

**Université de Limoges
Faculté de Médecine**

Année 2019

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement
le 28 juin 2019
par

Alice Benichou

née le 18 décembre 1988, à Nanterre

Troubles de la sexualité féminine en médecine générale

Quel rôle les femmes de 18 ans et plus voudraient attribuer au médecin généraliste dans le repérage des troubles de la sexualité féminine ?

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Achille Tchalla

M^{me} le Professeur Nathalie Dumoitier

M^{me} le Professeur Marie-Pierre Teissier

M^{me} le Dr Nadège Lauchet

Président

Directrice de thèse

Juge

Juge





Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année 2019

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement
le 28 juin 2019
par

Alice Benichou

née le 18 décembre 1988, à Nanterre

Troubles de la sexualité féminine en médecine générale

Quel rôle les femmes de 18 ans et plus voudraient attribuer au médecin généraliste dans le repérage des troubles de la sexualité féminine ?
Erreur ! Il n'y a pas de texte répondant à ce style dans ce document.

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Achille Tchalla

M^{me} le Professeur Nathalie Dumoitier

M^{me} le Professeur Marie-Pierre Teissier

M^{me} le Dr Nadège Lauchet

Président

Directrice de thèse

Juge

Juge





Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)



ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE



NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIELLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

BALLOUHEY Quentin CHIRURGIE INFANTILE



BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel

DUMOITIER Nathalie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan

LAUCHET Nadège

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul

du 01.09.2017 au 31.08.2019



ALDIGIER Jean-Claude	du 01.09.2018 au 31.08.2019
BESSEDE Jean-Pierre	du 01.09.2018 au 31.08.2019
BONNAUD François	du 01.09.2017 au 31.08.2019
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel	du 01.09.2017 au 31.08.2019
DENIS François	du 01.09.2017 au 31.08.2019
GAINANT Alain	du 01.09.2017 au 31.08.2019
MERLE Louis	du 01.09.2017 au 31.08.2019
MOULIES Dominique	du 01.09.2017 au 31.08.2019
TUBIANA-MATHIEU Nicole	du 01.09.2018 au 31.08.2020
VALLAT Jean-Michel	du 01.09.2017 au 31.08.2019
VIROT Patrice	du 01.09.2018 au 31.08.2019

Le 11 octobre 2018



Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2018

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

AUDITEAU Emilie	EPIDEMIOLOGIE
BAUDRIER Fabien	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
CHARISSOUX Aurélie	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
DAURIAT Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
DERBAL Sophiane	CHIRURGIE ANATOMIE
DOUCHEZ Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
HUMMEL Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
KONG Mélody	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MARQUET Valentine	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE et CYTOGENETIQUE
PIHAN Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
RIVAILLE Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE
TCHU HOI NGNO Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
TALLA Perrine	BIOLOGIE CELLULAIRE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ARMENDARIZ-BARRIGA Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBLANC Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AZAÏS Julie	MEDECINE INTERNE A
BAUDONNET Romain	OPHTALMOLOGIE
BEEHARRY Adil	CARDIOLOGIE



BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BOSETTI Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
BOUSQUET Pauline	PEDIATRIE
CHAMPIGNY Marie-Alexandrine	PEDIATRIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE
COLOMBIÉ Stéphanie	MEDECINE INTERNE A
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DARNIS Natacha	PEDOPSYCHIATRIE
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE
DIDOT Valérian	CARDIOLOGIE
EL OUAFI Zhou	NEPHROLOGIE
EVARD Bruno	REANIMATION
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
FROGET Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE
GHANEM Khaled	ORL
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GOUDELIN Marine	REANIMATION
GUTIEREZ Blandine	MALADIES INFECTIEUSES
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
KRETZSCHMAR Tristan	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LACOSTE Marie	MEDECINE INTERNE
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE
LAHMADI Sanae	NEUROLOGIE
LEGROS Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE



LEHMANN Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
MARGUERITTE François	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MARTINS Elie	CARDIOLOGIE
MICLE Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
MOWENDABEKA Audrey	PEDIATRIE
ORLIAC Hélène	RADIOTHERAPIE
ORSONI Xavier	UROLOGIE
PLAS Camille	MEDECINE INTERNE B
PRUD'HOMME Romain	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
QUILBE Sébastien	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE
SANGLIER Florian	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
SIMONNEAU Yannick	PNEUMOLOGIE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE

VITALE Gaetano	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
-----------------------	---

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

CARLESSO-CROUZIL Olivia

SEVE Léa

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE

RUDELL Karen



PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

LERAT Justine

O.R.L.

MATHIEU Pierre-Alain

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et
TRAUMATOLOGIQUE





Rien n'est jamais perdu tant qu'il reste quelque chose à trouver

Pierre Dac



Remerciements

A Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER,

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de diriger et de juger ce travail de thèse, et d'avoir pris le temps de me guider. Votre aide et vos conseils m'ont été précieux.

J'apprécie beaucoup la franchise, la bonne humeur et le dynamisme dont vous avez fait preuve en tant que professeur de médecine générale, et tout au long de la direction de cette thèse. Soyez assurée de toute mon estime et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Achille TCHALLA,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider le jury de cette thèse.

C'est grâce à votre enseignement passionnant que j'ai découvert la gériatrie. Merci de m'avoir guidé dans ma formation, et de continuer à le faire avec autant de bienveillance sur l'hôpital de Saint Yrieix.

Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Madame le Professeur Marie-Pierre Teissier,

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté si gentiment de participer au jury de cette thèse. Soyez assurée de ma gratitude.

A Madame le Docteur Nadège Lauchet,

Je te remercie de m'avoir aidé à trouver et préciser mon sujet de thèse, il y a de cela 3 ans maintenant.

Merci également d'avoir été ma tutrice durant mon DES de médecine générale, avec la spontanéité et le sourire qui te caractérisent.

A Madame le Docteur Karen Rudelle,

Merci de m'avoir guidée pour le calcul de mes statistiques, entreprise qui me paraissait bien périlleuse.

Tes conseils et ta disponibilité m'ont été d'une grande aide pour ce travail de thèse.



A ma famille,

A mes parents, Georges et Lola, qui sont toujours là pour moi et m'ont aidée et accompagnée tout au long de ma vie et de mes études. Merci d'exister. Je vous aime profondément.

A mes frères, Mathias, Vicou et Boubou. Même si je ne suis pas toujours tendre avec vous, je vous aime quand même beaucoup.

A Paul-Antoine. Tu es un être exceptionnel et j'aime partager chaque jour de ma vie avec toi. Merci d'être qui tu es.

A ma petite mamie Elyse, je sais que tu serais fière de moi aujourd'hui. Tu me manques.

A mes collègues de l'hôpital de St Yrieix, qui y sont pour beaucoup dans mon attachement à cet hôpital.

A l'équipe du SSR, Virginie, Ophélie, Anne, la petite et la grande Flo, Delphine, Hélène, Amélie, Margot, Bruno, Véro, Monique, Sandrine, Mado, Baptiste, Julien et tous ceux que je ne cite pas mais qui font de ce service ce qu'il est. Merci d'être là jour après jour.

A Anne-Françoise, merci d'être mon binôme. C'est très agréable de travailler avec toi.

A Anne, tu sais à quel point je t'admire dans ta façon de travailler, consciencieuse et attentive. Merci d'être toujours là quand j'ai besoin d'aide et aussi juste pour papoter. Je t'apprécie énormément.

A Mathieu, Armen, Jean-Baptiste, merci de m'apporter votre compétence dans vos domaines respectifs, et ce toujours dans cette bonne ambiance.

A Vincent et Annabel, qui m'ont formé et donné le goût de cet hôpital. Merci pour tous ces moments avec vous.

Merci à vous, et à tous ceux que je ne cite pas pour éviter une liste trop longue (Marie-Cécile, Sandrine, Dalila, Nancy, Franck, j'en passe et des meilleurs), j'aime vraiment travailler à vos côtés.

A mes ami(e)s,

A Marine, Aurore, Elsa, Blandine, Marine, Claire, Virginie, pour tous ces moments que l'on partage, à discuter de tout, de rien et de la vie. Et merci pour ces soirées et ces week-ends qui sont mes bouffées d'oxygène.

A mes potes d'enfance, Laurent, Antony, Marina, Pascale, Anaïs et Manu.

A toutes les femmes qui ont pris le temps de répondre au questionnaire et qui ont permis ce travail de thèse, et aux médecins qui ont accepté de jouer le jeu.

A tous ceux que j'oublie.



Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Introduction	26
I. Généralités.....	27
I.1. Etude de la sexualité féminine :	27
I.1.1. Du vingtième siècle à nos jours	27
I.1.1.1 Théories psychanalytiques.....	27
I.1.1.2 Emergence de la sexologie moderne et épidémiologie	29
I.1.2. De l'anatomie au plaisir féminin	32
I.1.2.1 Bases physiologiques	32
I.1.2.2 A la recherche de l'orgasme.....	35
I.2. Troubles de la sexualité féminine.....	39
I.2.1. La prévalence des troubles de la sexualité féminine.....	39
I.2.1.1 Etudes internationales.....	39
I.2.1.2 Etudes françaises	41
I.2.2. Le recours à une prise en charge des troubles de la sexualité féminine	43
I.2.2.1 La prise en charge effective	43
I.2.2.2 La prise en charge possible par le médecin généraliste	45
II. Matériel et méthode.....	52
II.1. Type d'étude et objectifs	52
II.2. Elaboration du questionnaire.....	52
II.3. Population cible et recueil des données	53
II.4. Analyse statistique	54
III. Résultats	55
III.1. Analyse descriptive	55
III.1.1. Réponses des médecins et des patientes à la demande de participation	55
III.1.2. Caractéristiques socio-démographiques.....	56
III.1.2.1 Répartition selon les tranches d'âge :.....	56
III.1.2.2 Situation familiale :.....	57
III.1.2.3 Orientation sexuelle	57
III.1.2.4 Cohabitation avec le partenaire.....	58
III.1.2.5 Présence d'enfants	58
III.1.2.6 Mode de contraception.....	59
III.1.2.7 Religion.....	60
III.1.2.8 Niveau d'étude	61
III.1.3. Epanouissement sexuel, prévalence des troubles de la sexualité, retentissement et préoccupation du partenaire	61
III.1.3.1 Epanouissement sexuel	61
III.1.3.2 Troubles de la sexualité	62
III.1.3.3 Retentissement des troubles de la sexualité	63
III.1.3.4 Préoccupation du partenaire ressentie pour le plaisir de la femme.....	64
III.1.4. Volonté des femmes de parler des troubles de la sexualité, objectif attendu et interlocuteurs privilégiés.....	65
III.1.4.1 Volonté des femmes de parler de leurs troubles de la sexualité	65
III.1.4.2 Objectif attendu par les femmes quand elles parlent de leurs troubles de la sexualité	65

III.1.4.3 Interlocuteurs privilégiés par les femmes pour parler des troubles de la sexualité	66
III.1.4.4 Volonté des femmes de parler des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste	68
III.1.4.5 Fait d'avoir déjà parlé des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste	69
III.1.5. Stratégie préférentielle des patientes dans l'abord des troubles de la sexualité par le médecin généraliste, freins et facteurs facilitateurs.....	70
III.1.5.1 La personne souhaitée par les femmes pour aborder les troubles de la sexualité	70
III.1.5.2 Le type de question souhaité par les femmes pour aborder les troubles de la sexualité	71
III.1.5.3 Moments souhaités par les femmes pour aborder les troubles de la sexualité	71
III.1.5.4 Facteurs facilitateurs et freins des femmes à aborder le sujet avec le médecin généraliste	73
III.1.5.5 Commentaires divers	73
III.2. Analyse univariée.....	74
III.2.1. Epanouissement sexuel, prévalence des troubles de la sexualité, retentissement et préoccupation du partenaire	74
III.2.1.1 Epanouissement sexuel	74
III.2.1.2 Troubles de la sexualité	75
III.2.1.3 Retentissement des troubles de la sexualité	76
III.2.1.4 Préoccupation du partenaire ressentie pour le plaisir de la femme.....	76
III.2.2. Volonté des femmes de parler des troubles de la sexualité, objectif attendu et interlocuteurs privilégiés	78
III.2.2.1 Volonté des femmes de parler de leurs troubles de la sexualité	78
III.2.2.2 Objectif attendu par les femmes quand elles parlent de leurs troubles de la sexualité	78
III.2.2.3 Interlocuteurs privilégiés par les femmes pour parler des troubles de la sexualité	79
III.2.2.4 Volonté des femmes de parler des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste	80
III.2.2.5 Fait d'avoir déjà parlé des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste	81
III.2.3. Stratégie préférentielle des patientes dans l'abord des troubles de la sexualité par le médecin généraliste, freins et facteurs facilitateurs.....	83
III.2.3.1 La personne souhaitée par les femmes pour aborder les troubles de la sexualité	83
III.2.3.2 Le type de question souhaité par les femmes pour aborder les troubles de la sexualité	84
III.2.3.3 Moments souhaités par les femmes pour aborder les troubles de la sexualité	84
III.2.3.4 Facteurs facilitateurs et freins	86
IV. Discussion	87
IV.1. Forces et limites de l'étude	87
IV.2. Participation des médecins et des patientes	88
IV.3. Caractéristiques socio-démographiques et représentativité	88

IV.4. Troubles de la sexualité féminine et retentissement	90
IV.5. Épanouissement sexuel et préoccupation du partenaire pour le plaisir de la femme	91
IV.6. Critère principal : volonté des femmes de parler des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste.....	93
IV.7. Critères secondaires.....	95
IV.7.1. Les différents interlocuteurs privilégiés des femmes en ce qui concerne les troubles de la sexualité.....	95
IV.7.2. Différence d'implication en fonction des tranches d'âges dans le repérage des troubles de la sexualité féminine par le médecin généraliste	96
IV.7.3. Stratégie préférentielle des patientes dans l'abord des troubles de la sexualité par le médecin généraliste	97
IV.7.4. Facteurs facilitateurs et freins des femmes à aborder le sujet avec le médecin généraliste.....	98
Conclusion	100
Références bibliographiques	101
Annexes	111
Serment d'Hippocrate.....	133



Table des illustrations

Figure 1. Phases de la réponse sexuelle	30
Figure 2. Schéma de l'anatomie du clitoris	32
Figure 3. Schéma de l'appareil génital féminin avec la représentation correcte du clitoris. ...	33
Figure 4 : Référentiel de prise en charge des troubles de la sexualité féminine en médecine générale	47
Figure 5 : Perspectives thérapeutiques pour la prise en charge des dysfonctions orgasmiques féminine	48
Figure 6 : cycle de la réponse sexuelle féminine selon le modèle de Basson	50
Figure 7 : diagramme de flux	55
Figure 8 : Réponse à la question « Quel âge avez-vous ? »	56
Figure 9 : Réponse à la question « Êtes-vous célibataire ou en couple ? »	57
Figure 10 : Réponse à la question sur l'orientation sexuelle	57
Figure 11 : Réponse à la question « Si vous êtes en couple vivez-vous avec votre partenaire ? »	58
Figure 12 : Réponse à la question « Avez-vous des enfants ? »	58
Figure 13 : Réponse à la question sur le mode de contraception	59
Figure 14 : Réponse à la question « Pratiquez-vous une religion ? »	60
Figure 15 : Type de religion pratiquée	60
Figure 16 : Réponse à la question sur le niveau d'étude	61
Figure 17 : Réponse à la question « Vous sentez-vous épanouie dans votre sexualité ? » ..	61
Figure 18 : Réponse à la question « Dans votre sexualité, rencontrez-vous les troubles suivants ? »	62
Figure 19 : Association des troubles de la sexualité	63
Figure 20 : Réponse à la question « En général, avez-vous le sentiment que votre/vos partenaire(s) se préoccupe(nt) réellement de votre plaisir ? »	64
Figure 21 : Réponse à la question « Aimerez-vous parler des troubles de la sexualité que vous pouvez rencontrer ? »	65
Figure 22 : Réponse à la question « Qu'est-ce qui vous pousserait à parler de vos troubles de la sexualité ? »	65
Figure 23 : Répartition du nombre de réponses concernant les objectifs attendus	66
Figure 24 : Réponse à la question « Avec qui voudriez-vous en parler ? »	66
Figure 25 : Nombre et type d'interlocuteurs privilégiés par les femmes pour parler des troubles de la sexualité	67
Figure 26 : Volonté de parler des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste	68

Figure 27 : Réponse à la question « En avez-vous déjà parlé avec votre médecin généraliste ? ».....	69
Figure 28 : Réponse à la question « Par qui voudriez-vous que la question soit abordée? »70	
Figure 29 : Réponse à la question « Comment préféreriez-vous que votre médecin aborde le sujet ? »	71
Figure 30 : Réponse à la question « A quel moment préféreriez-vous que votre médecin aborde le sujet ? ».....	71
Figure 31 : Nombres et types de moments souhaités par les femmes pour aborder la question	72
Figure 32 : Réponse à la question « Parmi ces caractéristiques concernant votre médecin généraliste, qu'est-ce qui vous freinerait ou au contraire faciliterait le fait d'aborder avec lui les troubles possibles de la sexualité ? ».....	73



Table des tableaux

Tableau 1 : Epanouissement sexuel en fonction des caractéristiques socio-démographiques	74
Tableau 2 : Troubles de la sexualité en fonction de l'épanouissement sexuel	75
Tableau 3 : Troubles de la sexualité en fonction des caractéristiques socio-démographiques	76
Tableau 4 : Troubles de la sexualité et retentissement	76
Tableau 5 : Préoccupation du partenaire ressentie quant à leur plaisir, selon les femmes, en fonction des caractéristiques socio-démographiques	77
Tableau 6 : Préoccupation du partenaire ressentie quant à leur plaisir, selon les femmes, en fonction de l'épanouissement sexuel	77
Tableau 7 : Volonté de parler des troubles de la sexualité en fonction des caractéristiques socio-démographiques et des différents troubles.....	78
Tableau 8 : Objectif attendu pour parler des troubles de la sexualité en fonction du type de contraception.....	78
Tableau 9 : Interlocuteurs privilégiés par les femmes en fonction des caractéristiques socio-démographiques et des différents troubles	79
Tableau 10 : Volonté ou refus de parler des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste en fonction des caractéristiques socio-démographiques et des troubles	80
Tableau 11 : Volonté de parler des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste en fonction de l'épanouissement, de leur retentissement, de la préoccupation du partenaire, de la volonté d'en parler en général et de l'objectif attendu	81
Tableau 12 : Volonté de parler des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste et fait d'en avoir parlé réellement avec lui.....	82
Tableau 13 : Fait d'avoir déjà parlé des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste, en fonction de l'âge	82
Tableau 14 : La personne souhaitée par les femmes pour aborder les troubles de la sexualité, en fonction de la volonté d'en parler avec le médecin généraliste.....	83
Tableau 15 : La personne souhaitée par les femmes pour aborder les troubles de la sexualité, en fonction des caractéristiques démographiques et des troubles	83
Tableau 16 : Moments souhaités par les femmes pour aborder les troubles de la sexualité, en fonction de la volonté d'en parler avec le médecin généraliste	84
Tableau 17 : Moments souhaités par les femmes pour aborder les troubles de la sexualité, en fonction des caractéristiques démographiques et des troubles.....	85
Tableau 18 : Facteurs facilitateurs et freins des femmes qui veulent aborder le sujet avec le médecin généraliste	86
Tableau 19 : Synthèse des données recueillies auprès des 228 femmes qui souhaitent parler de leurs troubles de la sexualité	118

Tableau 20 : Epanouissement sexuel en fonction des caractéristiques socio-démographiques	121
Tableau 21 : Troubles de la sexualité en fonction des caractéristiques socio-démographiques	122
Tableau 22 : Préoccupation du partenaire ressentie quant à leur plaisir, selon les femmes, en fonction des caractéristiques socio-démographiques	123
Tableau 23 : Volonté de parler des troubles de la sexualité en fonction des caractéristiques socio-démographiques et des différents troubles.....	124
Tableau 24 : Interlocuteurs privilégiés par les femmes en fonction des caractéristiques socio-démographiques et des différents troubles.....	125
Tableau 25 : Volonté ou refus de parler des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste en fonction des caractéristiques socio-démographiques et des troubles	127
Tableau 26 : La personne souhaitée par les femmes pour aborder les troubles de la sexualité, en fonction des caractéristiques démographiques et des troubles	128
Tableau 27 : Le type de question souhaité par les femmes pour aborder les troubles de la sexualité, en fonction de la volonté d'en parler avec le médecin généraliste.....	129
Tableau 28 : Le type de question souhaité par les femmes pour aborder les troubles de la sexualité, en fonction des caractéristiques démographiques et des troubles	129
Tableau 29 : Moments souhaités par les femmes pour aborder les troubles de la sexualité, en fonction des caractéristiques démographiques et des troubles.....	131



Introduction

« Quatre-vingt-quinze fois sur cent, la femme s'emmerde en baisant » chantait Georges Brassens. La gynécologue Danièle Flaumenbaum [1] a rajouté qu'aujourd'hui ce chiffre « n'est guère inférieur à ... 85% ». Les différentes études quantitatives sont plus optimistes, avec un éventail de prévalence allant tout de même de 2 à 75%, tous troubles de la sexualité féminine confondus. Autrement dit une part importante de la population féminine y est confrontée au cours de sa vie, et avec une fréquence supérieure à celles des hommes [2].

La sexualité est considérée par l'OMS [3] comme partie intégrante d'une bonne santé, et les dysfonctions sexuelles sont susceptibles d'impacter la qualité de vie. La fonction sexuelle des hommes est largement étudiée, même si souvent réduite à l'approche biologique (érection et éjaculation). Sa prise en charge est codifiée en médecine générale : il existe des recommandations et des traitements efficaces pour y remédier. Ce n'est pas le cas pour les femmes.

La place et le rôle des médecins dans la prise en charge de la santé sexuelle sont rappelés dans la déclaration de principe de la Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada [4]. « La santé, les connaissances, l'information et le traitement en matière de sexualité sont des composantes importantes de l'exercice de la médecine. Les médecins doivent considérer que l'évaluation de la santé sexuelle des patientes et de leurs besoins fait partie intégrante des soins à offrir ».

Les gynécologues et les sexologues y ont leur place, mais le médecin généraliste est le médecin de premier recours. A ce titre il soigne et accompagne les femmes dans les différentes étapes de leurs vies, les prend en charge dans leur globalité, et une relation de confiance s'installe souvent au cours des années. Il semble donc qu'il pourrait être l'interlocuteur privilégié pour aborder la question et dépister les troubles de la sexualité féminine. Si le sujet est parfois délicat à aborder pour le médecin [5] [6], il l'est aussi pour les patientes. En France des études qualitatives ont mis en évidence les freins de ces dernières vis-à-vis des médecins [7] [8]. Elles comprennent de petits effectifs. Il semble donc nécessaire d'apporter plus de précisions par un travail quantitatif sur ce que les femmes souhaiteraient en pratique.

Quel rôle les femmes de 18 ans et plus voudraient attribuer à leur médecin généraliste dans le repérage des troubles de la sexualité féminine ?

Pour répondre à cette question il nous a semblé opportun de commencer par retracer l'historique de l'étude de la sexualité féminine du siècle dernier à nos jours. Nous nous sommes ensuite intéressés à la prévalence de ces troubles et au recours réel à une prise en charge médicale, puis à ce que pourrait être la prise en charge par le médecin généraliste.

Après cela nous présenterons notre étude, menée par un questionnaire auprès de femmes âgées de 18 ans et plus, venant consulter leur médecin généraliste, quelle qu'en soit la raison. Le but est d'apporter un éclairage sur le rôle que peut jouer le médecin généraliste dans l'abord de ce sujet délicat, et de proposer une stratégie préférentielle élaborée selon le souhait des patientes.



I. Généralités

I.1. Etude de la sexualité féminine :

Durant les deux derniers siècles, de nombreuses théories et recherches concernant la sexualité féminine ont vu le jour. En parallèle la place de la femme a progressivement évolué au sein de la société, y compris en ce qui concerne le droit de disposer de son corps. C'est le droit à la contraception depuis la loi Neuwirth du 28 décembre 1967 (appliquée à partir de 1972), puis celui à l'avortement depuis la loi Veil du 17 janvier 1975, qui ont permis aux femmes d'avoir le contrôle de la sexualité dite « reproductive ». La sexualité a alors pu se tourner progressivement vers sa nouvelle et légitime finalité : le plaisir.

I.1.1. Du vingtième siècle à nos jours

I.1.1.1 Théories psychanalytiques

La théorie Freudienne [9] a pour point de départ le développement de l'enfant de sexe masculin ; il n'y a pas encore de spécificité féminine. Dans les stades pré-œdipiens, le clitoris est considéré comme un pénis tronqué : la petite fille est alors un petit homme, et toutes ses pulsions et plaisirs sexuels sont en fait « virils ». C'est la prise de conscience de l'absence de pénis qui constitue l'entrée dans la période œdipienne : elle représente une source d'angoisse équivalente à celle de la castration chez le garçon. Rendant responsable la mère de cette absence de pénis, la fillette s'en détourne pour investir un autre objet libidinal : le père. L'objectif de la construction œdipienne, dont le rôle structurant de la personnalité adulte est fondamental selon Freud, sera alors d'investir le vagin en tant que nouvelle zone érogène en délaissant la sexualité clitoridienne dite « primitive et masculine ». Il faudra également que l'envie un peu trop « active » du pénis, fasse place à la réceptivité « passive » qui est attendue de la sexualité et du sexe de la femme. Malgré un Œdipe normalement constitué, le parcours de la femme est décrit comme long et sinueux avant de lui permettre de s'épanouir sexuellement. Par la suite, l'envie du pénis sera relayée par celle d'avoir un enfant, celui-ci devenant le substitut du pénis : de ce fait le bonheur de la femme ne sera complet que s'il s'agit d'un petit garçon. La réalisation de la féminité trouve donc son terme dans la mise au monde d'un fils. Et la fonction sexuelle est donc avant tout la fonction reproductrice. Pour autant Freud qualifiera la sexualité féminine comme « le continent noir » de la psychanalyse, et il finira par avouer en être resté à la « préhistoire de la femme »[10].

Par la suite plusieurs analystes, notamment des femmes, se sont opposées sur certains points à l'optique Freudienne.

Karen Horney a été la première, mettant en avant les déterminants socio-culturels de la sexualité féminine. Elle rappelle que la psychologie de la femme a été établie du point de vue de l'homme, et qu'en essayant de se libérer de ce mode de pensée virile, les problèmes apparaissent différemment. Les femmes se sont adaptées aux désirs des hommes et pensent que leur adaptation est leur vraie nature, c'est-à-dire qu'elles se voient comme les hommes désirent qu'elles soient. « Si nous saisissons pleinement à quel point tout notre être, notre pensée et nos actions se conforment aux standards masculins, nous pouvons nous rendre compte combien il est difficile pour l'homme comme pour la femme de rejeter ce mode de

pensée» [11]. Suite à des observations médicales, elle suggère l'existence d'une masturbation spécifiquement féminine c'est à dire vaginale, tout autant fréquente que la masturbation clitoridienne. Elle note au passage qu'elle ne voit pas pourquoi « on ne concéderait pas que le clitoris appartienne à bon droit et ne forme pas partie intégrante de l'appareil génital de la femme ». Par la suite les fantasmes œdipiens conduiraient la fillette à craindre d'avoir un vagin du fait de la représentation d'un vagin blessé en rapport avec la taille fantasmée du pénis paternel. On comprend alors comment le désir se confond avec l'angoisse d'être pénétrée. La zone vaginale a alors un investissement plus fort que le clitoris, et la frigidity peut être considérée comme une tentative de détourner ces fantasmes si dangereux. De plus les filles ne peuvent pas, comme les garçons, examiner avec attention leurs organes génitaux pour se rassurer vis-à-vis de ces angoisses, cela contribue à « l'étrange incertitude intérieure si souvent rencontrée chez elles » [11]. La résolution du complexe d'Œdipe pour les filles est donc de renoncer au père en tant qu'objet sexuel, mais est aussi une fuite devant la féminité. La fille se réfugie dans un rôle masculin fantasmé, lui permettant d'échapper au rôle féminin chargé de culpabilité et d'angoisse, mais amenant également un sentiment d'infériorité, puisque la faisant se mesurer à une nature biologique qui n'est pas la sienne. Elle rappelle que cette fuite devant la féminité est renforcée par un réel désavantage social comparé aux hommes, rendant « plus ardu pour les femmes d'accomplir toute sublimation qui satisferait pleinement leur nature ». Elle remet donc en cause l'envie du pénis comme point de départ de la construction féminine, cette envie étant à interpréter plutôt comme un symptôme défensif protégeant la femme de la condition sociale qui est la sienne. Et sa seule position de retrait serait alors l'amour, élevé au rang de valeur unique et absolue. Karen Horney ne manquera pas de souligner que sa théorie est très probablement partielle d'un point de vue opposé à celui de Freud, mais rappellera que l'objectif est d'obtenir un tableau du développement psychique de la femme qui soit plus fidèle à sa nature, avec ses qualités et ses différences spécifiques par rapport à celui de l'homme.

Mélanie Klein a été la deuxième femme à contester les théories freudiennes sur la sexualité féminine[12]. Elle refuse d'assimiler la masturbation clitoridienne à une activité masculine, arguant qu'il s'agit d'un organe génital féminin qu'il est abusif de réduire à un «petit pénis ». L'Œdipe de la fille serait plus précoce que celui décrit par Freud, et l'envie de pénis correspondrait non pas à la volonté de posséder un attribut viril, mais aux premiers appétits sexuels de la fille. Cette envie du pénis se ferait alors sur un mode de satisfaction orale : il est assimilé au sein de la mère dont l'enfant se voit frustré dès la première enfance, et le vagin assume le rôle passif de la bouche qui suce. Les excitations vaginales seraient les plus précoces, mais les fantasmes qui les accompagnent, liés au pénis du père et à la destruction de la mère-rivale, provoqueraient l'angoisse que celle-ci ne la dépouille de ses organes génitaux internes. Ne pouvant vérifier l'intégrité des dits organes (puisque internes) et donc se débarrasser de cette angoisse, la fillette renoncerait à l'érotisation vaginale. Ici, l'érotisation privilégiée du clitoris est un processus défensif contre celle du vagin qui est alors refoulée car dangereuse. La sexualité féminine apparaît comme ayant une existence propre, et non comme une version châtrée de la sexualité masculine. Mais la dualité clitoris/vagin reste prégnante.

On peut s'interroger sur les théories psychanalytiques concernant la sexualité féminine : pourquoi la détermination de la zone érogène apportant la jouissance, clitoridienne ou vaginale, y est si importante ? Pourquoi la femme devrait choisir entre l'une ou l'autre, devenant pleinement féminine uniquement si elle se cantonne à l'érotisation du vagin ? Est-ce



que cette problématique est vraiment pertinente pour expliquer l'évolution et l'épanouissement de la sexualité féminine ?

Rappelons que la psychanalyse s'est élaborée à partir d'observations cliniques réalisées chez des patients : c'est l'observation du pathologique qui a donné les bases de la compréhension du physiologique. La sexologie, elle, va chercher à comprendre la physiologie de la sexualité en se basant sur des études réalisées à partir de méthodes scientifiques.

I.1.1.2 Emergence de la sexologie moderne et épidémiologie

Dès le départ, la sexologie tente de se libérer des approches psychanalytiques, au profit d'une approche plus somatique. La première grande étude épidémiologique sur la sexualité voit le jour aux Etats-Unis, après la seconde guerre mondiale. Elle est menée par Alfred Kinsey, zoologiste de formation, devenu ainsi pionnier de la sexologie. Lui et son équipe la font paraître en deux tomes, l'un consacré à la sexualité masculine, l'autre à la sexualité féminine [13]. Cette étude révèle le caractère ordinaire de nombre de pratiques sexuelles considérées comme perverses ou pathologiques (relations sexuelles hors mariage, masturbation, homosexualité...). Kinsey abolit ainsi les frontières entre le normal et le « pathologique », et élabore une conception physiologique de la sexualité qui est profondément égalitaire : les comportements sexuels masculins et féminins se ressemblent.

La conviction qui sous-tend les travaux de William Masters et Virginia Johnson [14] est du même ordre. Leur livre, publié la première fois en 1966, est le résultat d'une étude menée sur 694 couples durant l'acte sexuel, en conditions de laboratoire (environ dix mille rapports, il n'y a pas eu depuis de travail d'observation à si grande échelle). Les données recueillies objectivent une physiologie de la sexualité commune à tous, permettant d'établir un modèle caractéristique et universel de l'activité sexuelle. Ce qu'ils nomment le « cycle de la réponse sexuelle humaine » se décline en quatre phases : l'excitation, le plateau, l'orgasme et la résolution. La principale différence est la rapidité de la réponse masculine par rapport à la réponse féminine, et ce dans toutes les phases de la réponse sexuelle. Ils ont aussi été les premiers à décrire le phénomène des contractions rythmiques de l'orgasme chez les deux sexes, survenant initialement à intervalles de 0,8 seconde puis ralentissant graduellement à la fois en vitesse et en intensité. L'orgasme devient alors un critère d'évaluation de la qualité de la sexualité, dans le prolongement du rapport Kinsey. Contrairement à la pensée Freudienne, leur modèle ne montre aucune différence entre les deux catégories d'«orgasme vaginal » et d'«orgasme clitoridien » : la réponse physiologique est identique même si la stimulation se fait à des endroits différents ; ils en ont conclu que la stimulation clitoridienne était la source première des deux orgasmes. Et les femmes n'ayant pas de période réfractaire, contrairement aux hommes, cela les rend capables d'un orgasme multiple.



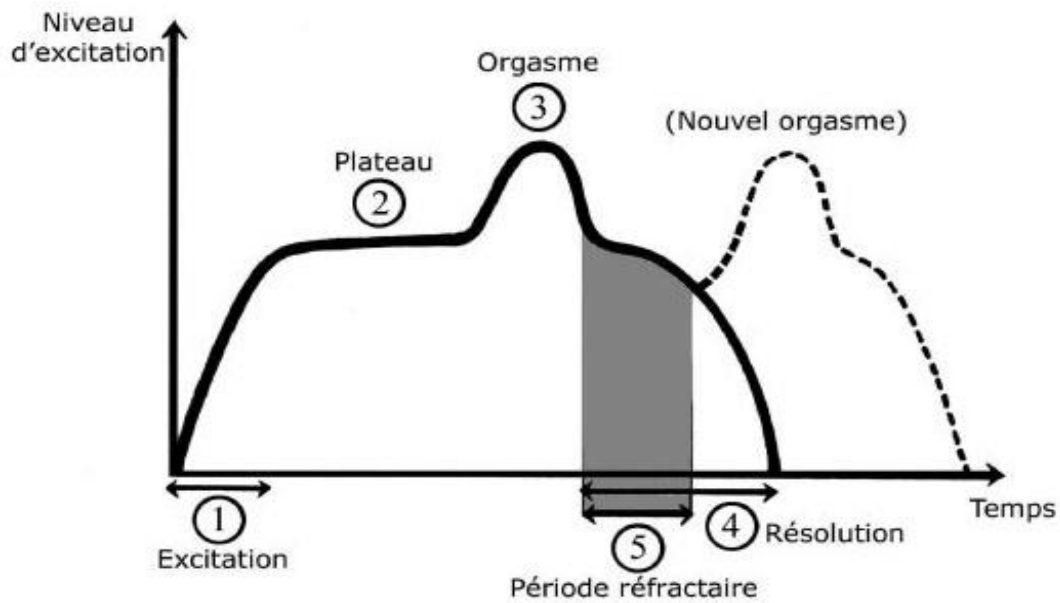


Figure 1. Phases de la réponse sexuelle.

La sexologue Shire Hite publie dès 1976 *Le Rapport Hite* [15]. Elle dévoile que 60% des femmes reconnaissent ne pas avoir d'orgasme. Une nouvelle édition paraît plus de vingt ans après, *Le nouveau rapport Hite* [16], entièrement revu et complété de nouvelles statistiques et de nouvelles analyses. Ces deux rapports sont une compilation de témoignages, recueillis à partir de questions ouvertes adressés par voie postale à plus de 3000 femmes, pour savoir comment elles s'y prennent pour « orgasmer ». Ce néologisme a été créé par l'auteur pour rendre compte du fait que les femmes dans leur immense majorité parviennent à se procurer du plaisir par la stimulation de leur clitoris ; elle traduit ainsi cette réalité par un verbe qui témoigne de ce côté actif. « Orgasmer » s'oppose dès lors à « avoir un orgasme ». Elle rapporte dans le même temps que ces femmes peuvent avoir de grandes difficultés à éprouver du plaisir par la pénétration vaginale. Pour la première fois la sexualité féminine n'est plus présentée comme une réaction à la sexualité masculine, et une théorie novatrice - au centre de laquelle se trouve la stimulation clitoridienne - est avancée, montrant les limites du plaisir féminin dans le coït. "Ce que les femmes disent ressentir quand elles font l'amour, les méthodes qu'elles décrivent pour orgasmer, sont à des années lumières des représentations habituelles de la sexualité et de l'orgasme au féminin. (...) Elles ne sont qu'un tiers à jouir pendant l'acte proprement dit, par la pénétration ou le coït". Selon leurs propres mots, même si elles ont de grandes difficultés à éprouver du plaisir par la pénétration vaginale et ont rarement recours à une « autostimulation interne du vagin », la plupart des femmes parviennent à l'orgasme seules, par des pratiques masturbatoires clitoridiennes. Conclusion, l'orgasme féminin est foncièrement clitoridien.

Les années 1950 et cette nouvelle « sexologie moderne » ont donc permis d'établir une définition égalitaire (en termes physiologiques) des mécanismes de la sexualité masculine et féminine, et défini l'acte sexuel normal par l'orgasme. La sexualité n'est plus centrée sur la reproduction, mais sur le plaisir.

D'autres études épidémiologiques sur la sexualité des Français ont suivi. Nous allons donner un bref aperçu des résultats de celle menée de 2005 à 2006 [17], portant sur plus de

12 000 français âgés de 18 à 69 ans. La plupart des chiffres suivants portent sur la description du dernier rapport vécu par cet échantillon :

-le nombre moyen de rapport par mois était de 9 (plus de 10 chez les 18-34 ans, et diminuant après 44 ans jusqu'à environ 6 rapports par mois chez les 55-69 ans). La satisfaction croissait avec la fréquence des rapports.

-le nombre de positions par rapport était de 2,5 en moyenne, plus élevé chez les jeunes (moins de 25 ans) et les non cohabitants.

-la durée moyenne de rapport était de 29 min, elle diminuait avec l'âge et augmentait en cas de nouveau partenaire.

-le lieu du dernier rapport était pour la très grande majorité le domicile ou l'hôtel.

-dans 76% des cas les 2 partenaires avaient autant envie l'un que l'autre, dans 19% des cas c'était l'homme, et dans 2% des cas la femme.

Globalement tous ces chiffres étaient similaires lorsqu'on comparait les réponses des hommes et des femmes.

Pour ce qui est de l'orgasme, plus de 90% des hommes l'avaient atteint lors du dernier rapport, pour seulement 76% des femmes, mais leurs partenaires étaient plus optimistes et 83% pensaient qu'elles l'avaient atteint (si le partenaire était occasionnel, le chiffre descendait à 60 des femmes). Par ailleurs les comportements sexuels étaient influencés par l'appartenance religieuse. Une adhésion active à une religion impliquait souvent une attitude plus traditionnaliste en matière de sexualité, limitée à la procréation et la conjugalité. Il existait cependant des différences en fonction des religions. Pour les chrétiens les pratiques sexuelles se rapprochaient des personnes sans religion. Pour les musulmans affirmés la différence hommes/femmes était plus marquée, notamment chez les plus jeunes. Dans cette même étude, la sexualité sans pénétration n'avait pas de statut de « rapport sexuel », mais s'émancipait du statut de préliminaires qui encadrait jusque-là ces pratiques. Dans la majorité des cas cette pratique relevait d'un répertoire choisi et satisfaisant, et s'inscrivait dans le cadre d'une sexualité diversifiée, notamment chez les plus jeunes et diplômés, possiblement plus à même de se distancier des normes dominantes. Les auteurs ont noté que cette sexualité-là est peu étudiée, non pas parce qu'elle est secondaire, mais plutôt en raison de la prégnance de la norme hétéro-pénétrative, y compris chez les chercheurs. Cette étude concluait que l'évolution des pratiques sexuelles en France depuis le début des années 70 donne lieu à un élargissement régulier et continu du répertoire des individus, et un rapprochement des expériences des hommes et des femmes (pratiques, partenaires, rapports).

Après avoir dressé ce portrait purement statistique de la sexualité des français, nous allons nous pencher tout particulièrement sur celle des femmes.



I.1.2. De l'anatomie au plaisir féminin

I.1.2.1 Bases physiologiques

Pour éclaircir l'anatomie féminine et ainsi comprendre et faciliter l'accès au plaisir et à l'orgasme féminin, de nombreuses recherches ont vu et voient encore le jour. Pour autant elles sont souvent limitées de par la taille des échantillons étudiés, et de par la réalisation pratique (comment jouir avec la tête immobile dans une IRM, ou encore synchroniser une échographie avec l'orgasme?).

D'un point de vue anatomique, le clitoris est connu depuis l'antiquité. A partir des années 1950 Kinsey et Shere Hite ont établi que la plupart des femmes jouissaient par stimulation clitoridienne. Mais la partie visible, le gland du clitoris, n'est que la partie émergée de l'iceberg. Il a fallu attendre 1998 pour qu'Helen O'Connell, chirurgienne urologue, précise l'anatomie du sexe féminin [18]. Suite à des dissections détaillées de cadavres féminins, elle constate que l' « urètre périnéal est encastré dans la paroi vaginale antérieure et est entouré de tissu érectile dans toutes les directions sauf à l'arrière où il se rapporte à la paroi vaginale. » Elle propose que ce tissu érectile soit renommé « les bulbes du clitoris ». En 2005, grâce à l'IRM et la microdissection, elle présente un compte-rendu complet de l'anatomie clitoridienne[19].

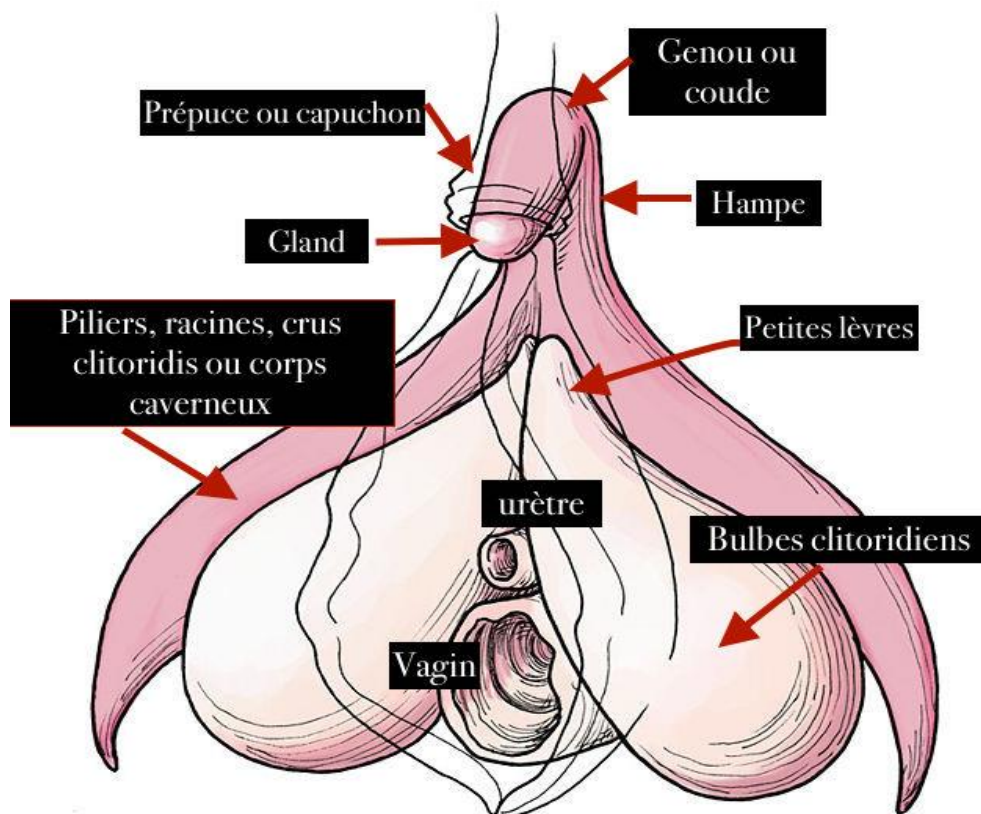


Figure 2. Schéma de l'anatomie du clitoris

On y retrouve la base embryologique commune aux 2 sexes, puisque le gland (seule partie externe du clitoris) est prolongé par deux corps caverneux et deux corps spongieux (les bulbes clitoridiens), qui se gorgent de sang au moment de l'excitation sexuelle. Cette structure richement innervée est, contrairement à l'homme, déconnectée de la fonction reproductrice et

de la fonction urinaire (même si étroitement liée d'un point de vue anatomique), et constitue l'unique organe humain strictement dédié au plaisir. Mais le fait que cette structure soit interne et majoritairement non visible ne permet pas à la femme d'en avoir conscience. Raison pour laquelle son anatomie a été décrite si tardivement, et peut-être aussi pour laquelle le plaisir féminin était et reste encore ce « continent noir » décrit par Freud. De plus il a fallu attendre la rentrée 2017 pour qu'un manuel de sciences de la vie et de la terre représente une coupe anatomique complète de l'appareil génital féminin [20].

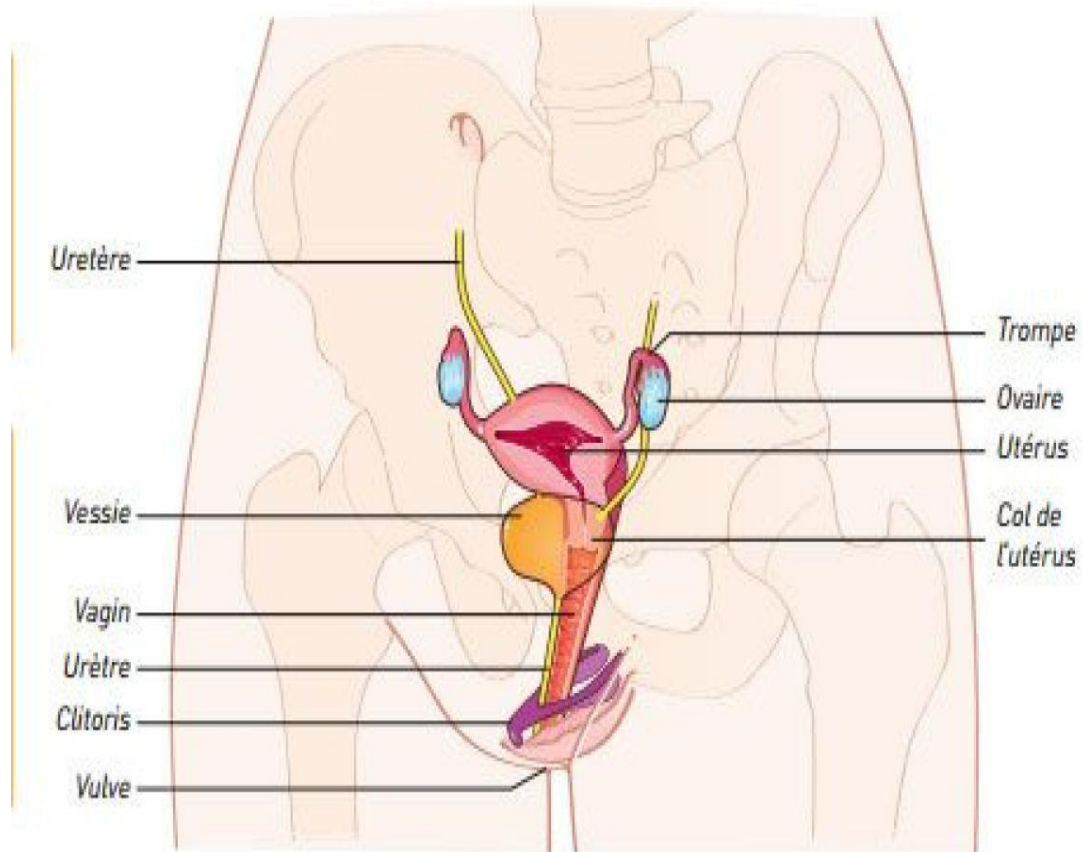


Figure 3. Schéma de l'appareil génital féminin avec la représentation correcte du clitoris.

Concernant le vagin, comme pour tout organe, des variations de taille et de forme existent d'un individu à un autre, mais aussi chez une même femme selon le niveau d'excitation et lors des rapports sexuels. La longueur moyenne est d'un peu plus de 6 cm selon des mesures faites par IRM, avec une largeur d'environ 3 cm sachant que l'endroit le plus étroit est situé au niveau de l'entrée du vagin [21], et il s'allonge jusqu'à 11-12 cm pendant l'excitation sexuelle [14].

Dans les années 1980 la recherche s'est intéressée à la sensibilité du vagin. La stimulation du vagin diminuerait la sensibilité à la douleur induite par pression afin de mieux la tolérer, mais sans affecter la sensibilité tactile [22]. Dans des conditions non érotiques et en comparaison avec le dos de la main, la zone génitale a une faible sensibilité, et c'est la paroi vaginale antérieure qui est (relativement) la plus sensible [23]. Hoch s'est concentré sur la sensibilité vaginale des femmes anorgasmiques durant le coït, mais qui arrivaient facilement à l'orgasme par stimulation génitale externe réalisée par leur partenaire [24]. La totalité de la paroi vaginale antérieure (y compris la vessie et les tissus péri-urétraux) était sensible chez la

plupart des femmes examinées, et 64% d'entre elles auraient à cette occasion appris comment atteindre l'orgasme directement. Toutes les autres parties du vagin avaient une sensibilité médiocre.

La question que l'on peut alors se poser est : si le vagin est peu sensible hormis sur la paroi antérieure, celle-ci a-t-elle un lien avec le point G ?

Ladas, Perry et Whipple ont nommé au début des années 80 « le point G » [25], zone érogène que le Dr Gräfenberg avait décrit le premier dans « *The role of urethra in female orgasm* ». A l'époque « Libération » avait titré « La fin de l'empire du clitoris ? ». Et depuis, le point G a continué à susciter de vifs débats, tant sur son existence que sur son rôle dans le plaisir sexuel. Certains auteurs, suite à des revues de littératures, ont réfuté l'existence du point G [26] [27], concluant que si la zone distale de la paroi vaginale antérieure semblait bien être la plus sensible, l'existence d'un « point G » anatomique restait à démontrer. Des études anatomiques sur des cadavres humains de sexe féminin [28] [29] confirmaient l'existence anatomique du point G en identifiant chez toutes un complexe neurovasculaire distinct, où le système nerveux parasympathique autonome était le plus représenté. La localisation (côté gauche et droit du vagin) et la taille du point G étaient variables. Les études menées sur des sujets vivants par biopsies avaient, elles, des résultats contradictoires [30] [31].

Pour aller plus loin, Buisson *et al.* ont réussi, via l'imagerie, à visualiser les organes génitaux féminins pendant l'auto-stimulation sexuelle et le coït [32]. Bien qu'aucune structure compatible avec un point G n'ait été identifiée, les auteurs ont conclu que le vagin n'était pas un organe passif mais une structure dynamique avec un rôle actif dans l'excitation sexuelle et les rapports sexuels. Les relations anatomiques et les interactions dynamiques entre le clitoris, l'urètre et la paroi vaginale antérieure ont conduit au concept de « complexe clito-urétror-vaginal », définissant une zone morphofonctionnelle variable et multiforme qui, correctement stimulée lors de la pénétration, induirait des réponses orgasmiques. Les mêmes auteurs ont comparé par échographie l'auto-stimulation manuelle du clitoris externe, et la stimulation par pénétration vaginale avec un objet [33]. Les racines du clitoris n'étaient pas impliquées dans la stimulation externe, mais l'étaient lors de la pénétration, en raison des mouvements et des déplacements. Cela explique que les perceptions ressenties soient différentes, et en ce sens on pourrait parler d'orgasme « clitoridien » et « vaginal » puisque ce ne sont pas les mêmes parties du clitoris qui sont mises en jeu. Foldes, chirurgien reconnu pour son implication dans les reconstructions chirurgicales clitoridiennes post-excision, a examiné le coït d'un couple par échographie [34], la femme étant dans une position gynécologique et son compagnon debout la pénétrant. Le pénis gonflait le vagin et étirait la racine du clitoris, créant une relation très étroite avec la paroi vaginale antérieure. Willibrord Weijmar Schultz *et al.* [35] ont constaté la même chose par IRM en 1999. Durant l'excitation sexuelle féminine, des changements avaient lieu dans la paroi vaginale elle-même ; la pénétration du pénis provoquait l'élévation de l'utérus et l'allongement de la paroi vaginale antérieure, ainsi que le remplissage progressif de la vessie. Ce sont tous ces phénomènes qui expliqueraient la sensibilité agréable de cette zone vaginale antérieure appelée le point G : le clitoris et le vagin seraient donc une unité fonctionnelle activée par la pénétration vaginale.

En l'état actuel des connaissances, le modèle du point G n'est pas complètement décrit [36] malgré des centaines d'articles. Le nombre des sujets est restreint, les méthodes parfois discutables, et les résultats non concordants. Ce qu'on peut retenir est la présence d'une zone plus sensible (et peu importe qu'elle soit qualifiée de point G ou de complexe clito-

urétro-vaginal), localisée le plus souvent sur la paroi antérieure du vagin, et variable d'une femme à l'autre.

L'innervation du clitoris et du vagin est régie par le système nerveux autonome (donc involontaire) via :

- le nerf pudendal pour le clitoris, anciennement « nerf honteux » ;
- le nerf pelvien pour le vagin, le col utérin, le rectum et la vessie ;
- le nerf hypogastrique pour l'utérus, le col et les glandes de Skene (dites aussi prostate féminine en raison d'une même origine embryologique que celle de l'homme) ;
- et le nerf vague qui innerve les viscères en se ramifiant jusqu'au col utérin, et ne passe pas par la moelle épinière [37],[38].

C'est le nerf vague qui explique qu'on puisse être paraplégique et orgasmique, y compris lors d'une section complète de la moelle, même s'il faut pour cela la stimulation d'une zone érogène, génitale ou non, et une excitation suffisante.

Enfin, nous citerons le cas clinique des femmes « fontaines ». Ce terme apparaît pour la 1^{ère} fois en 1984 dans le livre « *Ce paradis trop violent – Autour des femmes fontaines* » de la psychanalyste Frédérique Gruyer [39]. Ce phénomène est parfaitement physiologique et correspond à deux types d'expulsion péri-orgasmique. La majeure partie de cet éjaculat est constituée d'une émission involontaire d'urine associée à une contribution marginale de sécrétions des glandes de Skene (équivalentes à la prostate féminine) [40].

La zone génitale peut donc être riche de sensations. Nous allons décrire les mécanismes de stimulations permettant d'aboutir au plaisir et à l'orgasme.

I.1.2.2 A la recherche de l'orgasme

Une sexualité épanouie à l'heure actuelle tend à être définie par l'orgasme. Tout d'abord il n'y a pas de définition consensuelle de l'orgasme. Etymologiquement, orgasme vient du grec « orgaō », « bouillonner de sève et d'ardeur ». Physiologiquement il est généralement décrit comme la résultante de contractions rythmiques et involontaires de la musculature circonvaginale, de même que par des contractions utérines et anales [41]. Elisa Brune et Yves Ferroul, dans « *Le secret des femmes: voyage au cœur du plaisir et de la jouissance* » [42], proposent la définition suivante : « L'orgasme est un réflexe du système nerveux autonome en réponse à des stimulations généralement physiques et particulièrement génitales, réflexe qui peut être facilité ou inhibé par une activité mentale (pensées, imagination, sentiments), qui est caractérisé par une sensation de plaisir intense, et qui se traduit par des effets marqués et brefs qui affectent à la fois les parties génitales, le reste du corps et le cerveau ».

De nombreuses théories évolutionnistes ont cherché un sens utilitaire à l'orgasme féminin. Chez l'homme l'orgasme est lié à l'éjaculation de façon quasi systématique, éjaculation qui est nécessaire à la reproduction. Mais les femmes n'ont pas d'orgasme quand elles ovulent puisque c'est un mécanisme involontaire, de même que l'orgasme n'est pas indispensable chez elles, pour se reproduire lors des rapports sexuels. De nombreuses hypothèses ont été avancées sur l'intérêt de l'orgasme au sens biologique : cela pourrait déclencher l'ovulation, inciter à avoir des rapports, sélectionner un partenaire compétent, stabiliser le couple, aspirer le sperme et faciliter la rétention des spermatozoïdes, ou même

empêcher la femme de se relever trop vite et donc lutter contre la gravité. Mais aucune de ces hypothèses n'a pu être prouvée. Elizabeth Lloyd, biologiste et philosophe, a passé en revue trente années d'études dans son livre « The case of the femal orgasm : bias in the science of evolution » [43] pour conclure que l'orgasme féminin n'a aucune fonction biologique. Au contraire, il serait un « produit dérivé » de l'orgasme masculin, un trait qui n'apparaît que parce qu'il apparaît dans l'autre sexe.

Quelle que soit sa raison d'être, l'orgasme féminin existe. La dysfonction orgasmique également. Le problème a-t-il une base médicale voire biologique réelle ? Cette dysfonction a-t-elle été créée par la médiatisation et les attentes culturelles, qui bien souvent focalisent toute la sexualité vers cet unique but ? C'est ce que nous allons essayer de comprendre.

Une explication génétique a été explorée. Une étude sur l'accès à l'orgasme de jumelles [44] sur plus de 4000 femmes, a comparé les réponses de jumelles monozygotes (qui partagent 95 % de leurs gènes) à celles de dizygotes (qui n'en partagent que 50 %). La fréquence de l'orgasme pendant les rapports, mais aussi pendant la masturbation, était plus élevée pour les paires monozygotes que pour les dizygotes. L'étude a conclu à une influence génétique significative avec une héritabilité de 34% pour l'orgasme pendant les rapports sexuels, et 45% pendant la masturbation. Notons que s'intéresser à la masturbation permet de s'affranchir des variables liées au partenaire et à la qualité de la relation, seul la « technique d'atteinte de l'orgasme » compte. Mais les jumelles monozygotes n'ont pas toutes le même score bien qu'elles soient génétiquement quasi identiques : 66% de la capacité orgasmique serait donc déterminée par d'autres éléments.

Brody a énoncé que la stimulation vaginale (exclusive ou non) dès la première masturbation était associée à davantage d'orgasmes vaginaux à l'âge adulte [45]. Mais est-ce que les femmes qui se masturbent au niveau vaginal le font parce qu'elles ont une sensibilité plus développée dès le départ, ou est-ce que leur sensibilité vaginale s'est développée du fait de stimulations répétées ? Il est difficile de distinguer la cause et la conséquence en matière d'orgasme.

Dans une autre étude, le même auteur affirmait que l'orgasme par rapport pénien-vaginal chez des étudiants canadiens [46] était associé à une plus grande sensibilité tactile (test avec des microfilaments au niveau des doigts de la main), et moins de mécanismes de défense immatures (identifiés par questionnaire standardisé). Cela était vrai dans les deux sens : une meilleure sensibilité tactile et moins de mécanismes de défenses engendraient plus d'orgasmes. L'orgasme au cours de la vie entière était associé uniquement à moins de mécanismes de défense immatures, mais ce n'était pas le cas pour les orgasmes déclenchés par d'autres activités (masturbation, pénétration anale, masturbation par le partenaire et cunnilingus).

D'autres travaux se sont intéressés à la personnalité et aux mécanismes de défense vis-à-vis des dysfonctions sexuelles ; le fameux « c'est dans la tête » qui ressort souvent lorsqu'on parle de troubles de la sexualité féminine. On retrouve d'une certaine manière la pensée de Freud qui renvoyait l'incapacité d'avoir un orgasme vaginal à une forme d'immaturité sexuelle. Les travaux de Brody *et al.* [47] [48] étaient en faveur de cette hypothèse : d'une part une relation de couple perturbée était un facteur de risque de dysfonction sexuelle féminine ; d'autre part les deux types d'attachement inséculaires étaient fortement associés aux problèmes sexuels, aux difficultés relationnelles et à une moins bonne santé physique et mentale. L'attachement anxieux (peur de l'abandon) était associé à une moindre fréquence de l'orgasme vaginal (par rapport pénien-vaginal), mais avec une fréquence plus élevée pour les orgasmes sexuels

anaux ou par vibromasseur. L'attachement évitant (évitement de la proximité dans les relations) était associé à une fréquence plus élevée des orgasmes par vibromasseur. Autrement dit l'orgasme vaginal pourrait nécessiter un type d'attachement sécure, au contraire des orgasmes atteints par d'autres activités qui, selon les auteurs, seraient des activités sexuelles permettant un certain détachement émotionnel et physique par rapport aux orgasmes vaginaux. Certains chercheurs ont critiqué la méthodologie employée par Brody, qui par ailleurs avait aussi affirmé que la sexualité par pénétration vaginale ne transmettait pas le VIH [49] [50]. Lloyd [43] pointait aussi ces travaux-là du doigt en s'étonnant, au vu du faible nombre de femmes ayant des orgasmes vaginaux purs, qu'il y ait tant de femmes psychologiquement immatures.

Weiss et Brody [51] ont mis en exergue les éléments associés à l'orgasme par rapport pénien-vaginal, chez 1000 femmes tchèques (21,9% n'ayant jamais eu d'orgasme). Il s'agit de :

- la durée des préliminaires et du rapport pénien-vaginal,
- l'éducation sexuelle durant l'adolescence (le fait qu'on leur ait appris que le vagin était la zone la plus importante pour induire l'orgasme féminin),
- leur degré de concentration sur les sensations vaginales pendant le rapport,
- la préférence pour un pénis plus long que la moyenne.

L'analyse multivariée a indiqué que les prédicteurs les plus importants étaient l'éducation sexuelle vaginale, et le fait de se concentrer sur les sensations vaginales ressenties. Ce dernier point est particulièrement intéressant puisqu'il peut être développé à tout âge.

Certains se sont demandés si orgasmer par voie vaginale n'était pas lié à une morphologie favorable avec un clitoris proche de l'entrée du vagin (reflétant un contact pénien-clitoridien accru pendant les rapports sexuels). En comparant la taille et la localisation du clitoris de femmes orgasmiques et anorgasmiques par IRM, on voit que ces dernières ont un plus petit gland clitoridien et un clitoris plus éloigné de la lumière vaginale [52]. En 1924, Marie Bonaparte avait déjà émis cette hypothèse, ainsi que Landis en 1940 : l'analyse de leurs données montre qu'une distance plus courte entre le clitoris d'une femme et son méat urétral (seuil discriminant de 2.5cm), est corrélée à davantage d'orgasme pendant les rapports sexuels [53]. Marie Bonaparte, disciple de Freud, persuadée de tout cela et souhaitant connaître l'orgasme durant le coït, a été opérée à 3 reprises pour rapprocher son clitoris de son vagin : ce fût un échec.

Le dernier élément en jeu dans l'orgasme dont nous allons parler est le cerveau. Comme on l'a vu plus haut, la zone génitale est innervée par le système nerveux autonome : cela fait de l'orgasme un réflexe involontaire. Ce réflexe peut être contrôlé et entraîné par une stimulation (y compris non physique) et être déclenché uniquement cérébralement. C'est ce qui arrive parfois pendant les rêves et fantasmes. Des expériences de stimulation électrique, de mesure de débit sanguin cérébral, puis plus tard l'imagerie moderne et le TEP scan ont montré que l'orgasme active certaines zones mais en désactive également. Par exemple, la désactivation du centre de la vigilance et de la peur est nécessaire [54] [55] [56]. Il en résulte qu'un des éléments de l'orgasme vrai serait le lâcher prise, une profonde relaxation et une absence d'anxiété.

Pour résumer, l'atteinte de l'orgasme vaginal serait lié à la génétique, la sensibilité vaginale, l'éducation sexuelle, un type d'attachement sécure et un réel lâcher prise.



Concernant l'orgasme, le débat entre « vaginal » et « clitoridien » est toujours d'actualité.

Dès 1985 Alzate a écrit, suite à une revue de littérature de l'époque [57], que la plupart des femmes (et probablement toutes) possèdent des zones vaginales, principalement situées sur la paroi antérieure, dont la stimulation tactile pourrait conduire à l'orgasme. Et que si le coït n'y conduit pas, ce serait pour des raisons topographiques et mécaniques (il faudrait une forte pression sous un angle particulier), ainsi que par des différences entre les temps de réaction masculins et féminins. Mais pour Alzate le phénomène réel de l'orgasme est toujours le même ; la différence tient uniquement à la manière de l'induire. Et pour l'induire à partir du vagin le meilleur moyen serait d'appuyer sur la zone correspondant au complexe clitoridien tout en frottant, et cela serait plus facile avec un doigt ou un instrument courbé qu'avec un pénis. Alzate n'a pas été le seul à penser cela ; outre Masters et Johnson qui avaient déjà remarqué qu'une stimulation vaginale intense non coïtale produisait plus d'orgasmes qu'une coïtale, d'autres auteurs comme Weijmar Schultz [23] et Hoch [24], en sont arrivés à la même conclusion. D'ailleurs Hoch pensait qu'au lieu de chercher un «orgasme vaginal » (coïtal) distinct d'un «orgasme clitoridien», il serait plus judicieux de parler d'un «orgasme génital» puisque atteint par une stimulation séparée (ou plus efficacement combinée) des différents composants déclencheurs du système sensoriel génital. De plus il faut insister sur le potentiel énorme qu'ont les femmes à éprouver des orgasmes à partir d'une ou plusieurs zones sensibles, d'autant que ce potentiel peut évoluer tout au long de la vie [58].

Du reste, peu d'études donnent réellement la parole aux femmes pour décrire leur jouissance. Pour y remédier Elisa Brune a réalisé une enquête par questionnaire via internet « établissez votre CV orgasmique » [42]. Plus de 300 femmes franco-belges y ont répondu. L'échantillon n'est pas représentatif de la population : il s'agit de femmes qui s'intéressent au sujet et ont accès à internet, dont les deux tiers sont âgées de 30 à 50 ans, et elles ont un nombre de partenaires plus élevé que la moyenne (la moitié ont eu plus de 10 partenaires au cours de leur vie, alors que les études en rapportent 3 à 4 en moyenne). Malgré ce biais cette enquête montre que l'orgasme est plus fréquent lors de la masturbation, en stimulant le clitoris ; 80% ont des orgasmes seules, contre 44% avec un partenaire. L'intervention d'un partenaire réduit de moitié la facilité d'accès à l'orgasme. Le coït n'est pas la meilleure façon d'atteindre l'orgasme puisqu'il s'agit d'un va et vient, alors qu'il faut des mouvements de pression-friction pour éveiller la sensibilité vaginale. D'après l'auteure tant que les femmes se sentiront tenues d'avoir un orgasme selon des procédures qui ne correspondent pas à leur mécanique intime (la norme et la culture voudraient que le coït fasse jouir les femmes, alors qu'il fait jouir les hommes), certaines, soit 61% des femmes interrogées, continueront à simuler « pour mettre un terme élégant à la situation », selon les termes de l'une d'entre elles.

Pour autant la fréquence de l'orgasme durant les rapports augmentait avec l'âge [42]. L'orgasme féminin, une fois compris et maîtrisé par les femmes, pouvait être atteint quel que soit le partenaire, même si un désir spontané important et un partenaire expérimenté et attentionné favorisent les choses.

Au final la question n'est pas d'obtenir un orgasme vaginal, mais de développer la contribution du vagin dans les sensations de plaisir. Si le complexe clitoridien est le point G, et donc la zone sensible au niveau vaginal, alors il n'y aurait pas de distinction à faire entre orgasme clitoridien et orgasme vaginal. Le clitoris, seul organe entièrement dédié au plaisir, serait le siège de l'orgasme féminin.

I.2. Troubles de la sexualité féminine

Les difficultés que peuvent rencontrer les individus au fil de leur vie sexuelle sont le plus souvent qualifiées de « dysfonctions sexuelles » dans la littérature médicale, et sont répertoriées comme des pathologies.

La classification proposée par le DSM V [59] est basée sur le modèle de la réponse sexuelle en 4 phases de Master et Johnson. Elle distingue :

- les troubles du désir et de l'excitation qui sont regroupés dans une même entité (les troubles de l'intérêt sexuel féminin et de l'excitation)

- les troubles de l'orgasme

- les troubles avec composante douloureuse

Pour faire le diagnostic les symptômes doivent persister au moins 6 mois et être à l'origine d'une détresse personnelle. La plupart des enquêtes et études se basent sur ces items pour déterminer la prévalence des troubles de la sexualité féminine, mais sans forcément tenir compte de ces deux derniers critères.

I.2.1. La prévalence des troubles de la sexualité féminine

Dans le monde entier les femmes rencontrent plus de difficultés que les hommes dans leur sexualité [2]. Les taux de prévalence varient en fonction des études.

I.2.1.1 Etudes internationales

Une enquête à très large échelle menée par Laumann en 2005, indiquait que les femmes étaient fréquemment incapables d'atteindre l'orgasme ou d'avoir du plaisir pendant les rapports sexuels. 27500 personnes (dont 13 882 femmes) de 40 à 80 ans ont été interrogées par questionnaire dans le monde entier soit 29 pays [2]. La dysfonction sexuelle était définie comme des problèmes fréquents et persistants. Malgré d'importantes différences entre les pays, cette étude mondiale a révélé des tendances claires et cohérentes. Pour les 65% de femmes qui avaient eu des rapports sexuels au cours de l'année écoulée, les dysfonctions les plus fréquentes étaient un manque de désir (21%), une incapacité à atteindre l'orgasme (16%) et des difficultés de lubrification (16 %). Dans l'ensemble 39% des femmes ont été affectées par au moins un dysfonctionnement sexuel, contre 28% des hommes. Autrement dit, dans le monde entier, le désir et l'activité sexuelle sont présents chez les femmes de 40 ans et plus, mais la prévalence des dysfonctions sexuelles est assez élevée et a tendance à augmenter avec l'âge. Elle varie également en de fonction de la place de la femme dans la société. Dans les pays avec une inégalité homme/femme plus marquée en défaveur de la femme, comme ceux du moyen orient ou du sud de l'Asie, les troubles de la sexualité sont plus prévalents [2].

Trois enquêtes nationales britanniques ont été menées en Grande-Bretagne entre 1996 et 2012.

Une première enquête a eu lieu en 1996 auprès de 979 femmes recrutées au sein de quatre cabinets de médecine générale avec un taux de participation de 44% [60]. Parmi les femmes ayant répondu, 41% ont déclaré avoir un problème sexuel récurrent. Les troubles de

la lubrification étaient le premier problème évoqué, suivis de près par les difficultés à atteindre l'orgasme.

Une seconde étude NATSAL 2 (National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles) [61], menée en 1999-2001 sur 11 161 adultes de la population générale anglaise, a utilisé les mêmes critères que l'étude américaine de E.O Laumann afin de permettre une certaine comparaison. Les âges d'inclusion étaient limités de 16 à 44 ans. Un point essentiel de cette enquête a été l'influence du facteur temps. 53,8% des femmes ont signalé un problème sexuel durant au moins un mois sur l'année écoulée, tandis que la prévalence des troubles sexuels se prolongeant plus de 6 mois apparaissait plus faible :

- le manque de désir (manque d'intérêt pour sexe) était présent pour 40,6% des femmes à 1 mois, et pour 10,2 % à 6 mois.

- l'absence d'orgasme concernait 14,4% des femmes à 1 mois, et 3,7 % à 6 mois.

- les troubles douloureux étaient présents pour 11,8% des femmes à 1 mois, et pour 3,4% à 6 mois.

- l'insuffisance de lubrification concernait 9,2% des femmes à 1 mois, et 2,6 % à 6 mois.

La troisième étude, NATSAL 3 [62], sur plus de 6000 femmes, a élargi son domaine d'investigation aux 16-74 ans. Elle montrait que l'activité sexuelle ne connaissait pas de limites d'âge puisque 42 % des femmes de 65 à 74 ans avaient déclaré avoir eu au moins un rapport sexuel au cours de l'année passée. Au total, 51,2% femmes avaient eu un problème sexuel récent (dans les 3 derniers mois). Il s'agissait le plus souvent d'un manque de désir (34.2%), d'une absence d'orgasme pour 16,3%, d'un manque de plaisir pour 12.1%, de sécheresse vaginale pour 13%, et de troubles douloureux pour 7.5%. Seulement 10,9% ressentait une détresse personnelle.

Selon les auteurs de NATSAL 2 on ne peut pas parler de « dysfonction » mais plutôt de troubles ou de difficultés sexuelles, pour deux raisons essentielles :

- la première est l'absence d'outil de mesure du degré de détresse engendré par les difficultés sexuelles, la présence d'une détresse psychologique étant un critère diagnostique retenu par les classifications classiques pour définir une dysfonction.

- la seconde est la forte prévalence de l'insuffisance de désir qui les a amenés à se demander si cela n'était pas un phénomène physiologique.

John Bancroft [63] s'est également interrogé sur le terme de « dysfonction », au vu de la prévalence des troubles de la sexualité féminine. Son objectif a été d'évaluer la prévalence de la détresse dans la sexualité chez les femmes, et d'examiner les facteurs associés à celle-ci. Sur un échantillon de 987 femmes blanches ou noires de 20 à 65 ans, en couple hétérosexuel depuis au moins 6 mois, 24,4% des femmes ont signalé une détresse marquée au sujet de leur sexualité. Les facteurs associés étaient les marqueurs du bien-être émotionnel général et de la relation affective avec le partenaire pendant l'activité sexuelle. Les aspects physiques de la réponse sexuelle, dont l'excitation, la lubrification vaginale et l'orgasme, étaient de mauvais indicateurs. Autrement dit les critères répertoriés par le DSM-IV ne suffisaient pas à identifier les sujets présentant une détresse psychologique, qui est liée à d'autres facteurs.

Une revue de littérature a été faite en 2006 [64], sur des études de prévalence incluant nécessairement les 4 dysfonctions sexuelles féminines reconnues (désir, excitation, orgasme

et douleur), ainsi que la durée de ces difficultés dans le temps (au minimum à un mois, et six mois). Seulement 11 des 1 248 études ont répondu à ces critères d'inclusion. En moyenne parmi les femmes ayant des troubles sexuels, ceux-ci concernaient le désir pour 64% (16-75%) d'entre elles, l'orgasme pour 35% (16-48%), l'excitation pour 31% (12-64%), et des douleurs pour 26% (intervalle de 7 à 58%). Parmi ces troubles 62 à 89% ont persisté pendant au moins plusieurs mois et 25 à 28% ont persisté pendant 6 mois ou plus. Deux études ont montré que la détresse en rapport avec les dysfonctions sexuelles était identifiée chez 21 à 67% des femmes.

I.2.1.2 Etudes françaises

En France peu d'études se sont intéressées aux troubles sexuels dans la population générale. Beaucoup se limitent à ceux d'une pathologie précise et sont donc non représentatives. Celles de plus grande envergure dressent un portrait de la population française ; nous allons nous concentrer sur la prévalence des troubles de la sexualité chez les femmes.

Deux études ont été menées par Michel Bozon depuis les années 1990.

La première, l'Analyse des Comportements Sexuels en France (ACSF) [65] a été menée en 1992 en France par questionnaire téléphonique. Le but était d'apprécier le comportement sexuel des Français, et notamment les comportements à risques dans le contexte d'expansion du SIDA. 20 055 femmes et hommes de 18 à 69 ans ont été interrogés. C'est la question 339 qui s'intéressait aux difficultés sexuelles chez la femme. Les résultats étaient les suivants :

-les troubles du désir étaient souvent présents pour 8% des femmes, et parfois présents pour 33%.

-les troubles de l'orgasme étaient souvent présents pour 11% des femmes, et parfois présents pour 21%.

-les troubles douloureux étaient souvent présents pour 5%, et parfois présents pour 19%.

On remarque donc que les troubles de l'orgasme sont ceux qui survenaient le plus « souvent », et que plus de 40% des femmes interrogées déclaraient manquer souvent ou parfois de désir. La majorité disait ne pas être affectée par leur difficulté à atteindre l'orgasme, et 84% de la totalité des femmes interrogées étaient très ou assez satisfaites par leur vie sexuelle actuelle, quelques soient les difficultés rencontrées.

La deuxième, « Enquête sur la Sexualité en France » (ESF) [17] a été menée en 2006 en s'inspirant du protocole de celle de 1992. L'objectif était là aussi d'analyser plus précisément les comportements des personnes à risque d'infections sexuellement transmissibles (IST) dont le VIH, et une question concernait les troubles de la sexualité. L'échantillon des 12 364 personnes interrogées s'étalait de 18 à 69 ans pour surreprésenter les classes d'âges plus jeunes concernées par les IST.

Une minorité, soit 11.7%, disait avoir « souvent » rencontré des difficultés au cours des 12 derniers mois.

Si l'on considérait les difficultés qui surviennent « souvent », « parfois » et « rarement » :



- les troubles du désir étaient cités par 62.1% des femmes
- les troubles de l'orgasme étaient cités par 65.4% des femmes
- les troubles douloureux étaient cités par 31.4% des femmes

La prévalence des troubles de l'orgasme était plus forte aux âges extrêmes : 11.4% à l'entrée dans la sexualité des 18-24 ans et 13.9% à l'après-ménopause. Les troubles du désir apparaissaient, eux, aux âges plus élevés avec 10% des femmes touchées à partir de 50 ans. Et dans la tranche d'âge 60-69 ans, elles étaient 19.6% au total à présenter « souvent » des troubles.

L'enquête s'attachait également à savoir si ces dysfonctions posaient problème dans leur sexualité et celle de leur partenaire. Les réponses étaient différentes selon les âges, les femmes jeunes trouvant cela beaucoup plus problématique. Chez les femmes de 60-69 ans ce sont les douleurs qui avaient un retentissement négatif. Les auteurs percevaient « une certaine résignation chez les femmes face à l'avancée en âge et l'acceptation du passage à une "sexualité tendresse" avec leur partenaire ».

L'ambition de l'enquête Ifop de 2014 [66] était de s'affranchir de la vision épidémiologique centrée sur les risques infectieux liés à la sexualité, pour privilégier l'angle de l'accès au plaisir et à l'orgasme. Un échantillon représentatif de la population féminine française de 1006 femmes a été interrogé par un questionnaire en ligne. Afin d'observer l'évolution des comportements sexuels des Français, l'Ifop a veillé à reprendre le plus souvent la formulation de questions posées lors des précédentes enquêtes (soit les deux citées ci-dessus).

Durant l'année, 79% des femmes ont eu des difficultés à atteindre l'orgasme, dont 49% « assez régulièrement ». Ces dernières avaient une fréquence de rapport moindre et une vie sexuelle et sentimentale insatisfaisante pour la majorité. 31% ont déclaré simuler « assez régulièrement ».

Sachant que cette enquête a aussi été réalisée dans différents pays d'Europe (Espagne, Italie, Royaume-Uni, Allemagne, Pays-Bas) et d'Amérique du Nord (États-Unis, Canada), ces taux étaient les plus élevés de tous. Seulement 37% des Françaises ont joui « au moins une fois par semaine » ces trois derniers mois, et 25% n'ont pas eu d'orgasme lors de leur dernier rapport, soit une proportion record en Europe. Ceci était expliqué par des conditions défavorables à un épanouissement sexuel (taux élevé d'activité, de célibat ou de consommation de médicaments dans la population féminine française). De plus les françaises pratiquent moins souvent les techniques qui permettent de jouir plus facilement (comme la masturbation ou la double stimulation clitoridienne et vaginale). En effet, en France plus qu'ailleurs, l'accès des femmes à l'orgasme semble freiné par une sexualité de couple encore trop « phallocentrée » : les pratiques sexuelles les plus fréquentes (comme la pénétration vaginale) n'étant pas celles qui favorisent le plus l'orgasme féminin. Et même si cette tendance s'observe dans l'ensemble des pays occidentaux, elle s'avère particulièrement importante en France.

Terminons sur une thèse faite à Limoges sur une population dont nous disposons de peu de données : les femmes ménopausées. La ménopause a eu un impact sur la sexualité de 60% des femmes questionnées, et 33% se sentaient moins désirables. De plus, si 60% avaient toujours du désir vis-à-vis de leur conjoint, la fréquence des rapports avait diminué pour 71% (surtout chez celles qui manquaient de désir) et l'orgasme était plus difficile à atteindre pour 49%. La sécheresse vaginale concernait 58% et parmi elles 79% étaient gênées



pendant les rapports, avec une association significative entre sécheresse, diminution du plaisir durant les caresses, et difficultés à parvenir à l'orgasme. Les résultats ont été analysés par groupe d'âge et il n'y avait pas de différence significative entre les plus et les moins de 60 ans.

I.2.2. Le recours à une prise en charge des troubles de la sexualité féminine

Comme nous venons de le voir, les difficultés sexuelles sont fréquentes, concernant environ 40% des femmes : les troubles du désir sont au premier plan à l'international, mais en France les troubles de l'orgasme les côtoient de près.

Nous allons dresser un portrait de la prise en charge effective des troubles de la sexualité féminine par les médecins généralistes, et de celle qui peut être proposée.

I.2.2.1 La prise en charge effective

Dans l'enquête sur la sexualité en France de 2006 [17], moins de 5% des femmes consultaient lors d'une dysfonction sexuelle isolée. Ce sont les troubles douloureux qui étaient le plus associés à une consultation, ou lorsque plusieurs types de troubles sexuels étaient cumulés. Elles s'adressaient alors prioritairement à un gynécologue, et dans une moindre proportion à leur médecin généraliste. Sur la totalité des femmes interrogées 79% n'avait jamais consulté, ce chiffre grimpe à 98% pour les troubles de l'orgasme pris séparément.

En dehors de ces chiffres, les autres études qui s'intéressent à ce que souhaiterait les femmes ont toutes été faites à l'international. Nous allons donner un aperçu de leurs résultats. A Tel-Aviv peu de patients avec un problème sexuel en avaient déjà parlé avec un professionnel, mais 25% des femmes ont indiqué que leur médecin de famille serait leur interlocuteur privilégié [67].

Selon NATSAL 1 [68], 44% des femmes britanniques présentant des difficultés sexuelles auraient aimé une prise en charge médicale, alors que seules 4% d'entre elles en ont réellement reçue. Dans NATSAL 2 [61] seulement 21% des femmes avaient demandé de l'aide. Ils s'agissait surtout de celles ayant des problèmes persistants depuis plus de 6 mois, et parmi elles 74,3% des femmes ont consulté leur médecin généraliste.

Dans l'enquête de Read *et al.* [69] sur 170 patients consultant en médecine générale, la prévalence de la dysfonction sexuelle chez les femmes était de 42% (en majorité vaginisme et anorgasmie). 68% des femmes ont signalé au moins un problème d'insatisfaction sexuelle (lié à l'évitement ou la fréquence des rapports, et à la non-communication). La majorité, soit 70%, considérait les questions d'ordre sexuel comme un sujet approprié pour le généraliste. Pourtant seul 2% des médecins en mentionnait l'existence dans leurs dossiers. Les mêmes tendances se sont dessinées dans une étude de plus grande envergure auprès de 37 cabinets de médecine générale à Londres [70], à laquelle 13 cabinets soit 1065 femmes ont participé. Sur les 422 qui avaient une dysfonction sexuelle (trouble du désir et de l'orgasme le plus fréquemment), près de 30% ont déclaré avoir consulté leur médecin pour obtenir une aide, mais cela n'a été tracé dans leur dossier que dans 3 à 4 % des cas.

Cela ne veut pas dire que les médecins généralistes ne se sentent pas impliqués. Au Royaume-Uni, suite à un questionnaire postal envoyé à 218 médecins généralistes dont 133

ont répondu ; 87 ont classé la prise en charge de la dysfonction sexuelle comme assez prioritaire, 25 comme hautement prioritaire et 18 comme faiblement prioritaire [6].

Quelques travaux se sont penchés sur ce fait contradictoire : les médecins jugent le problème important, les patientes souhaitent avoir de l'aide, mais peu de consultations en découlent.

La thèse de Wissemberg est une enquête qualitative auprès de médecins généralistes et de patientes [8]. Il était difficile de déduire la place exacte accordée au médecin généraliste par les femmes concernant les troubles de la sexualité. Les femmes de trente à quarante ans communiquaient davantage avec leur médecin. Ce n'était pas le cas des femmes plus âgées. Toutes évoquaient plus facilement le gynécologue pour aborder la sexualité, mais beaucoup dans un contexte se limitant à la fertilité. Les femmes de trente à cinquante ans parlaient des spécialistes du domaine psychologique tels que psychologues et psychiatres, et les plus jeunes des sexologues. Les interlocuteurs non médicaux étaient le conjoint (de façon positive, mais aussi négative surtout au moment de la ménopause), et les amies chez les moins de quarante ans.

Les médecins percevaient une certaine résignation des femmes dans le domaine de la sexualité. Pour eux les attentes des patientes concernaient en priorité les problèmes de désir et de plaisir, avec une sous évocation de la douleur chez les médecins hommes, et une sous-évocation du plaisir chez les médecins femmes. La plupart laissaient l'initiative de la conversation à leur patientes. Ils décrivaient ce qu'on peut appeler le « syndrome du pas de la porte » : les femmes abordaient le sujet à la fin de la consultation, ou encore de façon masquée en parlant de problèmes de couple. Ils devaient alors décrypter leur demande. Les patientes reconnaissaient qu'elles ne consulteraient pas uniquement pour un problème sexuel. C'est un contexte favorisant qui les pousseraient à en parler : la contraception, la grossesse, des problèmes gynécologiques physiques ou encore la ménopause, mais aussi dans le cadre d'une dépression, d'un effet indésirable médicamenteux, ou à l'occasion d'un changement de partenaire.

Du côté des médecins les facteurs favorisants étaient la durée et la qualité de la relation médecin-patient. Pour les femmes l'ancienneté de la relation comptait également, ainsi que la confiance, la capacité d'écoute, et l'accessibilité du médecin généraliste comparé aux spécialistes. Les femmes plus âgées citaient le sexe féminin du médecin.

Les freins identifiés par les médecins étaient l'absence de formation, d'éventuelles attentes inappropriées des patientes, le fait d'être gêné d'entrer dans l'intimité des patientes et la crainte du manque de confidentialité lors de la présence d'un tiers pendant la consultation. L'âge avancé des femmes était une limite à la communication (de peur de les choquer), en lien avec des stéréotypes négatifs à l'égard de la sexualité des aînés [71]. D'autres études décrivaient des obstacles supplémentaires : le manque de connaissances, la différence de sexe entre médecin et patient, le manque de temps, la crainte de ne pas être en adéquation avec la culture ou la minorité à laquelle appartient le patient, ou encore la différence d'âge ou le manque d'expérience [5] [6]. Les patientes citaient la gêne de verbaliser le problème, le manque de temps et la charge de travail des généralistes, l'âge avancé du médecin pour les femmes les plus jeunes, et l'absence de neutralité du « médecin de famille ».

Les médecins pensaient que les patientes étaient en attente de conseils et d'être rassurées quant à la « normalité ». Ils évoquaient le recours au sexologue en cas de difficultés jugées complexes. Cela était concordant avec le souhait des patientes : elles s'attendaient à une prise en charge basée sur le dialogue et privilégiant l'approche relationnelle et non pas

médicamenteuse : elles espéraient être rassurées sur leur état de santé et cherchaient des conseils pour mieux vivre certaines périodes de leur vie et améliorer leur relation de couple.

La seule étude quantitative réalisée spécifiquement sur les attentes des femmes, selon une revue de littérature sur *pubmed*, s'est faite outre-atlantique en 1988 par Metz et Seifert [72]. 56 femmes sans problème de santé spécifique ont été interrogées afin d'évaluer leurs attentes à l'égard du médecin de premier recours : 68% des femmes se sont dirigées ou se dirigeraient en priorité vers lui en cas de questions sur la sexualité. Elles étaient à la recherche d'empathie, de confidentialité et de compétence professionnelle, et étaient favorables à être réorientées pour en traiter la cause. En effet bien que 41% des femmes consulteraient un sexologue en cas de grosse difficulté, 59% ont déclaré qu'elles le feraient sur les conseils de leur médecin généraliste. Il est important de souligner que si seule la moitié des femmes interrogées disait se sentir à l'aise pour en parler, elles souhaitaient quand même pouvoir le faire : 84% des femmes de cette étude auraient aimé que leur médecin prenne l'initiative de ce type de discussion, pourtant cela n'a été fait que chez 34% d'entre elles. Une autre étude sur des hommes et des femmes consultant le médecin généraliste s'est faite en 1998 [60]. 39% des femmes auraient aimé recevoir une aide professionnelle concernant leurs troubles sexuels, et 35% par leur médecin généraliste, seulement une personne sur dix avait reçu une telle aide.

1.2.2.2 La prise en charge possible par le médecin généraliste

Tout d'abord pour favoriser la communication et dépister les troubles de la sexualité, il semble important [8] d'insister régulièrement sur le caractère confidentiel de chaque consultation, et se garder de tout jugement de valeur. Selon les études internationales, un certain nombre de patientes aimeraient une attitude plus volontaire du médecin dans le dépistage des troubles de la sexualité [73] [72]. En France un médecin remplaçant a entrepris de poser la question « comment va la sexualité ? » à 96 patients de 18 à 86 ans pour sa thèse ; 93% ont accueilli la question favorablement [74]. Le médecin de premier recours doit donc avoir un rôle proactif dans l'éducation et la réassurance des patients, car un diagnostic et une intervention précoces sont essentiels pour un traitement efficace [75].

Devant l'absence de recommandations, Achamlal [76] a élaboré un référentiel pour la prise en charge de ces troubles, basé sur les données validées de la littérature et sur une étude qualitative visant à l'adapter aux consultations de médecine générale (*figure 4*).

Tout d'abord l'interrogatoire nécessite d'interroger sur l'orientation sexuelle du patient, et il est important de repérer le(s) type(s) de trouble(s) : un trouble du désir peut cacher un trouble orgasmique par exemple, ou encore être lié à un trouble de la lubrification ou un trouble douloureux. Il faut demander à la patiente de situer leur date d'apparition, leur durée et le contexte (lié à un partenaire ou une situation spécifique ?). Demander directement quelle est, pour la patiente, la cause du problème permet d'avoir un éclairage supplémentaire.

Il faut vérifier également que cela n'est pas lié à une maladie sous-jacente (dépression, cancer, maladie cardio-vasculaire, arthrose, incontinence urinaire...) ou à une origine iatrogène, et réaliser un examen gynécologique complet. Son but est de détecter une éventuelle anomalie organique ou localiser une douleur provoquée. Cet examen est aussi l'occasion d'éduquer la patiente sur son anatomie. Aucun examen complémentaire, en dehors d'une orientation clinique, n'est recommandé.

Pour ce qui est de la prise en charge thérapeutique à proprement parler, les mesures générales consistent à informer et éduquer la patiente : expliquer l'anatomie, la fonction sexuelle et les changements physiologiques en fonction des différentes périodes de la vie. Il

faut encourager la documentation personnelle sur le sujet, de nombreux ouvrages sont faciles d'accès et se lisent agréablement tel *Le secret des femmes: voyage au cœur du plaisir et de la jouissance* [42]. Il a été prouvé récemment que 80% des femmes qui lisent un roman sexo-informatif, genre littéraire mêlant roman et conseils étayés sur la sexualité, améliorent et enrichissent leur vie sexuelle conjugale [77]. On peut proposer le livre *Désir : Roman sexo-informatif* [78]. On peut également proposer l'utilisation de supports érotiques (vidéos, livres...). Il est important d'« autoriser » la masturbation. Il faut expliquer aux femmes que la sensibilité vaginale demande plus d'entraînement pour la ressentir que la clitoridienne. Commencer par une double stimulation permet d'acquérir progressivement des sensations vaginales. A ce titre utiliser ses doigts ou un vibromasseur permet d'explorer précisément et longuement l'endroit de la paroi vaginale le plus sensible par mouvement de pression-friction, bien plus efficace que le va et vient. Une fois la sensibilité repérée, la stimulation avec le pénis devient plus intéressante, mais il faut conseiller de varier le répertoire (position, vitesse, profondeur, contractions vaginales...). Avec des ateliers pratiques utilisant des exercices de ce type, la sexologue Pia Struck est arrivée à de bons résultats : sur 500 femmes ayant des troubles de l'orgasme dont 25% anorgasmiques de 18 à 88 ans, 93% ont eu des orgasmes [79]. Développer les muscles jouant un rôle dans la réponse orgasmique comme le muscle pubbo-coccygien, grâce à des exercices de contractions volontaires des muscles périnéaux améliorerait également la fonction sexuelle [80]. Pour débiter on peut conseiller à la femme d'introduire son index et son medius dans le vagin, puis de les écarter en ciseaux, le but étant de les rapprocher (contraction et inspiration durant 5 secondes, puis dilatation et expiration 5 secondes puis repos 5 secondes, tout en se concentrant sur les sensations déclenchées). Le vagin n'est pas la seule zone à travailler, il faut érotiser toute la surface corporelle. Il est donc judicieux d'inviter les couples à appliquer ces conseils et à avoir des relations non coïtales sans forcément chercher l'orgasme, et encourager la communication entre les partenaires [81]. L'objectif est avant tout que chaque femme apprenne à se découvrir et se familiariser avec son corps et les sensations agréables qu'il peut procurer.



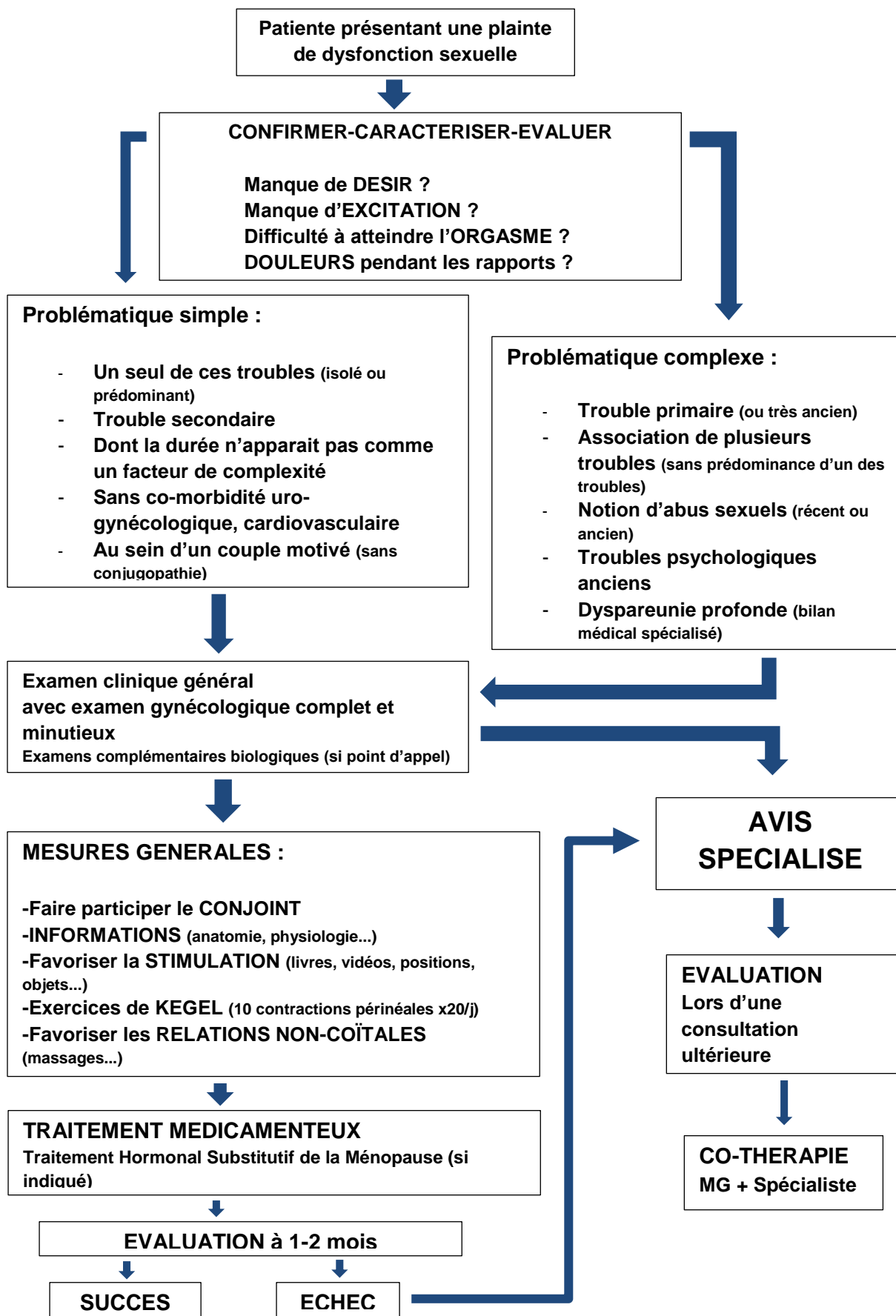


Figure 4 : Référentiel de prise en charge des troubles de la sexualité féminine en médecine générale

Selon le type de troubles d'autres mesures peuvent être proposées.

Lors de troubles douloureux, si la dyspareunie est superficielle, il faut éviter tout irritant vulvaire, éventuellement prendre un bain chaud avant le rapport et préférer les positions où la femme contrôle la pénétration (en amazone par exemple). Dans les vestibulodynies tout comme dans le vaginisme (où il faut informer sur l'origine musculaire du trouble), la prescription de rééducation périnéale incluant des techniques de biofeedback, chez un kinésithérapeute spécialisé ou une sage-femme, est bénéfique [82]. En cas de dyspareunies profondes il faut adapter les positions, et des anti-inflammatoires non stéroïdiens peuvent être pris avant les rapports [75].

Lors des troubles de l'excitation, comprenant ceux de la lubrification (souvent associés aux dyspareunies), il faut conseiller des lubrifiants à base d'eau ou de silicone. Lors de la préménopause ou la ménopause doivent être recommandés des crèmes locales à base d'œstrogène, qui n'ont pas les risques et inconvénients du traitement hormonal substitutif par voie générale. En effet la lubrification vaginale, liée à l'augmentation du transsudat issu de la vasodilatation des capillaires du vagin, est facilitée par l'imprégnation du milieu local en œstradiol. Si les facteurs psychologiques, l'anxiété et l'inhibition sont au premier plan, une prise en charge spécialisée en sexo/psychothérapie est indiquée [83].

Les troubles de l'orgasme sont souvent liés à une inexpérience sexuelle (surtout chez les femmes de moins de 35 ans), ou sont d'origine psychologique par « inhibition involontaire » du réflexe orgasmique. Dans les deux cas une information et des conseils variés sont recommandés (figure 5).

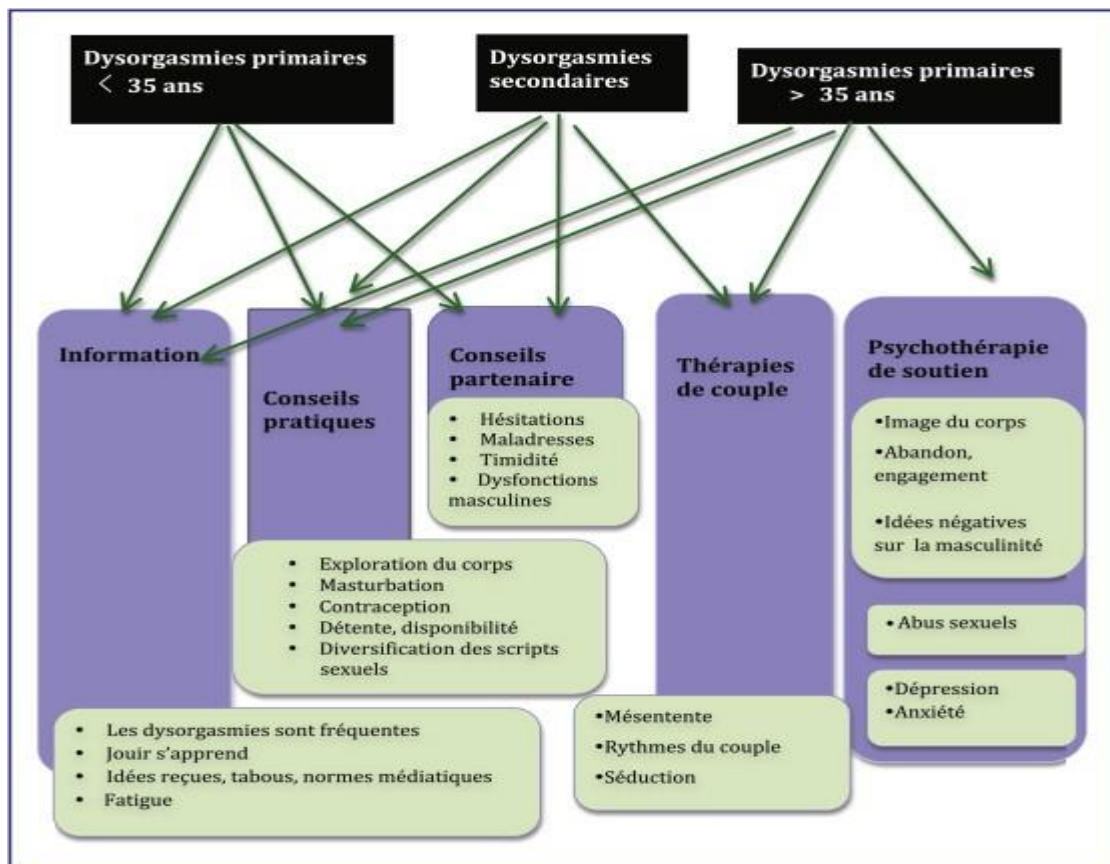


Figure 5 : Perspectives thérapeutiques pour la prise en charge des dysfonctions orgasmiques féminine

Il faut dédramatiser la situation et relativiser le modèle imposé par les médias, rappeler à la femme l'importance du « lâcher prise », et insister sur la notion d'apprentissage et la recherche active de son plaisir. La prise en charge du partenaire et du couple peut également être déterminante [84]. La thérapie cognitivo-comportementale a sa place dans l'anorgasmie, en utilisant des exercices comportementaux tels que la masturbation dirigée, la concentration sensorielle, l'éducation sexuelle et les exercices de Kegel [41].

Les troubles du désir sont les plus fréquents, mais la définition même du désir « normal » pose problème. Tout d'abord le manque de désir ne doit pas être catalogué comme pathologique mais plutôt amener à chercher des explications rationnelles pour dédramatiser les choses et redonner confiance [8]. La variabilité du désir dans le temps et au sein d'un couple est une évidence, et la volonté d'une sexualité passionnelle de longue durée un fantasme [85]. En parler simplement avec la patiente et son partenaire permet une réassurance du couple. Il existe de nombreuses situations où il est « normal » d'avoir moins de désir, et les causes peuvent être multiples : fausses croyances, mauvaise image de soi, expériences négatives en lien avec la sexualité, manque d'imaginaire érotique, poids de la vie quotidienne avec son lot de fatigue et de stress, anxiété, maternité, iatrogénie, mauvaise entente de couple voire retentissement de problèmes sexuels masculins. La prise en charge du couple est alors au premier plan : leur réapprendre les caresses, la mise en confiance, en privilégiant les rapports sensuels non sexuels sont des conseils simples et accessibles à tout praticien [86]. Il faut apprendre aux femmes qu'il existe 2 types de désir. Le premier est « spontané », sous l'influence des hormones dites « sexuelles » au niveau de l'hypothalamus. C'est celui qui arrive sans prévenir comme au début d'une relation mais il est éphémère. Le deuxième est secondaire à une excitation physique ou émotionnelle adéquate, il se construit : c'est le désir « réactif ». Rosemary Basson [87] l'illustre dans son schéma de cycle de réponse sexuelle féminine (*figure 6*). Elle propose de remplacer le modèle linéaire classique de Masters et Johnson : désir-excitation-orgasme par un modèle circulaire où le désir pourrait survenir secondairement, comme conséquence plutôt qu'en initiation de l'activité sexuelle. Pour pouvoir initier une relation sexuelle, la femme doit augmenter son bien-être et améliorer sa propre image, ainsi que son rapprochement émotionnel avec son partenaire. Il faut qu'elle se sente attirante, féminine, appréciée, aimée et/ou désirée et elle ne doit pas se sentir anxieuse ou coupable de l'irrégularité des rapports sexuels dans son couple [88].



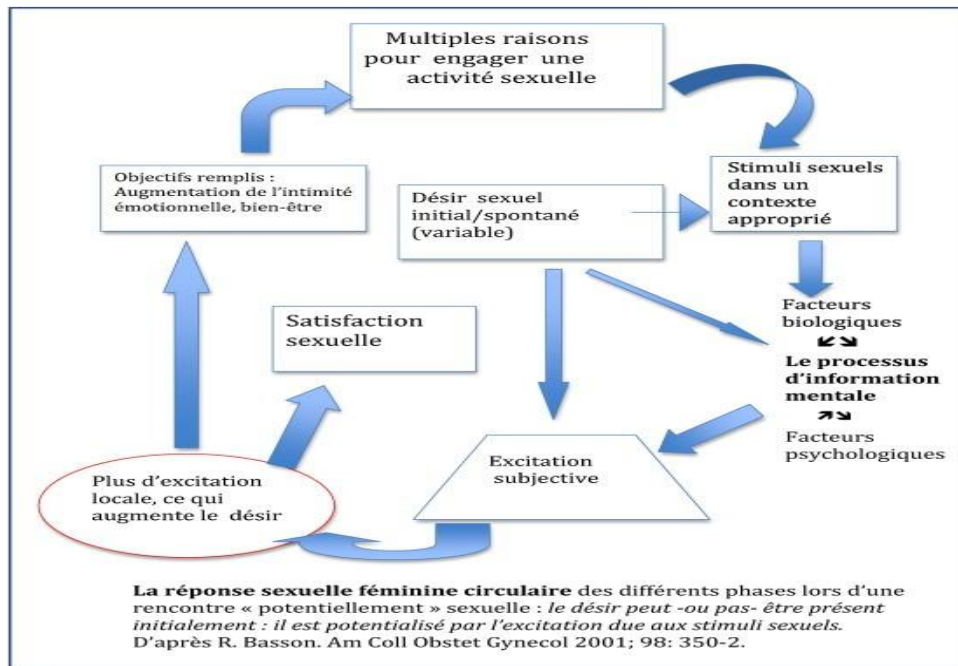


Figure 6 : cycle de la réponse sexuelle féminine selon le modèle de Basson

Enfin il faut savoir adresser à un sexologue ou à un psychologue en cas de dysfonction très ancienne ou de dysfonctions multiples, de notion d'abus sexuels récent ou ancien, de troubles psychologiques évidents, d'une étiologie impossible à déterminer et bien sûr en cas d'échec thérapeutique.

Finissons sur les traitements médicamenteux et chirurgicaux. Aucun des essais thérapeutiques pharmacologiques (bupropion, granisétron et sildénafil) ne s'est révélé plus bénéfique que le placebo pour améliorer la fonction orgasmique chez les femmes [41]. A l'heure actuelle il n'y a donc aucun traitement spécifique ayant prouvé de réel bénéfice sur les troubles de la sexualité féminine [89], [90]. Certains dispositifs médicaux ont fait parler d'eux, tel l'Orgasmatron, breveté par le Dr Stuart Meloy. Cet anesthésiste, suite à un effet secondaire lors d'expériences de neurostimulation visant à contrôler la douleur, a mis au point une sorte de Pace Maker du plaisir dans les années 2000. Ses recherches ont stagné. En effet le coût est prohibitif pour un traitement « de confort », d'autant que pour obtenir l'approbation de la Food and Drug Administration, il devrait réaliser un "essai pivot", qui coûterait environ 6 millions de dollars [91]. Une technique moins invasive est disponible : l'amplification du point G. Elle consiste à injecter de l'acide hyaluronique dans la zone du point G afin d'augmenter sa sensibilité. L'effet durerait entre 5 à 8 mois avec un prix entre 500 et 2000 euros. L'un des chirurgiens pratiquant cette méthode, le Dr Durantet, expliquait l'importance de bien sélectionner les patientes éligibles. En effet selon son expérience personnelle « 100 % des patientes anorgasmiques n'ont pas ressenti plus de plaisir. ». L'objectif de ce traitement est d'augmenter la taille du point G pour permettre aux femmes de mieux le localiser et faciliter un (ré)apprentissage sexuel. Cela doit s'accompagner des différentes mesures non médicamenteuses tels que décrites précédemment [92]. La vulvo-périnéoplastie est une intervention bénéfique lors de dyspareunies mécaniques sur des lésions telles que les fissures chroniques, les vestibulites sévères et les lésions obstétricales, mais la prise en charge doit être globale (chirurgicale mais aussi rééducative et psychologique) [93]. Il y aurait besoin

de lignes directrices dans les indications chirurgicales, d'une standardisation des procédures et d'études de suivi à long terme pour en évaluer les résultats [94]. En revanche pour ce qui concerne les interventions à visée esthétique comme le «rajeunissement vaginal», la «revirgination» et l'«amplification du point G», le Collège Américain de Gynéco-Obstétrique et le Conseil de la Société des gynécologues et obstétriciens du Canada rappelaient qu'elles ne sont pas indiquées médicalement car il y a un manque de données publiées étayant la sécurité et l'efficacité de ces procédures, tant sur la satisfaction sexuelle que sur l'image de soi. L'information, l'éducation et l'accompagnement psychologique et social doivent être privilégiés [93] [95].



II. Matériel et méthode

II.1. Type d'étude et objectifs

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive quantitative transversale, déclarative.

L'objectif principal était de déterminer le rôle que les femmes de 18 ans et plus voudraient attribuer au médecin généraliste dans l'abord des troubles de la sexualité féminine.

L'hypothèse de travail était que le médecin généraliste devrait être un interlocuteur privilégié dans les troubles de la sexualité féminine.

Le critère de jugement principal était la volonté des femmes d'aborder les troubles de la sexualité qu'elles ont pu rencontrer, avec leur médecin généraliste.

Les objectifs secondaires étaient :

- Déterminer les différents interlocuteurs privilégiés des femmes en ce qui concerne les troubles de la sexualité
- Déterminer, en fonction des tranches d'âges, la différence d'implication souhaitée par les femmes dans le repérage des troubles de la sexualité féminine par leur médecin généraliste.
- Proposer aux médecins une stratégie préférentielle à adopter, selon leurs patientes, pour aborder la question des troubles de la sexualité
- Connaitre les facteurs facilitants et les freins des femmes pour aborder le sujet avec leur médecin généraliste

II.2. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire comprenait 4 parties (*annexe 1*) :

- la première afin de décrire la population d'étude : tranche d'âge, présence d'un conjoint, orientation sexuelle, moyen de contraception, enfants, religion et niveau d'étude (questions 1 à 8)
- la deuxième axée sur le vécu de la sexualité : épanouissement, troubles de la sexualité, retentissement personnel et sur le couple, implication ressentie du partenaire (questions 9 à 12)
- la troisième sur la volonté d'aborder le sujet avec leur médecin généraliste ou un autre interlocuteur (questions 13 à 17)
- la quatrième sur les modalités de repérage des troubles de la sexualité : par la patiente ou le médecin, avec quels types de questions, à quel moment, et ce qui pourrait freiner ou au contraire inciter la patiente à en parler (questions 18 à 20).

Les freins et facteurs facilitateurs à la communication ont été choisis à partir d'une thèse qualitative sur la prise en charge des troubles du désir féminin par le médecin généraliste, réalisée par Bénédicte Wissemberg [8] :



- ➔ Ceux liés aux médecins = âge, sexe, manque de temps, absence de compétence spécifique, neutralité (en fonction de l'ancienneté de la relation médecin-patient et de la connaissance de l'entourage),
- ➔ Ceux liés aux patientes : gêne à la verbalisation, crainte d'être jugée, confiance, capacité d'écoute, et durée de suivi.

Les différents interlocuteurs proposés ont également été sélectionnés sur la base de cette thèse qualitative : psychologue/psychiatre, sexologue, gynécologue, partenaire, amis. Ont été rajoutés les forums sur internet.

Le questionnaire a été testé avant sa diffusion sur 3 patientes du Pr Dumoitier, et il a été corrigé en fonction des remarques émises.

II.3. Population cible et recueil des données

La population interrogée était les femmes âgées de 18 ans et plus, qui venaient consulter leur médecin généraliste, quel que soit le motif de consultation. Les mineures étaient exclues.

L'étude a été réalisée à l'aide d'un questionnaire mis à disposition des patientes dans les salles d'attente de médecins généralistes de la Haute Vienne.

Les médecins généralistes ont été tirés au sort à l'aide d'un logiciel de chiffres aléatoires, en se basant sur la liste des médecins généralistes libéraux installés en Haute-Vienne délivrée par le Conseil de l'Ordre. 20 médecins de la Haute Vienne ont été sélectionnés, pour un objectif de minimum 10 médecins participants.

Les différents médecins ont été contactés par téléphone afin d'obtenir leur accord, puis une information orale et écrite (*annexe 2*) leur a été faite. 20 à 30 questionnaires par médecin ont été remis initialement, apportés directement au cabinet. Ils ont été laissés dans les salles d'attente pour être remplis sur place, afin d'éviter les pertes de vues. Les questionnaires étaient accompagnés d'une lettre d'information aux patientes (*annexe 3*), expliquant l'objectif et l'intérêt de l'étude, ainsi que les modalités du recueil de données :

- les femmes de 18 ans et plus étaient invitées à y répondre, de façon anonyme et confidentielle,

- le questionnaire devait être déposé ensuite dans une urne fermée.

Une relance par appel téléphonique avait lieu à 15 jours, et les médecins pouvaient rappeler entre temps pour demander qu'on leur renvoie des questionnaires si besoin. L'étude s'est déroulée sur 45 jours, de mi-septembre à début novembre 2017. La clôture du recueil des questionnaires a été faite le 6 novembre 2017.



II.4. Analyse statistique

Les données ont été enregistrées dans le logiciel Excel pour être analysées. Les variables qualitatives ont été décrites par effectifs et pourcentages. Les variables ont été décrites globalement et par sous-groupes. Les comparaisons de variables qualitatives ont été réalisées par des tests du Chi2 ou des tests exacts de Fisher en fonction des effectifs théoriques et du nombre de classes et/ou d'items dans les différentes variables considérées. Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est de 0,05. Les analyses statistiques ont été réalisées au moyen du logiciel en ligne biostatgv (<https://biostatgv.sentiweb.fr>) avec l'aide du département universitaire de médecine générale de la Faculté de médecine de Limoges et du logiciel Excel.



III. Résultats

III.1. Analyse descriptive

III.1.1. Réponses des médecins et des patientes à la demande de participation

Sur les médecins tirés au sort, 16 ont accepté de participer (*annexe 1*). Deux d'entre eux partageaient la même salle d'attente, et deux autres avaient une activité spécifique : l'ostéopathie et l'homéopathie. 11 avaient une activité urbaine, et 5 une activité rurale. Il y avait 5 médecins femmes, et 11 médecins hommes.

Parmi ceux qui n'ont pas participé, l'un est resté injoignable et les trois autres ont refusé. Les raisons étaient le manque de temps, une activité spécifique (nutritionniste) et une patientèle qui ne correspondait pas à ce type de sujet selon les termes du praticien.

Les caractéristiques des différents médecins et le nombre de questionnaires remplis sont présentés en annexe 4.

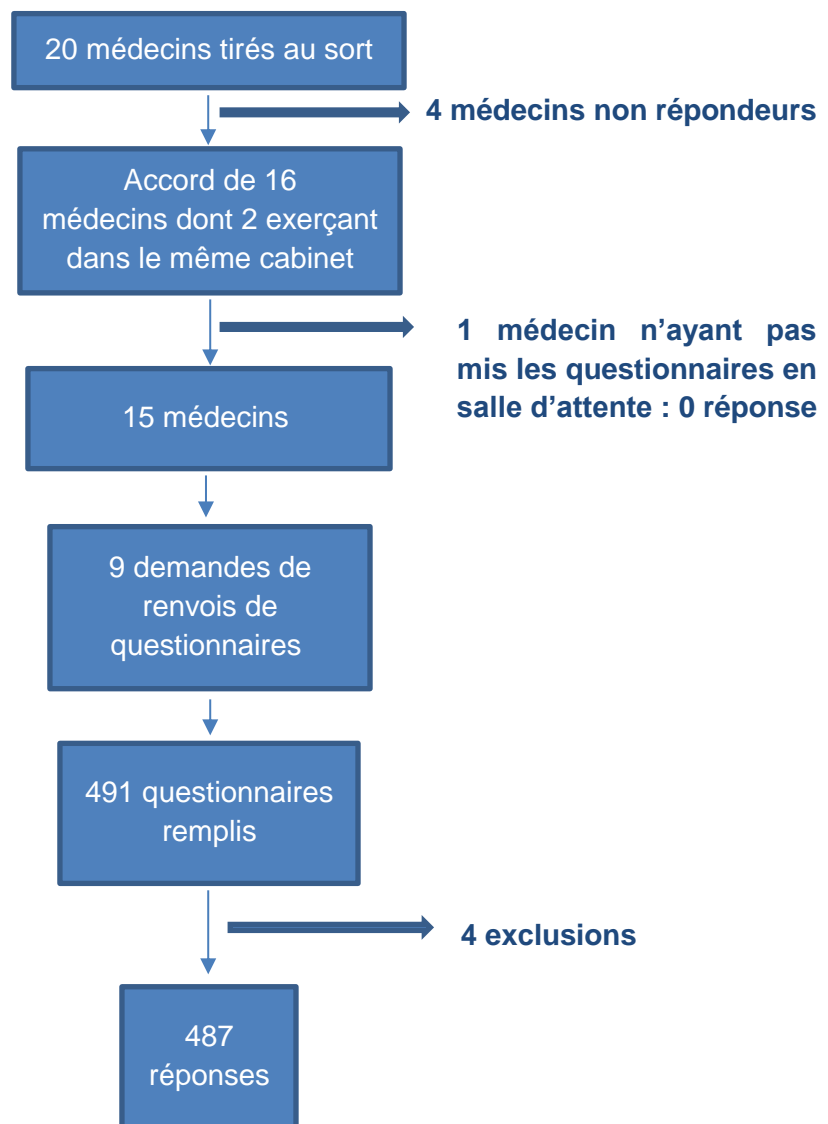


Figure 7 : diagramme de flux

Parmi les 4 exclusions, un des questionnaires était rempli par une mineure, un autre par un homme, et 2 étaient ininterprétables puisque seules les caractéristiques sociodémographiques (questions 1 à 8) étaient remplies.

III.1.2. Caractéristiques socio-démographiques

Les 8 premières questions portaient sur les caractéristiques socio-démographiques.

III.1.2.1 Répartition selon les tranches d'âge :

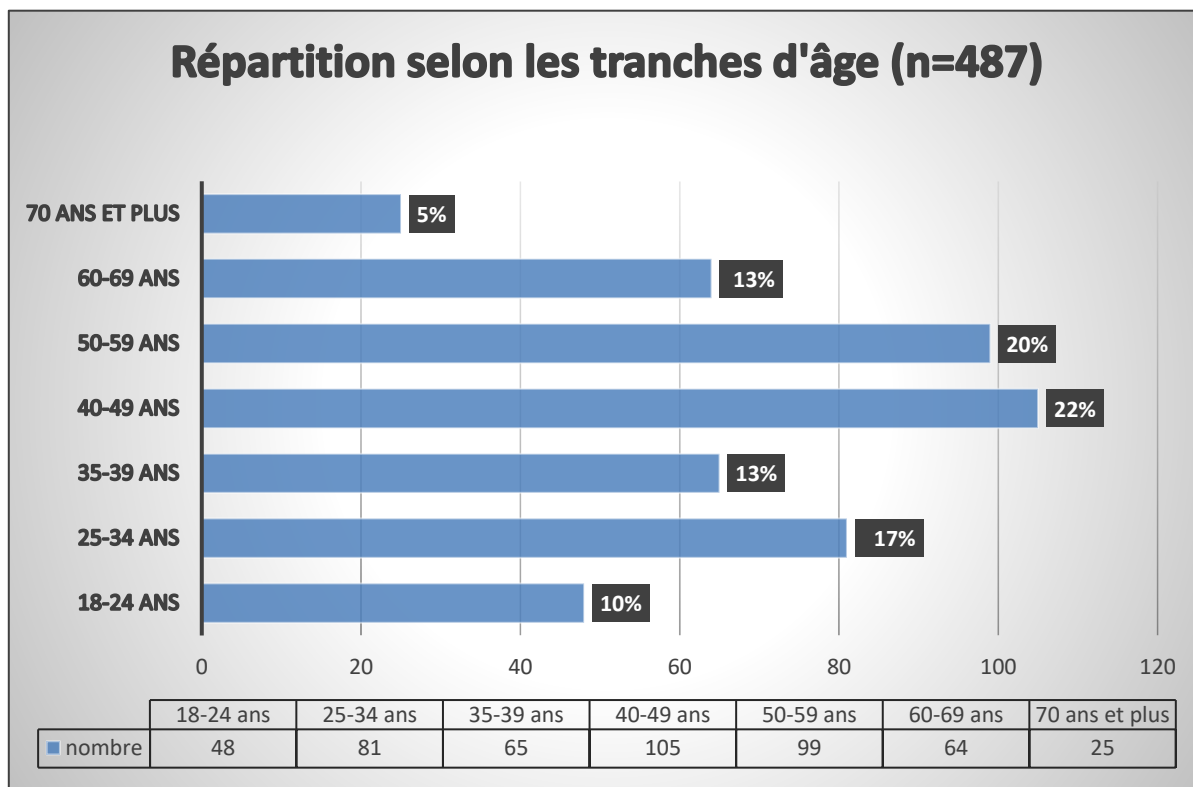


Figure 8 : Réponse à la question « Quel âge avez-vous ? »



III.1.2.2 Situation familiale :

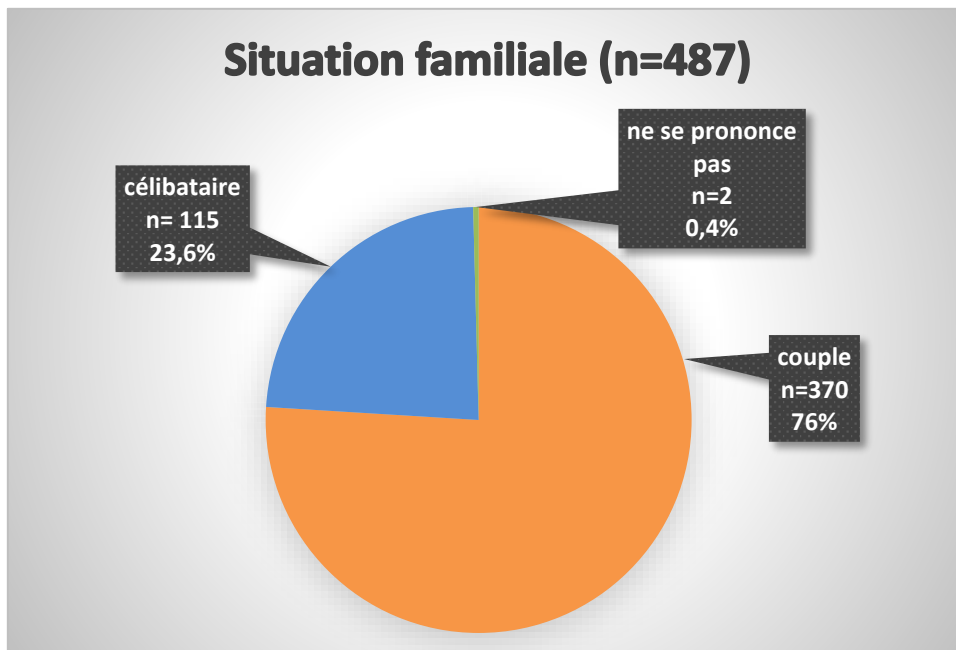


Figure 9 : Réponse à la question « Êtes-vous célibataire ou en couple ? »

III.1.2.3 Orientation sexuelle

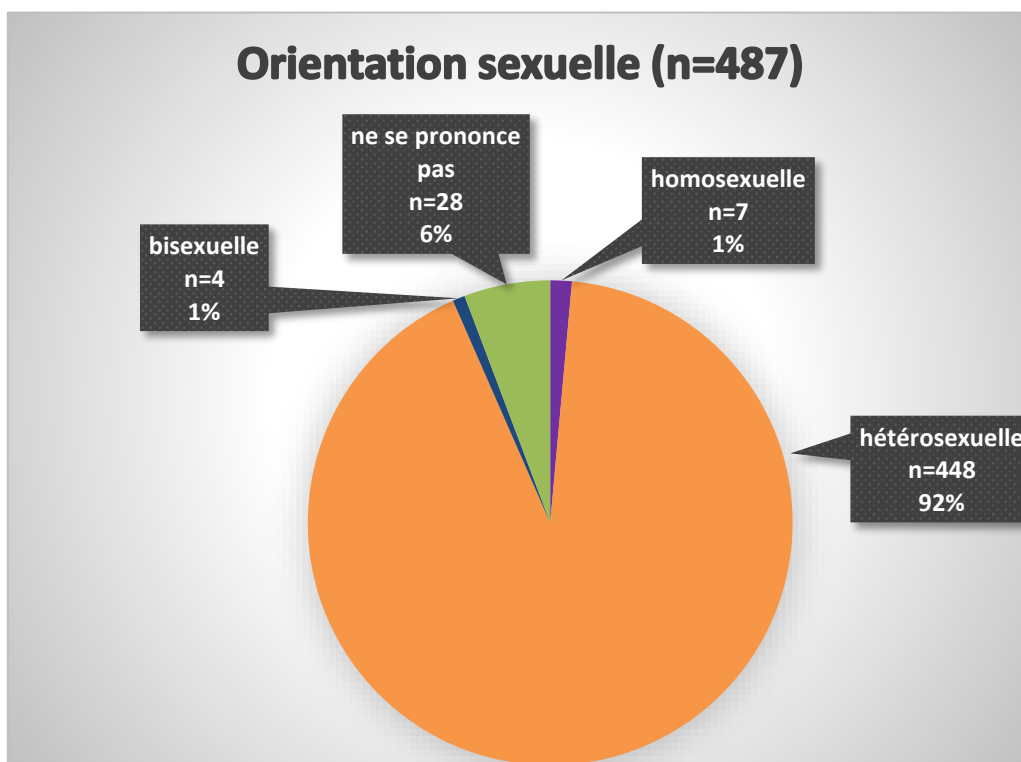


Figure 10 : Réponse à la question sur l'orientation sexuelle

III.1.2.4 Cohabitation avec le partenaire

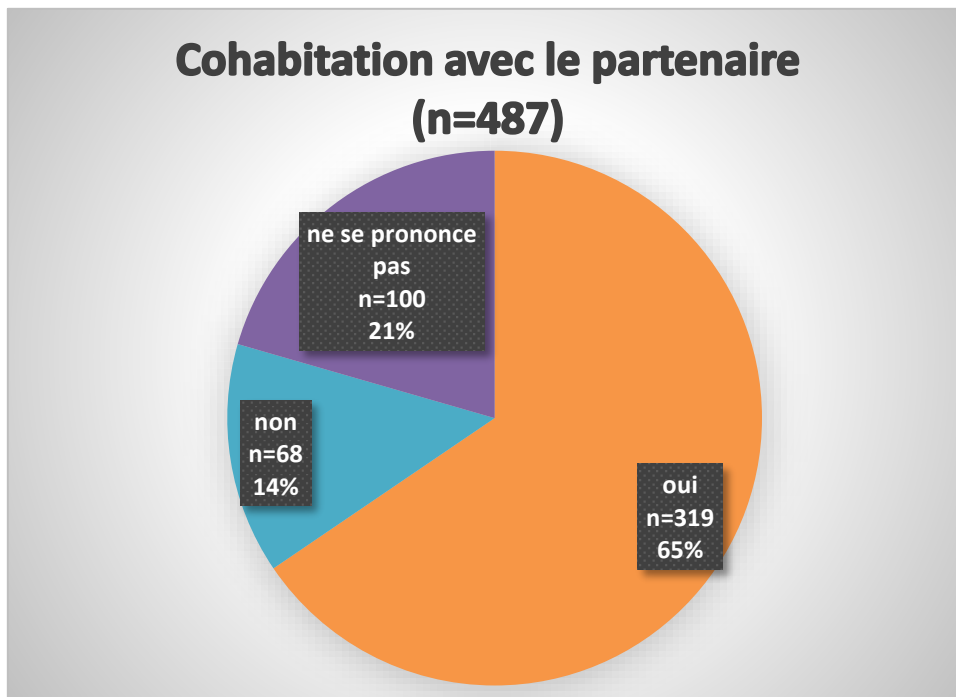


Figure 11 : Réponse à la question « Si vous êtes en couple vivez-vous avec votre partenaire ? »

III.1.2.5 Présence d'enfants

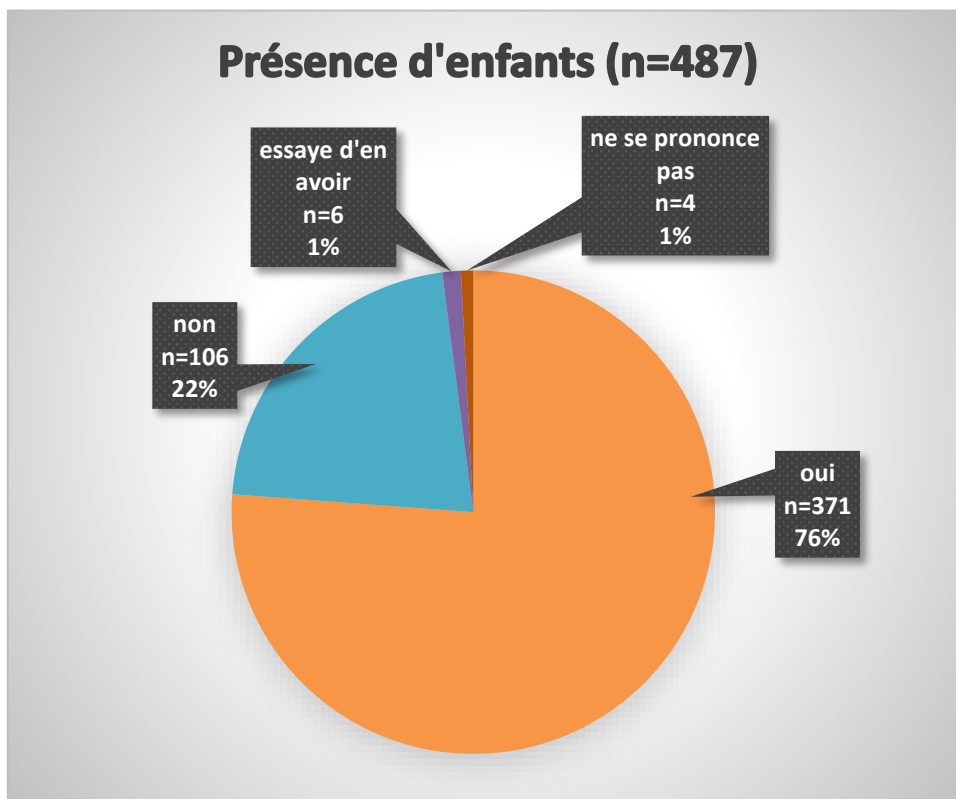


Figure 12 : Réponse à la question « Avez-vous des enfants ? »

III.1.2.6 Mode de contraception

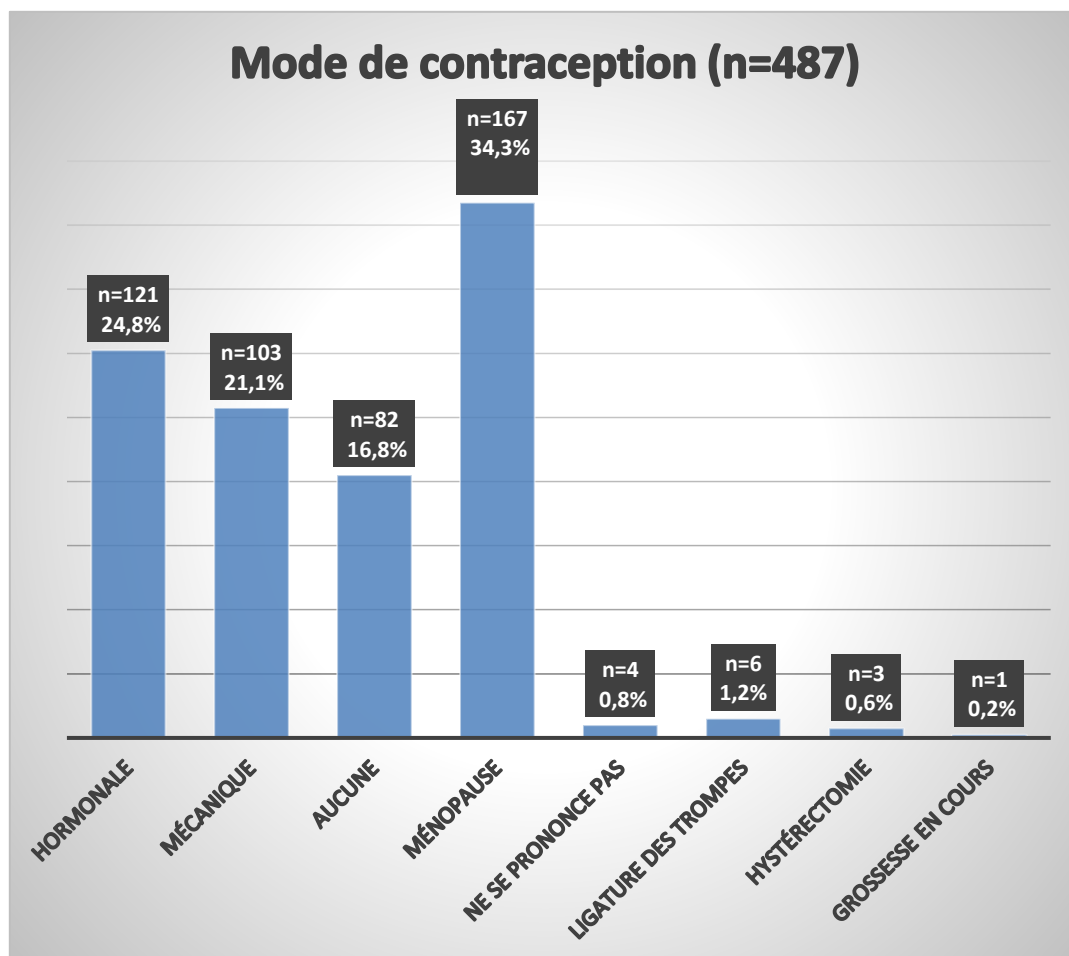


Figure 13 : Réponse à la question sur le mode de contraception

III.1.2.7 Religion

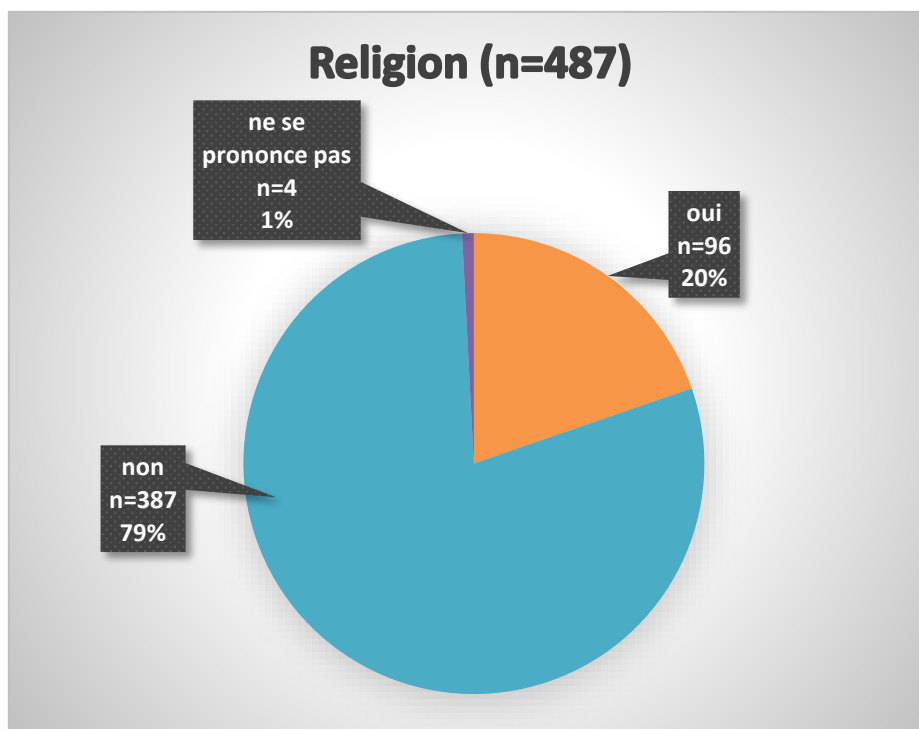


Figure 14 : Réponse à la question « Pratiquez-vous une religion ? »

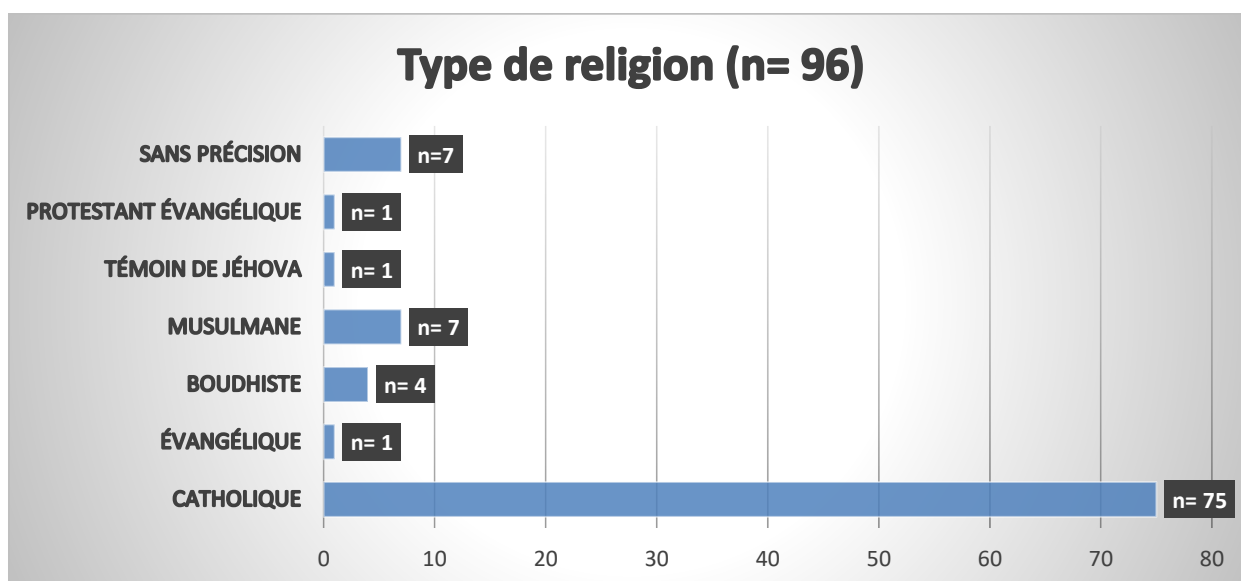


Figure 15 : Type de religion pratiquée

III.1.2.8 Niveau d'étude

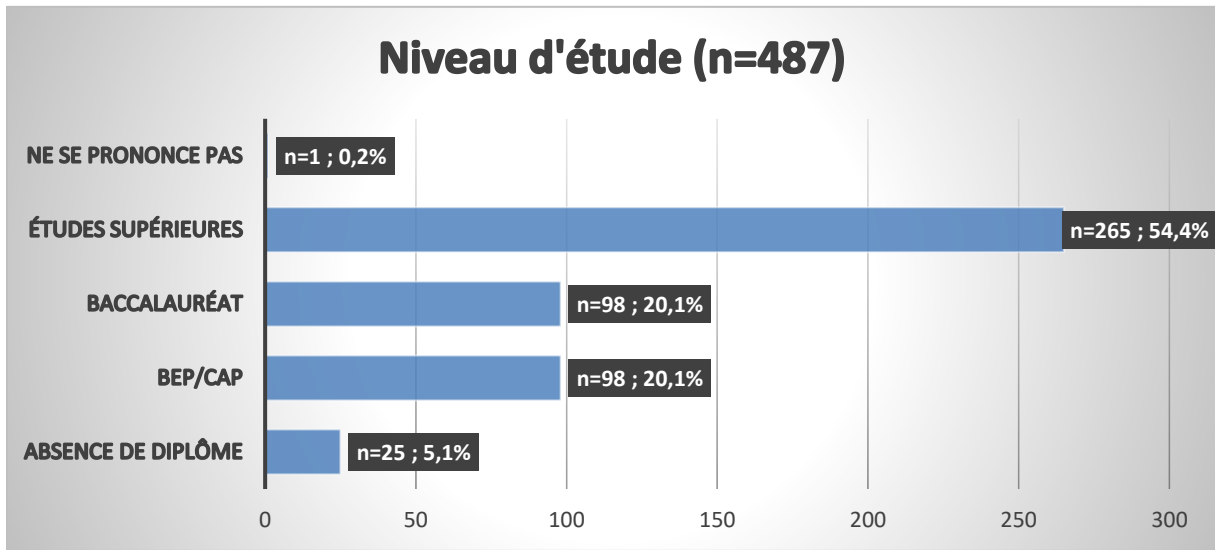


Figure 16 : Réponse à la question sur le niveau d'étude

III.1.3. Epanouissement sexuel, prévalence des troubles de la sexualité, retentissement et préoccupation du partenaire

III.1.3.1 Epanouissement sexuel

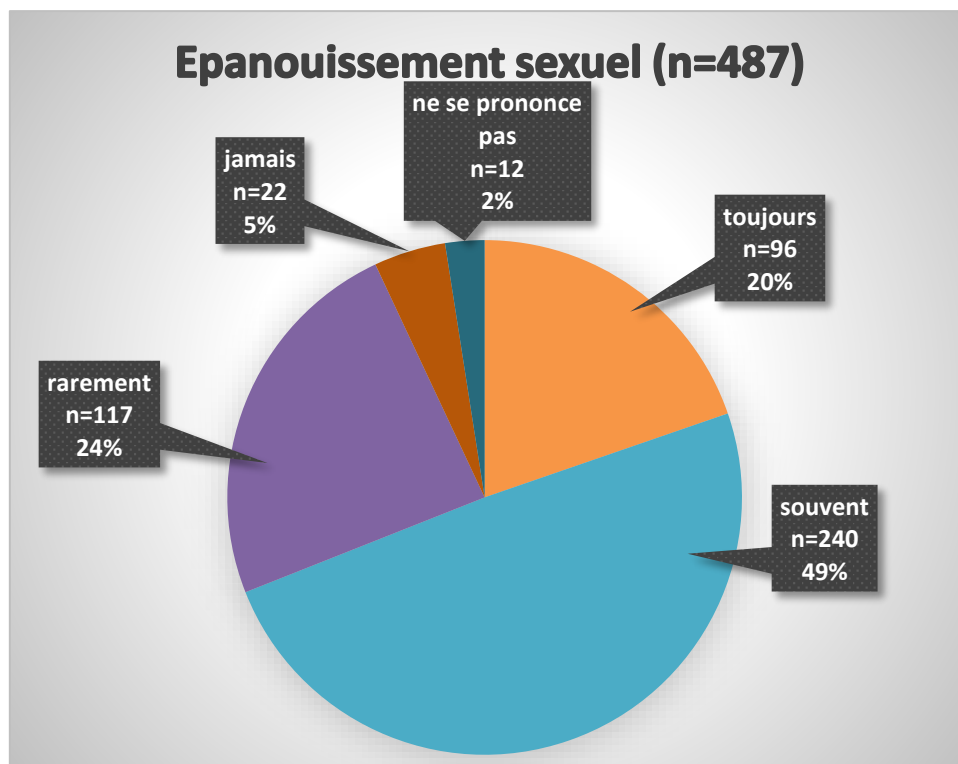


Figure 17 : Réponse à la question « Vous sentez-vous épanouie dans votre sexualité ? »

Sur la totalité des femmes interrogées (n=487), 139 femmes (28%) n'étaient « jamais » ou « rarement » épanouies, et 336 (69%) l'étaient « souvent » ou « toujours ».

III.1.3.2 Troubles de la sexualité

Sur les 487 femmes ayant répondu, 423 (87%) avaient au moins un trouble de la sexualité, 64 femmes (13%) n'en signalaient aucun. Il y a eu 771 réponses.

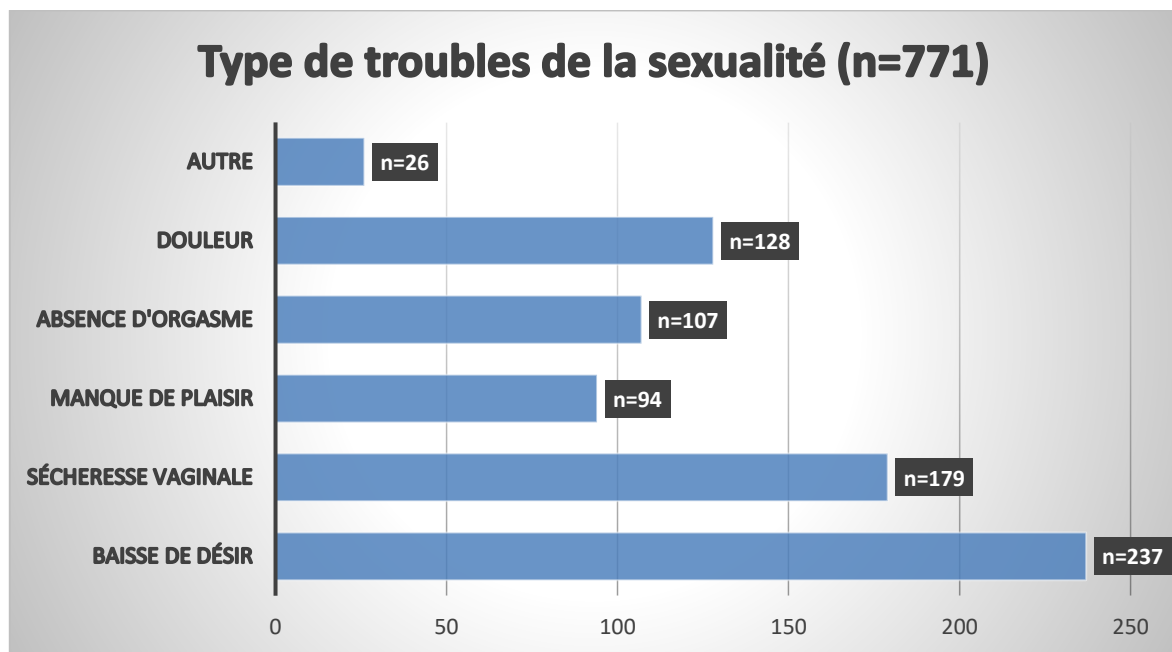


Figure 18 : Réponse à la question « Dans votre sexualité, rencontrez-vous les troubles suivants ? »

Sur les 423 femmes ayant déclaré avoir des troubles, 56% signalaient des troubles du désir, 42% une sécheresse vaginale, 30% des troubles douloureux, 25% des troubles de l'orgasme, 22% un manque de plaisir, et 6% d'autres troubles.

Parmi les troubles « autres », 11 citaient la rareté ou l'absence de rapports sexuels, 3 des mycoses, 3 des signes urinaires post-coïtaux, 3 les troubles de la sexualité de leur partenaire (trouble du désir ou de l'érection), 2 une sécheresse vaginale liée à des effets indésirables médicamenteux (chimiothérapie et antidépresseur), 2 des pathologies (AVC et stomie), 1 une gêne lors de la pénétration et 1 ne précisait pas.

Au total 64 femmes (13%) n'avaient aucun trouble, 201 (41%) un trouble de la sexualité isolé, et 222 (46%) plusieurs troubles associés. La figure 18 récapitule le nombre et le type de troubles associés entre eux.



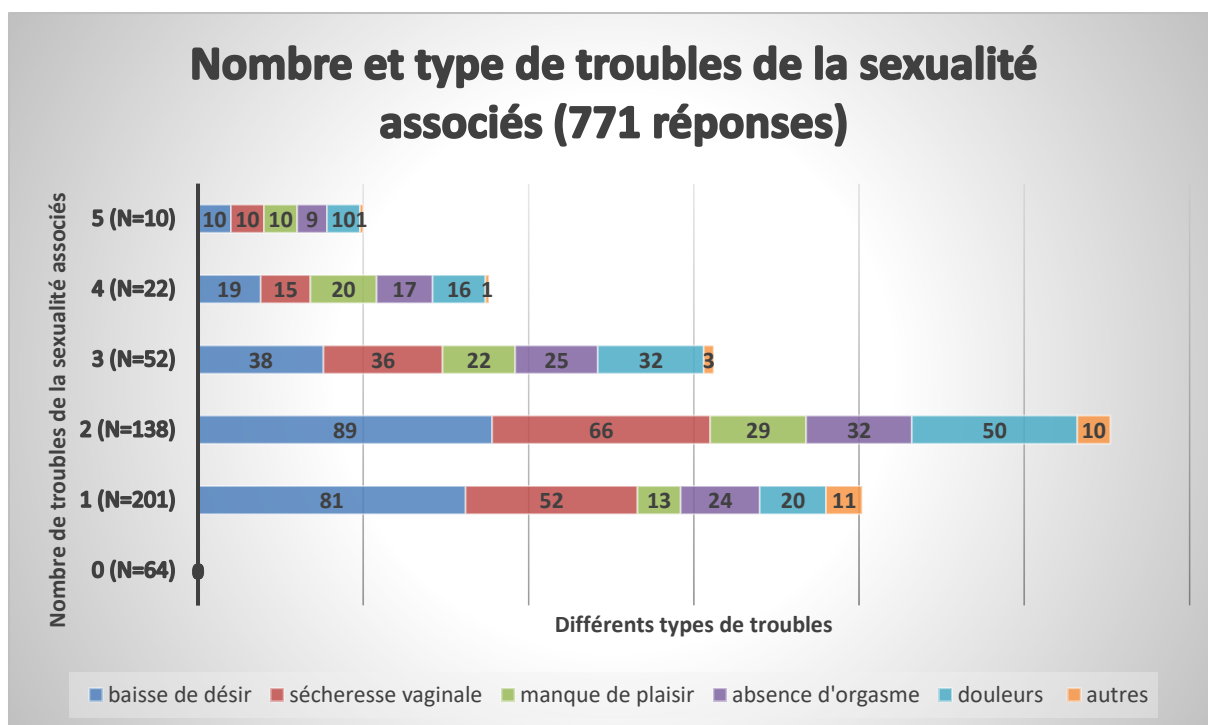


Figure 19 : Association des troubles de la sexualité

III.1.3.3 Retentissement des troubles de la sexualité

Pour 307 femmes (63%) les troubles de la sexualité avaient un retentissement négatif. Pour 128 femmes (26%) ce n'était pas le cas.

52 femmes (11%) ne se prononçaient pas.

Chez les femmes pour qui cela avait un retentissement négatif, 218 (45%) le ressentait sur leur propre bien-être, et 196 (40%) sur leur couple.



III.1.3.4 Préoccupation du partenaire ressentie pour le plaisir de la femme

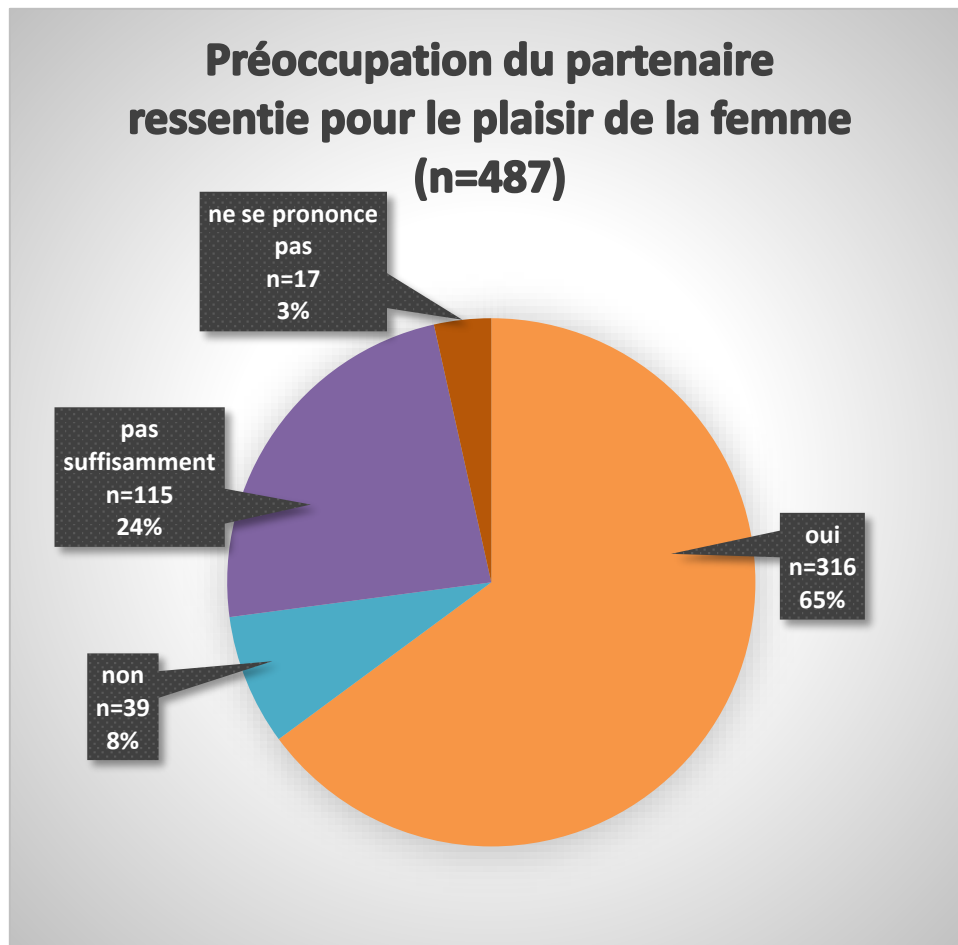


Figure 20 : Réponse à la question « En général, avez-vous le sentiment que votre/vos partenaire(s) se préoccupe(nt) réellement de votre plaisir ? »

III.1.4. Volonté des femmes de parler des troubles de la sexualité, objectif attendu et interlocuteurs privilégiés

III.1.4.1 Volonté des femmes de parler de leurs troubles de la sexualité

Il y avait la même proportion (47%) de femmes qui souhaitent parler de leurs troubles de la sexualité, que de femmes qui ne souhaitent pas en parler. 6% de femmes ne se sont pas prononcées.

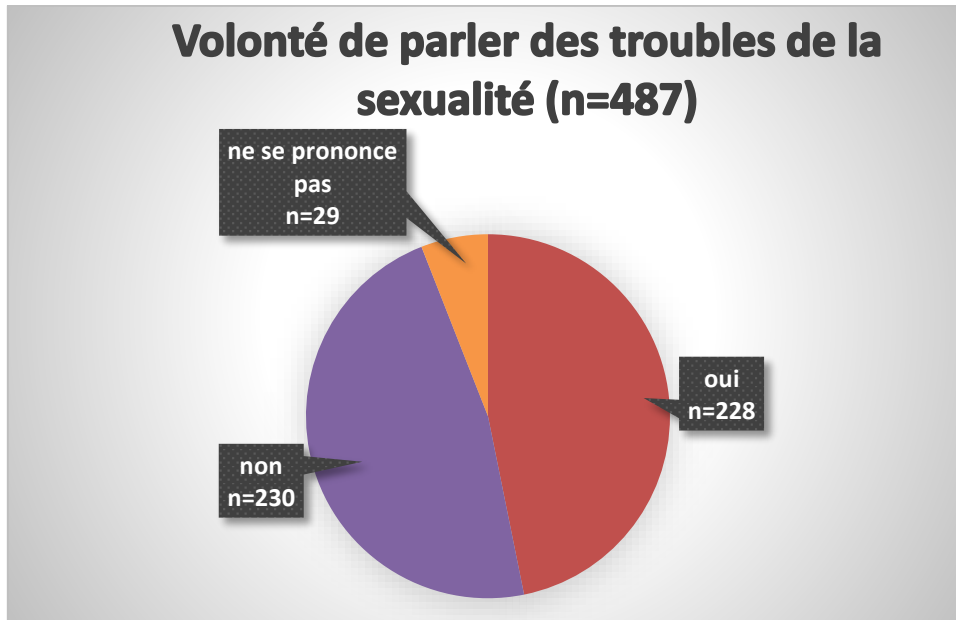


Figure 21 : Réponse à la question « Aimeriez-vous parler des troubles de la sexualité que vous pouvez rencontrer ? »

III.1.4.2 Objectif attendu par les femmes quand elles parlent de leurs troubles de la sexualité

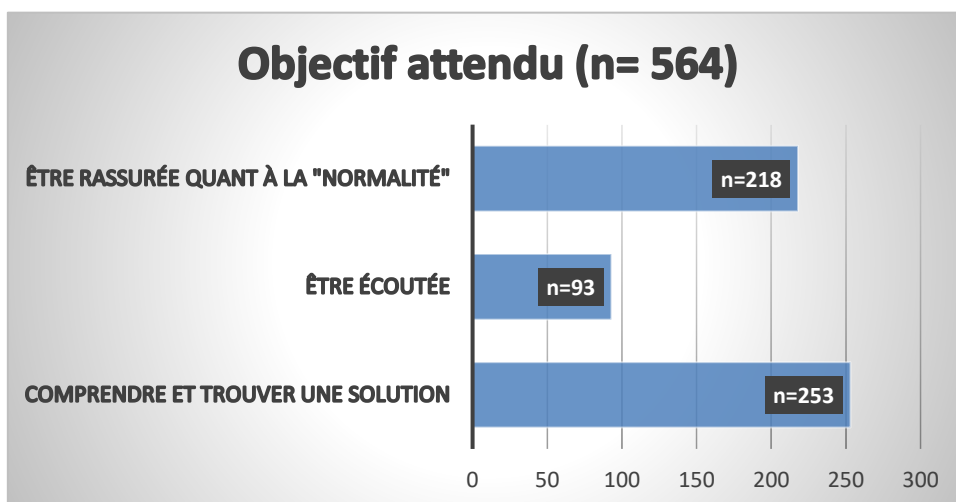


Figure 22 : Réponse à la question « Qu'est-ce qui vous pousserait à parler de vos troubles de la sexualité ? »

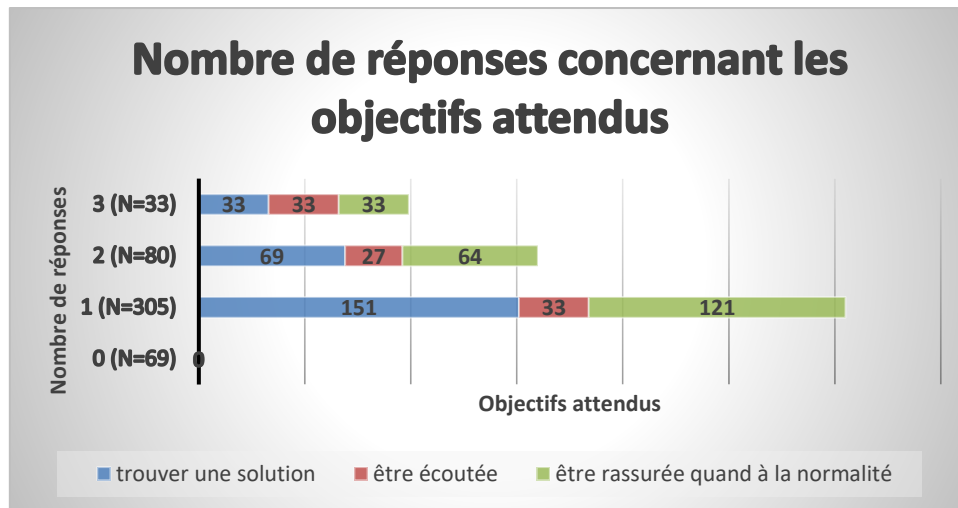


Figure 23 : Répartition du nombre de réponses concernant les objectifs attendus

III.1.4.3 Interlocuteurs privilégiés par les femmes pour parler des troubles de la sexualité

Il s'agissait d'une question à choix multiples, il y a eu 1254 réponses.

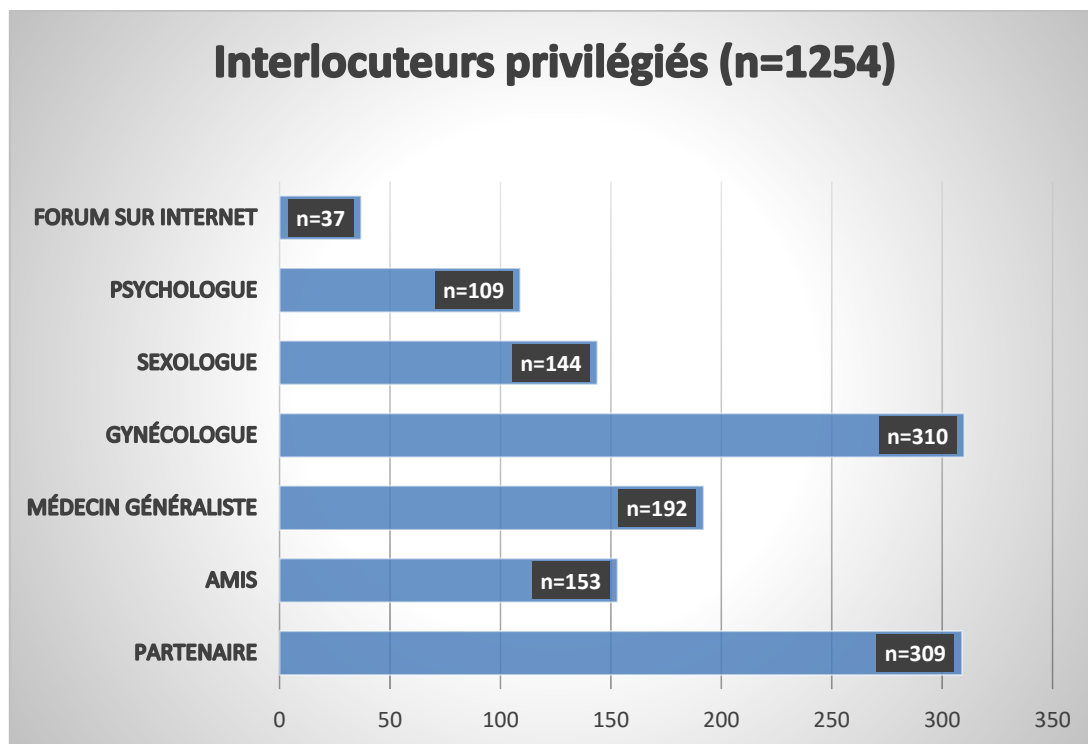


Figure 24 : Réponse à la question « Avec qui voudriez-vous en parler ? »

Sur la totalité des femmes interrogées (n=487), les interlocuteurs privilégiés pour parler des troubles de la sexualité étaient le gynécologue (64%) et le partenaire (63%) en premier lieu, puis le médecin généraliste (39%).

Venaient ensuite les amis (31%), le sexologue (30%), le psychologue ou le psychiatre (22%) et enfin les forums sur internet (8%).



Nombre et type d'interlocuteurs privilégiés (n=487)

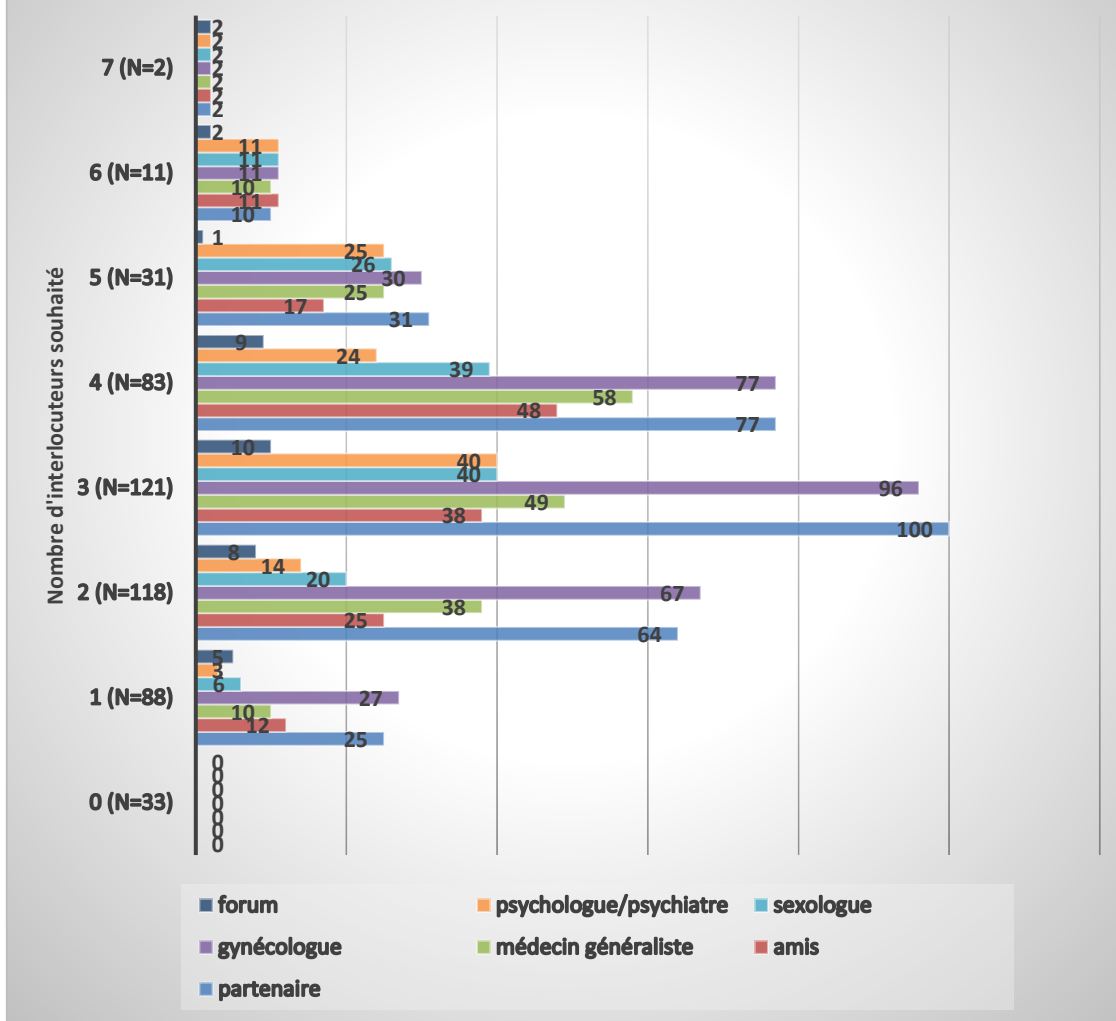


Figure 25 : Nombre et type d'interlocuteurs privilégiés par les femmes pour parler des troubles de la sexualité

33 femmes (7%) n'avaient aucun interlocuteur privilégié. 88 femmes (18%) n'en avaient qu'un et 366 femmes (75%) en avaient au moins 2.

Chez celles qui n'avaient qu'un interlocuteur, le gynécologue (n=27) et le partenaire (n=25) venaient en premier, puis les amis (n=12) et le médecin généraliste (n=10) et les autres ensuite.

Chez celles ayant de 2 à 5 interlocuteurs privilégiés, les deux interlocuteurs en tête de liste restaient le gynécologue et le partenaire, le médecin généraliste arrivant en troisième position.

III.1.4.4 Volonté des femmes de parler des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste

Nous présentons ci-dessous les réponses à l'item 3 de la question numéro 15 qui est de savoir si les femmes aimeraient parler des troubles de la sexualité avec leur médecin généraliste.

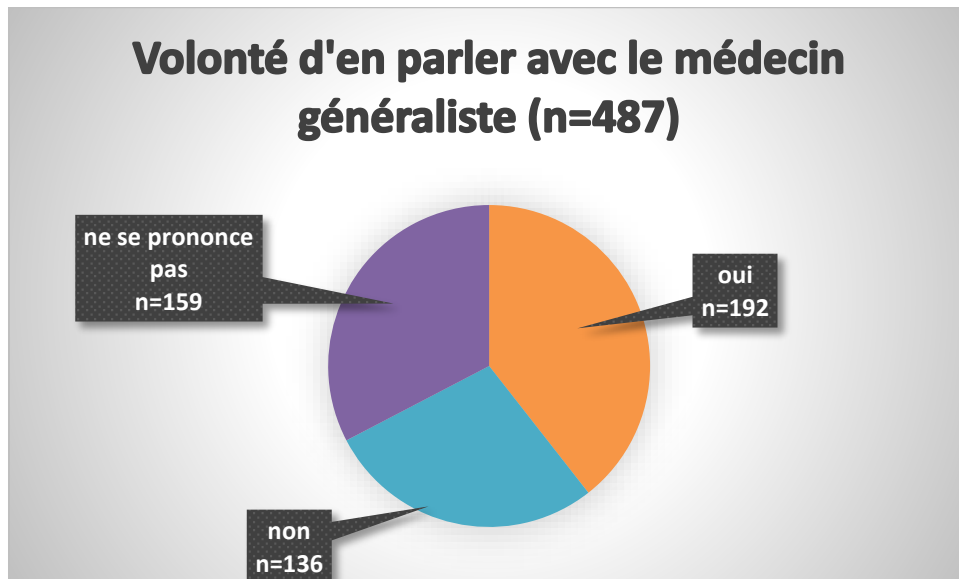


Figure 26 : Volonté de parler des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste

39% des femmes interrogées souhaitent parler des troubles de la sexualité au médecin généraliste. 28% ne voulaient pas lui en parler et 33% ne se prononçaient pas.

Sur les 228 femmes qui voulaient parler de leurs troubles 55% voulaient en parler au médecin généraliste. Sur les 230 femmes qui ne voulaient pas parler de leurs troubles, 58 soit 25% accepteraient d'en parler avec leur médecin généraliste.

III.1.4.5 Fait d'avoir déjà parlé des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste

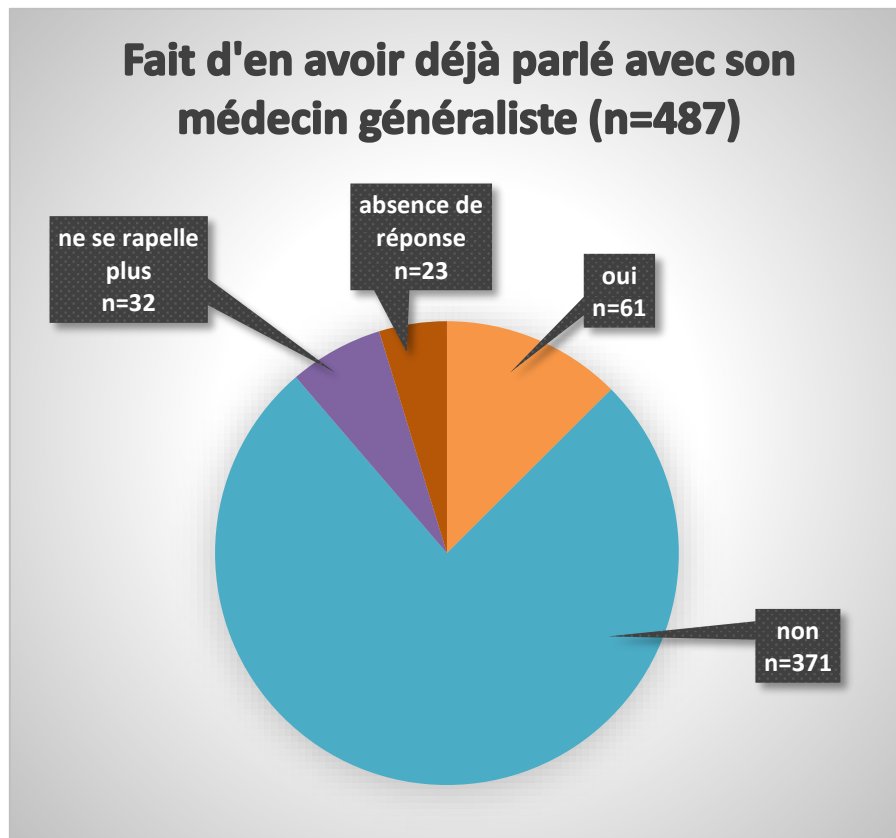


Figure 27 : Réponse à la question « En avez-vous déjà parlé avec votre médecin généraliste ? »

12% de la totalité des femmes interrogées en avaient déjà parlé avec leur généraliste. 76% n'en avaient jamais parlé avec lui.

III.1.5. Stratégie préférentielle des patientes dans l'abord des troubles de la sexualité par le médecin généraliste, freins et facteurs facilitateurs.

III.1.5.1 La personne souhaitée par les femmes pour aborder les troubles de la sexualité

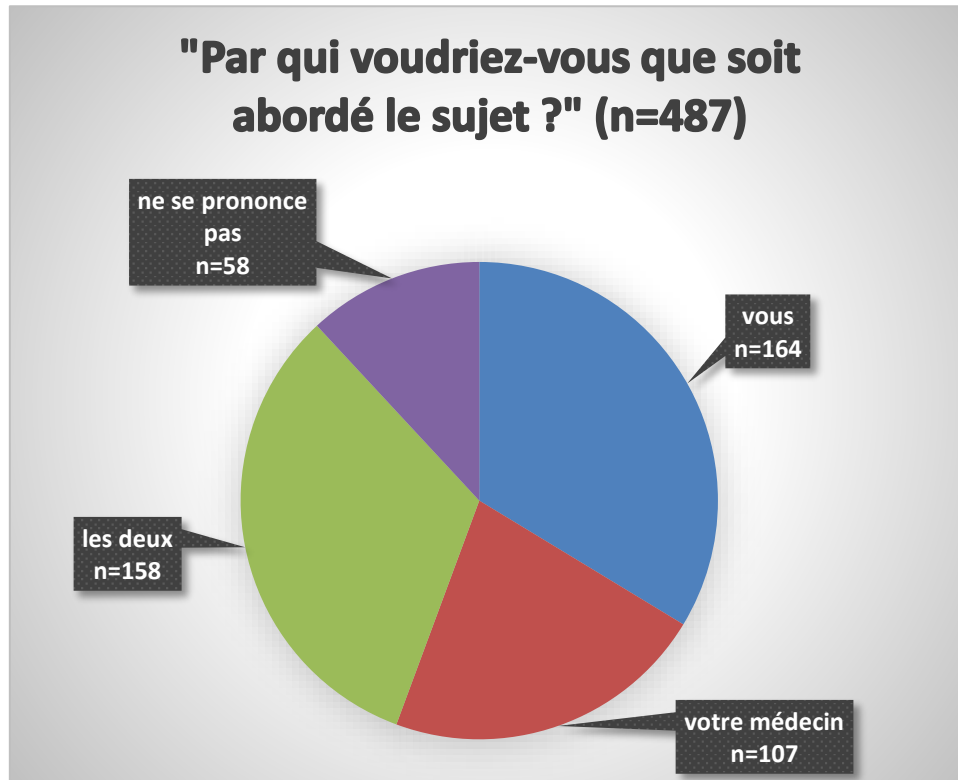


Figure 28 : Réponse à la question « Par qui voudriez-vous que la question soit abordée? »

Sur la totalité des femmes interrogées, 34% préféraient que ce soit elles qui abordent le sujet, 22% le médecin généraliste, et 32% les deux indifféremment.

III.1.5.2 Le type de question souhaité par les femmes pour aborder les troubles de la sexualité

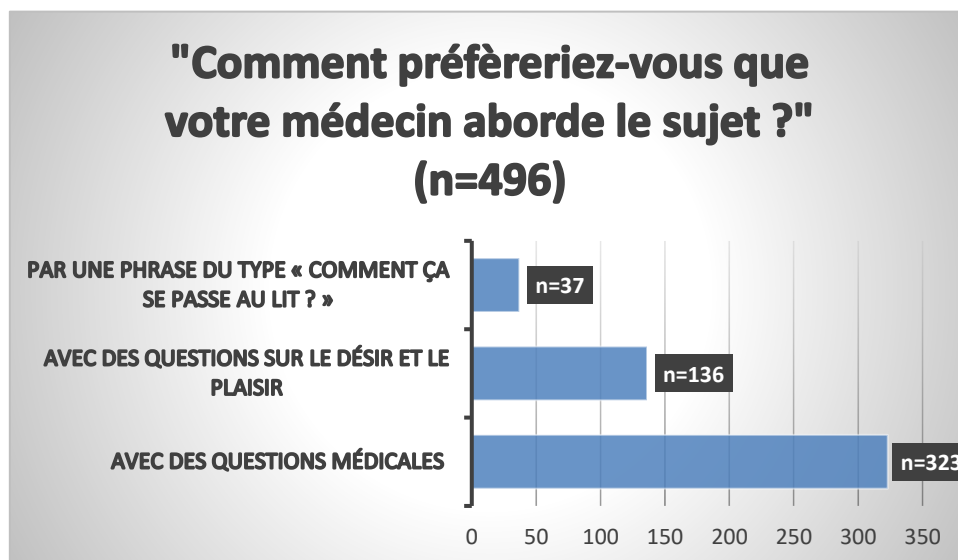


Figure 29 : Réponse à la question « Comment préféreriez-vous que votre médecin aborde le sujet ? »

Sur la totalité des 487 femmes interrogées, 66% préféraient que la question des troubles de la sexualité soit abordée avec des termes médicaux. 28% préféraient des questions sur le désir et le plaisir. Si on ne s'intéresse qu'au groupe de femmes qui veulent en parler avec le généraliste, ce chiffre monte à 37%. Enfin 8% adhèrent à une approche directe avec une phrase du type « comment ça se passe au lit ? ».

III.1.5.3 Moments souhaités par les femmes pour aborder les troubles de la sexualité

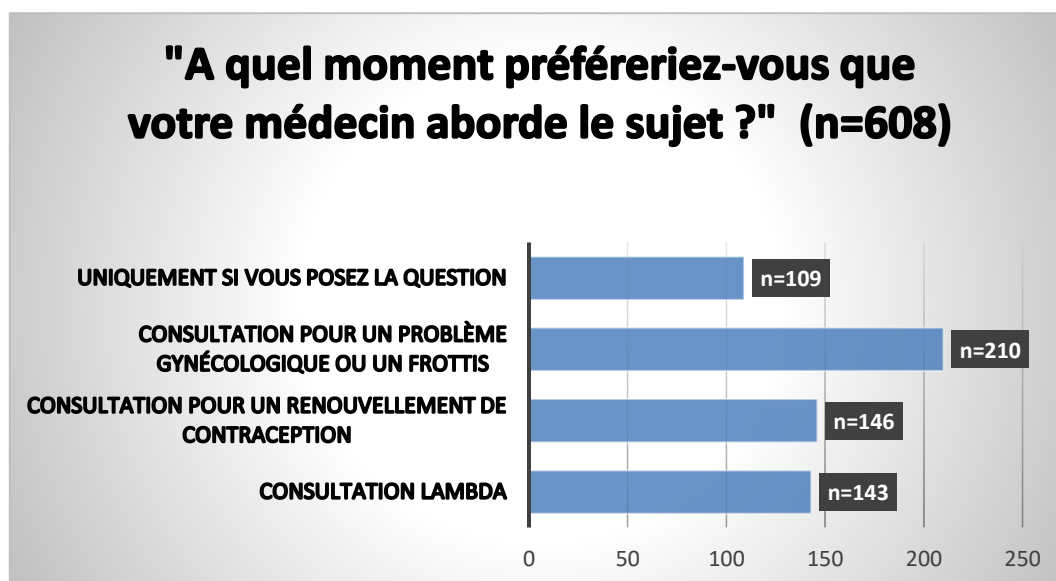


Figure 30 : Réponse à la question « A quel moment préféreriez-vous que votre médecin aborde le sujet ? »

Les femmes préféraient que la question des troubles de la sexualité soit abordée lors d'une consultation pour un problème gynécologique ou un frottis (n=210), puis lors d'un renouvellement de contraception (n=146), puis lors d'une consultation pour un autre motif (n=143). Elles étaient 109 à vouloir que ce soit uniquement elles qui posent la question.

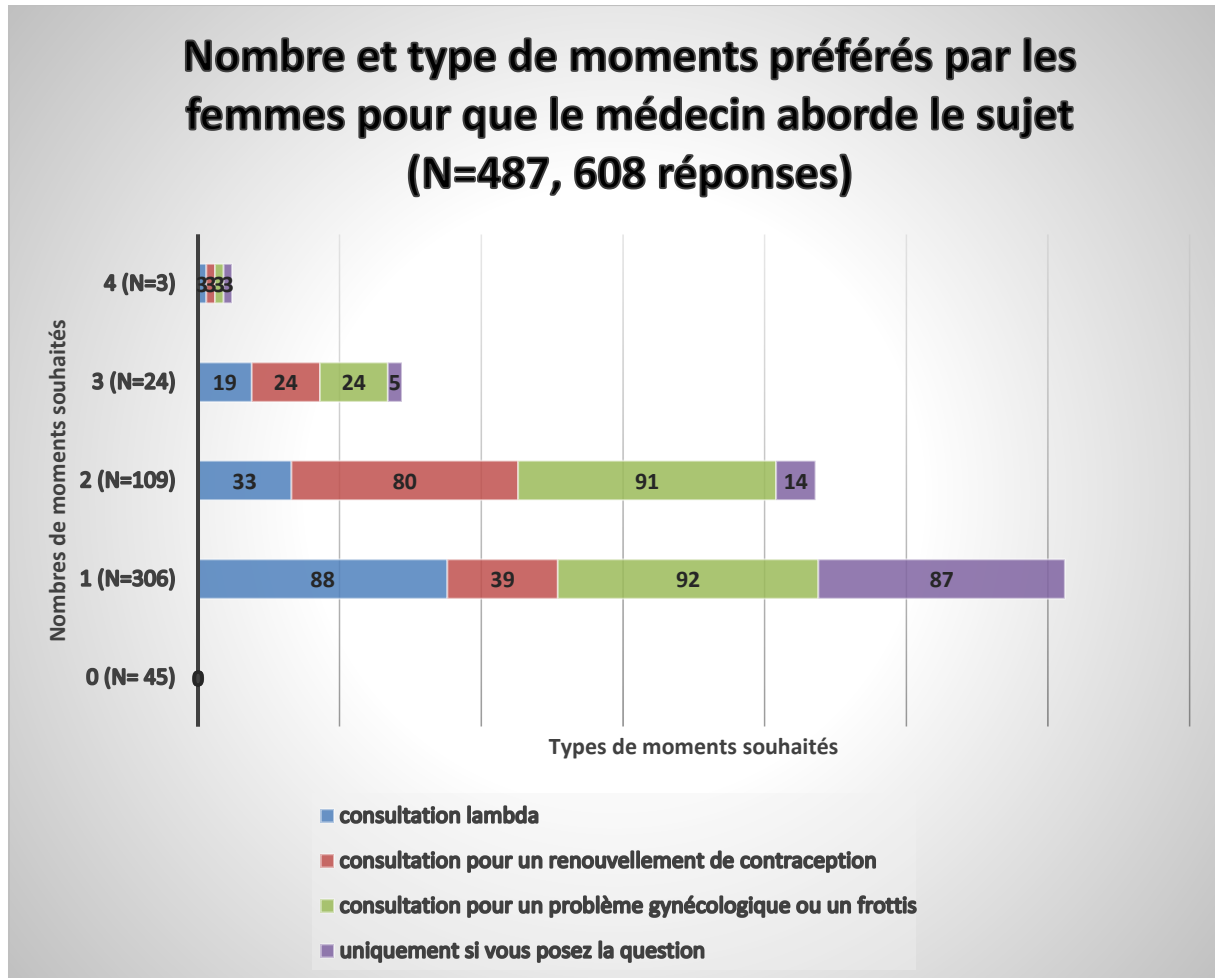


Figure 31 : Nombres et types de moments souhaités par les femmes pour aborder la question

III.1.5.4 Facteurs facilitateurs et freins des femmes à aborder le sujet avec le médecin généraliste

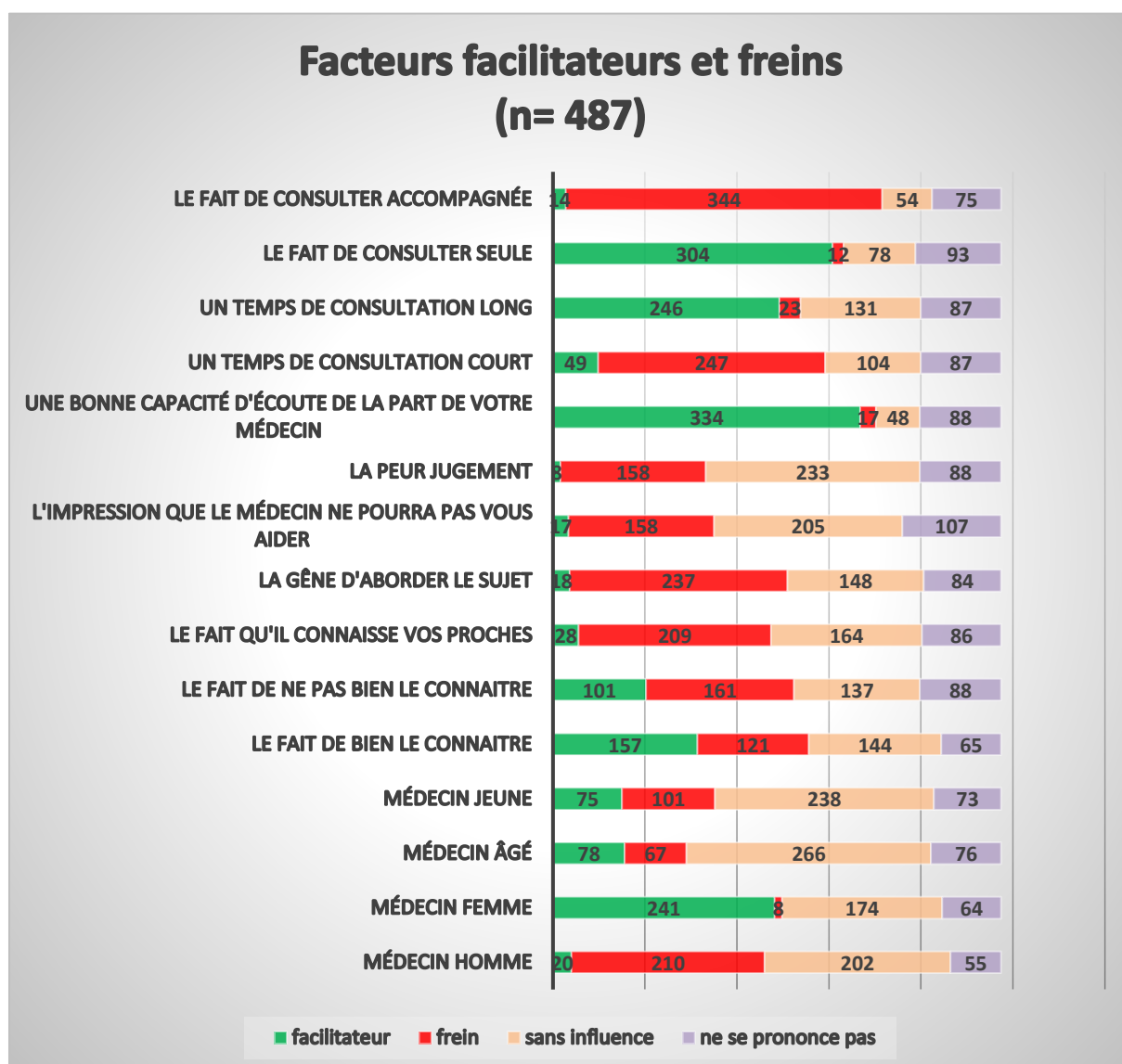


Figure 32 : Réponse à la question « Parmi ces caractéristiques concernant votre médecin généraliste, qu'est-ce qui vous freinerait ou au contraire faciliterait le fait d'aborder avec lui les troubles possibles de la sexualité ? »

III.1.5.5 Commentaires divers

Les commentaires libres laissés par les patientes sont présentés en annexe 6.



III.2. Analyse univariée

Seuls les résultats significatifs sont présentés, les tableaux détaillés sont disponibles en annexe 7.

III.2.1. Epanouissement sexuel, prévalence des troubles de la sexualité, retentissement et préoccupation du partenaire

III.2.1.1 Epanouissement sexuel

De façon statistiquement significative, le fait d'être « jamais » ou « rarement » épanouie était plus fréquent dans certaines catégories socio-démographiques.

C'était le cas pour :

- les femmes de 50 ans et plus (36%), par rapport à celles de moins de 50 ans (24%)
- les célibataires (39%), par rapport à celles en couple (25%)
- les homosexuelles et bisexuelles (64%), par rapport aux hétérosexuelles (27%)
- les femmes ménopausées (36%) et celles ne prenant aucune contraception (33%), par rapport à celles avec une contraception hormonale (20%) et celles avec une contraception mécanique (22%)
- les femmes sans diplôme (44%), par rapport à celles qui en ont (BEP/CAP/bac/études supérieures, 28%).

Le fait de cohabiter avec le partenaire ou non, d'avoir des enfants ou non, et d'être religieux ou non, n'influe pas de façon statistiquement significative sur l'épanouissement sexuel (tableau 20 annexe 7).

Tableau 1 : Epanouissement sexuel en fonction des caractéristiques socio-démographiques

épanouissement sexuel	jamais/rarement	souvent/toujours	p value
<i>Age</i>			
moins de 50 ans (n=299)	72 (24%)	227 (76%)	p=0,00121
50 ans et plus (n=188)	67 (36%)	109 (58%)	
<i>situation familiale</i>			
célibataire (n=115)	45 (39%)	61 (53%)	p=0,00064
en couple (n=370)	93 (25%)	274 (74%)	
<i>orientation sexuelle</i>			
hétérosexuelle (n=448)	121 (27%)	318 (70%)	p=0,01487
homosexuelle et bisexuelle (n=11)	7 (64%)	4 (36%)	
<i>Contraception</i>			
hormonale (n=121)	24 (20%)	97 (80%)	p=0,00212
mécanique (n=103)	23 (22%)	80 (78%)	
aucune (n=82)	27 (33%)	54 (66%)	
ménopausée (n= 167)	60 (36%)	96 (57%)	

épanouissement sexuel	jamais/rarement	souvent/toujours	p value
<i>niveau d'étude</i>			
pas de diplôme (n=25)	11 (44%)	12 (48%)	p=0,04570
diplôme (BEP/CAP, bac, études supérieures) (n=461)	128 (28%)	323 (70%)	

**les données sont des effectifs (avec pourcentage)*

De façon statistiquement significative, le manque de plaisir (57%), l'absence d'orgasme (46%) et la douleur (41%) étaient les troubles de la sexualité les plus associés au fait d'être « jamais ou « rarement » épanouie sexuellement, comparé à la baisse de désir (35%) et à la sécheresse vaginale (28%).

Tableau 2 : Troubles de la sexualité en fonction de l'épanouissement sexuel

Troubles de la sexualité	baisse de désir (n=237)	sécheresse vaginale (n=179)	manque de plaisir (n=94)	absence d'orgasme (n=107)	douleur (n=128)	p value
<i>épanouissement sexuel</i>						
jamais/rarement	84 (35%)	50 (28%)	54 (57%)	49 (46%)	52 (41%)	p<0,0001
souvent/toujours	151 (64%)	123 (69%)	39 (41%)	57 (53%)	75 (59%)	

**les données sont des effectifs (avec pourcentage)*

III.2.1.2 Troubles de la sexualité

Les troubles de la sexualité étaient plus fréquents dans certaines catégories socio-démographiques, de façon statistiquement significative :

- les femmes de 50 ans et plus avaient plus souvent une sécheresse vaginale (46%) que les moins de 50 ans (31%).
- celles de moins de 50 ans avaient davantage de troubles de l'orgasme (26%) que celles de plus de 50 ans (15%)
- les femmes ayant une contraception mécanique avaient davantage de baisse de désir (59%) que les autres
- les femmes ménopausées avaient plus de sécheresse vaginale (47%) que les autres
- les femmes sans aucune contraception avaient moins de sécheresse vaginale (22%) que les autres
- les femmes ménopausées avaient moins de troubles de l'orgasme (16%) que les autres
- les femmes avec contraception hormonale avaient moins de douleurs (13%) que les autres.

Les résultats non significatifs sont présentés dans le tableau 21, annexe 7.

Tableau 3 : Troubles de la sexualité en fonction des caractéristiques socio-démographiques

Troubles de la sexualité	baisse de désir	sécheresse vaginale	manque de plaisir	absence d'orgasme	douleur	p value
<i>Age</i>						
moins de 50 ans (n=299)	151 (50%)	93 (31%)	61 (20%)	78 (26%)	89 (30%)	p=0,00249
50 ans et plus (n=188)	86 (46%)	86 (46%)	33 (17%)	29 (15%)	39 (21%)	
<i>Contraception</i>						
hormonale (n=121)	52 (43%)	44 (36%)	22 (18%)	32 (26%)	38 (13%)	p=0,03139
mécanique (n=103)	61 (59%)	35 (34%)	22 (21%)	21 (20%)	26 (25%)	
aucune (n=82)	42 (51%)	18 (22%)	16 (19%)	25 (30%)	22 (27%)	
ménopausée (n= 167)	76 (45%)	78 (47%)	29 (17%)	26 (16%)	37 (22%)	

*les données sont des effectifs (avec pourcentage)

III.2.1.3 Retentissement des troubles de la sexualité

Tous les troubles de la sexualité étaient davantage associés à un retentissement négatif, de façon statistiquement significative.

Tableau 4 : Troubles de la sexualité et retentissement

Troubles de la sexualité	baisse de désir (n=237)	sécheresse vaginale (n=179)	manque de plaisir (n=94)	absence d'orgasme (n=107)	douleur (n=128)	p value
<i>retentissement</i>						
pas de retentissement	37 (16%)	49 (27%)	10 (11%)	21 (20%)	23 (18%)	p=0,00525
retentissement négatif	195 (82%)	126 (70%)	83 (88%)	83 (78%)	103 (80%)	
sur le bien-être propre	131 (55%)	94 (52%)	57 (61%)	63 (59%)	77 (60%)	p=0,28745
sur le couple	145 (61%)	75 (42%)	61 (65%)	53 (49%)	60 (47%)	

*les données sont des effectifs (avec pourcentage)

III.2.1.4 Préoccupation du partenaire ressentie pour le plaisir de la femme

De façon statistiquement significative, certaines catégories socio-démographiques trouvaient que leur partenaire ne se préoccupait pas ou pas suffisamment de leur plaisir :

- les femmes de 50 ans et plus (36%) par rapport à celles de moins de 50 ans (29%)
- les femmes célibataires (43%) par rapport à celles en couple (28%)
- les femmes ménopausées (38%) par rapport à celles ayant une contraception hormonale (34%) ou mécanique (21%) et aucune contraception (30%)
- les femmes n'ayant pas de religion (36%) par rapport à celles qui avaient une religion (24%)
- les femmes n'ayant pas de diplômes (44%) et celles ayant un niveau BEP/CAP (43%) par rapport à celles de niveau baccalauréat (34%) et ayant fait des études supérieures (26%)

Les résultats non significatifs sont présentés dans le tableau 22, annexe 7.

Tableau 5 : Préoccupation du partenaire ressentie quant à leur plaisir, selon les femmes, en fonction des caractéristiques socio-démographiques

Préoccupation du partenaire	non/pas		p value
	suffisamment	oui	
<i>Age</i>			
moins de 50 ans (n=299)	86 (29%)	210 (70%)	0,02533
50 ans et plus (n=188)	68 (36%)	106 (56%)	
<i>situation familiale</i>			
célibataire (n=115)	50 (43%)	51 (44%)	<0,0001
en couple (n=370)	103 (28%)	264 (71%)	
<i>Contraception</i>			
hormonale (n=121)	41 (34%)	79 (65%)	0,01479
mécanique (n=103)	22 (21%)	81 (79%)	
aucune (n=82)	25 (30%)	53 (65%)	
ménopausée (n= 167)	63 (38%)	92 (55%)	
<i>Religion</i>			
non (n=387)	138 (36%)	242 (62%)	0,03995
oui (n=96)	23 (24%)	69 (72%)	
<i>niveau d'étude</i>			
pas de diplôme (n=25)	11 (44%)	13 (52%)	0,00870
BEP/CAP (n=98)	42 (43%)	54 (55%)	
baccalauréat (n=98)	33 (34%)	61 (62%)	
études supérieures (n=265)	68 (26%)	187 (70%)	

*les données sont des effectifs (avec pourcentage)

Les femmes jamais ou rarement épanouies sexuellement étaient plus nombreuses (53%) à trouver que leur partenaire(s) ne se préoccupai(en)t pas ou pas suffisamment de leur plaisir, comparé à celles qui étaient souvent ou toujours épanouies (22%).

Tableau 6 : Préoccupation du partenaire ressentie quant à leur plaisir, selon les femmes, en fonction de l'épanouissement sexuel

Préoccupation du partenaire	non ou pas		p value
	suffisamment	Oui	
<i>épanouissement</i>			
jamais/rarement (n=139)	74 (53%)	54 (39%)	<0,0001
souvent/toujours (n=336)	75 (22%)	258 (77%)	

*les données sont des effectifs (avec pourcentage)

III.2.2. Volonté des femmes de parler des troubles de la sexualité, objectif attendu et interlocuteurs privilégiés

III.2.2.1 Volonté des femmes de parler de leurs troubles de la sexualité

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative en fonction des troubles de la sexualité ni des caractéristiques socio-démographiques, en dehors du niveau d'étude. Celles n'ayant aucun diplôme étaient 20% à vouloir en parler, celles ayant un diplôme 48%.

Les résultats non significatifs sont présentés dans le tableau 23, annexe 7.

Tableau 7 : Volonté de parler des troubles de la sexualité en fonction des caractéristiques socio-démographiques et des différents troubles

volonté de parler des troubles de la sexualité	Non	Oui	p value
<i>niveau d'étude</i>			
pas de diplôme (n=25)	18 (72%)	5 (20%)	p=0,00559
diplôme (BEP/CAP, bac, études supérieures) (n=461)	211 (46%)	223 (48%)	
<i>détails par diplôme</i>			
BEP/CAP (n=98)	47 (48%)	50 (51%)	
baccalauréat (n=98)	48 (49%)	45 (46%)	
études supérieures (n=265)	116 (44%)	128 (48%)	

**les données sont des effectifs (avec pourcentage)*

III.2.2.2 Objectif attendu par les femmes quand elles parlent de leurs troubles de la sexualité

Il n'y avait pas de différence significative quant à l'objectif attendu, en fonction des troubles de la sexualité ni des caractéristiques sociodémographiques, en dehors du type de contraception. Celles avec une contraception (hormonale ou mécanique) avaient davantage envie de comprendre et trouver une solution plutôt que d'être écoutées.

Tableau 8 : Objectif attendu pour parler des troubles de la sexualité en fonction du type de contraception

Type de contraception et objectif attendu pour parler des troubles de la sexualité	aucune (n=82)	mécanique (n=103)	hormonale (n=121)	ménopausée (n=167)	p value
comprendre et trouver une solution	40 (49%)	74 (72%)	73 (60%)	71 (42%)	0,00721
être écoutée	18 (22%)	16 (15%)	12 (10%)	39 (23%)	
être rassurée quant à la normalité	37 (45%)	47 (46%)	63 (52%)	64 (38%)	

**les données sont des effectifs (avec pourcentage)*

III.2.2.3 Interlocuteurs privilégiés par les femmes pour parler des troubles de la sexualité

Les femmes âgées de moins de 50 ans étaient statistiquement plus nombreuses à vouloir en parler avec les différents interlocuteurs, notamment avec le partenaire et les ami(e)s, que celles de 50 ans et plus.

En fonction des troubles de la sexualité les femmes avaient, de façon statistiquement significative, certains interlocuteurs plus ou moins privilégiés par rapport à d'autres :

- le partenaire et le gynécologue avaient une place privilégiée, mais ce dernier était davantage cité en cas de douleur ou de sécheresse vaginale
- le sexologue, et à moindre mesure le généraliste, étaient moins cités en cas de baisse de désir
- le psychologue/psychiatre était plus cité en cas de troubles du plaisir, d'absence d'orgasme et de douleurs
- les forums sur internet étaient plus cités en cas d'absence d'orgasme.

Les résultats non significatifs sont présentés dans le tableau 24, annexe 7.

Tableau 9 : Interlocuteurs privilégiés par les femmes en fonction des caractéristiques socio-démographiques et des différents troubles

interlocuteurs privilégiés	Partenaire	Amis	médecin généraliste	Gynécolo-Logue	Sexo-Logue	Psycho logue/ psychia- tre	Forum Inter- net	p value
<i>Age</i>								
moins de 50 ans (n=299)	212 (71%)	113 (38%)	120 (40%)	192 (64%)	107 (36%)	81 (27%)	31 (10%)	<0,0001
50 ans et plus (n=188)	97 (51%)	40 (21%)	72 (38%)	118 (63%)	37 (20%)	28 (15%)	6 (3%)	
<i>troubles de la sexualité</i>								
Baisse de désir (n=237)	164 (69%)	78 (33%)	85 (36%)	163 (69%)	36 (15%)	58 (24%)	16 (7%)	0,00404
Sécheresse vaginale (n=179)	112 (63%)	45 (25%)	81 (45%)	134 (75%)	58 (32%)	35 (19%)	10 (6%)	
Manque de plaisir (n=94)	63(67%)	28(30%)	45(48%)	61(65%)	36(38%)	30(32%)	6(6%)	
Absence d'orgasme (n=107)	73(68%)	36(34%)	43(40%)	71(66%)	51(47%)	32(30%)	14(13%)	
Douleur (n=128)	86(67%)	40(31%)	63(49%)	99(77%)	44(34%)	35(27%)	5(4%)	

**les données sont des effectifs (avec pourcentage)*

III.2.2.4 Volonté des femmes de parler des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste

De façon statistiquement significative, la volonté de parler des troubles avec le médecin généraliste étaient différente en fonction des catégories socio-démographiques :

-les femmes de moins de 50 ans (38%) étaient plus nombreuses à refuser d'en parler que celles de 50 ans et plus (11%)

-les femmes qui n'avaient pas de contraception (38%), avec une contraception hormonale (38%) ou mécanique (35%), étaient plus nombreuses à refuser d'en parler que les femmes ménopausées (11%)

-les femmes en couple (31%) étaient plus nombreuses à refuser d'en parler que les femmes célibataires (18%)

En cas de sécheresse vaginale (45%), de manque de plaisir (48%) et de douleur (49%), les femmes étaient plus nombreuses à vouloir en parler avec le médecin généraliste qu'en cas de baisse de désir (36%).

Les résultats non significatifs sont présentés dans le tableau 25, annexe 7.

Tableau 10 : Volonté ou refus de parler des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste en fonction des caractéristiques socio-démographiques et des troubles

volonté de parler des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste	non	oui	p value
<i>Age</i>			
moins de 50 ans (n=299)	115 (38%)	120 (40%)	<0,0001
50 ans et plus (n=188)	21 (11%)	72 (38%)	
<i>situation familiale</i>			
célibataire (n=115)	21 (18%)	50 (43%)	0,01899
en couple (n=370)	115 (31%)	140 (38%)	
<i>Contraception</i>			
hormonale (n=121)	46 (38%)	45 (37%)	0,00158
mécanique (n=103)	36 (35%)	49 (48%)	
aucune (n=82)	31 (38%)	33 (40%)	
ménopausée (n= 167)	18 (11%)	60 (36%)	
<i>troubles de la sexualité</i>			
baisse de désir (n=237)	79 (33%)	85 (36%)	0,03919
sécheresse vaginale (n=179)	37 (21%)	81 (45%)	
manque de plaisir (n=94)	31 (33%)	45 (48%)	
absence d'orgasme (n=107)	37 (34%)	43 (40%)	
douleur (n=128)	35 (27%)	63 (49%)	

*les données sont des effectifs (avec pourcentage)



De façon statistiquement significative :

-lorsque les troubles de la sexualité avaient un retentissement négatif sur le bien-être de la femme, elles étaient plus nombreuses (46%) à vouloir en parler au médecin généraliste que lorsque cela retentissait sur le couple (37%)

-les femmes qui pensaient que leur partenaire ne se préoccupait pas ou pas suffisamment de leur plaisir voulaient moins en parler à leur médecin généraliste (30%) que les autres (40%)

Tableau 11 : Volonté de parler des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste en fonction de l'épanouissement, de leur retentissement, de la préoccupation du partenaire, de la volonté d'en parler en général et de l'objectif attendu

volonté de parler des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste	Non	Oui	p value
<i>épanouissement sexuel</i>			
jamais/rarement (n=139)	33 (24%)	103 (74%)	0,10924
souvent/toujours (n=336)	61 (18%)	127 (38%)	
<i>retentissement des troubles</i>			
pas de retentissement négatif (n=128)	33 (26%)	47 (37%)	0,82709
retentissement négatif (n=307)	93 (30%)	125 (41%)	
<i>sur le bien-être propre</i>			
(n=218)	62 (28%)	101 (46%)	0,04675
<i>sur le couple</i>			
(n=196)	71 (36%)	73 (37%)	
<i>préoccupation du partenaire</i>			
oui (n=316)	92 (29%)	125 (40%)	0,02461
non/pas suffisamment (n=154)	58 (38%)	46 (30%)	
<i>volonté d'en parler</i>			
non (n=230)	88 (38%)	58 (25%)	<0,0001
oui (n=228)	46 (20%)	126 (55%)	
<i>objectif attendu</i>			
comprendre/résoudre (n=253)	68 (27%)	129 (51%)	0,08457
écoute (n=93)	19 (20%)	51 (55%)	
rassurée/normalité (n=218)	65 (30%)	90 (41%)	

*les données sont des effectifs (avec pourcentage)

III.2.2.5 Fait d'avoir déjà parlé des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste

De façon statistiquement significative :

-les femmes qui n'avaient pas envie d'en parler avec le médecin généraliste n'étaient que 3% à lui en avoir déjà parlé, 92% ne l'avaient pas fait

-les femmes qui avaient envie d'en parler avec le médecin généraliste étaient 24% à l'avoir fait, 66% n'en avaient jamais parlé.



Tableau 12 : Volonté de parler des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste et fait d'en avoir parlé réellement avec lui

volonté de parler des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste	non (n= 136)	oui (n=192)	p value
<i>fait d'en avoir déjà parlé avec le médecin généraliste</i>			
non	125 (92%)	127 (66%)	<0,0001
oui	4 (3%)	46 (24%)	

**les données sont des effectifs (avec pourcentage)*

Les femmes de 50 ans et plus étaient statistiquement plus nombreuses (16%) à avoir déjà parlé des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste que celles de moins de 50 ans (10%).

Tableau 13 : Fait d'avoir déjà parlé des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste, en fonction de l'âge

Fait d'avoir déjà parlé des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste	Non	oui	p value
<i>Age</i>			
moins de 50 ans (n=299)	244 (82%)	31 (10%)	0,02448
50 ans et plus (n=188)	127 (67%)	30 (16%)	
18-24 ans (n=48)	39 (81%)	4 (8%)	Non calculable
25-34 ans (n=81)	69 (85%)	6 (7%)	
35-39 ans (n=65)	51 (78%)	9 (14%)	
40-49 ans (n=105)	85 (81%)	12 (11%)	
50-59 ans (n=99)	73 (73%)	15 (15%)	
60-69 ans (n=64)	39 (61%)	14 (22%)	
70 ans et plus (n=25)	15 (60%)	1 (4%)	

**les données sont des effectifs (avec pourcentage)*



III.2.3. Stratégie préférentielle des patientes dans l'abord des troubles de la sexualité par le médecin généraliste, freins et facteurs facilitateurs.

Dans les différents tableaux de cette partie, l'orientation sexuelle n'a pas été détaillée, les effectifs étant trop faibles pour être interprétables.

III.2.3.1 La personne souhaitée par les femmes pour aborder les troubles de la sexualité

De façon statistiquement significative :

-en se concentrant sur celles qui souhaitaient en parler au médecin généraliste, elles étaient plus nombreuses (44%) à vouloir que les deux abordent le sujet. Celles qui ne voulaient pas lui en parler étaient plus nombreuses à vouloir que ce soit uniquement la patiente (37%)

-les femmes de 50 ans et plus et les ménopausées avaient moins envie que ce soit uniquement le médecin (15% et 14%), par rapport à celles de moins de 50 ans (26%)

-les femmes sans contraception (15%) avaient moins envie que ce soit uniquement le médecin, par rapport à celles avec une contraception mécanique (33%) ou hormonale (26%).

Les résultats non significatifs sont présentés dans le tableau 26, annexe 7.

Tableau 14 : La personne souhaitée par les femmes pour aborder les troubles de la sexualité, en fonction de la volonté d'en parler avec le médecin généraliste

volonté de parler des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste	non (n= 136)	oui (n=192)	p value
<i>La personne souhaitée par les femmes pour aborder la question</i>			
la patiente	50 (37%)	53 (28%)	0,00885
le médecin	37 (27%)	48 (25%)	
les deux	35 (26%)	85 (44%)	

*les données sont des effectifs (avec pourcentage)

Tableau 15 : La personne souhaitée par les femmes pour aborder les troubles de la sexualité, en fonction des caractéristiques démographiques et des troubles

La personne souhaitée par les femmes pour aborder la question	par la patiente	par le médecin	par les deux	p value
<i>Age</i>				
moins de 50 ans (n=299)	99 (23%)	78 (26%)	91 (30%)	0,03216
50 ans et plus (n=188)	65 (35%)	29 (15%)	67 (36%)	
<i>contraception</i>				
hormonale (n=121)	33 (27%)	32 (26%)	42 (35%)	0,00284
mécanique (n=103)	31 (30%)	34 (33%)	29 (28%)	
aucune (n=82)	38 (46%)	12 (15%)	26 (32%)	
ménopausée (n= 167)	59 (35%)	23 (14%)	57 (34%)	

*les données sont des effectifs (avec pourcentage)



III.2.3.2 Le type de question souhaité par les femmes pour aborder les troubles de la sexualité

Il n'y avait pas de différence significative quant au type de questions souhaité par les femmes pour aborder le sujet, que ce soit en fonction de la volonté d'en parler au médecin généraliste, ou aux caractéristiques socio-démographiques (tableau 27 et 28, annexe 7).

III.2.3.3 Moments souhaités par les femmes pour aborder les troubles de la sexualité

De façon statistiquement significative :

-les femmes qui souhaitaient en parler avec le généraliste préféraient que ce soit pendant une consultation pour un autre motif (43%) ou pour un problème gynécologique (53%). Elles étaient moins nombreuses à vouloir que ce soit uniquement si elles posent la question (20%).

-celles de moins de 50 ans préféraient que ce soit lors d'un renouvellement de contraception (43%) ou pour un problème gynécologique (46%). Celles de 50 ans et plus citaient davantage une consultation pour un autre motif (34%) ou pour un problème gynécologique (38%).

-les femmes ayant une contraception (hormonale ou mécanique) préféraient que ce soit lors d'un renouvellement de contraception ou pour un problème gynécologique.

-les femmes qui n'avaient aucun diplôme préféraient une consultation pour un autre motif (36%) ou pour un problème gynécologique (32%), celles avec diplôme pour un renouvellement de contraception (32%) ou un problème gynécologique (47%).

Les résultats non significatifs sont présentés dans le tableau 29, annexe 7.

Tableau 16 : Moments souhaités par les femmes pour aborder les troubles de la sexualité, en fonction de la volonté d'en parler avec le médecin généraliste

volonté de parler des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste	non (n= 136)	oui (n=192)	p value
<i>Moment souhaité par les femmes pour aborder la question</i>			
consultation pour un autre motif	24 (18%)	82 (43%)	0,00093
renouvellement de contraception	47 (34%)	64 (33%)	
problème gynécologique	58 (43%)	101 (53%)	
uniquement si la patiente pose la question	39 (29%)	39 (20%)	

**les données sont des effectifs (avec pourcentage)*



Tableau 17 : Moments souhaités par les femmes pour aborder les troubles de la sexualité, en fonction des caractéristiques démographiques et des troubles

Moment souhaité par les femmes pour aborder la question	consultation pour un autre motif	renouvellement de contraception	problème gynécologique	uniquement si la patiente pose la question	p value
<i>âge</i>					
moins de 50 ans (n=299)	79 (26%)	129 (43%)	138 (46%)	58 (19%)	<0,0001
50 ans et plus (n=188)	64 (34%)	17 (9%)	72 (38%)	51 (27%)	
<i>contraception</i>					
hormonale (n=121)	26 (21%)	62 (51%)	58 (48%)	22 (18%)	<0,001
mécanique (n=103)	29 (28%)	48 (47%)	49 (48%)	19 (18%)	
aucune (n=82)	25 (30%)	22 (27%)	37 (45%)	19 (23%)	
ménopausée (n= 167)	54 (32%)	10 (6%)	62 (37%)	47 (28%)	
<i>niveau d'étude</i>					
pas de diplôme/BEP/CAP (n=123)	44 (36%)	29 (24%)	39 (32%)	26 (21%)	0,03950
bac/études supérieures (n=363)	98 (27%)	117 (32%)	171 (47%)	83 (23%)	

**les données sont des effectifs (avec pourcentage)*

III.2.3.4 Facteurs facilitateurs et freins

De façon statistiquement significative certains facteurs influençaient l'abord de la question :

- le sexe féminin du médecin facilitait l'abord de la question, le sexe masculin était un frein
- le fait de le connaître facilitait l'abord de la question, le fait de ne pas le connaître et qu'il connaisse les proches étaient des freins
- les consultations longues facilitaient l'abord de la question, les consultations courtes étaient un frein
- le fait de venir seule facilitait l'abord de la question, le fait de venir en consultation accompagnée était un frein.

Tableau 18 : Facteurs facilitateurs et freins des femmes qui veulent aborder le sujet avec le médecin généraliste

Femmes qui veulent en parler au médecin généraliste (n=192)	Frein	Facilitateurs	p value
<i>sexe du médecin</i>			
Homme	74 (38%)	10 (5%)	<0,001
Femme	1 (0%)	94 (49%)	
<i>âge du médecin</i>			
Agé	21 (11%)	29 (15%)	0,15699
Jeune	37 (19%)	30 (16%)	
<i>connaissance du médecin</i>			
le connaître depuis longtemps	36 (19%)	70 (36%)	<0,001
ne pas le connaître	72 (37%)	32 (17%)	
<i>connaissances proches</i>			
connaissances proches	78 (41%)	12 (6%)	
Gène	88 (46%)	8 (4%)	
<i>autres freins</i>			
ne pourra pas aider	64 (33%)	7 (4%)	
peur du jugement	66 (34%)	0 (0%)	
capacité d'écoute	4 (2%)	136 (71%)	
<i>temps de consultation</i>			
consultations courtes	106 (55%)	19 (10%)	<0,001
consultations longues	9 (5%)	109 (57%)	
<i>nombre de consultants</i>			
Seule	5 (3%)	131 (68%)	<0,001
accompagnée	146 (76%)	7 (4%)	

*les données sont des effectifs (avec pourcentage)

IV. Discussion

IV.1. Forces et limites de l'étude

Cette étude est la première étude quantitative à interroger des patientes, sans problème de santé spécifique et consultant en cabinet de médecine générale en France, pour savoir si elles veulent ou non que soit abordé le sujet des troubles de la sexualité. Les études françaises sur le sujet sont des études qualitatives, sur de petits effectifs : elles sont nécessaires pour étudier de manière précise et approfondie les troubles de la sexualité féminine, les facteurs facilitateurs ou les freins à en parler. Nous avons d'ailleurs élaboré le questionnaire à partir de leurs résultats. Ici le choix était de réaliser une étude quantitative pour apporter un complément à la littérature actuelle sur le sujet. L'effectif de notre étude, soit 487 femmes interrogées, est important. Les seuls travaux ayant plus de puissance sont des grandes enquêtes épidémiologiques françaises, mais celles-ci ne s'intéressent pas spécifiquement à la place du médecin généraliste.

Notre étude s'est déroulée en Haute-Vienne, cela peut avoir une influence sur les résultats car la sexualité varie selon les régions et selon les zones rurales ou urbaines [96]. Pour limiter les biais de sélection nous avons recruté les cabinets médicaux de façon aléatoire par tirage au sort. Pour la même raison il a été décidé d'inclure toutes les patientes. Seules les mineures ont été exclues car le recueil aurait été plus complexe, de par la nécessité du consentement parental. Il a été décidé de ne pas fixer d'âge maximum car la sexualité reste active y compris aux âges avancés [17]. Il existe un possible biais de participation, lié au volontariat des femmes, car les questionnaires étaient laissés à disposition dans les salles d'attentes : celles se sentant davantage concernées par la sexualité et ses troubles y ont sans doute davantage répondu que les autres. Les effectifs sont aussi influencés à la baisse sur certaines questions, par le fait que toutes les femmes n'ont pas répondu à l'intégralité du questionnaire. Pour autant les caractéristiques démographiques et la prévalence des troubles de la sexualité de notre échantillon sont cohérents avec les résultats de grandes études épidémiologiques, comme nous le verrons ensuite. De plus les réponses sont toujours similaires entre les femmes de 50 ans et plus et celles ménopausées, prouvant une bonne validité interne.

Le questionnaire devait être adapté à la population générale, quel que soit le niveau d'éducation, pour éviter les biais de compréhension. Les questions utilisaient un langage simple, et étaient fermées pour faciliter leur interprétation. De ce fait il manque parfois de précision, certaines femmes ayant ajouté des commentaires pour préciser les réponses, notamment pour le mode de contraception. Mettre plus de détails ou des échelles plus précises aurait probablement découragé certaines femmes, et limité la puissance. Par exemple pour ce qui est des troubles de la sexualité, les propositions pour les décrire ont été simplifiées. Elles ne respectent pas les critères du DSM ; il n'a pas été question de durée ni de détresse personnelle. L'objectif n'était pas de déterminer des « pathologies », mais de mettre en lumière les symptômes ressentis comme « troubles » par les femmes, de savoir si elles aimeraient en parler, et plus particulièrement avec le médecin généraliste. Etant donné l'absence de notion de durée, certaines femmes chez les 50 ans et plus précisaient qu'elles n'avaient plus de rapports sexuels, et notaient « avant » concernant les questions sur l'épanouissement sexuel et les troubles de la sexualité. Nous avons inclus leurs réponses au même titre que les autres.

Les réponses étant déclaratives, deux stratégies ont été utilisées pour limiter les biais de déclaration : nous avons utilisé un questionnaire plutôt qu'un entretien pour éviter toute

influence lié à un enquêteur humain, et nous avons insisté sur l'importance de l'anonymat et de la confidentialité dans la lettre qui accompagnait le questionnaire. Cela nous a paru important car la sexualité reste un sujet sensible, et l'objectif était que les réponses soient le plus fiables possible. Il peut exister un biais de rappel pour certaines questions, mais cela ne semble pas porter à conséquence au vu des questions posées. Enfin il existe aussi un biais de désirabilité : dans une société où depuis mai 68 le modèle prôné et légitime de vivre une sexualité libre et épanouie est devenu presque une « injonction au plaisir », relayé voire imposée par les médias [97], certaines patientes ont pu répondre dans l'optique de décrire une sexualité valorisante pour elles, même si les précautions citées plus haut atténuent ce biais.

IV.2. Participation des médecins et des patientes

Les refus de certains médecins ont été interprétés comme une gêne de proposer un questionnaire sur ce thème dans leur salle d'attente. En effet le refus s'est fait après leur avoir expliqué le sujet. Le médecin qui avait une patientèle « ne correspondant pas à ce type de sujet » illustre bien cela. Le fait de laisser le questionnaire en libre accès en salle d'attente permettait de s'affranchir en partie de cette gêne liée aux représentations du médecin : cela a permis de recueillir un plus grand nombre de réponses. Pour les médecins généralistes qui ont accepté de participer (la majorité), beaucoup ont insisté, lors du dépôt des questionnaires, sur le fait que le sujet était encore tabou, et que très peu de femmes y répondraient, surtout si elles devaient le faire en salle d'attente. Pourtant le seul chez qui il n'y a eu aucune réponse est le seul à avoir refusé de les y laisser, et à les avoir distribués en mains propres à celles de son choix. Autrement dit le frein venait de lui et de sa perception, et probablement pas de ses patientes. En un mois et demi nous ne nous attendions pas à avoir autant de réponses sur un tel sujet, d'autant que comme présenté dans l'annexe 4, les réponses étaient aussi nombreuses en rural qu'en urbain, et chez les médecins hommes que femmes. Certains médecins et leur(e)s secrétaires ont également été surpris, et certaines femmes médecins nous ont ensuite expliqué que ce questionnaire avait permis à leurs patientes d'aborder le sujet en consultation.

IV.3. Caractéristiques socio-démographiques et représentativité

Les âges étaient présentés par tranches, afin de pseudonymiser les réponses et de pouvoir les comparer à l'enquête de Bozon (ESF) [17]. Il s'agissait des mêmes tranches d'âges, auxquelles ont été rajouté les 70 ans et plus. L'effectif des moins de 50 ans (n=299) était plus important que celui des 50 ans et plus (n=188), et la proportion dans les différentes tranches d'âges était équivalente à celles de l'ESF, à 3% près. Dans notre étude la tranche d'âge la moins représentée était les 70 ans et plus, mais cela reste intéressant puisque en général cette population est exclue d'emblée. Par comparaison une thèse menée sur la sexualité des femmes ménopausées sans limite d'âge [98] a recueilli 152 réponses, l'âge maximum des répondantes était de 70 ans. Etant donné que les médecins remettaient eux-mêmes les questionnaires, il est possible qu'ils aient exclu eux-mêmes les femmes de 70 ans et plus, en fonction de leurs propres représentations d'une sexualité absente à ces âges-là. Pourtant la

sexualité continue, y compris après 80 ans [99], même si la pratique la plus citée par les femmes de plus de 70 ans est la masturbation [100].

Près d'un quart des femmes étaient célibataires. On retrouve les mêmes chiffres dans la population de la Haute-Vienne (23.2%) [101] et dans l'ESF (20.3%). Deux tiers cohabitaient avec leur partenaire (67.2% dans l'ESF).

Pour ce qui est des enfants, les trois quart de notre échantillon en avaient, nous n'avons pas trouvé de chiffre équivalent. En Haute-Vienne 47.8% des femmes vivent avec des enfants, mais ce chiffre ne tient pas compte des enfants qui ne vivent plus chez leurs parents, or dans notre étude nous ne précisons pas si il s'agissait d'enfants vivant avec les femmes. Il est donc impossible de conclure à une représentativité quelconque de notre échantillon sur ce plan-là. Du fait du faible effectif de femmes qui essayaient d'avoir des enfants, nous ne les avons pas inclus dans les tableaux illustrant nos résultats car cela n'aurait pas été interprétable.

Concernant l'orientation sexuelle, 2% de l'échantillon se définissait comme actuellement bi ou homosexuelle. Dans l'ESF 0.8% des femmes déclaraient avoir eu au moins un partenaire de même sexe dans les douze mois. Un sondage Ifop parle de 3% [102]. Il est difficile d'avoir des chiffres plus précis. Etant donné le faible effectif, il reste difficile de généraliser les résultats de notre étude concernant ces orientations sexuelles.

Pour la contraception, en France les femmes de moins de 50 ans sont 48% à prendre une contraception hormonale de type pilule, et 40% une contraception mécanique de type préservatif ou stérilet, 8% n'en prennent aucune [103]. Sachant que 34% des femmes étaient ménopausées dans notre étude, ce qui est cohérent avec le fait que 38% ont 50 ans et plus, nos chiffres paraissent globalement représentatifs. En effet sur les 320 femmes non ménopausées de notre étude, 38% prenaient une contraception hormonale et 32% une contraception mécanique. La seule différence notable porte sur les femmes sans contraception ou utilisant des « méthodes naturelles » qui sont multipliées par trois dans notre étude (26%). Cela peut-être le résultat de la méfiance envers la contraception hormonale, issue de la médiatisation de certains effets secondaires ces dernières années [104].

Pour le niveau d'étude, les personnes sans aucun diplôme sont sous-représentées ici, en comparaison à l'ESF où elles étaient 3 fois plus nombreuses (14% versus 5%). Notons qu'elles étaient réparties également selon les âges. Les personnes considérées comme ayant fait des études supérieures (après-bac) sont surreprésentées avec plus du double dans notre étude (22% dans l'ESF versus 54%). Les femmes ont pu surévaluer leur niveau réel de diplôme, biais mis en évidence dans l'ESF, les personnes âgées ayant tendance à « actualiser » leur niveau de diplôme [105]. De plus, la proportion de femmes de moins de 50 ans était la plus importante, et les générations les plus jeunes sont plus souvent diplômées de l'enseignement supérieur que les personnes plus âgées [106] et elles consultent davantage le généraliste [107]. Il est aussi possible que les personnes moins diplômées aient été moins enclines à répondre au questionnaire.

Plus des trois quarts de notre population se considérait comme non religieuse. Ils n'étaient que 31% dans l'ESF. Il est là aussi difficile d'avoir des chiffres exacts concernant la population Française. Selon l'Eurobaromètre de 2010, près de 70% des Français sondés ne se réclamaient d'aucune religion précise ce qui se rapproche de nos chiffres. La religion catholique était la plus représentée chez les personnes ayant une religion, de même qu'elle est la première religion en France [108].

IV.4. Troubles de la sexualité féminine et retentissement

Dans notre étude la majorité des femmes (87%) avait au moins un trouble de la sexualité. C'est un chiffre plus élevé que ceux des autres études qui sont autour de 50% [61], [62], mais comme déjà souligné nous n'avons pas précisé la fréquence ni la durée dans le questionnaire, ce qui en augmente la prévalence [17]. La notion de « détresse personnelle » n'a pas été recherchée comme décrite dans les critères du DSM, mais ces troubles n'étaient pas anodins : deux tiers des réponduses (67%) trouvaient que cela avait un retentissement négatif. Le retentissement impactait autant leur propre-bien-être que celui du couple, et tous les troubles de la sexualité étaient concernés.

La baisse de désir était le trouble le plus fréquent, concernant presque la moitié des femmes (49% des 487 femmes interrogées), ce qui est cohérent avec la littérature [109] ; c'est le trouble qui est toujours le plus déclaré. La fréquence augmentait dans certaines catégories (concernant de fait plus d'une femme sur deux) : les femmes de 25 à 59 ans, en couple, en cohabitation avec le partenaire, et ayant des enfants. Ce sont les situations les plus à même d'induire une routine et une fatigue, mais cela n'explique pas tout. La sexualité évolue : au départ elle fait partie de la constitution du couple, puis elle devient une pratique d'entretien du couple [110]. Dans l'ESF la fréquence des rapports et le désir diminuaient en fonction de l'ancienneté du couple, quel que soit l'âge. Il n'y a que la satisfaction sexuelle qui ne dépendait pas de l'ancienneté de la relation. Par ailleurs le fait de cohabiter et d'avoir un enfant accentue progressivement l'inégalité du partage des tâches domestiques entre les hommes et les femmes, et près d'un tiers des femmes gèrent seules ces tâches. Or moins les hommes y contribuent, moins il y a de désir. L'inverse est vrai, plus le fonctionnement domestique est égalitaire, plus il y a de désir [17]. Finalement plus les femmes sont renvoyées à un rôle social « traditionnel », moins il y a de place pour l'expression de leur désir personnel et plus elles désinvestissent la sexualité. Nous ne nous sommes pas intéressés au fait de savoir si les femmes travaillaient ou pas dans notre étude, mais cela n'avait pas d'influence sur le désir dans l'ESF, en dehors de celles qui ressentaient une pénibilité accrue au travail.

Venait ensuite la sécheresse vaginale pour plus d'une femme sur 3 (38% des 487 femmes interrogées), et surtout chez les femmes de 50 ans et plus et les ménopausées qui étaient concernées pour la moitié d'entre elles. Le retentissement négatif était moindre par rapport aux autres troubles (70% malgré tout), sûrement parce que c'est le seul qui dispose de traitements médicaux efficaces pour y remédier [111]. Les douleurs, elles, concernaient plus d'une femme sur 4 (26% des 487 femmes interrogées). Ces chiffres sont cohérents avec la littérature si on tient compte de toutes les fréquences de survenue [64], [98],[17].

L'absence d'orgasme et le manque de plaisir concernaient près d'une femme sur 5 (22% et 19% des 487 femmes interrogées). Pour ce qui est des troubles orgasmiques nos chiffres sont en deçà des études de plus grande échelle [17], [64], [66]. D'une part nous avons employé le terme « absence » qui a pu être interprété comme une anorgasmie complète et diminuer le nombre de femmes se sentant concernées. D'autre part certaines femmes trouvent « normal » de ne pas orgasmer durant les rapports, préférant se concentrer sur l'orgasme de leur partenaire [112], et de fait ne pas considérer cela comme un trouble. L'absence d'orgasme était presque deux fois moins fréquente chez les 50 ans et plus et les femmes ménopausées dans notre échantillon. Ceci est inhabituel [17], [98], mais le fait que la sexualité féminine soit un apprentissage peut être une explication. Le manque de plaisir n'est, lui, pas un critère du DSM et n'est donc pas répertorié dans les enquêtes de prévalence. Il nous a semblé important

car les troubles du désir peuvent en découler. S'il n'y a pas suffisamment de plaisir, la motivation et le désir ne peuvent que décroître. D'ailleurs chez près d'une femme sur 2 (46%) il y avait une association de plusieurs troubles, et le manque de plaisir devenait alors proportionnellement plus fréquent. Ces deux types de troubles étaient logiquement davantage associés à un manque d'épanouissement sexuel.

L'âge avait une influence, la sécheresse vaginale concernant davantage les femmes de 50 ans et plus et les ménopausées (près d'une femme sur deux), mais elles avaient moins de troubles de l'orgasme. Et la contraception hormonale n'avait pas de répercussion significative, en dehors du fait d'avoir moins de douleurs. Ce dernier point est discordant avec plusieurs études où la contraception hormonale est associée à davantage de troubles de la sexualité, quels qu'ils soient [113], [114], mais il semble que ce soit plus lié à des facteurs psychologiques en lien avec la prise d'une contraception qu'aux hormones en elles-mêmes, puisque dans des comparaisons avec placebo on retrouvait les mêmes dysfonctions [115].

IV.5. Épanouissement sexuel et préoccupation du partenaire pour le plaisir de la femme

Il a été fait le choix de ne pas poser la question de la fréquence des rapports sexuels et de se centrer sur l'épanouissement ressenti par les femmes dans leur sexualité, pour en avoir une approche qualitative plus que quantitative. Près d'un tiers des femmes (29%) n'étaient jamais ou rarement épanouies sexuellement, notamment les femmes de 50 ans et plus et les femmes ménopausées (ce qui est cohérent), ainsi que les célibataires, les bisexuelles et homosexuelles et les femmes sans diplôme. Cela était associé au fait que, pour elles, leur(s) partenaire(s) ne se préoccupai(en)t pas ou pas suffisamment de leur plaisir (en dehors des bisexuelles et homosexuelles chez qui ce n'était pas significatif).

On retrouvait les mêmes tendances dans l'enquête Ifop de 2014 [96]. Dans l'ESF les femmes tous âges confondus étaient moitié moins (13%) à être peu ou pas satisfaites de leur vie sexuelle, mais le recueil était fait par des enquêteurs et non pas par écrit : le biais de désirabilité devenait plus important. Dès 50 ans les femmes y étaient plus nombreuses à considérer que la sexualité n'était pas importante dans leur équilibre personnel, avec un certain désinvestissement dans ce domaine et avec des rapports moins fréquents, mais sans impact majeur sur la satisfaction sexuelle [98], [116], contrairement à nos chiffres.

Dans la dernière enquête de l'Ifop, 31% des femmes étaient insatisfaites de leur vie sexuelle, ce qui était le taux record sur les 6 pays européens concernés, et était corrélé au fait d'avoir plus souvent des rapports sans en avoir envie, et avec des pratiques moins favorables au fait de donner du plaisir à la femme [117]. La France se rapprochait des pays méditerranéens comme l'Espagne ou l'Italie où les représentations de la sexualité et la place de la femme sont beaucoup moins égalitaires, au contraire des pays comme la Hollande qui ont un niveau de satisfaction sexuelle plus élevé. Par exemple presque la moitié des Françaises (49%, chiffre le plus élevé) avaient du mal à atteindre l'orgasme, contre 28% des Hollandaises. Les pays scandinaves dont fait partie la Hollande sont très progressistes en matière d'égalité homme/femme et d'éducation sexuelle. C'est l'accès à la connaissance et à l'éducation qui permet de dépasser le poids des facteurs sociaux et culturels dans la sexualité, avec un niveau d'étude élevé qui montre un impact positif sur la satisfaction sexuelle [118]. Ces résultats confortent les nôtres. Enfin pour ce qui est du manque de satisfaction chez les bi et

homosexuelles, nos chiffres sont à interpréter avec prudence au vu des faibles effectifs. Les données épidémiologiques disponibles sont aussi limitées par de petits échantillons, mais indiquent une tendance relativement similaire dans la prévalence des problèmes sexuels quel que soit leur orientation, homosexuelles ou hétérosexuelles [119]. Le dysfonctionnement sexuel est donc répandu également, mais peut différer du dysfonctionnement sexuel subi par les femmes hétérosexuelles [120]. Il faudrait mener d'autres études pour préciser cela.

Concernant l'insatisfaction et le manque d'implication ressentie de la part du partenaire, plusieurs interprétations peuvent être proposées. Que ce soit une réalité ou uniquement leur ressenti importe peu : ces femmes ne se sentaient pas assez considérées et comprises par leur partenaire. Si l'on se base sur le modèle de Basson, le désir spontané peut survenir n'importe quand, mais le désir réactif se construit. Il est fonction du bien-être et de l'image de soi mais aussi du contexte affectif : si le partenaire n'est pas concerné par le plaisir de l'autre, les conditions pour que ce désir apparaisse ne sont pas réunies. L'approche est intéressante puisque son but est de proposer des solutions pour faire naître ce désir qui fait défaut à tant de femmes, mais ne doit pas cacher le problème : près d'un tiers des femmes ne sont pas épanouies sexuellement. Cette insatisfaction est cause et conséquence du manque de désir. En effet les femmes qui ont des rapports sexuels motivés par le désir éprouvent plus de plaisir et de satisfaction que les autres [121]. D'ailleurs dans notre étude les troubles de la sexualité sont souvent associés entre eux : le cercle est vicieux. Sur une enquête auprès de 133 femmes, la motivation principale pour avoir des rapports n'était pas le désir ni même le plaisir pour près de 58%. C'était pour renforcer le lien entre elle et leur partenaire pour 41% ; pas pour elles donc, mais pour lui et le couple. Et cela a été confirmé à plus grande échelle [122], où 72% de l'ensemble des femmes avançaient comme motivation « parce que le partenaire le voulait », chiffres supérieurs encore dans certaines catégories ethniques. La culpabilité n'est forcément pas loin de cet altruisme. Une étude qualitative menée sur de jeunes canadiens de niveau universitaire permet d'aller plus loin [112]. Cette étude concluait que hommes et femmes étaient d'accord sur deux concepts : la responsabilité des hommes pour « donner » un orgasme à la femme, et le fait que l'absence d'orgasme féminin impacte l'égo de l'homme. Et ils divergeaient sur d'autres points : les hommes pensaient que l'orgasme féminin était important pour elles (en miroir du fait que l'orgasme masculin l'est pour eux), alors qu'elles considéraient cela comme un « bonus » d'en avoir un, mais surtout indispensable pour valoriser et faire plaisir à leur partenaire. Le deuxième point, reflet d'un manque de communication, était que les femmes n'osaient pas demander une stimulation clitoridienne par peur de déranger voir de vexer le partenaire, alors que les hommes avaient une vision positive du fait de stimuler le clitoris pendant les rapports (par elle ou lui). Ils étaient favorables à ce que la femme leur dise quand elle n'avait pas d'orgasme et étaient motivés à utiliser d'autres techniques pour essayer de la faire jouir, excepté en utilisant un vibromasseur qui viendrait faire concurrence à leur pénis. Mais si elles n'arrivaient pas à l'orgasme de façon répétée cela aurait un effet négatif sur la relation pour eux. C'est peut-être pour cette raison que les Françaises sont celles qui simulent le plus (31% simulent régulièrement, le même chiffre que les femmes insatisfaites sexuellement) [117]. Pour accroître la satisfaction sexuelle il serait bon que les femmes cherchent à avoir du plaisir pour elles et sans culpabilité par rapport à leur partenaire. La présence de pensées d'échec (ne pas décevoir le partenaire...) et le manque de pensées érotiques au cours de l'activité sexuelle prédit de manière significative et négative l'orgasme féminin [123]. Le partenaire a aussi un rôle à jouer, « vivre avec 3 hommes différents, c'est devenir 3 femmes différentes. Celui avec qui l'on voudra rester, c'est celui qui ne coupe pas les ailes » [42].

La deuxième interprétation à ce manque d'épanouissement sexuel tient au fait que la pénétration vaginale sans stimulation clitoridienne soit la norme, surtout en France [65], [66]. Selon une étude qualitative [124], même si les femmes envisagent le plaisir de différentes manières (caresses et sexualité sans pénétration), elles finissent par revenir à la définition de la « vraie sexualité » comme indissociable de l'orgasme et du rapport sexuel vaginal. Or on estime qu'environ un tiers des femmes auraient rarement ou jamais des orgasmes par le coït [43], probablement le même tiers chez qui l'épanouissement n'est pas au rendez-vous. Au contraire les femmes arrivent plus facilement à l'orgasme par des stimulations du clitoris [16], et pourtant ces pratiques sont reléguées à un statut de « préliminaires ».

IV.6. Critère principal : volonté des femmes de parler des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste

Globalement il y avait la même proportion (47%) de femmes qui souhaitaient parler de leurs troubles de la sexualité, que de femmes qui ne voulaient pas en parler. La seule différence significative entre les deux était que celles sans aucun diplôme étaient plus nombreuses à ne pas vouloir en parler, mais l'effectif étant faible cela est à interpréter avec prudence. Logiquement, celles qui avaient envie d'en parler était plus nombreuses à citer le médecin généraliste (55%).

Pour éviter d'être redondant et de rallonger le questionnaire, il a été décidé de ne pas mettre de question individuelle pour répondre à notre critère principal ; le médecin généraliste était parmi une liste de plusieurs interlocuteurs. Les femmes devaient cocher si oui ou non elles aimeraient parler de leur(s) trouble(s) avec chacun d'entre eux. 28% ont répondu catégoriquement non et le taux de non-réponse était de 33%. Ce taux mérite qu'on s'y attarde. Plusieurs raisons possibles : elles n'attendaient rien de leur médecin parce qu'elles n'avaient aucun trouble, ou ne le(s) considérai(en)t pas comme un problème, ou avaient trouvé une autre solution, ou parce que leur attente était centrée sur un autre interlocuteur.

Le médecin généraliste est perçu par certaines comme occupé par une lourde charge de travail, et manquant de temps : on le consulte si le motif est jugé urgent ou important, avec un rôle limité à la prescription. Cette association médecin-prescription est une réalité du système de soins français [125]. Dans ces conditions la santé sexuelle peut ne pas être perçue comme un sujet assez important pour nécessiter une consultation avec le médecin généraliste [126]. Pourtant les choses tendent à évoluer, et il y a une implication croissante des médecins généralistes dans l'information et la prévention, influencé entre autre par la féminisation de la profession [127].

Dans tous les cas, plus d'une femme sur 3, soit 39%, souhaitaient pouvoir en parler avec leur médecin généraliste. Ce chiffre comprend l'intégralité des femmes interrogées, y compris celles n'ayant aucun trouble. Parmi celles qui en ont, près de la moitié des femmes le citait parmi les interlocuteurs privilégiés en cas de douleurs, de sécheresse vaginale et de manque de plaisir. La comparaison avec d'autres travaux est difficile puisque comme déjà dit il y a très peu d'études quantitatives sur le sujet et elles sont anglo-saxonnes. La première avait un taux nettement plus conséquent puisque 68% des femmes aurait voulu lui en parler [72], mais l'effectif était de 56 femmes ce qui reste faible. Le deuxième avait un effectif de près de 1000 femmes, dont 35% souhaitaient que leur médecin généraliste leur apporte de l'aide par rapport

à un problème de santé sexuelle, avec seulement 4 à 6% d'entre elles qui l'avaient reçue [60]. Ce chiffre est cohérent avec le nôtre, et la proportion faible de celles ayant reçu cette aide également : seul 12% de notre échantillon en a effectivement parlé, et seulement 24% de celles qui voulaient le faire. Pourtant lorsque les femmes parlent de leurs troubles avec le généraliste, la majorité est satisfaite de l'échange [128].

Malgré un effectif trop faible pour être significatif et en tirer des conclusions les homosexuelles et bisexuelles étaient davantage disposées à en parler. C'est une population plus à risque d'échapper au suivi gynécologique d'autant que certains praticiens ont tendance à s'en tenir à un cadre « normatif » voir moralisateur [129]. Le médecin traitant, de par son suivi régulier et sa proximité, a d'autant plus sa place dans le dépistage des populations qui vont moins facilement chez le gynécologue.

Dans toutes les catégories socio-démographiques on retrouvait cette proportion d'environ une femme sur 3 qui citaient le généraliste comme interlocuteur privilégié. Et parmi celles qui ne voulaient pas parler de leurs troubles en règle générale, un quart le citait malgré tout. Les refus d'en parler étaient moins nombreux pour les femmes de 50 ans et plus, et celles ménopausées. La seule exception est pour celle de plus de 70 ans mais parmi elle le taux de non réponse était plus important. Par comparaison une enquête sur des sujets à partir de 70 ans rapportait que 32% des femmes pensaient que le médecin devrait aborder la question [100], et une sur des sujets à partir de 50 ans que 59% apprécieraient que leur médecin traitant prenne l'initiative d'en parler [128] ; notre effectif étant faible sur cette population nous manquons de puissance pour étayer cela.

Le refus d'en parler chez les femmes en couple était plus fréquent que chez les célibataires. Plusieurs explications : premièrement quand le médecin connaît les proches (dont le partenaire) cela est considéré comme un frein. Deuxièmement le manque d'épanouissement sexuel est plus important chez les célibataires. Même si partir du couple pour aborder le sujet peut-être facilitant [126], et indispensable pour l'anamnèse car la relation influe sur la sexualité [4], il ne faut pas s'y limiter. Troisièmement l'objectif pour les femmes semble avant tout d'améliorer la sexualité pour soi, preuve qu'elles sont actives dans leur démarche. En effet la demande est plus grande quand les troubles ont un retentissement négatif sur le bien-être propre des femmes, davantage que sur le couple. D'ailleurs la volonté d'en parler est moindre lorsqu'un manque d'implication du partenaire est ressenti, sans doute parce que la marge de progression est moindre puisque l'origine des troubles est en partie attribuée à ce même partenaire.

Les femmes interrogées voulaient avant tout comprendre et trouver une solution au problème, mais aussi être rassurées quant à la « normalité » pour presque une sur deux. L'écoute ne venait qu'en troisième position pour une femme sur 5. Ce qui veut dire qu'en déculpabilisant les femmes et en donnant des explications, sans forcément trouver le remède, le médecin généraliste peut déjà améliorer un des deux objectifs prioritaires des femmes. Le dialogue fait partie intégrante du traitement [130].

IV.7. Critères secondaires

IV.7.1. Les différents interlocuteurs privilégiés des femmes en ce qui concerne les troubles de la sexualité

Les trois quarts des femmes interrogées citaient plusieurs interlocuteurs privilégiés pour aborder les troubles de la sexualité qu'elles pouvaient rencontrer, et les femmes de moins de 50 ans étaient globalement plus ouvertes au dialogue. Dans tous les cas le médecin généraliste arrivait en troisième position.

Le gynécologue arrivait en première place (64%) comme dans d'autres études Françaises [17], [128]. C'est d'ailleurs le seul interlocuteur que la majorité des femmes de 70 ans et plus sollicitaient, cette spécialité ayant été davantage représentée dans les décennies précédentes. Or le manque actuel de gynécologues médicaux en France est tel que beaucoup de femmes éprouvent des difficultés à avoir un rendez-vous, et on estime que les effectifs permettent à un quart des femmes d'y avoir accès [131]. L'ouverture des postes au concours de l'internat ne permettra pas de combler ce déficit dans les années à venir [132]. Ce sont les médecins généralistes qui permettent de combler cette pénurie. Malgré certains freins des médecins et des patientes, beaucoup considèrent le médecin généraliste comme un interlocuteur potentiel [133]. Même si plus de la moitié des femmes les citent, les gynécologues ont les mêmes freins que les généralistes à aborder la sexualité avec leurs patientes (manque de temps, manque de formation). Ils ont tendance à se focaliser sur les risques (contraceptions/IST) chez les jeunes, et les symptômes de type douleurs et sécheresse lors de la ménopause. Les représentations de beaucoup d'entre eux, ainsi que les réponses apportées et les traitements, favorisent une sexualité vaginale et pénétrative, la question du désir et du plaisir étant rarement abordée. La féminisation de cette profession ne semble pas avoir fait avancer les choses [129]. Dans tous les cas il ne faut pas opposer la prise en charge par le gynécologue et le généraliste : les patients peuvent voir recours à l'un ou à l'autre en fonction des périodes de leur vie, ou encore des affinités qui se créent au fil du temps [8].

Le partenaire arrivait en deuxième position (63%), ce qui est une bonne nouvelle. Le lien entre une bonne entente conjugale et sexuelle est connu [134]. La communication entre les partenaires est souvent la condition d'une intimité durable partagée, et cela est encore plus vrai chez les personnes âgées [135]. Ces dernières sont pourtant moins enclines à aborder le sujet lorsqu'il y a un problème ; de fait, lors de la ménopause notamment, le vécu de la communication est parfois négatif (incompréhension du partenaire, reproches...) [8]. Les moins de 50 ans étaient plus ouvertes à la communication, ce qui ne peut qu'être encouragé : la sexualité se construit (du moins en partie) avec le partenaire.

La place des amis intervient surtout chez les 25-39 ans et les femmes avec un niveau d'étude élevé, peut-être plus à même de se distancer des tabous et du jugement des autres.

Le sexologue arrivait en quatrième position. C'est le seul spécialiste exclusif, notamment dans les cas complexes. Outre les « charlatans » médiatisés qui ont pu faire de l'ombre à la profession, le parcours des patients est souvent long et générateur de souffrance morale avant d'y arriver [7], même si les générations plus jeunes (moins de 50 ans) l'évoquent plus facilement. Le manque de temps et de tarification limitent l'implication, et il est peu connu,

avec une démographie trop faible [136]. Pour faciliter ce parcours le médecin traitant a un rôle dans le dépistage et l'orientation des patients, comme avec tout spécialiste.

Le psychologue (ou psychiatre) était moins plébiscité et arrivait avant-dernier. D'une part au vu du coût ; les psychologues ne sont pas remboursés ce qui restreint l'accès aux soins. D'autre part, parce qu'il est indiqué quand les troubles s'accompagnent d'un degré de souffrance morale élevé, ce qui n'est heureusement pas le cas du plus grand nombre. C'était surtout le cas des patientes qui évoquaient un manque de plaisir et une absence d'orgasme manquaient à l'appel, ou la survenue de douleurs, c'est-à-dire les troubles les plus associés à un manque d'épanouissement sexuel. Et enfin franchir la porte d'un spécialiste de ce type, avec la peur d'être étiqueté « anormal », fait encore peur à beaucoup même si les générations plus jeunes l'évoquaient plus facilement, signe d'une évolution des mentalités. Là aussi le généraliste peut conseiller les femmes chez qui il identifie le besoin d'y recourir, et dédramatiser la situation.

Les forums sur internet étaient en marge. Ils peuvent avoir un côté pratique car faciles d'accès mais donnent souvent des réponses peu pertinentes, voire erronées ou alarmantes et sont donc peu recommandables. Les femmes semblent vouloir se tourner vers des interlocuteurs plus fiables, ce qui est encourageant.

IV.7.2. Différence d'implication en fonction des tranches d'âges dans le repérage des troubles de la sexualité féminine par le médecin généraliste

Il y avait trois tranches d'âges où plus de 40% des femmes souhaitaient pouvoir parler des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste. Près de la moitié (48%) des femmes de 18 à 24 ans l'envisageaient, alors que seulement 8% l'avaient fait. Les femmes de 40-49 ans (44%) et celles de 50-59 ans (42%) étaient également plus nombreuses à l'envisager. Autrement dit la période d'entrée dans la sexualité et la péri-ménopause sont des moments propices pour aborder le sujet.

La moyenne d'âge du premier rapport sexuel en France est de 17 ans [137] ; les mineures étant exclues, les 18-24 ans représentent les femmes les plus jeunes de notre étude, au sortir de l'adolescence. Le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus consulté chez les moins de 30 ans, surtout chez les femmes et en milieu rural. Il occupe une place centrale « dans l'observation, l'écoute, le repérage des situations de fragilité des jeunes, les conseils de prévention, le suivi » y compris en terme de sexualité, et le Haut Conseil de la Santé Publique plaide en faveur d'une place encore plus importante dans les années à venir [107]. D'ailleurs, selon une revue de littérature récente [138], le généraliste est un bon interlocuteur au sujet de la sexualité pour 79% des adolescents et cela était abordé chez un adolescent sur 5.

Les participantes de 50 ans et plus étaient moins fermées à la discussion que les autres (moitié moins de refus d'en parler), et plus nombreuses à l'avoir déjà fait. Deux raisons peuvent expliquer ce phénomène : l'ancienneté de la relation médecin-malade (et la confiance qui va avec) favorise le dialogue, et surtout la ménopause permet d'aborder ce sujet. Si on étend le sujet à tous les symptômes que l'on peut rencontrer à la ménopause (y compris en dehors de la sphère sexuelle), les médecins généralistes et gynécologues sont indifféremment consultés [139], et la question est abordée de l'initiative de la femme le plus souvent [128]. Comme c'est

une période de la vie où les dysfonctions sexuelles sont plus fréquentes [140], il serait logique d'en parler mais peu de femmes osent, soit moins d'une femme sur 4 [141], chiffre similaire dans notre étude.

La population la moins encline à parler de sexualité avec le généraliste était celle des plus de 70 ans. Beaucoup ne se sont pas prononcées, avec plusieurs raisons possibles. Certaines soulignaient dans les commentaires libres qu'elles n'avaient plus de rapports, lié souvent à un mauvais état de santé ou à l'absence de partenaire [141]. D'autres pouvaient ne pas avoir de troubles ou ne pas le(s) considérer comme un problème du fait d'un désinvestissement de la sexualité [17] ou encore préférer le gynécologue. Peu de médecins osent en parler, du fait de représentations négatives, imaginant les personnes âgées comme ayant une sexualité sur le déclin voir asexuelles [142]. S'il semble exister une volonté commune des médecins et des patients ne pas aborder la sexualité en consultation chez les plus de 70 ans [143], il reste environ une personne sur 5 qui souhaite tout de même pouvoir le faire, ce qu'il ne faut pas oublier.

Au final, la période de l'entrée dans la sexualité et dans la ménopause sont deux étapes clés où les femmes souhaitent davantage aborder le sujet avec le médecin généraliste. Néanmoins, quelles que soient les tranches d'âges (exception faite des plus de 70 ans), au moins un tiers des femmes voudraient pouvoir lui en parler.

IV.7.3. Stratégie préférentielle des patientes dans l'abord des troubles de la sexualité par le médecin généraliste

Les femmes qui voulaient en parler avec le généraliste étaient 66% à ne pas l'avoir fait. Y a-t-il une stratégie idéale pour aborder le sujet ?

La majorité des études mettent en avant que plus d'un tiers des femmes voudraient une attitude plus volontariste de la part du médecin, une étude suisse avançant même que 59% le voudrait dès la première consultation [73]. Nos chiffres sont plus nuancés puisque 34% préféreraient prendre elles-mêmes l'initiative, 32% n'avaient pas de préférence, et 22% souhaitaient que cela vienne du médecin. On ne peut pas parler de tendance franche. Après 50 ans elles étaient encore moins à vouloir que cela vienne du médecin et dans les faits ce sont souvent elles qui abordent la question [128], ce qui est donc cohérent avec leurs desideratas. Ce que les femmes suggèrent avant tout c'est une attitude ouverte de la part du médecin, qu'il «tende la perche» [126]. C'est la même chose chez les plus jeunes [144] ; l'important est de faire sentir aux patientes que c'est un sujet possible à aborder. De nombreux médecins craignent d'être trop intrusifs ou de choquer en soulevant la question, pourtant 93% des patients accueillent favorablement cette démarche [74].

A quel moment le faire ? Selon les femmes certaines occasions sont plus propices, comme la consultation pour un motif gynécologique, ou le renouvellement de contraception pour celles concernées. Bonne nouvelle pour le médecin : il est plus facile d'orienter la conversation sur la sexualité à ces moments-là. Demander par exemple s'il y a des problèmes de sécheresse vaginale ou de douleurs est une porte d'entrée dans la discussion. Mais 29% citaient aussi une consultation « lambda », c'est-à-dire de lancer le sujet même si la consultation n'a pas de rapport. Cela ne semble pas gêner les patientes [145]. Le risque est de se trouver dans la situation peu confortable du « syndrome du pas de la porte », lorsque les femmes en parlent juste avant de partir. Cela majore la sensation de manque de temps

ressentie par les médecins [5]. Or aborder trop superficiellement le sujet est vécu comme insatisfaisant pour les patientes [126]. Pour éviter cet écueil, lorsqu'une femme en parle dans des telles circonstances, proposer un autre rendez-vous pour en parler plus au calme paraît un bon compromis.

Et comment le faire ? Utiliser des termes médicaux remportait l'adhésion de la majorité des femmes. L'approche centrée sur le désir et le plaisir reste un deuxième choix, à aborder plutôt avec les femmes réceptives au sujet. Par contre l'approche très directe reste en marge et semble à éviter. Il ne faut pas oublier que la perception des difficultés de la fonction sexuelle renvoie à la place que la sexualité occupe dans la vie des personnes : une baisse du désir sexuel pourra être un réel problème pour une femme, tandis qu'une autre n'en souffrira nullement et aucune prise en charge ne sera alors requise. D'où l'importance d'interroger les femmes sur leur degré de satisfaction vis-à-vis de leur vie sexuelle actuelle [128]. Différents leviers pour amener le sujet ont été décrits par les femmes dans une thèse qualitative [126] comme parler du couple, repérer un mal-être, évoquer les possibles effets secondaires d'un traitement. Selon le verbatim d'une patiente : *« Quand on dit à quelqu'un : 'vous avez besoin de rien?' Franchement on n'a pas envie de répondre. Alors que si on dit 'bon vous avez besoin de quelque chose?' ou 'est-ce que y'a un problème que vous voudriez aborder? ou un sujet même si c'est pas un problème?' Peut-être que la personne déjà elle va répondre différemment. »*.

En fin de compte il n'y a pas de stratégie unique puisque chaque femme est différente, avec son propre vécu de la sexualité. Il faut profiter des motifs gynécologiques et du renouvellement de la contraception pour engager la discussion avec des questions médicales (douleur, sécheresse...), mais aussi savoir repérer les dysfonctions sexuelles lorsqu'un mal-être est perçu, et s'adapter en fonction de la réponse de chacune. Proposer d'en parler sans insister, en gardant une posture ouverte sur le sujet, y compris si la femme préfère en parler lors d'une consultation lambda, en programmant si nécessaire un moment dédié.

IV.7.4. Facteurs facilitateurs et freins des femmes à aborder le sujet avec le médecin généraliste

Dans notre questionnaire, les divers facteurs facilitateurs ou freins étaient issus de thèses qualitatives et ont été présentés dans un tableau pour que les femmes cochent ceux qui les concernaient. Ces facteurs avaient donc déjà été identifiés ; le but était de voir la proportion de femmes qui y était associée. La longueur et la forme de ce tableau ont pu conduire à une mauvaise interprétation des réponses chez certaines (par exemple lorsque la gêne d'aborder le sujet était considéré comme un facilitateur ce n'est probablement pas vraiment ce que la patiente voulait dire), même si cela reste minoritaire dans les réponses. Certaines tendances se détachaient clairement de nos résultats. Consulter seule, avoir un médecin avec une bonne capacité d'écoute et un temps dédié à la consultation suffisamment long (plus de 15 minutes), sont sollicités par la majorité. Ce sont des aspects que le généraliste doit favoriser pour pouvoir repérer ces troubles. A contrario il vaut mieux éviter d'en parler lorsqu'une femme est accompagnée ; parler d'un sujet aussi intime n'est pas aisé devant un tiers.

Concernant les caractéristiques du médecin, le sexe féminin était plébiscité, tandis que le sexe masculin est un frein. Or être un homme est aussi un obstacle cité par les médecins : ils craignent qu'en posant la question cela soit mal interprété, vécu comme intrusif, ou encore à l'origine d'un transfert affectif de certaines patientes [146]. Il faut donc savoir, dans certains cas et notamment chez les plus jeunes [147], proposer un autre médecin (ou une consœur) sans considérer cela comme un échec ; il s'agit d'une aide que l'on apporte par le biais d'un autre interlocuteur. Le rôle d'orientation des patients fait partie des missions du médecin traitant.

Connaitre son médecin depuis longtemps peut être un atout, de par la relation de confiance qui s'installe. Mais le connaître « trop » bien et qu'il connaisse les proches peuvent être des freins comme plus d'un tiers des réponses en attestait. Cela a déjà été mis en évidence dans le cas des IST [145]. Selon certaines femmes, quand c'est un ami, qu'il connaît la famille, ou que le tutoiement est utilisé, le médecin ne fait parfois plus l'effort de chercher autre chose que le motif de consultation, avec l'instauration d'une certaine routine [126].

D'autres points étaient plus flous, sans prédominance franche ; l'âge du médecin et le fait de ne pas bien le connaître n'avait pas d'influence pour la plupart. Autrement dit qu'il soit jeune, âgé, remplaçant ou en face d'un nouveau patient, cela ne doit pas faire hésiter le médecin à être actif dans le repérage des troubles de la sexualité.

Pour ce qui est des patientes, la peur du jugement et l'impression qu'on ne trouvera pas l'aide attendue existent [126] et était signalé par un tiers de notre échantillon. La gêne d'aborder le sujet était un frein pour près de la moitié (49%). Pour limiter ces freins il faut rappeler le caractère confidentiel de chaque consultation et le secret médical, savoir proposer de parler de tels sujets en mettant l'accent sur l'aide que l'on peut apporter, et rappeler que le domaine de la sexualité fait partie du champ d'action du médecin généraliste. Le fait d'avoir une formation dans ce domaine reste un atout considérable pour les médecins [146], et il serait souhaitable que ce thème soit davantage traité en formation initiale.



Conclusion

Les résultats de notre étude confirment une prévalence des troubles de la sexualité féminine élevée à tous les âges de la vie. Sur les 487 femmes interrogées, 87% déclaraient au moins un trouble. Ont été identifiés des troubles du désir pour 56%, une sécheresse vaginale pour 42%, des troubles douloureux pour 30%, en enfin des troubles de l'orgasme pour 25% et un manque de plaisir pour 22%. Ces troubles avaient un retentissement négatif pour 63% d'entre elles. Près d'un tiers des femmes n'étaient pas épanouies sexuellement, et le même nombre trouvait que leur partenaire ne se préoccupait pas assez de leur plaisir.

Parmi les femmes, 47% voudraient en parler, la même proportion ne le souhaite pas. Le partenaire arrivait en premier parmi les interlocuteurs privilégiés, ce qui est une bonne chose car la confiance et la communication sont des ingrédients nécessaires. Le gynécologue arrivait en deuxième, davantage cité chez les femmes plus âgées, mais les effectifs actuels ne permettent pas un accès suffisant à toutes les femmes et ce sont les généralistes qui permettent de faire face à cette pénurie.

Notre étude met en évidence que 39% des femmes voudraient pouvoir parler de leurs troubles de la sexualité à leur médecin généraliste. Celui-ci arrive en troisième position, avant les amis, le sexologue, le psychologue ou encore les forums sur internet. Pourtant le dépistage de ces troubles est insuffisant ; seulement 12% de notre effectif en a réellement parlé avec son médecin. L'objectif de ces femmes était avant tout de comprendre le problème et de trouver une solution, mais aussi d'être rassurées quant à la « normalité ».

Les médecins généralistes ont donc leur place dans le repérage des différents troubles de la sexualité. Ils se doivent de déculpabiliser les femmes, de leur expliquer que le plaisir féminin nécessite de s'affranchir des représentations véhiculées par la société et que la jouissance féminine n'est pas l'évidence que les films et autres médias mettent en scène. Le plaisir se recherche, il se découvre, se construit et évolue. Deux périodes de la vie sont particulièrement propices pour aborder le sujet selon les femmes : l'entrée dans la sexualité et la péri-ménopause. Ce sont des moments-clés, d'autant que les dysfonctions sexuelles y sont encore plus fréquentes. Les femmes voulaient pouvoir elles-mêmes, autant que le médecin, aborder le sujet. Elles souhaitaient que la question soit posée avec des termes médicaux, lors d'une consultation pour un motif gynécologique ou pour un renouvellement de contraception, mais aussi pouvoir le faire lors d'une consultation pour un tout autre motif. Il est donc important de se montrer ouvert voire d'initier le dialogue, de rappeler le secret médical et le fait que ce domaine fait partie du champ d'action du médecin généraliste. Même si chaque femme est différente, certaines caractéristiques facilitaient les choses ; le sexe féminin du médecin, une bonne capacité d'écoute, les consultations de plus de 15 minutes et surtout le fait de consulter seule. Une fois le problème repéré, il ne faut pas hésiter à reprogrammer une consultation ou orienter vers un spécialiste voire une consœur si on ne se sent pas à l'aise, que le temps manque, ou dans les cas complexes. N'oublions pas que seuls les sujets abordés ont une chance de trouver une solution.

Au vu du grand nombre de troubles de la sexualité féminine et de leur impact négatif sur la qualité de vie et sur le couple, il semble nécessaire dans les années à venir de promouvoir une éducation sexuelle plus égalitaire et basée sur le plaisir. La prévention des risques (infectieux, grossesses non désirées) est nécessaire mais pas suffisante. Le médecin généraliste, par sa prise en charge, peut faire partie des acteurs de cette éducation sexuelle et ainsi permettre aux femmes de s'épanouir davantage dans leur sexualité.

Références bibliographiques

- [1] D. Flaumenbaum, *Femme désirée, femme désirante*. Paris: Payot, 2006.
- [2] E. O. Laumann *et al.*, « Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors », *Int. J. Impot. Res.*, vol. 17, n° 1, p. 39-57, févr. 2005.
- [3] World Health Organization, « Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health, Geneva », 28-janv-2002. .
- [4] J. Lamont, « Directive clinique de consensus sur la santé sexuelle de la femme », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, vol. 38, n° 12, Supplement, p. S79-S142, déc. 2016.
- [5] M. Temple-Smith, J. Hammond, P. Pyett, et N. Presswell, « Barriers to sexual history taking in general practice », *Aust Fam Physician*, vol. 25, n° 9 Suppl 2, p. S71-74, sept. 1996.
- [6] S. Humphery et I. Nazareth, « GPs' views on their management of sexual dysfunction », *Fam Pract*, vol. 18, n° 5, p. 516-518, oct. 2001.
- [7] G. Laurens, « Le patient, son médecin traitant, et le médecin sexologue: une étude en région Nord-Pas-de-Calais, auprès de 101 patients et de 23 médecins sexologues », Thèse d'exercice, Université du droit et de la santé, Lille, France, 2013.
- [8] B. Wissemberg, « Les troubles du désir chez la femme: quelle prise en charge par le médecin généraliste », Thèse d'exercice, Université de Nancy I. Faculté de médecine, France, 2005.
- [9] S. Freud, *La vie sexuelle*. Paris: Presses universitaires de France, 2011.
- [10] S. Freud, *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*, Gallimard. 1971.
- [11] K. Horney, H. Kelman, et G. Rintzler, *La psychologie de la femme*. Paris: Payot, 2002.
- [12] M. Klein et J.-B. Boulanger, *La psychanalyse des enfants*. Paris: PUF, 2013.
- [13] A. Kinsey, *Le Comportement Sexuel de la Femme. Rapport Kinsey*, Amiot-Dumont. 1954.
- [14] W. H. Masters et V. E. Johnson, *Les réactions sexuelles*. Paris: Laffont, 1967.
- [15] S. Hite et T. Carlier, *Le Rapport Hite*. Paris: R. Laffont, 1986.
- [16] S. Hite, *Le nouveau rapport Hite: l'enquête la plus révolutionnaire jamais menée sur la sexualité féminine*. Paris: R. Laffont, 2005.
- [17] N. Bajos, M. Bozon, N. Beltzer, et M. Godelier, *Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé*. Paris, France: La Découverte, impr. 2008, 2008.
- [18] H. E. O'Connell, J. M. Hutson, C. R. Anderson, et R. J. Plenter, « Anatomical relationship between urethra and clitoris », *J. Urol.*, vol. 159, n° 6, p. 1892-1897, juin 1998.
- [19] H. E. O'Connell, K. V. Sanjeevan, et J. M. Hutson, « Anatomy of the clitoris », *J. Urol.*, vol. 174, n° 4 Pt 1, p. 1189-1195, oct. 2005.



- [20] S. Mattei *et al.*, *SVT Sciences de la Vie et de la Terre Cycle 4: 5e, 4e, 3e*. Magnard, 2017.
- [21] K. T. Barnhart, A. Izquierdo, E. S. Pretorius, D. M. Shera, M. Shabbout, et A. Shaunik, « Baseline dimensions of the human vagina », *Hum. Reprod.*, vol. 21, n° 6, p. 1618-1622, juin 2006.
- [22] B. Whipple et B. R. Komisaruk, « Elevation of pain threshold by vaginal stimulation in women », *Pain*, vol. 21, n° 4, p. 357-367, avr. 1985.
- [23] W. C. Weijmar Schultz, H. B. van de Wiel, J. A. Klatter, B. E. Sturm, et J. Nauta, « Vaginal sensitivity to electric stimuli: theoretical and practical implications », *Arch Sex Behav*, vol. 18, n° 2, p. 87-95, avr. 1989.
- [24] Z. Hoch, « Vaginal erotic sensitivity by sexological examination », *Acta Obstet Gynecol Scand*, vol. 65, n° 7, p. 767-773, 1986.
- [25] A. K. Ladas, B. Whipple, et J. D. Perry, *Le point G et autres découvertes recentes sur la sexualite humaine*. Paris: R. Laffont, 1983.
- [26] V. Puppo et I. Gruenwald, « Does the G-spot exist? A review of the current literature », *Int Urogynecol J*, vol. 23, n° 12, p. 1665-1669, déc. 2012.
- [27] S. Pan, C. Leung, J. Shah, et A. Kilchevsky, « Clinical anatomy of the G-spot », *Clin Anat*, vol. 28, n° 3, p. 363-367, avr. 2015.
- [28] A. Ostrzenski, « Anatomic documentation of the G-spot complex role in the genesis of anterior vaginal wall ballooning », *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, vol. 180, p. 186-191, sept. 2014.
- [29] A. Ostrzenski *et al.*, « Verification of the anatomy and newly discovered histology of the G-spot complex », *BJOG*, vol. 121, n° 11, p. 1333-1339, oct. 2014.
- [30] R. Pauls *et al.*, « A prospective study examining the anatomic distribution of nerve density in the human vagina », *J Sex Med*, vol. 3, n° 6, p. 979-987, nov. 2006.
- [31] T. Li, Q. Liao, H. Zhang, X. Gao, X. Li, et M. Zhang, « Anatomic distribution of nerves and microvascular density in the human anterior vaginal wall: prospective study », *PLoS ONE*, vol. 9, n° 11, p. e110239, 2014.
- [32] E. A. Jannini, O. Buisson, et A. Rubio-Casillas, « Beyond the G-spot: clitourethrovaginal complex anatomy in female orgasm », *Nat Rev Urol*, vol. 11, n° 9, p. 531-538, sept. 2014.
- [33] O. Buisson et E. A. Jannini, « Pilot echographic study of the differences in clitoral involvement following clitoral or vaginal sexual stimulation », *J Sex Med*, vol. 10, n° 11, p. 2734-2740, nov. 2013.
- [34] O. Buisson, P. Foldes, E. Jannini, et S. Mimoun, « Coitus as revealed by ultrasound in one volunteer couple », *J Sex Med*, vol. 7, n° 8, p. 2750-2754, août 2010.



- [35] W. W. Schultz, P. van Andel, I. Sabelis, et E. Mooyaart, « Magnetic resonance imaging of male and female genitals during coitus and female sexual arousal », *BMJ*, vol. 319, n° 7225, p. 1596-1600, déc. 1999.
- [36] E. A. Jannini, B. Whipple, S. A. Kingsberg, O. Buisson, P. Foldès, et Y. Vardi, « Who's afraid of the G-spot? », *J Sex Med*, vol. 7, n° 1 Pt 1, p. 25-34, janv. 2010.
- [37] B. Whipple et B. R. Komisaruk, « Brain (PET) responses to vaginal-cervical self-stimulation in women with complete spinal cord injury: preliminary findings », *J Sex Marital Ther*, vol. 28, n° 1, p. 79-86, févr. 2002.
- [38] B. R. Komisaruk, B. Whipple, A. Crawford, W.-C. Liu, A. Kalnin, et K. Mosier, « Brain activation during vaginocervical self-stimulation and orgasm in women with complete spinal cord injury: fMRI evidence of mediation by the vagus nerves », *Brain Res.*, vol. 1024, n° 1-2, p. 77-88, oct. 2004.
- [39] F. Gruyer, *Ce paradis trop violent*. Paris: R. Laffont, 1984.
- [40] A. Rubio-Casillas et E. A. Jannini, « New insights from one case of female ejaculation », *J Sex Med*, vol. 8, n° 12, p. 3500-3504, déc. 2011.
- [41] C. M. Meston, E. Hull, R. J. Levin, et M. Sipski, « Disorders of orgasm in women », *J Sex Med*, vol. 1, n° 1, p. 66-68, juill. 2004.
- [42] É. Brune et Y. Ferroul, *Le secret des femmes: voyage au coeur du plaisir et de la jouissance*. Paris: O. Jacob, 2012.
- [43] E. A. Lloyd, *The case of the female orgasm: bias in the science of evolution*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2005.
- [44] K. M. Dunn, L. F. Cherkas, et T. D. Spector, « Genetic influences on variation in female orgasmic function: a twin study », *Biology Letters*, vol. 1, n° 3, p. 260, sept. 2005.
- [45] S. Brody, K. Klapilova, et L. Krejčová, « More frequent vaginal orgasm is associated with experiencing greater excitement from deep vaginal stimulation », *J Sex Med*, vol. 10, n° 7, p. 1730-1736, juill. 2013.
- [46] S. Brody, S. Houde, et U. Hess, « Greater tactile sensitivity and less use of immature psychological defense mechanisms predict women's penile-vaginal intercourse orgasm », *J Sex Med*, vol. 7, n° 9, p. 3057-3065, sept. 2010.
- [47] S. Brody et R. M. Costa, « Vaginal orgasm is associated with less use of immature psychological defense mechanisms », *J Sex Med*, vol. 5, n° 5, p. 1167-1176, mai 2008.
- [48] R. M. Costa et S. Brody, « Anxious and avoidant attachment, vibrator use, anal sex, and impaired vaginal orgasm », *J Sex Med*, vol. 8, n° 9, p. 2493-2500, sept. 2011.
- [49] N. Prause, « A response to Brody, Costa and Hess (2012): theoretical, statistical and construct problems perpetuated in the study of female orgasm », *Sexual and Relationship Therapy*, vol. 27, n° 3, p. 260-271, août 2012.



- [50] R. J. Levin, « The deadly pleasures of the clitoris and the condom – a rebuttal of Brody, Costa and Hess (2012) », *Sexual and Relationship Therapy*, vol. 27, n° 3, p. 272-295, août 2012.
- [51] S. Brody et P. Weiss, « Vaginal orgasm is associated with vaginal (not clitoral) sex education, focusing mental attention on vaginal sensations, intercourse duration, and a preference for a longer penis », *J Sex Med*, vol. 7, n° 8, p. 2774-2781, août 2010.
- [52] S. H. Oakley *et al.*, « Clitoral size and location in relation to sexual function using pelvic MRI », *J Sex Med*, vol. 11, n° 4, p. 1013-1022, avr. 2014.
- [53] K. Wallen et E. A. Lloyd, « Female Sexual Arousal: Genital Anatomy and Orgasm in Intercourse », *Horm Behav*, vol. 59, n° 5, p. 780-792, mai 2011.
- [54] R. G. Heath, « Pleasure and brain activity in man. Deep and surface electroencephalograms during orgasm », *J. Nerv. Ment. Dis.*, vol. 154, n° 1, p. 3-18, janv. 1972.
- [55] G. Holstege et H. K. Huynh, « Brain circuits for mating behavior in cats and brain activations and de-activations during sexual stimulation and ejaculation and orgasm in humans », *Horm Behav*, vol. 59, n° 5, p. 702-707, mai 2011.
- [56] J. R. Georgiadis *et al.*, « Regional cerebral blood flow changes associated with clitorally induced orgasm in healthy women », *Eur. J. Neurosci.*, vol. 24, n° 11, p. 3305-3316, déc. 2006.
- [57] H. Alzate, « Vaginal eroticism and female orgasm: a current appraisal », *J Sex Marital Ther*, vol. 11, n° 4, p. 271-284, 1985.
- [58] J. G. Pfaus, G. R. Quintana, C. Mac Cionnaith, et M. Parada, « The whole versus the sum of some of the parts: toward resolving the apparent controversy of clitoral versus vaginal orgasms », *Socioaffect Neurosci Psychol*, vol. 6, p. 32578, 2016.
- [59] « Sexual Dysfunctions », in *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, American Psychiatric Association, 2013.
- [60] K. M. Dunn, P. R. Croft, et G. I. Hackett, « Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population », *Fam Pract*, vol. 15, n° 6, p. 519-524, déc. 1998.
- [61] C. H. Mercer *et al.*, « Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey », *BMJ: British Medical Journal*, vol. 327, n° 7412, p. 426, août 2003.
- [62] K. R. Mitchell *et al.*, « Sexual function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3) », *The Lancet*, vol. 382, n° 9907, p. 1817-1829, nov. 2013.
- [63] J. Bancroft, J. Loftus, et J. S. Long, « Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships », *Arch Sex Behav*, vol. 32, n° 3, p. 193-208, juin 2003.



- [64] R. D. Hayes, C. M. Bennett, C. K. Fairley, et L. Dennerstein, « What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction? », *J Sex Med*, vol. 3, n° 4, p. 589-595, juill. 2006.
- [65] Bozon M, Leridon H, Rianday B, Firdion JM, Spira A., « Enquête ACSF 1992 », *Editions rapport de l'INED 1992*.
- [66] Ifop et F. Kraus, « Les Françaises et l'orgasme », n° 112658, déc. 2014.
- [67] E. Shahar, J. Lederer, et M. J. Herz, « The use of a self-report questionnaire to assess the frequency of sexual dysfunction in family practice clinics », *Fam Pract*, vol. 8, n° 3, p. 206-212, sept. 1991.
- [68] A. Jonhson, J. Wadsworth, K. Welling, et J. Field, « Sexual Attitudes and Lifestyles », *Oxford Blackwell Scientific Publications*, 1994.
- [69] S. Read, M. King, et J. Watson, « Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner », *J Public Health Med*, vol. 19, n° 4, p. 387-391, déc. 1997.
- [70] I. Nazareth, P. Boynton, et M. King, « Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study », *BMJ*, vol. 327, n° 7412, p. 423, août 2003.
- [71] M. Gott, S. Hinchliff, et E. Galena, « General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people », *Soc Sci Med*, vol. 58, n° 11, p. 2093-2103, juin 2004.
- [72] M. E. Metz et M. H. Seifert, « Women's expectations of physicians in sexual health concerns », *Fam Pract Res J*, vol. 7, n° 3, p. 141-152, 1988.
- [73] G. Meystre-Agustoni, A. Jeannin, K. de Heller, A. Péroud, P. Bodenmann, et F. Dubois-Arber, « Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? », *Swiss Med Wkly*, vol. 141, p. w13178, 2011.
- [74] A. Zeler et C. Troadec, « Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, France », *Sexologies*, vol. 26, n° 3, p. 136-145, juill. 2017.
- [75] N. A. Phillips, « Female Sexual Dysfunction: Evaluation and Treatment », p. 15.
- [76] J. Achamlal, « Proposition d'un référentiel pour la prise en charge efficace des troubles sexuels les plus fréquents au cabinet du généraliste », Thèse d'exercice, Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine, France, 2010.
- [77] A. HUBIN, P. DE SUTTER, et C. REYNAERT, « La bibliothérapie : un outil thérapeutique efficace pour les dysfonctions sexuelles féminines ? », *SEXOLOGIES*, vol. 20, n° 2, p. 119-124, avr. 2011.
- [78] P. De Sutter et V. Doyen, *Vivre mieux: désir : roman sexo-informatif*. Paris: O. Jacob, 2014.



- [79] P. Struck et S. Ventegodt, « Clinical holistic medicine: teaching orgasm for females with chronic anorgasmia using the Betty Dodson method », *ScientificWorldJournal*, vol. 8, p. 883-895, sept. 2008.
- [80] C. H. J. Ferreira, P. L. Dwyer, M. Davidson, A. De Souza, J. A. Ugarte, et H. C. Frawley, « Does pelvic floor muscle training improve female sexual function? A systematic review », *Int Urogynecol J*, vol. 26, n° 12, p. 1735-1750, déc. 2015.
- [81] G. Tétart et G. Zwang, *Précis de thérapeutique sexologique: traitement des dysfonctionnements érotiques du couple*. Montpellier: Sauramps médical, 2004.
- [82] M. Morin et S. Bergeron, « La rééducation périnéale dans le traitement de la dyspareunie chez la femme », *Sexologies*, vol. 18, p. 134—140, 2009.
- [83] F. Cour et C. Methorst, « Women's arousal disorders », *Prog. Urol.*, vol. 23, n° 9, p. 575-585, juill. 2013.
- [84] M.-H. Colson et F. Cour, « [Women's orgasmic disorders] », *Prog. Urol.*, vol. 23, n° 9, p. 586-593, juill. 2013.
- [85] P. Picq et P. Brenot, *Sexe, l'Homme et l'Évolution (Le)*. Odile Jacob, 2009.
- [86] F. Cour et M. Bonierbale, « [Sexual desire disorders in women] », *Prog. Urol.*, vol. 23, n° 9, p. 562-574, juill. 2013.
- [87] R. BASSON *et al.*, « REPORT OF THE INTERNATIONAL CONSENSUS DEVELOPMENT CONFERENCE ON FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION: DEFINITIONS AND CLASSIFICATIONS », *The Journal of Urology*, mars 2000.
- [88] F. Cour et M. Bonierbale, « Troubles du désir sexuel féminin », *Prog. Urol.*, vol. 23, n° 9, p. 547-561, juill. 2013.
- [89] Netgen, « Traitement pharmacologique des dysfonctions sexuelles féminines : chimère ou réalité ? », *Revue Médicale Suisse*. .
- [90] G. Karsenty *et al.*, « Les médicaments de la médecine sexuelle », *Progrès en Urologie*, vol. 23, n° 15, p. 1299-1311, nov. 2013.
- [91] F. Swain, « The Orgasmatron: Strange tale of a pleasure implant », *BBC*, 24-mars-2014. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.bbc.com/future/story/20140321-orgasms-at-the-push-of-a-button>.
- [92] B. Durantet, « Augmentation du «point G» : fantasme ou réalité ? », n° 173, p. 12, mars 2017.
- [93] N. Lotersztajn et P. Panel, « Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 34, n° 5, p. 513, sept. 2005.
- [94] J. M. L. C. L. Dobbeleir, K. V. Landuyt, et S. J. Monstrey, « Aesthetic Surgery of the Female Genitalia », *Semin Plast Surg*, vol. 25, n° 2, p. 130-141, mai 2011.
- [95] D. Shaw *et al.*, « Chirurgie esthétique génitale chez la femme », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, vol. 35, n° 12, p. 1113-1114, déc. 2013.

- [96] Ifop, F. Kraus, et J. Fourquet, « Les pratiques sexuelles des Français », p. 36, 2014.
- [97] C. Blanc, *La sexualité des femmes n'est pas celle des magazines*. Paris: Martinière, 2004.
- [98] A.-L. Petit, « Les modifications physiologiques de la ménopause ont-elles un impact sur la sexualité de la femme ? », Thèse d'exercice, Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie, France, 2015.
- [99] D. M. Lee et J. Nazroo, « Sexual Health and Well-being Among Older Men and Women in England: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing », janv. 2015.
- [100] L. J. Smith, J. P. Mulhall, S. Deveci, N. Monaghan, et M. C. Reid, « Sex after seventy: a pilot study of sexual function in older persons », *J Sex Med*, vol. 4, n° 5, p. 1247-1253, sept. 2007.
- [101] Institut national de la statistique et des études économiques., « Dossier complet – Département de la Haute-Vienne (87) | Insee », 13-déc-2018.
- [102] va avec « pratiques sexuelles de Français », « Les Français, le sexe et la politique », *IFOP*. .
- [103] C. Sauvage, *Contraception, IVG et IST chez les Franciliennes. Résultats du Baromètre santé 2010 de l'Inpes*. 2013.
- [104] C. Ferrigno, « Impact de la médiatisation des risques vasculaires liés à la pilule sur le choix de la contraception: étude descriptive », Thèse d'exercice, Aix-Marseille Université. Faculté de médecine, 2012-, France, 2013.
- [105] C. Baudelot et R. Establet, « Le niveau monte », n° 26, p. 82-83, 1989.
- [106] P. Poulet-Coulibando et I. Robert-Bobée, « le niveau d'études de la population et des jeunes », *L'état de l'Enseignement supérieur et de la Recherche en France n°7 - avril 2014*, n° 7, p. 48-49, 04T05:59:00+01:00 2014.
- [107] F. Beck et J.-B. Richard, *Les comportements de santé des jeunes analyses du baromètre santé 2010*. Saint-Denis (France): INPES éditions, 2013.
- [108] TNS Opinion & Social on request of European Commission, « Eurobarometer », oct. 2010.
- [109] J. S. Simons et M. P. Carey, « Prevalence of sexual dysfunctions: results from a decade of research », *Arch Sex Behav*, vol. 30, n° 2, p. 177-219, avr. 2001.
- [110] M. Bozon, « Amour, désir et durée. Cycle de la sexualité conjugale et rapports entre hommes et femmes », in *La sexualité au temps du Sida*, PUF., Paris, 1998.
- [111] « Sécheresse vaginale liée à la ménopause : gel vaginal sans hormone en premier choix », *Prescrire*, vol. 35, n° 383, p. 674-679, 2015.
- [112] C. M. A. Salisbury et W. A. Fisher, « “Did you come?” A qualitative exploration of gender differences in beliefs, experiences, and concerns regarding female orgasm occurrence during heterosexual sexual interactions », *J Sex Res*, vol. 51, n° 6, p. 616-631, 2014.



- [113] N. K. Smith, K. N. Jozkowski, et S. A. Sanders, « Hormonal contraception and female pain, orgasm and sexual pleasure », *J Sex Med*, vol. 11, n° 2, p. 462-470, févr. 2014.
- [114] C. W. Wallwiener, L.-M. Wallwiener, H. Seeger, A. O. Mück, J. Bitzer, et M. Wallwiener, « Prevalence of sexual dysfunction and impact of contraception in female German medical students », *J Sex Med*, vol. 7, n° 6, p. 2139-2148, juin 2010.
- [115] S. A. Robinson, M. Dowell, D. Pedulla, et L. McCauley, « Do the emotional side-effects of hormonal contraceptives come from pharmacologic or psychological mechanisms? », *Med. Hypotheses*, vol. 63, n° 2, p. 268-273, 2004.
- [116] S. Mimoun, « Ménopause, andropause et fonction sexuelle », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, vol. 31, n° 2, p. 141-146, févr. 2003.
- [117] Ifop et F. Kraus, « Observatoire européen de la sexualité féminine », déc. 2018.
- [118] E. O. Laumann, A. Paik, et R. C. Rosen, « Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors », *JAMA*, vol. 281, n° 6, p. 537-544, févr. 1999.
- [119] M. M. Peixoto et P. Nobre, « Prevalence of sexual problems and associated distress among lesbian and heterosexual women », *J Sex Marital Ther*, vol. 41, n° 4, p. 427-439, 2015.
- [120] J. N. Sobecki-Rausch, O. Brown, et C. L. Gaupp, « Sexual Dysfunction in Lesbian Women: A Systematic Review of the Literature », *Seminars in reproductive medicine*, vol. 35, n° 5, p. 448-459, sept. 2017.
- [121] P. M. Pascoal *et al.*, « A Dyadic Approach to Understanding the Link Between Sexual Functioning and Sexual Satisfaction in Heterosexual Couples », *J Sex Res*, vol. 55, n° 9, p. 1155-1166, déc. 2018.
- [122] V. S. Cain *et al.*, « Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: baseline results from SWAN », *J Sex Res*, vol. 40, n° 3, p. 266-276, août 2003.
- [123] I. M. Tavares, E. T. M. Laan, et P. J. Nobre, « Cognitive-Affective Dimensions of Female Orgasm: The Role of Automatic Thoughts and Affect During Sexual Activity », *J Sex Med*, vol. 14, n° 6, p. 818-828, 2017.
- [124] P. Nicolson et J. Burr, « What is “normal” about women’s (hetero)sexual desire and orgasm?: a report of an in-depth interview study », *Soc Sci Med*, vol. 57, n° 9, p. 1735-1745, nov. 2003.
- [125] E. Amar, C. Pereira, et DREES, « Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants », *Etudes et Résultats*, n° 440, p. 12, 2005.
- [126] J. Rose, « Attentes et représentations des patients sur l’abord de la santé sexuelle en médecine générale », Bordeaux, 2017.
- [127] M. Mouret-Bonzi, « « L’ordonnance médicamenteuse en France et en Europe : les attentes de prescription des patients. Une revue systématique de la littérature de 2005 à 2014 » », p. 123.

- [128] V. Girardeau, « Aborder le sujet de la sexualité, chez les femmes autour de la ménopause, lors d'une consultation de médecine générale: qu'en pensent les patientes ? », Thèse d'exercice, Université de Poitiers, France, 2016.
- [129] L. Guyard, « Sexualité féminine et consultation gynécologique : la part évincée du plaisir », *Nouvelles Questions Feministes*, vol. Vol. 29, n° 3, p. 44-57, 2010.
- [130] K. April et J. Bitzer, « Santé sexuelle dans la pratique médicale – call to action. Partie 2 », *Forum Médical Suisse*, vol. 14, n° 41, p. 760-763, oct. 2014.
- [131] Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, « Compte-rendu de l'audition des gynécologues médicaux. », févr. 2011.
- [132] Béguin et Motet, « Consulter un gynécologue : la grande galère », *Le Monde*, 27-déc-2017.
- [133] H. Guyomard, « Etat des lieux du suivi gynécologique en Médecine Générale: revue de littérature », Thèse d'exercice, Université d'Angers, France, 2018.
- [134] G. Trudel et M. R. Goldfarb, « Fonctionnement et dysfonctionnement conjugal et sexuel, dépression et anxiété », *Sexologies*, vol. 19, n° 3, p. 164-169, juill. 2010.
- [135] M.-H. Colson, « Âge et intimité sexuelle », *Gerontologie et société*, vol. 30 / n° 122, n° 3, p. 63-83, 2007.
- [136] S. Godet, « “Améliorer la prise en charge des dysfonctions sexuelles ; vers une spécialité de médecine en santé sexuelle” : Enquête auprès de 242 médecins et 527 français », Thèse d'exercice, Université de Reims Champagne-Ardenne, France, 2011.
- [137] « L'âge au premier rapport sexuel », *Ined - Institut national d'études démographiques*. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/l-age-au-premier-rapport-sexuel/>. [Consulté le: 30-mars-2019].
- [138] J. Bouladour, « Revue systématique de la littérature sur la place du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité et à la santé sexuelle des adolescents en France », Caen-Normandie, 2018.
- [139] J. Cohen, P. Madelenat, et R. Levy-Toledano, « Gynécologie et santé des femmes. L'offre de soins. Prise en charge gynécologique », *CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français)*, mai 2000.
- [140] D. R. Ambler, E. J. Bieber, et M. P. Diamond, « Sexual Function in Elderly Women: A Review of Current Literature », *Rev Obstet Gynecol*, vol. 5, n° 1, p. 16-27, 2012.
- [141] S. T. Lindau, L. P. Schumm, E. O. Laumann, W. Levinson, C. A. O'Muirheartaigh, et L. J. Waite, « A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States », *New England Journal of Medicine*, vol. 357, n° 8, p. 762-774, août 2007.
- [142] L. Cousseau, A. Freyens, A. Corman, et B. Escourrou, « Des représentations aux résistances des médecins généralistes à aborder la sexualité avec leurs patients âgés », *Sexologies*, vol. 25, n° 2, p. 69-77, avr. 2016.



- [143] J. Pradon, « Doit-on parler systématiquement de sexualité en consultation de médecine générale avec les plus de 70 ans indépendants? Recherche de l'existence d'une position commune des patients de plus de 70 ans indépendants et de leur médecin traitant sur l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale », faculté de Grenoble, 2013.
- [144] D. Chabot, « Vie affective sexuelle des adolescents: leurs attentes vis-à-vis de leur médecin généraliste. Enquête qualitative auprès d'adolescents scolarisés en classe de troisième dans la Marne en 2013 », Thèse d'exercice, Université de Reims Champagne-Ardenne, France, 2014.
- [145] J. R. Baker, D. E. Arnold-Reed, T. Brett, D. A. Hince, I. O'Ferrall, et M. K. Bulsara, « Perceptions of barriers to discussing and testing for sexually transmitted infections in a convenience sample of general practice patients », *Aust J Prim Health*, vol. 19, n° 2, p. 98-101, 2013.
- [146] R. Gavignet et A. Compe, « Le médecin généraliste, la sexualité féminine et ses troubles: enquête qualitative auprès de 11 médecins généralistes des Alpes Maritimes », Université de Nice Sophia Antipolis, Nice, France, 2014.
- [147] M. Poirier et J. Lacaille-Urien, *Quelle place accorde-t-on à la sexualité lors de la consultation de l'adolescent en médecine générale?: à partir d'un focus group de médecins généralistes*. France, 2010.



Annexes

Annexe 1. Questionnaire de thèse, adressé aux femmes à partir de 18 ans	112
Annexe 2. Lettre d'information aux médecins.....	115
Annexe 3. Lettre d'information aux patientes accompagnant le questionnaire	116
Annexe 4. Caractéristiques des médecins ayant participé et nombre de réponses des patientes	117
Annexe 5. Synthèse des données recueillies auprès des femmes qui souhaitent parler de leurs troubles de la sexualité.....	118
Annexe 6. Commentaires libres des patientes.	119



Annexe 1. Questionnaire de thèse, adressé aux femmes à partir de 18 ans

-1) Quel âge avez-vous ?

- Entre 18 et 24 ans Entre 40 et 49 ans Entre 60 et 69 ans
 Entre 25 et 34 ans Entre 50 et 59 ans 70 ans et plus
 Entre 35 et 39 ans

-2) Êtes-vous : Célibataire En couple

-3) Actuellement, êtes-vous : Hétérosexuelle Homosexuelle

-4) Si vous êtes en couple vivez-vous avec votre partenaire ? Oui Non

-5) Avez-vous des enfants : Oui Non Vous essayez d'en avoir

-6) Prenez-vous une contraception : oui, hormonale (pilule, patch, implant, anneau)
 oui, mécanique (stérilet, diaphragme, préservatif)
 non ou méthode naturelle
 non, vous êtes ménopausée

-7) Pratiquez-vous une religion : Non Si oui, laquelle :

-8) Votre niveau d'étude :

- Pas de diplôme Baccalauréat
 BEP/CAP Etudes supérieures

-9) Vous sentez-vous épanouie dans votre sexualité ?

- Toujours
 Souvent
 Rarement
 Jamais

-10) Dans votre sexualité, rencontrez-vous les troubles suivants (plusieurs réponses possibles) :

- Baisse de désir
 Absence de lubrification/sécheresse vaginale
 Manque de plaisir
 Absence d'orgasme
 Douleur (avant, pendant ou après les rapports)
 Si autres troubles : lesquels ?

-11) Pensez-vous que cela a un effet négatif ?

- Oui → Sur votre bien-être Sur votre couple
 Non

-12) En général, avez-vous le sentiment que votre/vos partenaire(s) se préoccupe(nt) réellement de votre plaisir ?

- Oui Non
 Pas suffisamment

-13) Aimeriez-vous parler des troubles de la sexualité que vous pouvez rencontrer ?

- Oui Non



-14) Qu'est-ce qui vous pousserait à parler de vos troubles de la sexualité ? (plusieurs réponses possibles)

- Comprendre pourquoi et trouver une solution
- Etre écoutée
- Etre rassurée quant à la « normalité »

-15) Avec qui voudriez-vous en parler ? (plusieurs réponses possibles)

- Votre partenaire : Oui Non
- Vos ami(e)s : Oui Non
- Votre médecin généraliste : Oui Non
- Votre gynécologue : Oui Non
- Un sexologue : Oui Non
- Un psychologue/psychiatre : Oui Non
- Un forum sur internet : Oui Non

-16) En avez-vous déjà parlé avec votre médecin généraliste ? Oui Non Ne se rappelle plus

-17) Par qui voudriez-vous que la question soit abordée ? Vous Votre médecin Les deux

-18) Comment préféreriez-vous que votre médecin aborde le sujet (plusieurs réponses possibles) ?

- Avec des questions médicales (douleur, sécheresses, MST...)
- Avec des questions sur le désir et le plaisir
- Par une phrase du type « comment ça se passe au lit ? »

-19) A quel moment préféreriez-vous que votre médecin aborde le sujet ?

- Lors d'une consultation pour un autre motif
- Si vous consultez pour un renouvellement de contraception
- Si vous consultez pour un problème gynécologique ou un frottis
- Uniquement si vous posez la question

-20) Parmi ces caractéristiques concernant votre médecin généraliste, qu'est-ce qui vous freinerait ou au contraire faciliterait le fait d'aborder avec lui les troubles possibles de la sexualité ?

Caractéristiques	Frein	Facilitateur	Aucune influence
Que ce soit un homme			
Que ce soit une femme			
Qu'il/elle soit âgé			
Qu'il/elle soit jeune			
Le fait de le connaître depuis trop longtemps			
Le fait de ne pas beaucoup le connaître			
Qu'il/elle connaisse vos proches			
La gêne d'aborder le sujet			
L'impression qu'il/elle ne pourra pas vous aider			

La peur qu'il vous juge			
Qu'il/elle ait une bonne capacité d'écoute			
Un temps de consultation court (15 minutes ou moins)			
Un temps de consultation long			
De consulter seul(e)			
D'être accompagnée par un membre de votre famille			
Autre :			



Annexe 2. Lettre d'information aux médecins

Chère consœur, cher confrère,

J'ai terminé mon internat de médecine générale et j'effectue mon travail de thèse, sous la direction du Pr Nathalie Dumoitier, sur les troubles de la sexualité féminine et notamment le rôle que les femmes voudraient attribuer à leur médecin généraliste dans l'abord et le repérage de ces troubles.

En effet les troubles de la sexualité masculine ont une prise en charge codifiée, ce qui n'est pas le cas de ceux des femmes. Cela peut rendre leur prise en charge plus difficile et donc conduire à ne pas poser de questions dessus. La prévalence des troubles chez les femmes est élevée (de 11% à plus de 50% selon les études). Il serait donc intéressant de savoir si les femmes souhaiteraient en parler avec leur médecin généraliste et dans quelles conditions.

Pour ce faire, j'ai réalisé un questionnaire qui est anonyme, confidentiel et individuel. Il est destiné aux femmes de plus de 18 ans qui viennent consulter, quel que soit le motif de consultation. Elles peuvent le remplir dans la salle d'attente et le déposer dans une urne prévue à cet effet que je récupérerai à la fin de la période d'enquête.

Je vous demande l'autorisation de déposer mon questionnaire dans votre salle d'attente, accompagné d'une lettre d'information pour les patientes.

Si vous le souhaitez, je reste à votre disposition pour vous transmettre les résultats de ce travail une fois qu'il sera terminé.

Je vous remercie d'avance de l'intérêt que vous porterez à ce travail et de l'aide que vous pourrez m'apporter.



Annexe 3. Lettre d'information aux patientes accompagnant le questionnaire

Madame, Mademoiselle,

Je suis médecin généraliste et pour obtenir mon doctorat j'effectue un travail de thèse sur le rôle que les femmes voudraient attribuer à leur médecin généraliste dans l'abord des troubles de la sexualité féminine.

En effet chacune peut avoir rencontré un ou plusieurs troubles au cours de sa vie, et ce sujet est peu abordé en médecine générale. Pourtant on sait que ces troubles sont fréquents (jusqu'à 50% des femmes). Il serait donc intéressant de savoir si les femmes voudraient en parler et dans quelles conditions.

Si vous êtes une femme, que vous avez plus de 18 ans, et que vous venez consulter votre médecin généraliste (quel qu'en soit la raison), je vous remercie de bien vouloir remplir ce questionnaire mis à votre disposition puis de le déposer dans l'urne prévue à cet effet.

Bien sûr ce questionnaire est et restera anonyme et confidentiel. Merci de le remplir seule afin de répondre le plus sincèrement possible.

Il me servira de support pour mon travail de thèse.

Je vous remercie par avance de la contribution que vous apporterez



Annexe 4. Caractéristiques des médecins ayant participé et nombre de réponses des patientes

Nombre de médecin	Sexe du médecin	Lieu d'activité	caractéristiques spécifiques	Nombre de réponses	Nombre d'exclusion
1	femme	urbain		72	
2	homme	rural		71	1
3	homme	urbain		36	1
4	femme	urbain	homéopathe	26	
5 et 6	hommes	urbain	salle d'attente commune	57	1
7	homme	urbain	ostéopathe	18	
8	homme	rural		18	
9	homme	urbain		5	
10	femme	urbain		29	
11	homme	rural		17	
12	homme	rural		17	
13	femme	urbain		77	1
14	homme	rural		4	
15	femme	urbain		44	
16	homme	urbain		0	



Annexe 5. Synthèse des données recueillies auprès des femmes qui souhaitent parler de leurs troubles de la sexualité

Tableau 19 : Synthèse des données recueillies auprès des 228 femmes qui souhaitent parler de leurs troubles de la sexualité

Femmes souhaitant parler de leur(s) trouble(s) de la sexualité (n= 228)	
<i>Interlocuteurs</i>	
Partenaire	150 (66%)
Amis	71 (31%)
Gynécologue	126 (55%)
Sexologue	46 (20%)
Psychologue/psychiatre	175 (77%)
Forum sur internet	97 (42%)
Médecin généraliste	71 (31%)
Pas avec le généraliste	11 (5%)
<i>Fait d'en avoir déjà parlé avec le médecin généraliste</i>	
Non	167 (73%)
Oui	41 (18%)
ne se rappellent plus	32 (14%)
<i>Par qui les femmes souhaitent que la question soit abordée</i>	
par la patiente	63 (28%)
par le médecin	54 (24%)
par les deux	102 (45%)
<i>Comment les femmes souhaitent que la question soit abordée</i>	
par des questions médicales	158 (69%)
par des questions sur le désir et le plaisir	87 (38%)
par une phrase cash	23 (10%)
<i>A quel moment les femmes souhaitent que la question soit abordée</i>	
consultation pour un autre motif	78 (34%)
renouvellement de contraception	75 (33%)
problème gynécologique	117 (51%)
uniquement si la patiente pose la question	48 (21%)

Annexe 6. Commentaires libres des patientes.

Synthèse des commentaires libres écrits par les patientes sur le questionnaire
la sexualité n'est plus pour elle une priorité
voit le gynécologue s'il y a un problème niveau sexualité
ignorait que c'était un sujet possible à aborder avec son médecin généraliste
a peur du jugement
pense que vu son âge ses réponses ne doivent pas être intéressantes, suivi par une gynécologue pour un cancer des ovaires sous hormonothérapie depuis 10 ans
le fait qu'elle soit accompagnée par son compagnon l'aiderait
voudrait que son généraliste soit moins froid
aimerait que médecins ou pharmaciens abordent les effets indésirables possibles des traitements sur la libido
aimerait que le médecin se sente à l'aise avec la sexualité
le fait qu'elle soit accompagnée par son compagnon l'aiderait
a eu une mauvaise expérience avec un sexologue "charlatan"
pense que si on aborde la question avec quelqu'un de compétent il n'y a pas de peur à avoir, remercie du thème abordé
remercie d' "oser lever le tabou et le questionner", voudrait connaître les conclusions de la thèse
aimerait en parler si le médecin était Georges Clooney
trouve le sujet trop spécifique, demande du temps
pense qu'il ne faut surtout pas de phrase cash pour aborder le sujet, préférerait aborder le sujet lors d'une consultation où le motif est la déprime, le mal-être
dit que c'est "avant" qu'elle était "toujours" épanouie, n'a plus de rapports
Remercie
dit qu'accompagnée ce ne serait possible d'en parler que si il s'agit de son mari avec elle. A peur que le généraliste ne puisse pas l'aider
aimerait que son médecin aborde la question en parlant du bien être dans la vie quotidienne, de la vie de couple
Souhaite bon courage! Remercie
"si on nous lâchait un peu les baskets avec la sexualité, il y aurait moins de problèmes et moins de comportement déplacés"
aimerait en parler si ça devenait un problème
sécheresse gérée par gel lubrifiant donc non gênée
elle-même est bien dans sa sexualité (long travail thérapeutique pour autre chose mais avec bénéfice sur ce plan aussi) mais baisse de désir de son partenaire avec souffrance du couple malgré la bonne communication entre eux, trouve que très difficile d'en parler quand ce sont les hommes qui ont des troubles de la sexualité
aimerait que le médecin généraliste pose systématiquement la question, que ce soit un homme ou une femme, de fait se tourne plus facilement sur les forums
aller en couple en consultation serait pour elle plus facile
consulter avec son conjoint serait facilitant, pense qu'il faut rechercher la notion d'abus dans l'enfance ou de violence conjugales, et que la médecine devrait sortir du contexte purement organique
personne n'aborde le sujet avec elle au vu de l'âge et de la pathologie cardiaque de son mari
frein lié à la difficulté d'évoquer des souvenirs douloureux
pense que si le médecin n'a pas l'air concerné par le sujet c'est un frein
préfère garder ses problèmes pour elle

aimerait que le professionnel soit à l'aise avec la question tout en restant délicat

aimerait que le médecin aborde le sujet de façon naturelle



Annexe 7. Résultats : tableaux détaillés

Tableau 20 : Epanouissement sexuel en fonction des caractéristiques socio-démographiques

épanouissement sexuel	jamais/rarement	souvent/toujours	p value
<i>Age</i>			
moins de 50 ans (n=299)	72 (24%)	227 (76%)	p=0,00121
50 ans et plus (n=188)	67 (36%)	109 (58%)	
<hr/>			
18-24 ans (n=48)	11 (23%)	37 (77%)	p=0,05583
25-34 ans (n=81)	18 (20%)	63 (80%)	
35-39 ans (n=65)	14 (21%)	51 (79%)	
40-49 ans (n=105)	29 (28%)	76 (72%)	
50-59 ans (n=99)	34 (34%)	60 (61%)	
60-69 ans (n=64)	25 (39%)	34 (53%)	
70 ans et plus (n=25)	8 (32%)	15 (60%)	
<hr/>			
<i>situation familiale</i>			
célibataire (n=115)	45 (39%)	61 (53%)	p=0,00064
en couple (n=370)	93 (25%)	274 (74%)	
<hr/>			
<i>cohabitation avec le partenaire</i>			
non (n=68)	16 (24%)	52 (76%)	p=0,64961
oui (n=319)	83 (26%)	234 (73%)	
<hr/>			
<i>orientation sexuelle</i>			
hétérosexuelle (n=448)	121 (27%)	318 (70%)	p=0,01487
homosexuelle et bisexuelle (n=11)	7 (64%)	4 (36%)	
<hr/>			
<i>présence d'enfants</i>			
non (n=106)	33 (31%)	71 (67%)	p=0,24768
oui (n=371)	105 (28%)	256 (69%)	
essayent d'en avoir (n=6)	0 (0%)	6 (100%)	
<hr/>			
<i>Contraception</i>			
hormonale (n=121)	24 (20%)	97 (80%)	p=0,00212
mécanique (n=103)	23 (22%)	80 (78%)	
aucune (n=82)	27 (33%)	54 (66%)	
ménopausée (n= 167)	60 (36%)	96 (57%)	
<hr/>			
<i>Religion</i>			
non (n=387)	105 (27%)	272 (70%)	p=0,16676
oui (n=96)	33 (34%)	61 (63%)	
<hr/>			
<i>niveau d'étude</i>			
pas de diplôme (n=25)	11 (44%)	12 (48%)	p=0,04570
diplôme (BEP/CAP, bac, études supérieures) (n=461)	128 (28%)	323 (70%)	
<hr/>			
<i>détails par diplôme</i>			
BEP/CAP (n=98)	32 (33%)	64 (65%)	
baccalauréat (n=98)	24 (24%)	71 (72%)	
études supérieures (n=265)	72 (27%)	188 (71%)	

*les données sont des effectifs (avec pourcentage)



Tableau 21 : Troubles de la sexualité en fonction des caractéristiques socio-démographiques

Troubles de la sexualité	baisse de désir	sécheresse vaginale	manque de plaisir	absence d'orgasme	douleur	p value
<i>Age</i>						
moins de 50 ans (n=299)	151 (50%)	93 (31%)	61 (20%)	78 (26%)	89 (30%)	p=0,00249
50 ans et plus (n=188)	86 (46%)	86 (46%)	33 (17%)	29 (15%)	39 (21%)	
Non calculable						
18-24 ans (n=48)	12 (25%)	15 (31%)	11 (23%)	12 (25%)	18 (37%)	
25-34 ans (n=81)	44 (54%)	34 (42%)	17 (21%)	23 (28%)	22 (27%)	
35-39 ans (n=65)	33 (51%)	16 (25%)	10 (15%)	15 (23%)	22 (34%)	
40-49 ans (n=105)	62 (59%)	28 (27%)	23 (22%)	28 (27%)	27 (26%)	
50-59 ans (n=99)	57 (57%)	42 (42%)	21 (21%)	14 (14%)	20 (20%)	
60-69 ans (n=64)	22 (34%)	33 (51%)	9 (14%)	10 (16%)	16 (25%)	
70 ans et plus (n=25)	7 (28%)	11 (44%)	3 (12%)	5 (20%)	3 (0%)	
<i>situation familiale</i>						
célibataire (n=115)	37 (32%)	36 (31%)	18 (16%)	28 (24%)	28 (24%)	p=0,20514
en couple (n=370)	200 (54%)	141 (38%)	75 (20%)	78 (21%)	100 (27%)	
<i>cohabitation avec le partenaire</i>						
oui (n=319)	186 (58%)	121 (38%)	66 (21%)	69 (22%)	83 (26%)	p=0,10224
non (n=68)	17 (25%)	23 (34%)	10 (15%)	11 (16%)	19 (28%)	
<i>orientation sexuelle</i>						
hétérosexuelle (n=448)	221 (49%)	163 (36%)	88 (20%)	97 (22%)	118 (26%)	p=0,36642
homosexuelle et bisexuelle (n=11)	4 (36%)	4 (36%)	2 (18%)	6 (54%)	4 (36%)	
<i>présence d'enfants</i>						
non (n=106)	35 (33%)	38 (36%)	21 (20%)	28 (26%)	32 (30%)	p=0,07558
oui (n=371)	198 (53%)	138 (37%)	72 (19%)	77 (21%)	96 (26%)	
essaient d'en avoir (n=6)	2 (33%)	3 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
<i>Contraception</i>						
hormonale (n=121)	52 (43%)	44 (36%)	22 (18%)	32 (26%)	38 (13%)	p=0,03139
mécanique (n=103)	61 (59%)	35 (34%)	22 (21%)	21 (20%)	26 (25%)	
aucune (n=82)	42 (51%)	18 (22%)	16 (19%)	25 (30%)	22 (27%)	
ménopausée (n= 167)	76 (45%)	78 (47%)	29 (17%)	26 (16%)	37 (22%)	
<i>Religion</i>						
non (n=387)	197 (51%)	147 (38%)	69 (18%)	86 (22%)	102 (26%)	p=0,41637
oui (n=96)	39 (40%)	32 (33%)	24 (25%)	21 (22%)	24 (25%)	
<i>niveau d'étude</i>						
pas de diplôme (n=25)	8 (32%)	8 (32%)	4 (16%)	4 (16%)	6 (24%)	p=0,96161
diplôme (BEP/CAP,bac,études supérieures) (n=461)	229 (50%)	171 (37%)	90 (19%)	102 (22%)	122 (26%)	
<i>détails par diplôme</i>						
BEP/CAP (n=98)	44 (45%)	44 (45%)	29 (30%)	14 (14%)	24 (24%)	
baccalauréat (n=98)	44 (45%)	38 (39%)	13 (13%)	21 (21%)	25 (25%)	
études supérieures (n=265)	141 (53%)	89 (34%)	48 (18%)	67 (25%)	73 (27%)	

*les données sont des effectifs (avec pourcentage)



Tableau 22 : Préoccupation du partenaire ressentie quant à leur plaisir, selon les femmes, en fonction des caractéristiques socio-démographiques

Préoccupation du partenaire	non/pas		p value
	suffisamment	oui	
<i>Age</i>			
moins de 50 ans (n=299)	86 (29%)	210 (70%)	0,02533
50 ans et plus (n=188)	68 (36%)	106 (56%)	
18-24 ans (n=48)	12 (25%)	36 (75%)	0,33404
25-34 ans (n=81)	25 (31%)	54 (67%)	
35-39 ans (n=65)	18 (28%)	47 (72%)	
40-49 ans (n=105)	31 (30%)	73 (70%)	
50-59 ans (n=99)	36 (36%)	59 (59%)	
60-69 ans (n=64)	25 (39%)	32 (50%)	
70 ans et plus (n=25)	7 (28%)	15 (60%)	
<i>situation familiale</i>			
célibataire (n=115)	50 (43%)	51 (44%)	<0,0001
en couple (n=370)	103 (28%)	264 (71%)	
<i>cohabitation avec le partenaire</i>			
non (n=68)	15 (22%)	52 (76%)	0,28681
oui (n=319)	91 (28%)	225 (70%)	
<i>orientation sexuelle</i>			
hétérosexuelle (n=448)	136 (30%)	196 (44%)	0,32963
homosexuelle et bisexuelle (n=11)	6 (54%)	4 (36%)	
<i>présence d'enfants</i>			
non (n=106)	38 (36%)	64 (60%)	0,45636
oui (n=371)	116 (31%)	245 (66%)	
essayent d'en avoir (n=6)	1 (17%)	5 (83%)	
<i>contraception</i>			
hormonale (n=121)	41 (34%)	79 (65%)	0,01479
mécanique (n=103)	22 (21%)	81 (79%)	
aucune (n=82)	25 (30%)	53 (65%)	
ménopausée (n= 167)	63 (38%)	92 (55%)	
<i>Religion</i>			
non (n=387)	138 (36%)	242 (62%)	0,03995
oui (n=96)	23 (24%)	69 (72%)	
<i>niveau d'étude</i>			
pas de diplôme (n=25)	11 (44%)	13 (52%)	0,00870
BEP/CAP (n=98)	42 (43%)	54 (55%)	
baccalauréat (n=98)	33 (34%)	61 (62%)	
études supérieures (n=265)	68 (26%)	187 (70%)	

*les données sont des effectifs (avec pourcentage)



Tableau 23 : Volonté de parler des troubles de la sexualité en fonction des caractéristiques socio-démographiques et des différents troubles

volonté de parler des troubles de la sexualité	Non	Oui	p value
<i>Age</i>			
moins de 50 ans (n=299)	145 (48%)	143 (48%)	p=0,94276
50 ans et plus (n=188)	85 (45%)	85 (45%)	
<hr/>			
18-24 ans (n=48)	25 (52%)	21 (44%)	p=0,95088
25-34 ans (n=81)	40 (49%)	37 (46%)	
35-39 ans (n=65)	31 (48%)	32 (49%)	
40-49 ans (n=105)	49(47%)	53 (50%)	
50-59 ans (n=99)	44 (44%)	48 (48%)	
60-69 ans (n=64)	32 (50%)	26 (41%)	
70 ans et plus (n=25)	9 (36%)	11 (44%)	
<hr/>			
<i>situation familiale</i>			
célibataire (n=115)	58 (50%)	47 (41%)	p=0,26222
en couple (n=370)	172 (46%)	179 (48%)	
<hr/>			
<i>orientation sexuelle</i>			
hétérosexuelle (n=448)	210 (47%)	210 (47%)	p=0,76597
homosexuelle et bisexuelle (n=11)	5 (45%)	6 (54%)	
<hr/>			
<i>présence d'enfants</i>			
non (n=106)	53 (50%)	47 (44%)	p=0,39117
oui (n=371)	168 (45%)	181 (49%)	
<hr/>			
<i>Contraception</i>			
hormonale (n=121)	59 (49%)	55 (45%)	p=0,87414
mécanique (n=103)	47 (46%)	54 (52%)	
aucune (n=82)	41 (50%)	40 (49%)	
ménopausée (n= 167)	76 (45%)	73 (44%)	
<hr/>			
<i>Religion</i>			
non (n=387)	186 (48%)	180 (46%)	p=0,47624
oui (n=96)	41 (43%)	47 (49%)	
<hr/>			
<i>niveau d'étude</i>			
pas de diplôme (n=25)	18 (72%)	5 (20%)	p=0,00559
diplôme (BEP/CAP, bac, études supérieures) (n=461)	211 (46%)	223 (48%)	
<hr/>			
<i>détails par diplôme</i>			
BEP/CAP (n=98)	47 (48%)	50 (51%)	
baccalauréat (n=98)	48 (49%)	45 (46%)	
études supérieures (n=265)	116 (44%)	128 (48%)	
<hr/>			
<i>troubles de la sexualité</i>			
baisse de désir (n=237)	106 (45%)	123 (52%)	p=0,06929
sécheresse vaginale (n=179)	72 (40%)	99 (55%)	
manque de plaisir (n=94)	30 (32%)	63 (67%)	
absence d'orgasme (n=107)	44 (41%)	63 (59%)	
douleur (n=128)	42 (33%)	84 (66%)	

*les données sont des effectifs (avec pourcentage)



Tableau 24 : Interlocuteurs privilégiés par les femmes en fonction des caractéristiques socio-démographiques et des différents troubles

interlocuteurs privilégiés	Partenaire	amis	médecin généraliste	Gynécologue	Sexo-Logue	Psychologue/psychiatre	Forum Internet	p value
<i>Age</i>								
moins de 50 ans (n=299)	212 (71%)	113 (38%)	120 (40%)	192 (64%)	107 (36%)	81 (27%)	31 (10%)	<0,0001
50 ans et plus (n=188)	97 (51%)	40 (21%)	72 (38%)	118 (63%)	37 (20%)	28 (15%)	6 (3%)	
18-24 ans (n=48)	31(65%)	17(35%)	23(48%)	32(67%)	14(30%)	11(23%)	6(12%)	Non
25-34 ans (n=81)	58(72%)	35(43%)	26(32%)	44(54%)	31(38%)	19(23%)	11(14%)	calculable
35-39 ans (n=65)	47(72%)	26(40%)	25(38%)	43(66%)	27(41%)	21(32%)	10(15%)	
40-49 ans (n=105)	76(72%)	35(33%)	46(44%)	73(69%)	35(33%)	30(29%)	4(4%)	
50-59 ans (n=99)	57(57%)	25(25%)	42(42%)	65(65%)	27(27%)	21(21%)	5(5%)	
60-69 ans (n=64)	33(51%)	13(20%)	25(39%)	38(59%)	9(14%)	6(9%)	1(2%)	
70 ans et plus (n=25)	7(28%)	2(8%)	5(20%)	15(60%)	1(4%)	1(4%)	0 (0%)	
<i>situation familiale</i>								
Célibataire (n=115)	61 (53%)	43 (37%)	50 (43%)	68 (59%)	25 (22%)	23 (20%)	13 (11%)	0,07756
En couple (n=370)	248 (67%)	110 (30%)	140 (38%)	241 (65%)	119 (32%)	86 (23%)	24 (6%)	
<i>orientation sexuelle</i>								
hétérosexuelle (n=448)	289 (64%)	142 (32%)	175 (39%)	93 (21%)	137 (31%)	101 (22%)	36 (8%)	0,82784
homosexuelle et bisexuelle (n=11)	9(81%)	7(64%)	6(54%)	6(54%)	5(45%)	5(45%)	1 (9%)	
<i>présence d'enfants</i>								
Non (n=106)	66(62%)	35(33%)	44(41%)	64(60%)	26(24%)	21(20%)	13(12%)	0,46258
Oui (n=371)	66(63%)	115(31%)	144(39%)	241(65%)	114(31%)	87(23%)	24(6%)	
<i>Contraception</i>								
Hormonale (n=121)	83(69%)	39(32%)	45(37%)	78(64%)	40(33%)	30(25%)	13(11%)	0,46030
Mécanique (n=103)	76(74%)	45(44%)	49(48%)	71(69%)	41(40%)	29(28%)	11(11%)	
Aucune (n=82)	57(69%)	33(40%)	33(40%)	48(58%)	27(33%)	16(19%)	8(10%)	
Ménopausée (n=167)	82(49%)	33(20%)	60(36%)	103(62%)	34(20%)	28(17%)	5(3%)	
<i>Religion</i>								
Non (n=387)	251 (65%)	123 (32%)	155 (40%)	250 (65%)	113 (29%)	87 (22%)	33 (8%)	0,81347
Oui (n=96)	57(59%)	30(31%)	35(36%)	57(59%)	29(30%)	19(20%)	3(3%)	
<i>niveau d'étude</i>								
Pas de diplôme (n=25)	13(52%)	6(24%)	7(28%)	9(36%)	0 (0%)	3(12%)	2(8%)	Non calculable
BEP/CAP (n=98)	53(54%)	21(21%)	41(42%)	58(59%)	26(26%)	15(15%)	7(7%)	
Baccalauréat(n=98)	60(63%)	30(29%)	42(43%)	68(69%)	33(34%)	18(18%)	12(12%)	
Etudes supérieures (n=265)	182 (69%)	97 (37%)	102 (38%)	175 (66%)	85 (32%)	73 (27%)	16 (6%)	



interlocuteurs privilégiés	Partenaire	amis	médecin généraliste	Gynécologue	Sexologue	Psychologue/psychiatre	Forum Internet	p value
<i>troubles de la sexualité</i>								
Baisse de désir (n=237)	164 (69%)	78 (33%)	85 (36%)	163 (69%)	36 (15%)	58 (24%)	16 (7%)	0,00404
Sécheresse vaginale (n=179)	112 (63%)	45 (25%)	81 (45%)	134 (75%)	58 (32%)	35 (19%)	10 (6%)	
Manque de plaisir (n=94)	63(67%)	28(30%)	45(48%)	61(65%)	36(38%)	30(32%)	6(6%)	
Absence d'orgasme (n=107)	73(68%)	36(34%)	43(40%)	71(66%)	51(47%)	32(30%)	14(13%)	
Douleur (n=128)	86(67%)	40(31%)	63(49%)	99(77%)	44(34%)	35(27%)	5(4%)	

**les données sont des effectifs (avec pourcentage)*



Tableau 25 : Volonté ou refus de parler des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste en fonction des caractéristiques socio-démographiques et des troubles

volonté de parler des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste	non	Oui	p value
<i>Age</i>			
moins de 50 ans (n=299)	115 (38%)	120 (40%)	<0,0001
50 ans et plus (n=188)	21 (11%)	72 (38%)	
Non calculable			
18-24 ans (n=48)	19 (40%)	23 (48%)	
25-34 ans (n=81)	36 (44%)	26 (32%)	
35-39 ans (n=65)	24 (37%)	25 (38%)	
40-49 ans (n=105)	36 (34%)	46 (44%)	
50-59 ans (n=99)	14 (14%)	42 (42%)	
60-69 ans (n=64)	6 (9%)	25 (39%)	
70 ans et plus (n=25)	1 (4%)	5 (20%)	
<i>situation familiale</i>			
célibataire (n=115)	21 (18%)	50 (43%)	0,01899
en couple (n=370)	115 (31%)	140 (38%)	
<i>orientation sexuelle</i>			
hétérosexuelle (n=448)	130 (29%)	175 (39%)	0,73812
homosexuelle et bisexuelle (n=11)	3 (27%)	6 (54%)	
<i>présence d'enfants</i>			
non (n=106)	29 (27%)	44 (41%)	0,76337
oui (n=371)	103 (28%)	144 (39%)	
<i>Contraception</i>			
hormonale (n=121)	46 (38%)	45 (37%)	0,00158
mécanique (n=103)	36 (35%)	49 (48%)	
aucune (n=82)	31 (38%)	33 (40%)	
ménopausée (n= 167)	18 (11%)	60 (36%)	
<i>Religion</i>			
non (n=387)	108 (28%)	155 (40%)	0,62508
oui (n=96)	28 (29%)	35 (36%)	
<i>niveau d'étude</i>			
pas de diplôme (n=25)	5 (20%)	7 (28%)	0,33242
BEP/CAP (n=98)	20 (20%)	41 (42%)	
baccalauréat (n=98)	26 (26%)	42 (43%)	
études supérieures (n=265)	85 (32%)	102 (38%)	
<i>troubles de la sexualité</i>			
baisse de désir (n=237)	79 (33%)	85 (36%)	0,03919
sécheresse vaginale (n=179)	37 (21%)	81 (45%)	
manque de plaisir (n=94)	31 (33%)	45 (48%)	
absence d'orgasme (n=107)	37 (34%)	43 (40%)	
douleur (n=128)	35 (27%)	63 (49%)	

*les données sont des effectifs (avec pourcentage)

Tableau 26 : La personne souhaitée par les femmes pour aborder les troubles de la sexualité, en fonction des caractéristiques démographiques et des troubles

La personne souhaitée par les femmes pour aborder la question	par la patiente	par le médecin	par les deux	p value
<i>Age</i>				
moins de 50 ans (n=299)	99 (23%)	78 (26%)	91 (30%)	0,03216
50 ans et plus (n=188)	65 (35%)	29 (15%)	67 (36%)	
<i>situation familiale</i>				
célibataire (n=115)	39 (34%)	23 (20%)	35 (30%)	0,90319
en couple (n=370)	125 (34%)	84 (23%)	121 (33%)	
<i>présence d'enfants</i>				
non (n=106)	25 (24%)	22 (21%)	40 (38%)	0,07740
oui (n=371)	135 (36%)	84 (23%)	114 (31%)	
<i>Contraception</i>				
hormonale (n=121)	33 (27%)	32 (26%)	42 (35%)	0,00284
mécanique (n=103)	31 (30%)	34 (33%)	29 (28%)	
aucune (n=82)	38 (46%)	12 (15%)	26 (32%)	
ménopausée (n= 167)	59 (35%)	23 (14%)	57 (34%)	
<i>Religion</i>				
non (n=387)	133 (34%)	85 (22%)	125 (32%)	0,90079
oui (n=96)	30 (31%)	21 (22%)	32 (33%)	
<i>niveau d'étude</i>				
pas de diplôme (n=25)	8 (32%)	4 (16%)	7 (28%)	0,78603
BEP/CAP (n=98)	33 (34%)	19 (19%)	35 (36%)	
baccalauréat (n=98)	27 (27%)	24 (24%)	35 (36%)	
études supérieures (n=265)	95 (36%)	60 (23%)	81 (31%)	
<i>troubles de la sexualité</i>				
baisse de désir (n=237)	73 (31%)	63 (27%)	85 (36%)	0,59047
sécheresse vaginale (n=179)	57 (32%)	34 (19%)	70 (39%)	
manque de plaisir (n=94)	26 (28%)	23 (24%)	37 39%	
absence d'orgasme (n=107)	32 (30%)	28 (26%)	41 (38%)	
douleur (n=128)	30 (23%)	38 (30%)	50 (39%)	

*les données sont des effectifs (avec pourcentage)

Tableau 27 : Le type de question souhaité par les femmes pour aborder les troubles de la sexualité, en fonction de la volonté d'en parler avec le médecin généraliste

volonté de parler des troubles de la sexualité avec le médecin généraliste	non (n= 136)	oui (n=192)	p value
<i>Le type de question souhaité par les femmes pour aborder le sujet</i>			
questions médicales	94 (69%)	142 (74%)	0,09916
questions sur le désir/plaisir	27 (20%)	71 (37%)	
phrase directe	9 (7%)	18 (9%)	

*les données sont des effectifs (avec pourcentage)

Tableau 28 : Le type de question souhaité par les femmes pour aborder les troubles de la sexualité, en fonction des caractéristiques démographiques et des troubles

Le type de question souhaité par les femmes pour aborder la question	par des questions médicales	par des questions sur le désir et le plaisir	par une phrase directe	p value
<i>Age</i>				
moins de 50 ans (n=299)	211 (71%)	82 (27%)	17 (6%)	0,05760
50 ans et plus (n=188)	112 (60%)	54 (29%)	20 (11%)	
Non calculable				
18-24 ans (n=48)	37 (77%)	10 (21%)	3 (6%)	0,62336
25-34 ans (n=81)	55 (68%)	17 (21%)	4 (5%)	
35-39 ans (n=65)	46 (71%)	26 (40%)	0 (0%)	
40-49 ans (n=105)	73 (69%)	29 (28%)	10 (9%)	
50-59 ans (n=99)	65 (66%)	31 (31%)	9 (9%)	
60-69 ans (n=64)	37 (58%)	16 (25%)	8 (12%)	
70 ans et plus (n=25)	10 (40%)	7 (28%)	3 (12%)	
<i>situation familiale</i>				
célibataire (n=115)	72 (63%)	32 (28%)	6 (5%)	0,62336
en couple (n=370)	250 (67%)	103 (29%)	31 (8%)	
<i>présence d'enfants</i>				
non (n=106)	68 (64%)	22 (21%)	11 (10%)	0,13734
oui (n=371)	247 (67%)	114 (31%)	25 (7%)	
<i>Contraception</i>				
Non calculable				
hormonale (n=121)	87 (72%)	31 (26%)	3 (4%)	Non calculable
mécanique (n=103)	74 (72%)	33 (32%)	5 (5%)	
aucune (n=82)	54 (66%)	22 (27%)	9 (11%)	
ménopausée (n= 167)	97 (58%)	44 (26%)	19 (11%)	

Le type de question souhaité par les femmes pour aborder la question	par des questions médicales	par des questions sur le désir et le plaisir	par une phrase directe	p value
<i>Religion</i>				
non (n=387)	258 (67%)	111 (29%)	29 (7%)	0,90362
oui (n=96)	62 (65%)	25 (26%)	8 (8%)	
<i>niveau d'étude</i>				
pas de diplôme/BEP/CAP (n=123)	74 (60%)	42 (34%)	8 (6%)	0,18222
bac/études supérieures (n=363)	249 (69%)	94 (26%)	28 (8%)	
<i>détail par diplômes</i>				
pas de diplôme (n=25)	17 (68%)	5 (20%)	0 (0%)	Non calculable
BEP/CAP (n=98)	57 (58%)	37 (38%)	8 (8%)	
baccalauréat (n=98)	67 (68%)	29 (30%)	6 (6%)	
études supérieures (n=265)	182 (69%)	65 (24%)	22 (8%)	
<i>troubles de la sexualité</i>				
baisse de désir (n=237)	158 (67%)	85 (36%)	19 (8%)	0,03104
sécheresse vaginale (n=179)	142 (79%)	41 (23%)	13 (7%)	
manque de plaisir (n=94)	56 (60%)	35 (37%)	10 (11%)	
absence d'orgasme (n=107)	70 (65%)	33 (31%)	12 (11%)	
douleur (n=128)	102 (80%)	30 (23%)	10 (8%)	

*les données sont des effectifs (avec pourcentage)



Tableau 29 : Moments souhaités par les femmes pour aborder les troubles de la sexualité, en fonction des caractéristiques démographiques et des troubles

Moment souhaité par les femmes pour aborder la question	consultation pour un autre motif	renouvellement de contraception	problème gynécologique	uniquement si la patiente pose la question	p value
<i>Age</i>					
moins de 50 ans (n=299)	79 (26%)	129 (43%)	138 (46%)	58 (19%)	<0,0001
50 ans et plus (n=188)	64 (34%)	17 (9%)	72 (38%)	51 (27%)	
<i>situation familiale</i>					
célibataire (n=115)	34 (30%)	35 (30%)	47 (41%)	24 (21%)	0,97427
en couple (n=370)	108 (29%)	111 (30%)	161 (43%)	85 (23%)	
<i>présence d'enfants</i>					
non (n=106)	35 (33%)	36 (34%)	48 (45%)	21 (20%)	0,68840
oui (n=371)	104 (28%)	106 (29)	157 (42%)	87 (23%)	
<i>contraception</i>					
hormonale (n=121)	26 (21%)	62 (51%)	58 (48%)	22 (18%)	<0,001
mécanique (n=103)	29 (28%)	48 (47%)	49 (48%)	19 (18%)	
aucune (n=82)	25 (30%)	22 (27%)	37 (45%)	19 (23%)	
ménopausée (n= 167)	54 (32%)	10 (6%)	62 (37%)	47 (28%)	
<i>Religion</i>					
non (n=387)	114 (29%)	121 (31%)	165 (43%)	84 (22%)	0,62704
oui (n=96)	27 (28%)	24 (25%)	45 (47%)	24 (25%)	
<i>niveau d'étude</i>					
pas de diplôme/BEP/CAP (n=123)	44 (36%)	29 (24%)	39 (32%)	26 (21%)	0,03950
bac/études supérieures (n=363)	98 (27%)	117 (32%)	171 (47%)	83 (23%)	
<i>détail par diplômes</i>					
pas de diplôme (n=25)	9 (36%)	4 (16%)	6 (24%)	5 (20%)	Non calculable
BEP/CAP (n=98)	35 (36%)	25 (25%)	33 (34%)	21 (21%)	
baccalauréat (n=98)	33 (34%)	23 (23%)	46 (47%)	24 (24%)	
études supérieures (n=265)	65 (24%)	94 (35%)	125 (47%)	59 (22%)	

Moment souhaité par les femmes pour aborder la question	consultation pour un autre motif	renouvellement de contraception	problème gynécologique	uniquement si la patiente pose la question	p value
<i>troubles de la sexualité</i>					
baisse de désir (n=237)	69 (29%)	85 (36%)	108 (46%)	56 (24%)	0,09521
sécheresse vaginale (n=179)	51 (28%)	46 (26%)	94 (52%)	38 (21%)	
manque de plaisir (n=94)	40 (42%)	29 (31%)	35 (37%)	17 (18%)	
absence d'orgasme (n=107)	35 (33%)	36 (34%)	50 (47%)	23 (21%)	
douleur (n=128)	42 (33%)	48 (37%)	71 (55%)	16 (12%)	

**les données sont des effectifs (avec pourcentage)*

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes 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 dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à 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 les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Troubles de la sexualité féminine en médecine générale

INTRODUCTION La littérature met en évidence une prévalence importante des troubles de la sexualité féminine en population générale. Leur prise en charge fait partie des missions du médecin. **METHODE** Nous avons mené une étude descriptive quantitative transversale, par questionnaire écrit, laissé à disposition des patientes dans des cabinets de médecine générale de la Haute-Vienne. Notre objectif était d'identifier la place que les femmes de 18 ans et plus voudraient attribuer à leur médecin généraliste dans le repérage des troubles de la sexualité féminine. **RESULTATS** Sur les 487 réponses, 87% avaient au moins un trouble de la sexualité, avec un retentissement négatif pour 63% d'entre elles. Près d'un tiers des femmes n'étaient pas épanouies sexuellement et trouvait que leur partenaire ne se préoccupait pas assez de leur plaisir. 39% voudraient pouvoir parler de leurs troubles de la sexualité à leur médecin généraliste, mais seul 12% l'avaient fait. Celui-ci arrivait en troisième position, après le partenaire et le gynécologue. Les facteurs facilitateurs pour aborder le problème étaient le sexe féminin du médecin, une bonne capacité d'écoute, les consultations de plus de 15 minutes et le fait que la patiente consulte seule. **DISCUSSION** Plus d'un tiers des femmes souhaitent que le médecin généraliste ait un rôle dans le repérage des troubles de la sexualité féminine, et près de la moitié lors de l'entrée dans la sexualité et la péri-ménopause. Celui-ci doit se montrer ouvert, rappeler la confidentialité de chaque consultation et a un rôle à jouer dans l'éducation sexuelle, centrée sur le plaisir.

Mots-clés : troubles de la sexualité féminine, médecin généraliste

Female sexual disorders in general practice

INTRODUCTION The literature shows a significant prevalence of female sexual disorders in the general population. Their care is part of the doctor's mission. **METHOD** We carried out a descriptive quantitative cross-sectional study, through written questionnaire left at the disposal of patients in general medical practices of the French department, Haute-Vienne. The aim of the study was to identify the place that women aged 18 and over would like to assign to their GP in the identification of female sexual disorders. **RESULTS** Of the 487 responses, 87% had at least one sexual disorders, with 63% of those having a negative impact. Nearly one-third of women were not sexuality fulfilled and found that their partner did not care enough about their pleasure. 39% would like to talk about their sexual disorders to their GP, but only 12% did so. The GP came third, after the partner and the gynecologist. Facilitating factors for addressing the problem were the physician's female gender, good listening skills, more than 15 minutes of consultation, and the fact that the patient was seen alone. **DISCUSSION** More than a third of women want the general practitioner to have a role in identifying women's sexuality problems, and this percentage rises to half of women entering into sexuality and peri-menopause. General practitioners must show themselves to be open to this dialogue, remember the confidentiality of each consultation, and have an important role to play in sex education focused on pleasure.

Keywords : female sexual disorders, general practitioners

