurait aidée. C'est que pendant 5 ans je croyais que ça venait vraiment de moi* ». Ou lorsqu'elle était plus jeune, dans le cadre d'une éducation à la vie sexuelle et affective : « *je savais pas ce que ça voulait dire « sortir avec quelqu'un » [...] pour moi c'était [...] sortir le soir avec les copains* », les informations souhaitées n'étant pas délivrées par les parents dans le cadre d'une éducation décrite comme « *limite à la catholique ou à la mormone* ».

La patiente 5, elle aussi, dans une situation de conjugopathie a eu besoin d'être confortée dans l'existence d'une anomalie dans sa situation avant de consulter son médecin : « *mon mari était tout le temps sur les nerfs. Tout le temps. Il s'acharnait sur les enfants. Quand je dis s'acharnait c'est pas une violence physique, mais mentale, morale. [...] Et il criait. Alors j'ai appelé vraiment de l'aide. J'ai appelé le service de la violence conjugale. Et là j'ai eu une psychologue, elle m'a dit : Madame, il faut aller vraiment consulter. [...] Elle m'a dit il faut que vous alliez voir votre médecin tout de suite, prenez rendez-vous. [...] Donc c'était la claque et j'ai été voir [mon médecin] mais j'étais mal, j'étais vraiment mal. Et après, [mon médecin] m'a orientée vers un psy que je suis partie voir.* » Elle aussi rapporte une éducation rendant possible la pérennisation de cette violence verbale à l'âge adulte : « *Mon papa c'est quelqu'un... Certes, il était pas violent physiquement mais quand il s'énervait...* ».

## ❖ Consentement

La patiente 4 pense que le médecin peut participer à apporter les bases de l'enseignement nécessaire à une sexualité épanouie : *« s'ils ont de l'info, ils savent que ça c'est pas bien. S'ils ont pas d'info, ils pensent que c'est une normalité. Alors que ça ne l'est pas en fait »*, elle cite comme exemple : *« j'ai une copine qui était pas prête en fait [...] elle l'a regretté après. Après c'est parce qu'elle pensait que c'était normal parce que c'était son copain mais c'était pas normal. Il faut en discuter. C'est important »*. Lors des cours d'éducation à la sexualité, les enseignants ne *« disent pas si on n'est pas d'accord on le fait pas. Si t'es pas à l'aise tu le fais pas. Si t'en as pas envie, tu as le droit de dire non. T'es pas obligée d'aller très loin pour faire plaisir à l'autre »*. Pour elle c'est essentiellement le rôle des parents que d'assurer cette éducation mais : *« le médecin traitant il peut parler aux parents en disant, est-ce que vous discutez avec vos enfants de leur sexualité ? Est-ce que vous parlez de leur intimité ? »*

La patiente 10, amenée dans le cadre de son travail à rencontrer des jeunes en situation de précarité déplore un manque d'éducation sexuelle qui empêche les jeunes gens de consentir à la relation : *« La manière dont elles abordent les relations sexuelles, ou la première fois, ou les autres fois... C'est pffff... C'est complètement banalisé, c'est sans protection parfois »*, *« elles donnent leurs corps... »*, *« ça n'est jamais qu'une relation sexuelle... C'est pas anodin... »* et elle conclut : *« alors ils ont pas tous un médecin traitant. Mais quand ils en ont un, je trouve que pour les jeunes, il y a peut-être des choses auxquelles être un peu attentif sur la prévention. Sur comment accompagner tout ce qui peut accompagner des premières relations »*.

### ❖ Violences culturelles

La patiente 4 a subi des mutilations génitales dans l'enfance : « *On a eu une mutilation génitale. C'est pour ça que je dis que c'est important de parler avec les petites jeunes. Moi j'étais petite, je suis partie avec mes grands-parents [...] qui ont décidé de me faire subir ça, à moi et ma petite sœur* ». Pour elle, cela s'explique par une pratique culturelle entretenue par l'absence d'éducation : « *c'est un rite. Avec le recul, je sais que c'était pas méchant, [ma grand-mère] voulait faire du bien. [Elle] n'était pas éduquée, [Elle] a vécu dans la culture* ». L'information lui paraît la clef de ces situations : « *c'est pour ça, en partie, que je suis venue* ».

### ❖ Bien-être

Les patientes 10 et 5 imaginent qu'on peut consulter son médecin traitant pour, respectivement : des « *difficultés dans le cadre [...] de relations sexuelles...* » ou « *je ne sais pas si on peut parler de ça à son médecin traitant : quand la femme manque vraiment de désir envers son conjoint, quelles sont les solutions ?* »

Ces sujets étant considérés comme importants, leur prise en charge en cas de dysfonctionnement par le médecin est légitime comme l'expliquent les patientes 7 : « *c'est être épanouie dans sa vie privée, dans sa vie de couple, dans son développement personnel parce que pour moi ça fait partie intégrante de l'énergie vitale qui va nous permettre de réussir sur tous les autres plans* », et 3 : « *« la sexualité c'est au-delà, entre êtres humains, c'est au-delà de l'aspect reproduction, de faire un enfant : on ne fait pas que des enfants quand on a des rapports sexuels. Et ça on ne l'enseigne pas forcément ! On a quand même plus souvent des rapports sexuels sans avoir pour objectif de faire des enfants »* ».

Pour certaines le rôle du médecin traitant n'est pas de prendre en charge l'épanouissement sexuel, comme l'expliquent les patientes 2 : « *A moins d'aller voir un sexologue ou un psychologue... Ça dépend si c'est médical, ou si c'est la santé sexuelle au sein du couple* » et 4 : « *le médecin n'est pas le psychologue* ».

La patiente 10 pense la baisse de libido comme le symptôme d'un mal-être plus global : « *peut-être en fonction des histoires de vie, des périodes, des séparations, les gens sont un peu plus fragiles.... La sexualité qui est quand-même quelque-chose d'important. La santé sexuelle peut être un peu mise à mal.* »

Pour la patiente 11, le médecin traitant est le médecin de confiance. Il peut expliquer, permettre d'accepter le diagnostic et conduire le patient (et le couple) vers la prise en charge adéquate : « *c'est un problème de vaginisme[...] Pour moi, avoir ce problème-là, ça voulait dire, avoir eu un traumatisme, ce qui n'était pas le cas* », l'objectif de vie rend le soin nécessaire : « *Avec ma compagne, on a décidé de faire un enfant, et c'est elle qui va porter l'enfant. Mais s'il y a un problème et que c'est pas possible, peut-être que moi, je pourrais le porter. Mais dans ces conditions-là actuellement, médicalement, je sais que c'est pas possible, parce qu'il y a plein d'exams à passer, notamment des échographies pelviennes qui sont totalement impossibles* ».

#### 3.3.4 Les pathologies

##### ❖ **Infections sexuellement transmissibles**

La patiente 8 décrit ses attentes principales vis-à-vis de son médecin traitant : « *je dirais que c'est tout ce qui est en rapport avec la vie sexuelle : savoir les moyens de contraception,*

*les risques de maladies sexuellement transmissibles, l'information je dirais qui est importante, donc l'éducation aussi. Donc je pense que la santé sexuelle englobe tous ces sujets-là. »*

« *Prévenir, tout ce qui est maladie, ça peut être important je pense* » déclare également la patiente 6.

La patiente 3 déplore une méconnaissance des différentes pathologies sexuellement transmissibles : « *à l'école on parle surtout du VIH, de toute manière. Moi, j'ai eu la chlamydiae aussi une fois. Mais ça je l'ai découvert, c'est une maladie dont j'avais jamais entendu parler...* »

#### ❖ **Néoplasies et dépistages**

La patiente 1 réalise ses dépistages auprès de son médecin « *les cancers là ... un prélèvement vaginal* », comme la 2 : « *Moi, par exemple, je vais chez le Dr X pour faire le frottis* » et la 7 : « *à la base ça englobe le suivi, le suivi régulier par le biais des frottis vaginaux et aussi ça va passer par une partie sensibilisation qu'on attend de notre médecin, par exemple, je pense à la mammographie, je pense aux cancers potentiels* ».

#### 3.3.5 Être une femme

Ce sujet est évoqué lors de trois entretiens. Deux patientes expliquent ce que le genre a comme conséquences dans leur vie. Sans que ce soit leur motif de consultation, « être une femme » a des implications qu'elles pensent ne pas avoir besoin d'explicitier avec un interlocuteur du même sexe qui connaîtrait les mêmes problématiques. Pour le troisième entretien où « être une femme » est abordé, le motif consultation était l'identité de genre.

La patiente 1 aborde la difficulté pour elle d'assumer l'existence de plusieurs partenaires sexuels depuis son divorce : « *Je leur disais je me suis préservée pour le mariage ça veut dire ce que ça veut dire. Et pourtant... Maintenant on dirait un bonhomme quand je parle...* ».

La patiente 4 a été victime de violence dans l'enfance car elle est née de sexe féminin : « *une femme est vulnérable, que ce soit face à sa famille, ou que ce soit en dehors de la famille. Il faut faire attention* », sentiment d'insécurité entretenu par la société dans laquelle elle évolue : « *parce que la femme en Afrique n'est pas valorisée. [...] Même ici elle n'est pas valorisée [...], rien qu'en termes de salaire [...]. On est beaucoup plus vulnérable et plus absente que les hommes, parce qu'on n'a pas les mêmes contraintes qu'eux. Nous les femmes on doit se battre. [...] On fait plus d'efforts. On doit se donner à fond par rapport à eux, parce qu'une femme avec un poste à responsabilités, elle a fait des sacrifices. Un homme, je pense pas. Je pense que vous savez.* »

Le patient 13 a eu recours à son médecin traitant pour initier sa transition lorsqu'il était encore genré au féminin, il retient l'écoute et la prise en charge proposée : « *Ça s'est bien passé à ce moment-là avec votre généraliste ? - Très bien oui. [...] Elle m'a juste dit que du coup elle y connaissait rien et qu'elle allait m'orienter vers quelqu'un qui saurait correctement prendre en charge la démarche* ».

### 3.3.6 L'éducation

Certaines mères ne se sentent pas en capacité de réaliser l'éducation sexuelle de leurs enfants comme la patiente 2 : « *je trouve que c'est très bien qu'elle aille voir le médecin généraliste, parce que ça lui permet d'avoir peut-être les informations dont elle a besoin. Il*

*l'orientera s'il y a besoin de plus », consciente que malgré elle, elle transmet ses a priori sur la pilule et les dispositifs intra-utérins à sa fille : « Je lui disais toujours - arrête c'est du poison, arrête c'est du poison ! », « Je me disais avec le stérilet on ne peut plus avoir d'enfants ». Elle attend une réelle suppléance de son généraliste sur l'éducation sexuelle de son enfant, qu'elle reconnaît primordiale et l'illustre de son cas : « ça m'aurait évité de faire une IVG ». La patiente 1 rapporte le discours tenu à ses enfants : « Quand tu sais pas, ne reste pas dans ton coin, parce qu'après ta mère elle a eu plein de problèmes parce qu'elle a voulu rien dire », « je veux pas les détails, mais pilule, préservatif, vous avez pas d'argent, vous me demandez et je vous emmène chez le docteur, on va en acheter ».*

Alors que pour certaines femmes comme la patiente 5, la santé sexuelle est synonyme de transmission : « *Donc la santé sexuelle je pense que c'est beaucoup de choses qui ont un rapport avec ma sexualité ou la sexualité de mes enfants, de la famille on peut dire », on peut donc s'enquérir auprès des parents de ce qui a déjà été enseigné comme expliqué par la patiente 4 : « je pense que c'est les parents aussi qui doivent [éveiller à la santé sexuelle]. Le médecin traitant il peut parler aux parents en disant : est-ce que vous discutez avec vos enfants de leur sexualité ? Est-ce que vous parlez de leur intimité ? ».*

## 4. Discussion

### Abord de la santé sexuelle et vécu des patientes

Pour pouvoir aborder une problématique en lien avec la santé sexuelle, les patientes sont soumises à diverses injonctions.

Le **tabou** constitué par la santé sexuelle est propre à chaque personne ce qui le rend difficile à identifier pour le médecin. Il est variable, en fonction notamment de l'appartenance religieuse, de l'origine ethnique et de l'éducation. L'abord de la santé sexuelle à l'initiative du médecin généraliste est apprécié par les patientes car cela les autorise à transgresser un interdit moral, seule façon de prendre en charge leurs problématiques.

Dans le dialogue avec le professionnel de santé, la personne du **médecin** ou ce que la patiente projette sur lui, a toute son importance.

Ainsi beaucoup auront plus de difficultés à aborder la santé sexuelle avec un médecin homme, certaines avec un médecin plus âgé. Les **caractéristiques physiques** peuvent donc entrer en ligne de compte, tout en restant décrites comme des freins qu'elles sont capables de surpasser.

D'autres études montrent un frein pour les patientes à aborder la santé sexuelle avec un médecin homme (33), quand d'autres ne relèvent pas de préférence des patientes pour le genre du médecin qu'il s'agisse de la prescription de contraception ou de l'examen gynécologique (34,35).

Le manque de temps et la charge de travail sont des freins retrouvés dans un autre travail de thèse. Ces éléments ne ressortent pas de l'étude actuelle, l'échantillonnage de population étant différent (36), les patientes interrogées ici ayant pour la plupart été déjà confrontée à un problème de santé sexuelle relevant d'un avis médical, ces considérations ne sont pour elles pas des obstacles.

La qualité de **médecin de famille** rassure les patientes. C'est le médecin qu'elles ont choisi, non seulement pour elles mais également pour leurs proches. Le contrat de soins n'est pas basé que sur l'échange d'un service et d'un paiement. Il est moral, avec un versant affectif pour nombre de patientes. Cette relation de confiance peut faciliter l'échange sur le sujet de la santé sexuelle. Cependant, certaines patientes semblent percevoir des obstacles : elles craignent la rupture du secret médical, soit parce que les jeunes femmes n'en ont pas forcément connaissance, soit parce qu'habituees aux visites en famille nous abordons des sujets concernant les différents individus présents. Rappeler que nous sommes tenus au secret, tout en étant particulièrement vigilant à ne pas le rompre lorsqu'on soigne différents membres de la famille, sont des prérequis à l'abord de la santé sexuelle en cabinet de médecine générale.

La **bienveillance** ressentie par les patientes tout au long du suivi facilite l'abord de la santé sexuelle. Mais contrairement au frein lié aux caractéristiques physiques du médecin, si elle n'est pas ressentie, il est impossible d'établir une relation de confiance. Ainsi le jugement, sur le motif de consultation ou toute autre caractéristique de la patiente peut être à l'origine d'une véritable rupture de soins.

Les explications et la recherche d'accord sont appréciées par toutes les patientes interrogées. Certaines n'attendent pas de réponse systématique du médecin à leurs maux, mais une ligne directrice de prise en charge argumentée qui leur permettra d'être partie intégrante de la **décision médicale partagée**. Pour d'autres, le médecin a la charge de la décision finale, elles doivent pour cela lui accorder la plus grande confiance, les renseignements délivrés enrichissent alors la qualité de la relation. La recherche de consentement est parfois difficile à mettre en œuvre, par exemple, dans une relation tripartite avec une jeune patiente et l'un de ses parents par exemple, elle est pourtant nécessaire à l'adhésion à la prise en charge.

Lorsque **la patiente** est à l'origine de l'abord de la santé sexuelle en médecine générale, elle a un motif de consultation qu'elle perçoit comme suffisamment important pour dépasser le tabou social constitué par la sexualité ainsi que les différents freins sus-cités. Cette **gravité** perçue va conditionner le mode de consultation. Les femmes interrogées dont la demande est purement médicale et organique se tournent vers le gynécologue pour leur suivi et sont rassurées par son expérience et la facilité d'accès à des examens complémentaires. Pour des questionnements de l'ordre de l'intime, elles se tournent davantage vers le médecin de famille qu'elles identifient comme une personne de confiance.

Lorsqu'une prise en charge leur paraît **urgente**, elles peuvent consulter à contre-cœur, il faut alors être vigilant au consentement éclairé de la patiente. Ce dernier ne doit pas seulement reposer sur l'acceptation d'une situation qui ne lui convient pas, pensant ne pas avoir le choix pour le maintien de sa santé. De cette situation où la décision de l'examen gynécologique ou du soin n'est pas conjointe peut naître une rancœur, un rejet du diagnostic proposé voire une appréhension future à l'examen médical et un éloignement du système de soin.

**L'examen gynécologique** nécessite l'explication de son indication à la patiente avant d'être réalisé comme tout examen complémentaire. Faire l'effort d'expliquer ses gestes et rechercher l'accord de la patiente est vu comme synonyme de bienveillance et favorise un examen gynécologique bien vécu et indolore. Si toutes les appréhensions ne peuvent être anticipées, la recherche systématique du consentement et les éléments sus-cités peuvent faciliter l'expression de leurs interrogations.

Pour certaines patientes, l'abord de la santé sexuelle avec leur médecin traitant est favorisé par une **question** ouverte sur leur bien-être et leur état de santé global « dis-moi tout », « alors ? ». Cependant, ces entrées en matière très libres leur permettent de saisir un sujet prétexte et de repousser l'abord de leur motif de consultation.

La préférence des patientes pour une question peu ciblée est retrouvée dans une autre étude. En effet, si la question du médecin traitant à sa patiente est « *Avez-vous des questions sur le thème du sommeil, de l'alimentation ou de la sexualité ?* » plutôt que « *Avez-vous des questions sur le thème de la sexualité ?* », elles se sentent moins gênées mais certaines n'ont pas entendu que la sexualité avait été abordée (37).

D'autres patientes citent : un antécédent, un changement de situation conjugale ou une demande de participation au dépistage organisé comme de bonnes entrées en matière. Ce n'est pas le cas de la dysphorie de genre, relevant d'un processus personnel long, son abord par le médecin traitant ne peut pas constituer une façon adéquate d'initier une prise en charge.

Même s'il n'y a pas de demande de la patiente au moment de la consultation, elle intègre la possibilité de revenir pour une demande en lien avec la santé sexuelle. Ces questions relatives à la sexualité des patientes font partie de leurs attentes vis-à-vis de leur médecin.

Cet aspect est corroboré par une thèse quantitative montrant une différence significative : les patientes avec lesquelles les médecins ont déjà abordé le suivi gynécologique, sont plus enclines à réaliser ce suivi avec eux (33).

***Au total, tout médecin est perçu comme légitime pour aborder la santé sexuelle par les patientes. Lorsqu'elles ont un problème à exposer, il est plus facile pour elles de le faire si le médecin leur a déjà proposé de discuter d'un sujet de santé sexuelle, si elles connaissent le médecin et si elles ont la garantie du respect du secret professionnel. Elles ne pourront aborder ce sujet si elles ont des doutes quant au respect du secret médical ou si le médecin a déjà eu un comportement de jugement envers elle. Il convient d'être vigilant quant à la recherche de consentement à la prise en charge et aux examens, y compris dans l'urgence ou chez la patiente mineure, pour un meilleur vécu et une meilleure adhésion aux soins.***



Figure 1 : Représentation de l'abord de la santé sexuelle en médecine générale

## Abord de la santé sexuelle et attentes des patientes

La contraception, ce **cheval de Troies**, est abordée avec leur médecin par presque toutes les patientes de l'étude. Sujet proposé par le médecin ou motif de consultation, il constitue une véritable entrée en matière pour aborder la santé sexuelle. En plus d'être central dans l'éducation à la sexualité car permettant la liberté de choisir quand et si une grossesse est désirée, il permet aux patientes de savoir à quel interlocuteur elles peuvent adresser leurs problématiques mais aussi au médecin de briser la glace et de proposer d'autres sujets en les contextualisant.

Certaines patientes confient avoir manqué d'information sur **des étapes de la vie** : la puberté, la ménopause, les premières relations sexuelles ou la reprise de celles-ci à la suite d'un accouchement. Elles pensent que des explications ou une réassurance concernant la normalité de la situation pourraient les aider à traverser ces étapes. Dans le cas de la jeune fille, le médecin peut délivrer un complément d'information, si les parents en expriment le besoin.

Une jeune fille n'ayant pas eu d'éducation à la vie sexuelle et affective ne peut s'épanouir dans une relation dont elle ne saisit pas les tenants et aboutissants : on ne peut consentir à ce que l'on ne connaît pas. Interroger les parents qui consultent pour l'adolescente sur les informations déjà délivrées, permet de les compléter si besoin, mais également d'avoir une meilleure connaissance de la cellule familiale et une vigilance accrue si aucune information n'a été délivrée, si des violences sont rapportées ou si des coutumes comme des mutilations génitales ont toujours lieu dans la famille. Ainsi **l'information** est la barrière à l'ignorance et à la violence. Compléter les connaissances enseignées par la famille et l'éducation nationale fait partie des rôles du médecin.

Chez la femme adulte, le médecin doit rester attentif à une patiente venant toujours accompagnée par ses enfants ou son mari et chercher à ouvrir le dialogue sur **sa vie conjugale et familiale**.

Ainsi, les deux patientes victimes de violences conjugales dans cette étude, l'une verbale l'autre physique, rapportaient un schéma familial similaire dans leur enfance, qu'elles décrivaient comme facilitant les violences vécues à l'âge adulte, ce sont effectivement des situations décrites comme à risque de se renouveler d'une génération à l'autre dans d'autres études (38).

La plupart des patientes interrogées trouvent que **le bien-être et l'épanouissement sexuels** sont des motifs que l'on peut aborder avec son médecin traitant, ces sujets représentant un pan important de leur vie, et pouvant nécessiter une prise en charge en cas de dysfonctionnement. Elles attendent de cette consultation parfois un diagnostic plus global comme la dépression, la baisse de la libido pouvant être symptomatique de leur mal-être, ou bien un accompagnement vers le soin et la rééducation lorsqu'un diagnostic de dyspareunie est posé, par exemple. Rares sont celles qui sont réticentes à aborder ce sujet pensant qu'il relève plutôt d'un psychothérapeute, toutefois peu rapportent avoir déjà osé consulter leur médecin pour ce motif.

Les patientes se jugent insuffisamment informées sur les maladies sexuellement transmissibles et sont d'accord pour dire que la prévention et le traitement de ces **pathologies** relèvent de leur médecin traitant, tout comme les dépistages des cancers.

Les patientes évoquent qu'en tant que **femmes**, elles rencontrent des difficultés à avouer avoir plusieurs partenaires sexuels. Elles se sentent également plus vulnérables aux violences et plus précaires financièrement. Ces éléments, même s'ils ne constituent pas des

motifs de consultation à part entière, font malgré tout l'objet de freins à la prise en charge. Les patientes attendent qu'ils soient pris en compte par le professionnel. Concernant la prise en charge de la transidentité, l'écoute paraît être au centre des attentes des patientes envers leur médecin traitant. Pour l'aspect pratique, elles s'attendent à être orientées vers d'autres professionnels de santé.

Pour certaines patientes **l'éducation à la sexualité** de leurs enfants est affaire de transmission et est donc inhérente à leur rôle de mère. Pour d'autres discuter de santé sexuelle avec ses enfants transgresse leur intimité. Il est donc nécessaire de connaître les attentes de chacune afin que l'adolescente soit en possession de toutes les cartes pour une sexualité épanouie.

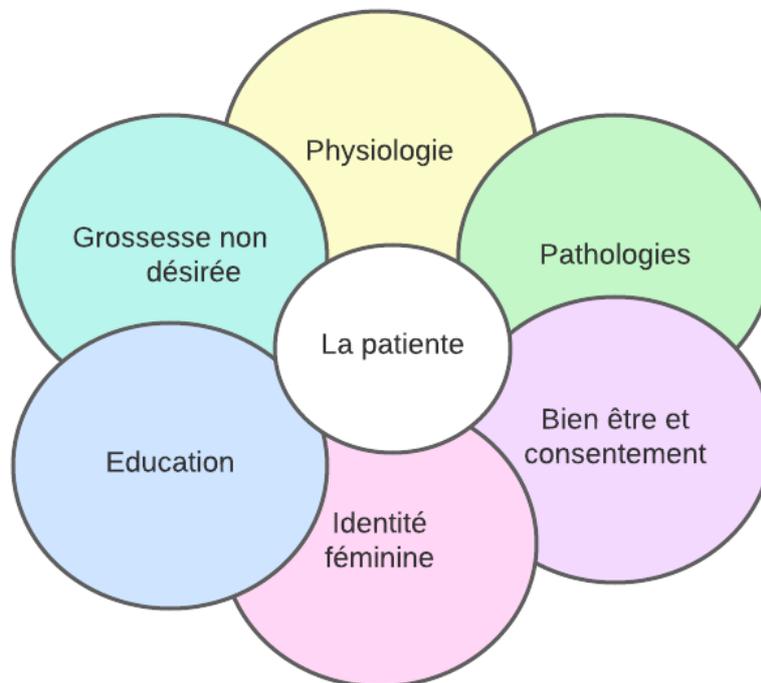


Figure 2 : Représentation des attentes des patientes vis-à-vis de leur médecin généraliste concernant leur santé sexuelle

**Les forces** de ce travail reposent sur son caractère **qualitatif**, permettant d'analyser et de comprendre la perception des patientes vis-à-vis des soignants et facilitant leur liberté d'expression quant à leurs besoins et leurs attentes. **L'échantillonnage raisonné** sur une population féminine est adapté pour répondre à cette étude qualitative en fournissant ainsi une grande diversité de profils et de réponses au sein de la catégorie. En effet certaines expériences comme le suivi gynécologique ne pouvaient concerner que les patientes. L'exclusion des patients hommes permettait une plus grande exhaustivité par rapport aux sujets d'intérêt.

La **grille COREQ** a été utilisée afin de valider la méthodologie de cette étude.

Le recrutement a été réalisé parmi la patientèle de professionnels pratiquant le suivi gynécologique afin de prioriser des femmes ayant déjà abordé la santé sexuelle avec le personnel soignant et ainsi recueillir **des expériences plus riches** pour un travail de recherche qualitative. Ce résultat s'oppose à celui d'une étude quantitative menée en 2015 dans l'Hérault et le Gard dans laquelle un tiers des patientes ne savait pas que leur médecin traitant pratiquait la gynécologie (39). Cette différence peut être liée à une disparité de démographie médicale entre régions, une évolution des pratiques depuis la réalisation de cette enquête ou une meilleure information de nos patientes qui ont déjà rencontré des problèmes médicaux d'ordre sexuel.

Les entretiens ont été interrompus à **saturation des données**, c'est-à-dire après treize patientes interrogées.

Seul le premier entretien a été triangulé par la directrice de thèse afin d'augmenter la **validité interne** de l'étude. L'analyse par un chercheur unique et novice permet une absence

de variabilité inter-observateurs et une reproductibilité de l'expérience mais un **bias d'investigation** est possible.

Aborder le sujet de la santé sexuelle, quel que soit l'angle d'attaque est intéressant et autorise ainsi la patiente à franchir un tabou. Il paraît difficile de cibler lors de la consultation de médecine générale toutes les questions qui pourraient être adaptées et concerner la patiente et ses interrogations, ainsi que de préjuger de ce qu'elle sait ou non. Ne craignons pas de poser ces questions lorsqu'elles nous viennent à l'esprit. Cela permet de garder un espace de dialogue ouvert et la laisse libre d'exposer sa problématique le moment venu.

Cela peut s'appliquer à une patiente adulte qu'on peut interroger aisément sur les dépistages de maladies sexuellement transmissibles ou des cancers. La proposition est plus délicate avec une adolescente. Les mamans de l'étude souhaiteraient que leur médecin traitant s'enquière des informations qu'elles ont déjà eu l'occasion de donner à leur enfant et de compléter après obtention de leur accord. La **ressenti des adolescentes lors de l'abord de la santé sexuelle en consultation** pourrait constituer le sujet de prochains travaux.

## 5. Conclusion

Les pré-requis de l'abord de la santé sexuelle au cabinet de médecine générale sont le respect du secret médical, la recherche du consentement avant examen et l'absence de jugement moral. Ces éléments participent à l'établissement d'une relation de confiance permettant aux patientes de briser le tabou constitué par la santé sexuelle.

En cas d'urgence perçue par la patiente, il devient primordial pour elle d'avoir une réponse médicale. Dans ce contexte il est nécessaire de ne pas négliger la relation de soins et la recherche de son consentement aux examens afin d'améliorer la perception de la situation et l'adhésion à la prise en charge proposée.

Dans le cas où le praticien a déjà interrogé les patientes au sujet de leur santé sexuelle, y compris lors de consultations non dédiées, les patientes envisagent plus facilement d'aborder de nouveau cette thématique lors d'une consultation ultérieure.

Toutes les patientes étudiées ont évoqué la contraception ou les maladies sexuellement transmissibles avec leur médecin traitant. Elles sont, pourtant, peu nombreuses à avoir déjà échangé avec ce dernier au sujet de l'épanouissement sexuel ou de la physiologie (puberté, post-partum, ménopause). Ces sujets semblent malgré tout représenter un enjeu pour les patientes et demeurent l'objet de questionnements. Aborder la physiologie avec les adolescentes leur permet d'identifier leur médecin comme interlocuteur privilégié et ainsi permettre l'abord de la santé sexuelle avec ces adultes en devenir.

Clermont-Ferrand, le 27/07/23

Pierre CLAVELOU

Doyen - Directeur



Clermont-Ferrand, le 13/07/2023

Le Président du Jury

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Alphonse".

## 6. Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé (WHO). WHO. [cité 9 mars 2022]. Définition de la santé sexuelle. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>
2. Santé Publique France (SPF). Bulletin de santé publique VIH-IST [Internet]. 2022 [cité 26 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2022>
3. Mourez T, Lemée V, Delbos V, Delaugerre C, Alessandri-Gradt E, Etienne M, et al. HIV rapid screening tests and self-tests: Be aware of differences in performance and cautious of vendors. *EBioMedicine*. 24 oct 2018;37:382-91.
4. Timsit F, Vernay-Vaisse C, Derancourt C, Viraben R, Chartier C, Spenatto N. Société Française de Dermatologie. 2016. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement transmissibles : Traitement post-exposition sexuelle au VIH, VHB et VHC. Disponible sur: <https://www.sfdermato.org/>
5. Molina JM, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *N Engl J Med*. 2015;373(23):2237-46.
6. Landovitz RJ, Donnell D, Clement ME, Hanscom B, Cottle L, Coelho L, et al. Cabotegravir for HIV Prevention in Cisgender Men and Transgender Women. *N Engl J Med*. 2021;385(7):595-608.
7. Nel A, van Niekerk N, Kapiga S, Bekker LG, Gama C, Gill K, et al. Safety and Efficacy of a Dapivirine Vaginal Ring for HIV Prevention in Women. *N Engl J Med*. 2016;375(22):2133-43.
8. Wymant C, Bezemer D, Blanquart F, Ferretti L, Gall A, Hall M, et al. A highly virulent variant of HIV-1 circulating in the Netherlands. *Science*. 2022;375(6580):540-5.

9. Lin EY, Adamson PC, Klausner JD. Epidemiology, Treatments, and Vaccine Development for Antimicrobial-Resistant *Neisseria gonorrhoeae*: Current Strategies and Future Directions. *Drugs*. 2021;81(10):1153-69.
10. Mestrovic T, Ljubin-Sternak S. Molecular mechanisms of *Chlamydia trachomatis* resistance to antimicrobial drugs. *FBL*. 2018;23(4):656-70.
11. Santé Publique France (SPF). SPF. 2020 [cité 20 févr 2023]. Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°31-32 : Dépistage et prise en charge des hépatites B et C et de leurs complications. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-24-novembre-2020-n-31-32-depistage-et-prise-en-charge-des-hepatites-b-et-c-et-de-leurs-complications>
12. Carrat F, Fontaine H, Dorival C, Simony M, Diallo A, Hezode C, et al. Clinical outcomes in patients with chronic hepatitis C after direct-acting antiviral treatment: a prospective cohort study. *The Lancet*. 2019;393(10179):1453-64.
13. Haute Autorité de Santé (HAS). Haute Autorité de Santé. 2019 [cité 19 avr 2023]. Hépatite C : prise en charge simplifiée chez l'adulte. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2911891/fr/hepatite-c-prise-en-charge-simplifiee-chez-l-adulte](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2911891/fr/hepatite-c-prise-en-charge-simplifiee-chez-l-adulte)
14. Haute Autorité de Santé H. Haute Autorité de Santé. 2019. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage (p16/Ki67).
15. Tonelli M, Gorber SC, Moore A, Thombs BD. Recommandations sur l'examen pelvien de dépistage systématique. *Can Fam Physician*. 2016;62(3):117-21.
16. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens C. CNGOF. 2023 [cité 29 juin 2023]. Le suivi de la femme ménopausée. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/menopause/335-le-suivi-de-la-femme-menopausee>

17. Santé Publique France (SPF). Santé Publique France. 2019 [cité 5 déc 2022]. Évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein : résultats et évolution des indicateurs de performance depuis 2004 en France métropolitaine. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/evaluation-du-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-resultats-et-evolution-des-indicateurs-de-performance-depuis-2004-en-france-metro>
18. Haute Autorité de Santé (HAS). Haute Autorité de Santé. 2014 [cité 29 juin 2023]. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage)
19. Henderson JA, Duffee D, Ferguson T. Breast Examination Techniques. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cité 5 déc 2022]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459179/>
20. Saunders PTK, Horne AW. Endometriosis: Etiology, pathobiology, and therapeutic prospects. *Cell*. 2021;184(11):2807-24.
21. Haute Autorité de Santé (HAS). Haute Autorité de Santé. 2018 [cité 29 juin 2023]. Prise en charge de l'endométriose. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2819733/fr/prise-en-charge-de-l-endometriose](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2819733/fr/prise-en-charge-de-l-endometriose)
22. Ministère des affaires sociales et de la santé. Réseau régional d'appui à la prévention et à la promotion de la santé. 2017 [cité 10 févr 2023]. Stratégie nationale de santé sexuelle : Agenda 2017-2030. Disponible sur: <https://rrapps-bfc.org/node/1854>

23. Blézat M, Desquesnes N, El Kotni M, Faure N, Fofana N, De Gunzbourg H, et al. Notre corps, nous-mêmes. [Nouvelle] édition entièrement réactualisée. Marseille: Hors d'atteinte; 2020. (Faits & idées).
24. Gras politique [Internet]. 2022 [cité 19 juin 2023]. Disponible sur: <https://graspolitique.fr/>
25. Pénichout P. Mat et les gravitantes [Internet]. La Fémis; 2018 [cité 19 juin 2023]. Disponible sur: [http://www.film-documentaire.fr/4DACTION/w\\_fiche\\_film/56782](http://www.film-documentaire.fr/4DACTION/w_fiche_film/56782)
26. Denaux R. Intérêt de l'utilisation du violentomètre en tant qu'outil de dépistage des violences conjugales, enquête auprès des médecins généralistes libéraux [Thèse d'exercice : Médecine]. [Marseille]: Université de Marseille; 2022.
27. Picatto C, Amrane L, Deparis N. Ressenti des médecins généralistes lors du dépistage systématique des violences conjugales à l'aide du questionnaire WAST. *Exercer*. 2021;32:292-7.
28. May E. Consentement autour d'une tasse de thé [Internet]. YouTube; 2016 [cité 26 juin 2023]. Disponible sur: [https://www.youtube.com/watch?v=S-50iVx\\_yxU](https://www.youtube.com/watch?v=S-50iVx_yxU)
29. Article L1111-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 29 juin 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000041721056](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721056)
30. Bienaimé C. Un podcast à soi- Le gynécologue et la sorcière. Arte Radio; 2018.
31. Faure N. Paye (pas) ton gynéco [Internet]. YouTube; 2018. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=fsRZ59Urc2I>
32. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. 2015;15(157):50-4.
33. Lechevallier P. Suivi gynécologique par le médecin généraliste : influence d'une campagne d'information par affiche sur la disposition des femmes de l'Hérault à confier

- leur suivi gynécologique à un médecin généraliste [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. [Montpellier]: Université de Montpellier; 2019 [cité 13 juin 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02964742>
34. Saidani M. Pratique des actes gynécologiques par les médecins généralistes de Bourgogne en 2016: vision des médecins généralistes et des patientes [Thèse d'exercice : Médecine]. [Bourgogne]: Université de Bourgogne; 2016.
35. Dusz L. Abord de la sexualité en médecine générale [Thèse d'exercice : Médecine]. [Bourgogne]: Université de Bourgogne; 2017.
36. Rose J. Attentes et représentations des patients sur l'abord de la santé sexuelle en médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2017 [cité 26 déc 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01565295>
37. Françoise D. Comment aborder la sexualité des patients en médecine générale ? Étude comparative de deux techniques d'approche [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. [La Réunion]: Université de la Réunion; 2020 [cité 26 déc 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02500670>
38. Jaspard M, Brown E, Lhomond B, Saurel-Cubizolles MJ. Reproduction ou résilience : les situations vécues dans l'enfance ont-elles une incidence sur les violences subies par les femmes à l'âge adulte ? Revue française des affaires sociales. 2003;(3):157-90.
39. Timsit C. Arguments de décision dans le choix par les femmes entre gynécologue, sage-femme ou médecin traitant dans le suivi gynécologique, le dépistage et le suivi de grossesse non pathologique : étude chez 126 patientes [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. [Montpellier]: Université de Montpellier; 2018 [cité 15 juin 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03246324>

## Annexe I : Trame des entretiens semi-dirigés

### Aborder la santé sexuelle en médecine générale : étude qualitative

*Remise du formulaire de non-opposition et d'accord pour enregistrement.*

Je m'appelle Juliette Crisologo, je suis interne de médecine générale à la faculté de Clermont-Ferrand et je prépare mon sujet de thèse sur la santé sexuelle en médecine générale. Je rencontre actuellement une quinzaine de personnes en entretien afin de connaître leur ressenti à ce sujet et peut être à l'issue mieux répondre aux attentes des patientes.

- 1) Qu'est-ce qui vous a poussé à accepter de participer ?
- 2) Comment définiriez-vous la santé sexuelle ? Parmi les sujets que vous venez d'évoquer lesquels pourriez-vous aborder avec votre médecin généraliste ?
- 3) Avez-vous déjà abordé le sujet de la santé sexuelle avec un médecin ou un autre soignant ? Qui ?

Pourquoi ce médecin-là a-t-il été votre interlocuteur à ce moment-là ? Est-ce vous qui avez amené votre question ou bien le médecin spontanément ? Comment avez-vous vécu cette démarche ? Qu'est-ce qui dans les mots ou le comportement du médecin explique ce que vous avez ressenti ?

- 4) Selon vous, comment devrait se dérouler la discussion ?

Qu'est-ce qui vous aiderait à parler ou au contraire vous bloquerait ? Quels mots ou comportements du médecin seraient facilitants pour vous ?

Quelle serait votre réaction si votre médecin traitant vous demandait si vous souhaitiez aborder le sujet de la santé sexuelle avec lui ? Qui doit aborder le sujet ?

- 5) Avez-vous connu des situations où vous auriez souhaité bénéficier d'explications, de prévention, de réponses à une interrogation sans que cela n'aboutisse ?
- 6) Qu'est-ce qui selon vous, vous amène à me donner ces réponses aujourd'hui ? Quels facteurs pourraient faire évoluer votre point de vue/ vos attentes ?
- 7) De plus en plus de médecins généralistes s'intéressent à la santé sexuelle de leurs patientes, qu'en pensez-vous? Quel message pourriez-vous leur faire passer ?
- 8) D'autres points que vous souhaitiez aborder ?

## Abord de la santé sexuelle en médecine générale

### *Comment aborder la santé sexuelle en cabinet de médecine générale, le point de vue des patientes ?*

La sexualité peut être un sujet difficile à aborder par les patientes ou le praticien en cabinet de médecine générale, même (voire encore plus) quand on en a besoin. Pourtant les patientes se tournent de plus en plus vers leurs généralistes pour leur suivi gynécologique. Il est donc primordial de pouvoir aborder ce sujet avec elles. Divers travaux s'adressent aux médecins généralistes pour connaître leurs freins à la prise en charge, d'autres aux patients masculins, mais peu demandent aux femmes comment elles souhaiteraient aborder le sujet et quelles sont leurs attentes en termes d'informations, de prescription, d'examen...

Dans cette étude, le participant répond à un entretien semi-dirigé afin de répondre à l'objectif sus-cité. Cet entretien est mené par Juliette Crisologo (interne), dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale, sous la direction de Dr Pouzadoux (médecin généraliste à Clermont-Ferrand).

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. Vous pouvez également demander à tout moment des explications complémentaires sur l'étude.

Annexe III : Formulaire de participation à l'étude

FORMULAIRE D'INFORMATION ET D'ACCORD POUR ENREGISTREMENT AUDIO.

Comment aborder la santé sexuelle en cabinet de médecine générale, le point de vue des patientes ?

Nous avons donc l'honneur de demander votre non-opposition pour votre participation à cette étude, sachant que vous avez le droit de refuser et d'interrompre votre participation à tout moment.

Dans cette étude, le participant répond à un entretien semi-dirigé afin de répondre à l'objectif sus-cité. Cet entretien est mené par Juliette Crisologo (interne), dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale, sous la direction de Dr Pouzadoux (médecin généraliste à Clermont-Ferrand).

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.

Afin de permettre une meilleure retranscription et, de fait une meilleure compréhension, de vos paroles, je vous propose d'enregistrer notre entretien. Cet enregistrement sera accessible à l'investigateur, son directeur et son jury de thèse.

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 votre droit à l'effacement des données, en contactant l'investigateur de l'étude et/ou la déléguée à la protection des données.

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

Ces données sont conservées pendant 3 ans et sont destinées à un nombre restreint de chercheurs directement liés à cette étude, soumis au secret professionnel.

Je soussignée, Madame ....., suis d'accord pour participer à cette étude selon les conditions sus-citées dont l'enregistrement de ma voix afin qu'il permette à l'investigateur de retranscrire mon entretien aussi fidèlement que possible.

Lorsque vous aurez obtenu les réponses aux questions que vous vous posez en interrogeant le méthodologiste, il vous sera proposé de signer au bas de cette page et de commencer l'étude.

**Annexe IV : Grille COREQ, score : 25/32**

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponses	25
Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion				
Caractéristiques personnelles :				
1	Enquêteur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Juliette Crisologo	1
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne de médecine générale Validation Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales en 2020	1
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Interne de médecine générale Absence de conflit d'intérêt.	1
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme	1
Relation avec les participants				
6	Relation antérieure	Enquêteurs et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non	1
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Identité, profession, thème de recherche	1
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	Intérêt de l'enquêtrice pour la santé de la femme	1
Domaine 2 : Conception de l'étude				
Cadre théorique :				
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Etude inspirée de la théorisation ancrée par échantillonnage théorique raisonné	1
Sélection des participants :				
10	Echantillonnage	Comment ont-été sélectionnés les participants ?	Proposition par des professionnels de santé impliqués dans la santé de la femme de participer via la distribution d'un formulaire puis recontacté par l'enquêtrice si accepté	1
11	Prise de contact	Comment ont-été contactés les participants ?	Premier contact par téléphone puis entretien face-à-face	1
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	Treize	1
13	Non participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Pas de retour concernant les formulaires n'ayant pas donné lieu à un rappel	0
Contexte :				
14	Cadre de la collecte des données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Faculté de médecine, domicile de la patiente, cabinet libéral	1
15	Présence de non participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non	1
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Patientes femmes, majeures, ayant un médecin traitant	1
Recueil des données				

17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui, guide en annexe. Testé au préalable et validé par le directeur de thèse.	1
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	13 entretiens semi dirigés	1
19	Enregistrement audio-visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Oui un magnétophone	1
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ?	Non	0
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé	De 16mn à 1H14mn	1
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui, avec le directeur de thèse	1
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non	0
Domaine 3 : analyse et résultats				
Analyse des données :				
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Une personne, vérification du premier codage par le directeur de thèse	0
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non	0
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Le thème principal était identifié à l'avance puis les sous parties ont été déterminées au fil des entretiens	1
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Microsoft Excel	1
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimés des retours sur les résultats ?	Non	0
Rédaction :				
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui	1
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui	1
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats	Oui	1
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui	1

# SERMENT D'HIPPOCRATE

*(Conseil national de l'ordre des médecins)*

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

## 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.

## Aborder la santé sexuelle en médecine générale : étude qualitative sur le vécu et les attentes des patientes.

**Introduction :** Malgré les progrès scientifiques réalisés, la prévalence des maladies sexuellement transmissibles évolue peu. L'abord de la santé sexuelle, s'il paraît moins tabou, reste un sujet délicat répondant à des enjeux sociétaux en constante transformation. Afin d'adopter une posture centrée sur le patient, s'inscrivant dans l'évolution de la relation soignant-soigné, nous avons choisi d'interroger les patientes sur leur vécu et leurs attentes.

**Méthode :** Etude qualitative inspirée de la théorisation ancrée par échantillonnage raisonné. Saturation des données obtenue après entretiens semi-dirigés de 13 patientes par un observateur unique.

**Résultats :** L'abord de la santé sexuelle en médecine générale dépend de la perception du tabou représenté par la sexualité pour la patiente, de sa relation avec son médecin traitant conditionnée par le respect du secret médical, l'absence de jugement moral et la recherche du consentement lors de l'examen, ainsi que de sa perception de la gravité de sa problématique.

Les attentes des patientes vis-à-vis de leur médecin traitant ne concernent pas uniquement la contraception et les maladies sexuellement transmissibles. Elles souhaiteraient également aborder la physiologie : la puberté, le post-partum, la ménopause mais aussi les violences, le bien-être, le consentement, l'identité de genre et l'éducation à la sexualité des plus jeunes.

**Conclusion :** Tout médecin peut aborder la santé sexuelle avec ses patientes et les interroger à ce sujet, y compris lors de consultations non dédiées, facilitant ainsi les échanges futurs sur cette problématique.

### Mots-Clés :

- Santé Sexuelle
- Médecine Générale
- Etude qualitative
- Relation médecin-patient