

UNIVERSITE DE NANTES, FACULTE DE MEDECINE

MEMOIRE

POUR LE DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE DE SEXOLOGIE

par le

Docteur Anne GICQUEL

Présenté le 29 juin 2012

LE GYNÉCOLOGUE FACE À LA PLAINTÉ SEXUELLE

Enquête auprès de 275 gynécologues

Responsable universitaire du Diplôme :

Coordonnateurs pédagogiques du Diplôme :

Directeur de mémoire :

Membres du jury :

Pr Patrice Lopes

Dr François-Xavier Poudat et

Dr Patrice Cudicio

Madame Noëlla Jarousse

Pr Henri Marret

Madame Nathalie Dessaux

Dr Agnès Colombel

Dr Michel Jarnoux

Dr Miguel Jean

Dr Jean-Jacques Labat

Monsieur Jean-Siméon Ménoreau

Dr Josué Soussana

Madame Françoise Aragot

Remerciements à :

Madame Noëlla JAROUSSE, mon directeur de mémoire, pour son soutien chaleureux

Ma nièce Chloé, pour son aide technique et ses indispensables connaissances en bureautique

A Woody Allen, déguisé en spermatozoïde pour son film « *Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur le sexe sans jamais oser le demander* »

Sommaire

Introduction.....	5
Intérêt du sujet	7
Matériel et Méthodes	11
Les résultats bruts :	12
Qui sont les médecins interrogés ?	12
Les gynécologues et la sexologie	14
Que font les gynécologues devant les principaux troubles sexuels ?	20
Les correspondants en sexologie	22
La formation en sexologie	24
Discussion.....	26
A Les biais de l'enquête.....	26
B Les surprises des réponses individuelles	26
C Les titulaires du DIU de Sexologie	27
D Présentation des autres enquêtes auprès des gynécologues et comparaison. 27	
Les difficultés rencontrées par les médecins pour aborder la sexualité	31
Conclusion	34
Bibliographie	36
Annexes	39
Annexe 1 : déclaration de principe de la SOGC	39
Annexe 2 : questionnaire utilisé pour mon enquête	40
Annexe 3 : quand une patiente aborde spontanément un problème sexuel, quelle est votre première pensée ?	47
Annexe 4 : ce qui a changé dans le discours des femmes en consultation	51
Annexe 5 : sources d'informations recommandées par les praticiens à leurs patientes	56
Annexe 6 : fin du questionnaire, exprimez-vous librement sur le sujet	57
Annexe 7 : fureur utérine.....	60

Le Mot et la Chose - Abbé de LATTEIGNANT (1697-1779)

Madame, quel est votre mot
Et sur le mot et sur la chose ?
On vous a dit souvent le mot,
On vous a souvent fait la chose.
Ainsi, de la chose et du mot
Pouvez-vous dire quelque chose.
Et je gagerai que le mot
Vous plaît beaucoup moins que la chose !

Pour moi, voici quel est mon mot
Et sur le mot et sur la chose.
J'avouerai que j'aime le mot,
J'avouerai que j'aime la chose.
Mais, c'est la chose avec le mot
Et c'est le mot avec la chose ;
Autrement, la chose et le mot
À mes yeux seraient peu de chose.

Je crois même, en faveur du mot,
Pouvoir ajouter quelque chose,
Une chose qui donne au mot
Tout l'avantage sur la chose :
C'est qu'on peut dire encor le mot
Alors qu'on ne peut plus la chose...
Et, si peu que vaille le mot,
Enfin, c'est toujours quelque chose !

De là, je conclus que le mot
Doit être mis avant la chose,
Que l'on doit n'ajouter un mot
Qu'autant que l'on peut quelque chose
Et que, pour le temps où le mot
Viendra seul, hélas, sans la chose,
Il faut se réserver le mot
Pour se consoler de la chose !

Pour vous, je crois qu'avec le mot
Vous voyez toujours autre chose :
Vous dites si gaiement le mot,
Vous méritez si bien la chose,
Que, pour vous, la chose et le mot
Doivent être la même chose...
Et, vous n'avez pas dit le mot,
Qu'on est déjà prêt à la chose.

Mais, quand je vous dis que le mot
Vaut pour moi bien plus que la chose
Vous devez me croire, à ce mot,
Bien peu connaisseur en la chose !
Eh bien, voici mon dernier mot
Et sur le mot et sur la chose :
Madame, passez-moi le mot...
Et je vous passerai la chose !

Introduction

En 1987, j'ai obtenu mon diplôme de gynécologue et me suis juré de ne plus jamais passer un seul examen de ma vie et de profiter enfin des printemps, des étés et des week-ends !

Jeune diplômée, on peut dire que je m'intéressais plus à l'organe qu'à la fonction, jusqu'au moment où j'ai bien dû me poser quelques questions.

Mes patientes me faisaient de plus en plus de confidences. Alors que je m'en ouvrais à l'une d'entre elles, j'ai eu la réponse suivante : « *C'est vous qui avez ouvert la porte...* ».

C'est ainsi qu'au fil des ans les femmes m'ont confié leur intimité physique, psychique et sexuelle.

Cependant j'étais démunie face aux plaintes sexuelles de mes patientes car, comme beaucoup de mes collègues, ma formation en sexologie était quasi inexistante.

Ma première pensée quand une femme commençait sa phrase par « *Au fait je voudrais vous dire...* » c'était : « *Au secours, elle va me parler sexualité, je n'y connais rien !* ».

Comment expliquer à mes patientes qu'un gynécologue est spécialiste de « l'organe sexuel » mais pas vraiment de la « fonction » ? Que pouvais-je leur offrir d'autres qu'une écoute, l'élimination d'une pathologie organique, des conseils de bon sens et une orientation vers les sexologues de ma région ?

Combien de femmes souffrant de vaginisme ne sont jamais allées consulter le sexologue indiqué ? Elles auraient voulu que ce soit moi qui les prenne en charge, pour ne pas raconter à nouveau leur histoire et sans doute pour plein d'autres raisons. Et je les voyais chaque année pour un examen de routine sans pouvoir les aider.

D'autres, après une longue discussion et quelques conseils, revenaient me dire que cette « simple » consultation avait tout résolu et qu'elle n'avait donc pas eu recours au sexologue recommandé.

Entre temps j'avais découvert ce formidable livre : « *Le sexe de la femme* » de Gérard Zwang (1) et le conseillais à mes patientes. J'avais lu également « *La maladie de Sachs* » de Martin Winckler (2) ouvrage qui décrit si bien le colloque singulier qu'est une consultation.

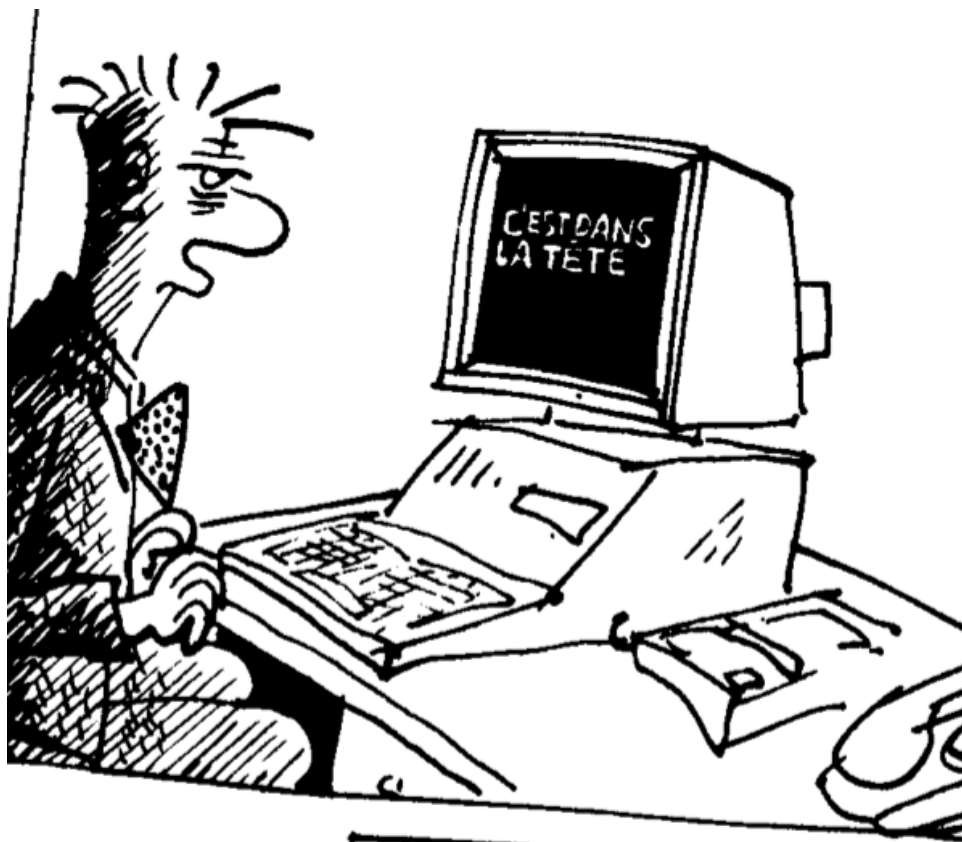
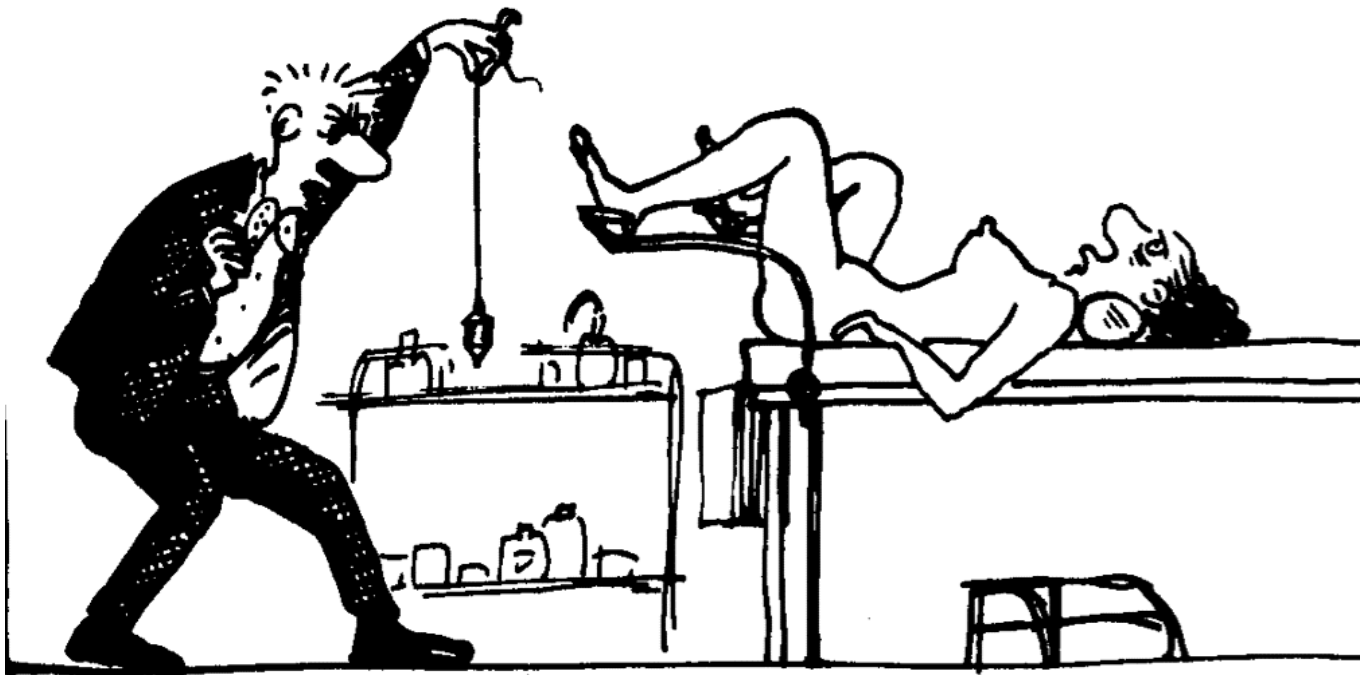
Les circonstances ont choisi pour moi. En 2009 je ne peux plus me servir de mes bras et je dois arrêter mon activité pour de longs mois, sans savoir si je pourrai reprendre ce métier de gynécologue que j'aime tant. Je dois penser à une reconversion, un métier de paroles, de soignant, j'ai trouvé : ce sera la sexologie.

Dès les premiers cours, cela me passionne (des singes à l'organe voméro-nasal en passant par l'hypnose). Je me rends compte que j'ai à peu près autant d'idées reçues que la population générale, bref, je découvre un monde.

Fin 2011 je retrouve enfin mon cabinet de gynécologie et immédiatement je change ma manière de consulter. Je pose plus facilement la question de l'existence de troubles car je peux « aider » ; si la femme en parle spontanément, ma première pensée n'est plus négative et je commence à prendre en charge quelques patientes.

Bref, cette formation que je n'avais pas prévue est en train de bouleverser mon exercice.

Mais comment cela se passe-t-il dans les consultations de mes collègues ? Sont-ils aussi démunis que je l'étais ? « Entendent-ils » ce que les femmes tentent de nous dire ? C'est le but de ce mémoire.



Dessins de Claire Brétécher

Intérêt du sujet

« De nos jours, la santé sexuelle n'est plus un vague concept intéressant uniquement quelques passionnés de l'être humain. Elle est de plus en plus considérée comme un domaine à part entière de la santé générale et du bien être psychique et physique ».

Le concept de santé sexuelle a été défini par l'OMS :

OMS 1975

La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, de façon à parvenir à un enrichissement et un épanouissement de la personnalité humaine, de la communication et de l'amour.

OMS 2002

La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et sociétal relié à la sexualité. Elle ne saurait être réduite à l'absence de maladies, de dysfonctions ou d'infirmités. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes et sécuritaires, sans coercition, discrimination et violence. Pour réaliser la santé sexuelle et la maintenir, il faut protéger les droits sexuels de chacun.

« 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. » (Counseling sur la santé sexuelle offert par les médecins, déclaration de principe de la SOGC, texte complet en annexe 1).

La prévalence des troubles sexuels féminins :

De nombreuses études ont montré la prévalence importante des troubles sexuels féminins.

Lauman, dès 1999 (3), retrouvait 43 % de troubles parmi les femmes de 18 à 60 ans aux Etats-Unis.

En 2002, une enquête sur les dysfonctions sexuelles a été réalisée auprès de 27 500 hommes et femmes âgés de 40 à 80 ans répartis sur 5 continents et 29 Pays (dont la France) : c'est la Global Study of Sexual Attitudes and Behaviour (GSSAB). Les patientes étaient interrogées sur l'existence de troubles sexuels ayant duré plus de 2 mois au cours de l'année écoulée.

Cette étude (4) confirme la fréquence de ces troubles : 48,5 % pour l'étude mondiale, 44,8 % pour l'Europe du Sud (France, Italie, Espagne, Israël).

En France, on retrouve aussi une incidence élevée (5, 6, 7, 8).

Dans l'enquête sur la sexualité en France menée par Nathalie Bajos et Michel Bozon (5), 11,7 % des femmes déclarent avoir été souvent confrontées à une difficulté sexuelle lors de l'année écoulée. Si l'on prend en considération les difficultés qui surviennent « parfois », 40 % des femmes sont alors concernées.

Buvat (6) via La GSSAB retrouve : un manque de désir dans 21 % des cas, une absence de plaisir dans 18 %, une anorgasmie dans 15,8 % et 14 % de difficultés de lubrification.

Colson (7), dans une enquête concernant 519 femmes âgées de plus de 35 ans, retrouve 45 % de troubles du désir, 15 % de troubles de l'orgasme et 15 % de dyspareunie.

En Autriche, Geiss (8) retrouve 50 % de troubles sexuels chez des femmes venues consulter en urologie ou en gynécologie.

Troubles de la fonction sexuelle et prise en charge médicale :

Peu de femmes vont consulter un professionnel de la santé devant une difficulté sexuelle.

D'après l'étude GGSB (9) et sans faire de différence entre les pays, 19 % des femmes ont cherché de l'aide auprès d'un professionnel de santé :

- 25 % en Europe du Sud (France, Italie, Espagne et Israël) ;
- moins de 25 % aux Etats-Unis (10) ;
- 19,5 % en Europe du Nord, 15 % en Allemagne (11).

En France, toujours via l'enquête GGSB (6), 26 % des femmes n'ont fait aucune démarche et 39,5 % des femmes en ont parlé à un médecin (chiffres plus élevés que dans les autres pays du groupe « Europe du Sud »).

Pour Bajos (5), moins de 5 % des femmes consultent si la difficulté sexuelle survient isolément ; c'est le cumul de plusieurs difficultés ou leur répétition qui semblent motiver une consultation chez un professionnel de santé (21 % puis 59 %).

50 % de femmes ayant des difficultés sexuelles ont consulté pour Berman (12).

Pourquoi les femmes ne consultent-elle pas ?

Dans l'étude GSSAB (6) les femmes ne consultent pas car elles pensent que :

- les problèmes sexuels sont normaux avec l'âge ;
- les problèmes sexuels n'ont pas d'importance ;
- les problèmes sexuels ne relèvent pas de la médecine.

Par ailleurs 10 % seraient gênées d'évoquer le problème avec leur médecin traitant.

On retrouve les mêmes réponses pour l'étude de Berman (12) en Californie :

- 22 % des femmes seraient gênées d'aborder le sujet ;
- 17 % pensent que le médecin n'est pas capable de les aider ;
- 12 % n'ont même pas eu l'idée qu'un médecin pourrait les aider.

Au total, les femmes ayant des difficultés sexuelles ne vont pas facilement consulter pour ce motif et ne vont pas oser en parler à leur médecin au cours d'une visite de routine.

Cependant 40 % d'entre elles pensent que le praticien devrait initier le dialogue sur ce sujet et seulement 8 % d'entre elles ont été interrogées par leur médecin concernant d'éventuels troubles sexuels au cours d'une visite de routine (sur les 3 années précédentes) (6). Ceci est à rapprocher des hommes souffrant de dysfonction érectile qui, eux aussi, considèrent que le médecin généraliste, l'endocrinologue devraient aborder le sujet (13, 14, 15).

Enfin dans l'étude de Geiss (8), 96 % des femmes n'ont pas été gênées pour remplir un questionnaire sur leur sexualité.

Mais vers quels professionnels se tournent donc les femmes ?

D'après l'enquête GSSAB (9), les femmes d'Europe du Sud devant des difficultés sexuelles :

- en ont parlé avec leur partenaire 49,7 % ;
- ont consulté un médecin 25,2 % ;
- ont recherché anonymement de l'information (revue, internet etc.) 13,4 % ;
- ont pris des médicaments ou en ont parlé au pharmacien 14,6 % ;
- ont parlé à un ami, un membre de la famille 15,8 % ;
- ont consulté un psychiatre, un psychologue, un conseiller conjugal 4 % ;
- ont consulté un "religieux" 2,5 % ;
- n'ont pas consulté un professionnel de santé 73,2 % ;
- n'ont rien fait 36,2 %.

Pour Berman (12) sur 3 807 femmes en Californie ayant présenté ou présentant des troubles sexuels :

60 % des femmes ont consulté :

- un gynécologue 42 % ;
- un médecin généraliste 24 % ;
- un psychiatre 12 % ;
- un urologue 3 % ;
- un endocrinologue 8 % ;
- autre 8 %.

40 % des femmes n'ont pas consulté mais parmi ces femmes 54 % auraient aimé le faire.

En France aussi le gynécologue est le premier professionnel de santé consulté quel que soit le type de troubles sexuels dans l'étude de Bajos (5).

Tableau : Avez-vous consulté pour ces difficultés arrivant souvent ou parfois au cours de l'année ?

	Rapports douloureux, Insuffisance de désir, Difficultés d'orgasme	Rapports douloureux, Insuffisance de désir	Rapports douloureux, Difficultés d'orgasme	Insuffisance de désir, Difficultés d'orgasme	Rapports douloureux	Insuffisance de désir	Difficultés d'orgasme
Effectifs	364	122	130	707	219	442	503
Un médecin généraliste	5.5	2.9	3.3	1.9	1.9	1.3	0.9
Un médecin sexologue	1.8	0.4	0	0.4	0	0.4	0.2
Un "psy"	1.6	0.5	1.2	0.8	0	0.8	0
Un gynécologue	13.4	5.7	9.9	3.1	10.5	1.5	0.6
Quelqu'un d'autre	0.5	0	1.5	0.1	0.3	0	0.1
N'a consulté personne	79.4	90.5	86.8	94	87.3	95.9	98.3

Champ : femmes de 18 à 69 ans ayant eu un rapport sexuel au cours des douze derniers mois

Conclusion :

Les troubles sexuels féminins sont fréquents. Les femmes consultent peu à ce sujet mais quand elles le font, ce sont les gynécologues qui sont plébiscités.

La prise en charge des troubles sexuels masculins a fait l'objet de nombreuses études et la littérature est riche concernant l'attitude des généralistes, urologues, endocrinologues face à la dysfonction érectile par exemple (13, 15, 16). Par contre j'ai trouvé peu de références concernant les gynécologues (17, 18, 19, 20).

En France, les femmes ont un accès direct à ces spécialistes pour la majorité des consultations (contraception, grossesse, IVG et dépistage) et il existe des gynécologues médicaux, exception nationale.

« La relation entre la femme et le docteur de son intime n'est pas quelque chose d'aseptisé, d'asexué » dit François Collier (21).

« Quels que soient notre âge, notre sexe ou notre sub-spécialisation, il faut reconnaître que la plupart d'entre nous n'ont pas reçu de formation spécifique en sexologie. Pourtant nul ne peut nier que l'intime est au cœur de la consultation gynécologique. » écrit Philippe Descamps dans « La lettre du gynécologue » de Janvier-Février 2012.

« Pour les femmes, le gynécologue est le spécialiste de l'appareil génital, donc de l'appareil sexuel pensent-elles le plus souvent. Pourtant de nombreux gynécologues hésitent à occuper cette fonction. » poursuit Sylvain Mimoun dans la même revue.

J'ai donc voulu en savoir plus sur cette prise en charge et faire, en quelque sorte, un état des lieux de ces consultations intimes.

Mes collègues s'intéressent-ils à la sexologie, initient-ils le dialogue avec la patiente autour de la sexualité, sont-ils à l'aise devant une « plainte sexuelle », la prennent-ils en charge et comment, à qui adressent-ils, quelle est leur formation et finalement en souhaitent-ils une ? Voici les questions que je leur ai posées.

Matériel et Méthodes

J'ai créé un questionnaire (annexe 2) avec plusieurs rubriques :

- Le professionnel : identité, formation initiale, type d'exercice, etc.
- Son attitude en général face aux troubles sexuels.
- Sa prise en charge des principaux troubles sexuels.
- Ses correspondants.
- Son souhait ou non de formation en sexologie.

Ce questionnaire a été mis en ligne sur internet de fin novembre 2011 à mi avril 2012. Les réponses étaient parfaitement anonymes.

J'ai envoyé des centaines de mails contenant le lien vers ce questionnaire, d'abord à mes confrères de Loire-Atlantique, puis j'ai élargi à toute la France en récupérant un maximum d'adresses via les sites syndicaux et les sociétés savantes de gynécologues ou de sexologues. J'ai aussi utilisé l'annuaire des participants aux journées de l'AIHUS. J'ai essayé de contacter des chefs de service hospitaliers et certains ont fait suivre à tous les gynécologues de leur établissement (je remercie spécialement pour leur aide les Professeurs Lopes, Descamps, Levêque et Magnin).

Les obstacles majeurs ont été la politique anti-spam des établissements et des serveurs en général qui ont certainement bloqué mon courriel, les adresses erronées ou non actualisées sur les sites.

Les présidents des différents Collèges de Gynécologie Médicale ont envoyé mon message à leurs adhérents et le Collège National de Gynécologie Médicale et Obstétrique a mis sur son site un lien vers mon questionnaire pendant plusieurs mois (merci au Dr Michelon pour son efficacité !).

J'ai généralement fait une relance et même plusieurs quand je connaissais personnellement le confrère.

Je ne peux donc pas savoir quel a été le taux de réponses car certains fichiers se croisaient (syndicats, sociétés savantes...). Cependant le dernier envoi vers les gynécologues médicaux de Rhône-Alpes comprenait environ 200 adresses et je n'ai dû avoir qu'une quinzaine de réponses (en consultant l'horodateur de Google.doc). Je comprends cependant mes collègues submergés de mails.

Bien évidemment je n'ai pas pu joindre mes collègues réfractaires à l'informatique en général... et allergiques à la sexologie en particulier (le mot « sexologie » apparaissait clairement dans mon message) :

Chère consœur, cher confrère,

Actuellement en 3^{ème} année du DIU de sexologie, j'ai choisi d'effectuer une enquête sur votre prise en charge (ou non) des plaintes sexuelles de vos patientes.

Que la sexologie vous intéresse ou pas vos réponses me seront précieuses !

Cela ne vous prendra que 10 minutes environ et les réponses sont, bien sûr, anonymes.

Voici le lien pour répondre au questionnaire que j'ai mis en ligne :

<https://docs.google.com/spreadsheets/viewform?formkey=dEVndVpmVnNscnAzWWVNS0ttQT F0TGc6MQ>

Merci beaucoup et cordialement. Dr Anne Gicquel, gynécologue

J'ai cependant obtenu 275 réponses, toutes exploitables car certaines questions étaient obligatoires pour continuer à remplir le questionnaire.

Les résultats bruts :

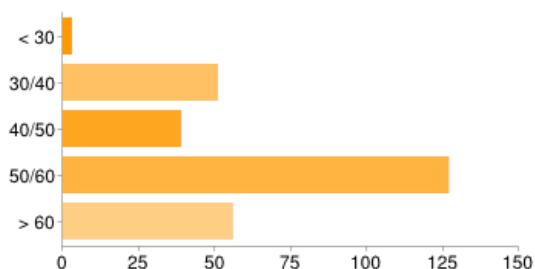
Qui sont les médecins interrogés ?

275 praticiens m'ont donc répondu, se répartissant de la manière suivante :

65 % de femmes (179) et 35 % d'hommes (96), ceci pouvant s'expliquer par l'arrivée des femmes en obstétrique et leur majorité écrasante en gynécologie médicale. Je donne peu de résultats suivant le sexe de mes collègues dans mon enquête car c'est une étude préliminaire qui demande à être poursuivie.

66 % ont plus de 50 ans. La pyramide des âges est assez semblable aux données du Conseil de l'Ordre des médecins, les gynécologues médicales titulaires du CES ayant toutes plus de 53 ans (âge moyen en Pays de Loire 58 ans) et les obstétriciens vieillissant.

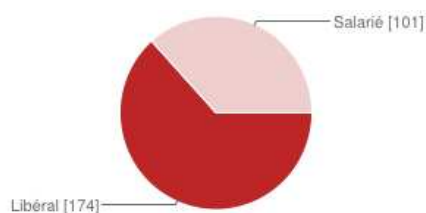
Les 3 médecins de moins de 30 ans sont des internes. 2 gynécologues retraités ont répondu et de manière enthousiaste. J'ai décidé de garder leurs réponses.



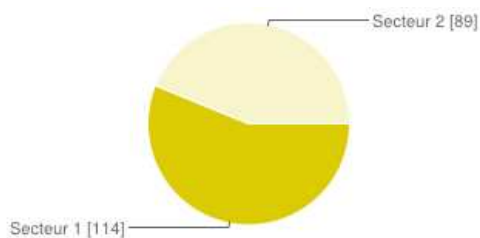
< 30	3	1 %
30/40	51	19 %
40/50	39	14 %
50/60	126	46 %
> 60	56	20 %

L'exercice libéral est plus représenté (63 %), ceci étant dû à mon avis à :

- la difficulté de joindre par mail les salariés ;
- l'exercice libéral quasi exclusif de la gynécologie médicale : sur 112 gynécologues médicales, seules 14 sont salariées, la plupart dans des centres de planification, les plus jeunes (titulaires du DES) font de la PMA.



Les secteurs conventionnels 1 ou 2 sont également répartis. Le total des réponses est supérieur au nombre de libéraux car des praticiens hospitaliers ont aussi une activité libérale.



Secteur 1	114	56 %
Secteur 2	89	44 %

L'exercice se répartit de la manière suivante :

Gynécologie médicale exclusive	112	41 %
Gynécologie et obstétrique	144	52 %
Gynécologie chirurgicale exclusive	17	6 %
Autres = Généralistes	2	1 %

J'ai gardé les réponses de 2 femmes généralistes, salariées dans des centres de planification et n'exerçant que la gynécologie médicale. L'une est d'ailleurs titulaire du DIU de sexologie. Les 3 internes ont été inclus dans le groupe gynécologie et obstétrique.

De nombreux confrères ont un exercice majoritaire dans certaines activités listées ci-dessous :

PMA	28	10 %
Planning familial, orthogénie, IVG	25	9 %
Cancérologie	30	11 %
Echographie	40	15 %
Grossesses à risque, diagnostic ante natal	12	4 %

9 médecins signalent une activité majoritaire en : statique pelvienne, psycho-social, coordination HAD, urgences gynécologiques, périnéologie, bilans de santé, chirurgie vulvaire, endocrinologie, colposcopie.

Pour la majorité de leur exercice mes collègues sont les gynécologues attitrés des patientes (accès direct). Seuls 26 % travaillent surtout comme correspondants.

Le nombre de consultations par semaine n'était pas une question obligatoire ; les données sont difficiles à analyser. Les chiffres vont de 20 à 150 consultations, certains ont répondu en nombre de demi-journées... La moyenne se situe entre 70 et 110 consultations.

En ce qui concerne **la formation de sexologie** pendant le cursus médical, les réponses sont sans équivoque : des internes aux retraités, **74 %, disent n'avoir reçu aucune formation**. S'il y a eu formation, c'est majoritairement à 84 % pendant le cursus de gynécologie.

Sur 272 confrères (exclusion des 3 internes), 32 sont titulaires du DIU de Sexologie soit 12 % de l'effectif interrogé.

125 (46 %) ont suivi une formation post universitaire sous toutes les formes existantes.

DIU de sexologie	32	26 %
EPU, FMC	65	52 %
Congrès autour de la sexologie	67	54 %
Session spécifique de sexologie dans autre congrès	43	34 %
Autre = 1 ^{ère} année de sexologie, en cours de DIU	2	2 %

Parmi ces mêmes médecins interrogés, 63 (23 %) ont suivi une ou plusieurs formations pouvant être utiles. En voici leur répartition :

Gynécologie psychosomatique	41	62 %
Sexocorporel	15	23 %
Hypnose	18	27 %
Haptonomie	3	5 %
Sexoanalyse	2	3 %
Sophrologie	3	5 %
Psychanalyse	7	11 %
Participation à des groupes Balint	4	6 %

La formation de gynécologie psychosomatique arrive largement en tête. A noter que ce sont souvent les mêmes collègues qui cumulent les formations.

D'autres formations ont été citées :

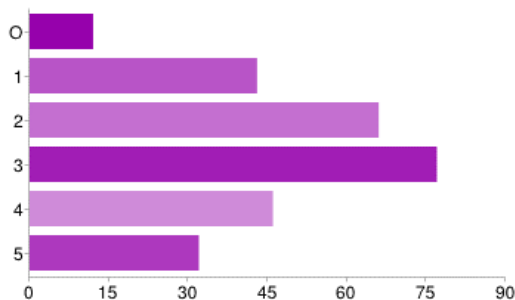
- Programmation neuro linguistique ;
- Psychologie, Psychothérapie, Sexothérapie, l'ensemble sans précisions ;
- Maternologie. Une collègue a une formation de conseillère conjugale.

Enfin, dans les 2 dernières années sur les 275 collègues interrogés :

- 45 % ont assisté à un congrès traitant de sexologie ou à une session sur ce thème (congrès ou FMC) ;
- **82 % ont lu un article ;**
- 37 % ont lu un ouvrage autour de la sexologie.

Les gynécologues et la sexologie

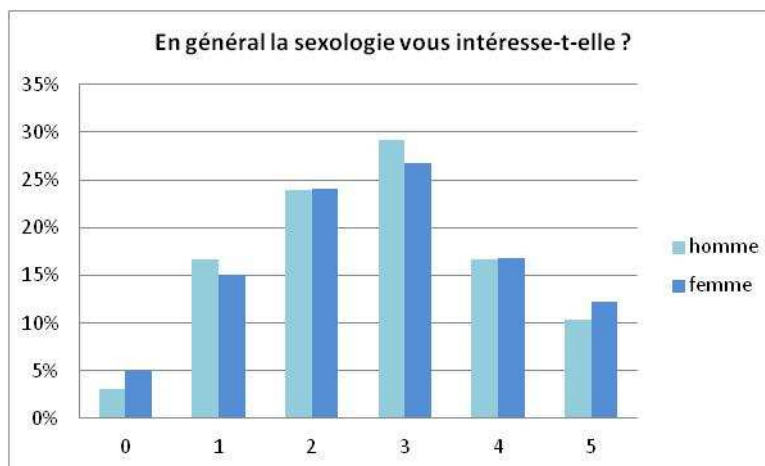
La première question de ce chapitre était : ***En général la sexologie vous intéresse-t-elle ?*** Sur une échelle de 0 à 5 (0 = pas du tout, 5 = Beaucoup)



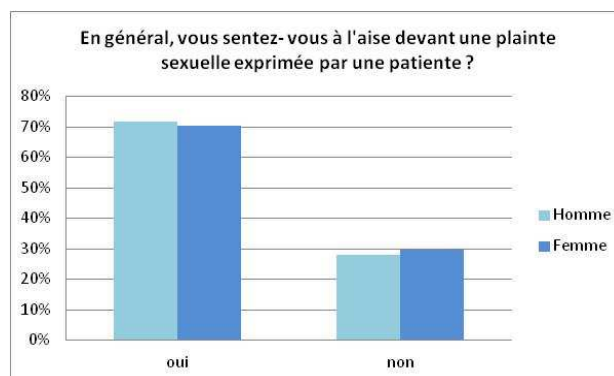
0	12	4 %
1	43	16 %
2	66	24 %
3	76	28 %
4	46	17 %
5	32	12 %

La distribution est quasi gaussienne comme le montre le graphique.

Il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes.



71 % sont à l'aise quand une patiente exprime une plainte sexuelle (il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes) et 76 % pour expliquer la physiologie de l'acte sexuel.



Par contre **ils ne sont plus que 25 % à se trouver compétents** dans cette situation.

38 (14 %) sont les correspondants en cas de troubles sexuels dont 16 sont titulaires du DIU. Parmi les autres, 2 chirurgiens ne sont pas spécialement intéressés par la sexologie, ne se sentent pas compétents en général mais sont spécialisés dans la chirurgie vulvaire et travaillent en réseau, d'où leur recrutement. L'un fait partie d'un réseau régional autour des douleurs pelviennes et est le correspondant pour les dyspareunies.

A la question : *Pensez-vous qu'il soit nécessaire d'être sexologue pour prendre en charge les troubles sexuels?* mes confrères répondent majoritairement **non à 55 %**, y compris 14 des 30 titulaires du DIU.

A la question : *Combien de plaintes sexuelles entendez-vous par semaine ?* Les réponses ont été diverses car libres :

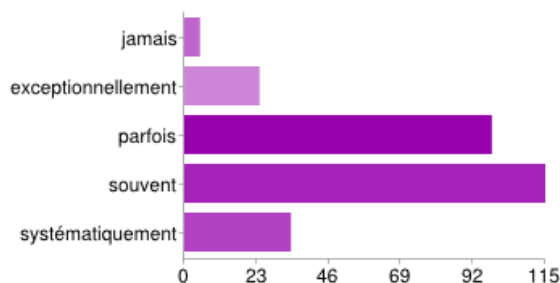
De « 0 » à « Plein » en passant par « Une par an » pour une jeune consœur très mal à l'aise et à « Une patiente sur deux » pour une autre.

Quelques réflexions de mes collègues :

« Très peu, mais peut-être parce que je ne le demande pas...! »

« Aucune idée »

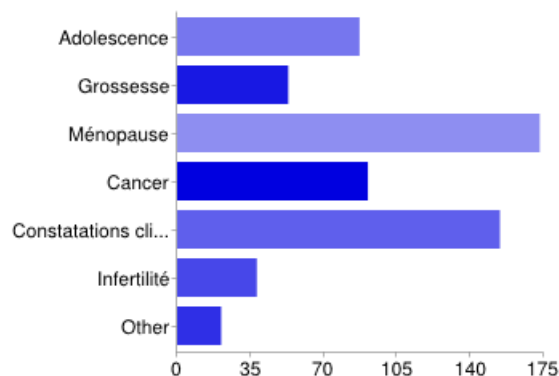
Sans que la patiente aborde le sujet, demandez-vous s'il existe des troubles sexuels lors d'une consultation ? 53 % posent la question systématiquement ou souvent (12 et 41 %) :



jamais	5	2 %
exceptionnellement	24	9 %
parfois	98	36 %
souvent	114	41 %
systématiquement	34	12 %

Dans quelles circonstances posez-vous la question de l'existence de troubles sexuels ?

La ménopause et les constatations cliniques sont les circonstances qui amènent les gynécologues à rechercher des troubles sexuels, viennent ensuite le cancer et l'adolescence.



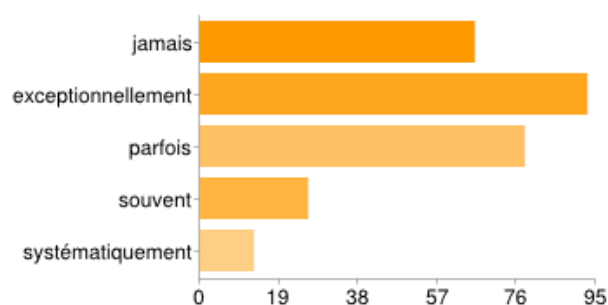
Adolescence	87	39 %
Grossesse	53	24 %
Ménopause	172	78 %
Cancer	91	41 %
Constatations cliniques	153	69 %
Infertilité	38	17 %
Autres	21	10 %

Parmi les réponses « Autres » ont été citées les consultations suivantes :

Post opératoire, post partum, post IVG, suivi de contraception, chirurgie, douleurs pelviennes, 1^{ère} consultation gynécologique. Enfin la question est parfois posée « au feeling ».

J'ai réservé quelques questions aux abus sexuels :

Posez-vous la question dans les ATCD d'un éventuel abus sexuel ? (cadre d'une consultation "tout venant")



jamais	66	24 %
exceptionnellement	93	34 %
parfois	78	28 %
souvent	26	9 %
systématiquement	12	4 %

Les abus sexuels sont peu évoqués par les praticiens, seuls 13 % évoquent le sujet systématiquement ou souvent au cours d'une consultation « tout venant ». 24 % ne posent jamais la question.

Un praticien distribue un questionnaire à chaque nouvelle patiente, questionnaire récupéré lors du suivi et comportant 2 questions permettant une « accroche » ultérieure.

2 collègues qui posent la question systématiquement sont cependant gênés pour aborder le sujet (dont celui qui distribue le questionnaire). Enfin, parfois il s'agit d'un protocole de service et la question est systématique.

75 % des gynécologues posent la question d'un abus sexuel devant certains symptômes.

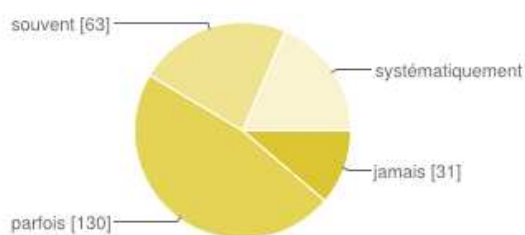
Ma question concernait les symptômes gynécologiques mais les réponses étaient libres d'autres signes ont été évoqués :

- Vaginisme 56 %, dyspareunies 40 %, vulvodynies 6 %
- Examen clinique « difficile » 25 %
- Algies pelviennes chroniques 13 %, douleurs inexpliquées 5 %
- Cystites à répétition 2 %, vaginites à répétition 5 %
- Infertilité inexpliquée 2 %, endométriose 2 %
- Conduites à risque, IST 2 %
- Plaintes multiples 1 %
- Troubles du comportement alimentaire 2 %, obésité 3 %
- Dépression 3 %

Sous « examen clinique difficile » sont regroupés bien évidemment l'examen impossible, son refus, la difficulté à se déshabiller, la peur de l'examen, et un comportement particulier, patiente sur la défensive, en fait tout ce qui alerte le praticien suivant son expérience (le « feeling »).

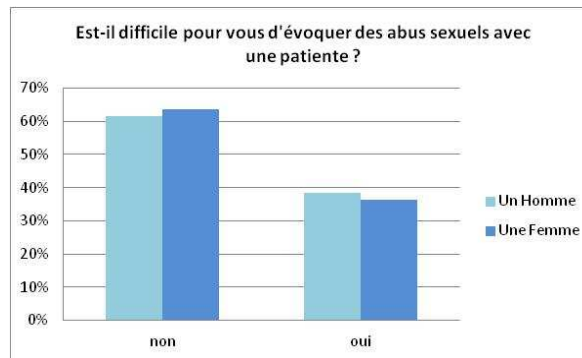
En cas de plainte sexuelle, les praticiens posent un peu plus la question des abus sexuels mais il reste encore 58 % qui ne la posent jamais ou parfois.

Posez-vous la question d'un éventuel abus sexuel en cas de plainte sexuelle ?



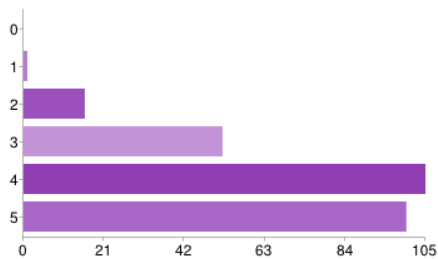
jamais	31	11 %
parfois	130	47 %
souvent	63	23 %
systématiquement	51	19 %

Enfin pour 37 % des gynécologues, il est difficile d'aborder le sujet des abus sexuels (pas de différence entre les hommes et les femmes).

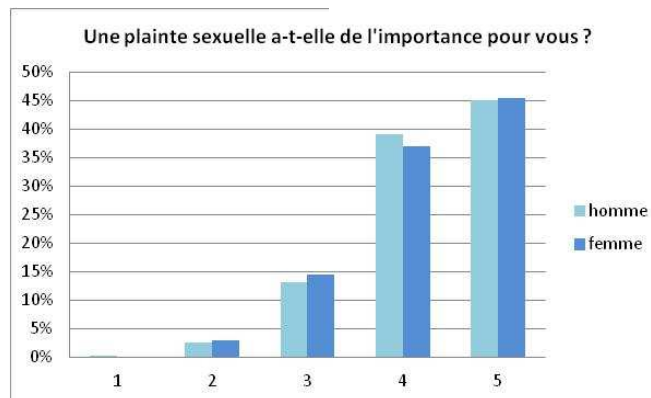


Pour la majorité des praticiens une plainte sexuelle est importante : 75 % ont répondu 4 ou 5, personne n'a répondu 0, un seul a répondu 1. Là encore il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes.

Une plainte sexuelle a-t-elle de l'importance pour vous ?
(0 = sans importance, 5 = importance maximale)



0	0	0 %
1	1	0 %
2	16	6 %
3	53	19 %
4	105	38 %
5	101	37 %



Dans 88 % des cas le gynécologue a été le premier interlocuteur.

58 % des patientes abordent leurs difficultés sexuelles en fin de consultation le plus souvent.

Dès le début de l'entretien	31	11 %
Au cours de l'examen	76	28 %
Une fois rhabillée	119	43 %
Juste avant de sortir	41	15 %

Quand une patiente aborde spontanément un problème sexuel, quelle est votre première pensée ?

Dans cette question j'avais un peu orienté les réponses, espérant que mes collègues allaient s'autoriser à écrire ce qu'ils pensent vraiment... J'avais spécifié : ne pas vous censurer, exemple « pas le temps, pas mon travail, ça m'ennuie, je n'y connais rien, ras le bol ».
Après m'être fait « tancer » par une consœur sur ma supposée vision négative et réductrice des gynécologues, j'ai rajouté dans ces exemples « intéressant, ça va me changer ».
J'attendais une liberté de réaction pour cette question ouverte.

J'ai obtenu une très grande variété de réponses, rarement négatives (mais la question n'était pas obligatoire).

Comme la patiente aborde le sujet alors que la consultation est presque terminée, la plupart de mes confrères évoquent le retard qu'ils vont prendre mais cependant vont écouter, considérant que le moment est important.

De nombreux m'ont répondu « *Je n'y connais rien. Au secours* » et vont vite orienter.

Certains sont sensibles à la marque de confiance qui leur est ainsi accordée.

D'autres ont répondu « *Je m'en balance. Pauvre petite. Il y a autre chose dans la vie* ».

Certaines réponses détaillées sont en annexe 3, je n'ai changé aucun mot, souhaitant une expression libre.

La plupart de mes collègues, 69 %, essaient de répondre, personne n'a éludé le problème.

J'élude ou je fais comme si je n'avais rien entendu	0	0 %
J'essaie de répondre et je prends en charge au moins partiellement	190	69 %
Je lui demande de revenir pour avoir plus de temps disponible	36	13 %
J'oriente d'emblée	49	18 %

Quand un praticien ne prend pas en charge un trouble sexuel c'est dans la majorité des cas (86 %) par manque de compétence.

Manque de temps	51	27 %
Manque de compétence	161	86 %
Manque d'intérêt	29	15 %
Absence de cotation pour une consultation complexe	19	10 %

75 % des gynécologues reçoivent des confidences sur les troubles sexuels des conjoints.

69 % des gynécologues diplômés depuis plus de 20 ans ont trouvé un changement dans l'attitude des patientes en ce qui concerne l'abord de leurs troubles sexuels.

La plupart pense que la parole est plus libre, il y a moins de tabous, plus d'exigence aussi.

Mais certains évoquent leur plus grande capacité d'écoute liée à leur âge, leur évolution professionnelle et personnelle et également leurs cheveux gris, gages pour la patiente d'expérience et de sagesse... Leurs réponses sont en annexe 4 : « La parole est aux gynécologues... ».

Que font les gynécologues devant les principaux troubles sexuels ?

Certains ont orienté d'emblée, pour le reste :

- **72 % des gynécologues prennent totalement ou partiellement en charge le vaginisme avant d'orienter secondairement le plus souvent.**

Conseils, explications	195	98 %
Traitements médicamenteux	50	25 %
Orientation vers autre professionnel	123	62 %
Autre	26	13 %

Les traitements « médicamenteux » les plus cités sont les lubrifiants et l'oestrogénothérapie locale afin que la femme puisse effectuer des massages, une auto exploration de son vagin, faire des exercices avec des dilateurs. La rééducation périnéale chez un kiné ou une sage – femme est également citée. Les confrères évoquent aussi l'hypnose, les techniques sexocorporelles, la sexothérapie de couple (rubrique « Autre ») quand ils possèdent ces techniques.

La toxine botulique est citée une fois, les anesthésiants locaux deux et la chirurgie 2.

- **89 % des gynécologues prennent en charge les dyspareunies.**

Pour les dyspareunies je me suis heurtée au mauvais libellé de ma question qui précisait pourtant que les différentes causes organiques étaient traitées. Mes confrères n'ont pas vu cette nuance, les résultats sont peu exploitables.

Conseils, explications	232	96 %
Traitements médicamenteux	147	61 %
Orientation vers autre professionnel	114	47 %

Là encore lubrifiants et œstrogènes locaux sont les plus cités ; les 61 % de traitements médicamenteux s'expliquent par le traitement des étiologies infectieuses notamment.

- **56 % des gynécologues prennent en charge totalement ou partiellement les troubles du désir.**

Conseils, explications	151	97 %
Traitements médicamenteux	38	25 %
Orientation vers un autre professionnel	95	61 %
Autre	10	6 %

Parmi les moyens médicamenteux les plus cités sont :

- le THS 16 fois, la testostérone 6, le Livial 5 ;
- la modification d'une contraception hormonale 6 ;
- l'Engadyne 6, le Ginseng 3, la Yohimbine 2 ;
- enfin à titre de « soutien » des vitamines, des compléments alimentaires, de la phytothérapie, de l'homéopathie, des acides aminés, etc.

La rubrique « Autre » correspond à 10 confrères qui ont une formation de sexologie ou autre et qui vont traiter eux-mêmes la patiente avec leur technique.

Je ne peux résister à reproduire ici les conseils d'un confrère :

- 1) Adapter la contraception ou le THS selon l'âge.
- 2) Larguer les enfants-Tanguy chez les grands parents et prendre des vacances à 2 en amoureux !
- 3) Larguer le mari (fatigué ?).

- **Seuls 44 % des gynécologues prennent en charge partiellement ou totalement les troubles du plaisir.**

Conseils explications	118	98 %
Traitements médicamenteux	5	4 %
Orientation vers un autre professionnel	75	62 %
Autre	5	2 %

Bien évidemment dans ce cadre peu de médicaments sont cités (Yohimbine, TSH, compléments alimentaires, phytothérapie).

La rubrique « Autre » correspond là encore à des confrères sexologues prenant en charge.

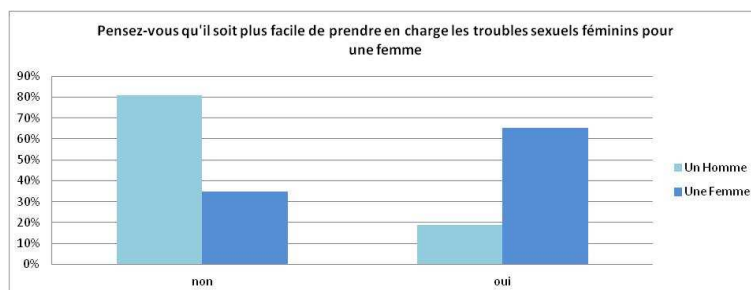
27 % de mes confrères conseillent à leurs patientes comme support d'informations :

Des livres, des articles	66	26 %
Des films	16	6 %
Des sites internet	12	5 %

La plupart du temps je n'ai pas eu de réponses précises ; les articles grands publics sont aussi conseillés. « *Le traité des caresses* » et « *Les hommes viennent de Mars, les femmes de Vénus* » sont cités plusieurs fois ainsi que les auteurs Philippe Brenot et Sylvain Mimoun (la liste complète est en annexe 5).

La dernière question de cette partie concernait le fait d'être une femme gynécologue : 50 % pensent que ce n'est pas plus facile pour une femme de prendre en charge les plaintes sexuelles si l'on est une femme gynécologue et 50 % le contraire, match nul ! (« seulement » 274 réponses et pourtant ça n'était pas une question obligatoire).

Mais si l'on différencie les réponses des hommes et des femmes, les femmes répondent majoritairement oui et les hommes non...



Les correspondants en sexologie

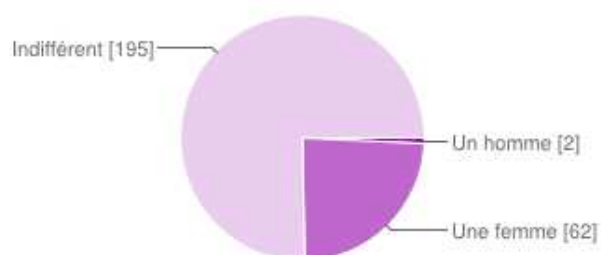
- **90 % de mes confrères ont 1 ou plusieurs correspondants sexologues**

Un correspondant sexologue	110	40 %
Plusieurs correspondants sexologues	138	50 %
Aucun correspondant sexologue	27	10 %

Seuls 27 des gynécologues (10 %) n'ont pas de correspondants. Parmi eux : 5 ont le DIU de sexologie et effectuent eux-mêmes la prise en charge, mais 16 n'ont jamais eu de formation quelconque en sexologie.

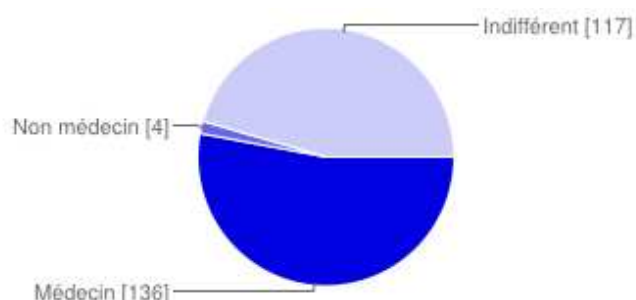
- **Majoritairement, il n'y a pas de préférence pour le sexe du sexologue correspondant.**

Préférez-vous que votre correspondant sexologue soit :



Un homme	2	1 %
Une femme	61	28 %
Indifférent	195	71 %

- **Une légère majorité préfère que le sexologue soit médecin.**



Médecin	136	53 %
Non médecin	4	2 %
Indifférent	116	45 %

Parmi les critères pour le choix du correspondant, la proximité géographique arrive en tête, citée par 55 % de mes collègues. Une consœur me signale même qu'il n'y a plus de sexologue dans sa région.

A noter que certains préférant une femme pour correspondant n'ont pas coché ensuite la rubrique sexe et que d'autres « indifférents » pour la même question ont coché la case « sexe »...

Sexe	25	10 %
Âge	10	4 %
Proximité géographique	136	55 %
Notoriété	111	45 %
Diplôme d'origine (médecin, psycho, sage-femme, kiné, etc.)	80	32 %
Rencontrés via FMC, bon contact	77	31 %
Vous avez été satisfait des premiers "retours"	115	47 %
Coût de la consultation	25	10 %
Autre	12	5 %

12 confrères envoient à des amis ou des collègues de leur service titulaires du DIU (c'est la rubrique « Autre ») et comme l'écrit un consœur, il s'agit « d'amitié et de travail partagés ».

Pour les 3 items précédents (questions non obligatoires), certains confrères sans correspondant ont répondu et d'autres avec correspondants se sont abstenus...

86 % des gynécologues savent que le correspondant a un diplôme de sexologie, mais seuls 45 % savent quelles sont les techniques employées.

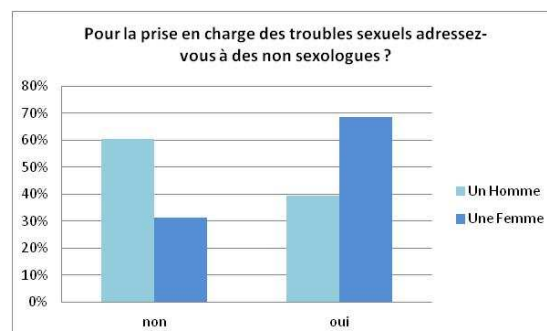
61 % ne reçoivent aucune information en retour de leur correspondant (courrier ou appel téléphonique).

Enfin, seuls **18 % des gynécologues pensent que la sexologie doit être exercée de manière exclusive.**

59 % adressent à des non sexologues, et dans ce cas plébiscitent le psychologue à 71 %.

Psychanalyste	49	30 %
Médecin homéopathe, acupuncteur	20	12 %
Sophrologue	57	35 %
Conseiller conjugal	63	39 %
Psychiatre	71	44 %
Psychologue	114	71 %
Sage-femme	16	10 %
Kiné	15	9 %
Ostéopathe	16	10 %

A noter que les hommes gynécologues adressent moins à des non sexologues.



La dernière question, non obligatoire, de cette rubrique concernait la consultation d'un sexologue pour soi-même : 64 % ont répondu qu'ils iraient consulter en cas de problème.

La formation en sexologie

Seuls 28 % des confrères interrogés (77) connaissent l'AIHUS mais cela comporte les titulaires du diplôme ou « étudiant en cours », et 3 membres d'équipe enseignante de ce DIU c'est-à-dire 36 personnes...

91 % savent qu'il existe un DIU de sexologie (en ne tenant pas compte des titulaires et enseignants bien sûr).

Sur 238, 102 seraient intéressés par cette formation mais ils ne sont plus que 38 après information complémentaire (durée du cursus, mémoire, examens, etc.) à vouloir s'inscrire.

Les obstacles à l'inscription sont résumés dans le tableau ci dessous :

Le temps disponible	161	84 %
Le manque à gagner	21	11 %
Le fait de repasser des examens	59	31 %
La difficulté de reprendre des études en plus de son travail	63	33 %
La rédaction d'un mémoire	21	11 %
Le coût de l'inscription	7	4 %
La durée de la formation	17	9 %
Trop tard	6	3 %

Le temps disponible est l'obstacle majeur. Pour beaucoup repasser des examens et rédiger un mémoire sont rédhibitoires également après toutes les années d'études déjà effectuées.

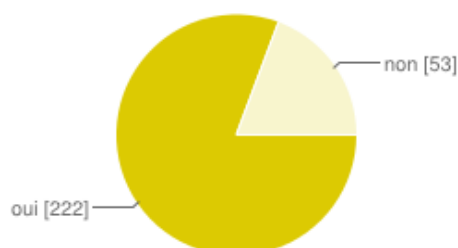
Mais mes collègues sont intéressés par toutes les formations possibles.

Des congrès spécifiques	98	46 %
Des week-ends de formation	88	41 %
Des soirées de FMC	152	71 %
Des ateliers lors d'autres congrès	108	51 %
Des conseils de lecture	109	51 %

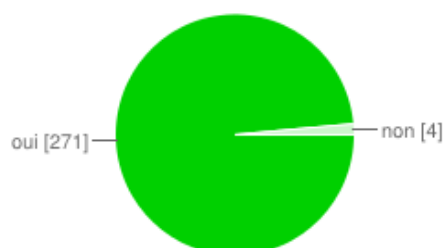
Enfin à la question : ***Faut-il un enseignement de sexologie au cours des études médicales ?***

La réponse est très majoritairement positive : 81 % au cours du cursus général et 98 % au cours de la formation de gynécologie :

Cursus général



Cursus Gynécologie



Parmi les 4 collègues ayant répondu non à la formation en sexologie pour les gynécologues, 1 est enseignant du DIU.

Voici quelques propos de mes confrères sur ce sujet :

- « *Le plaisir sexuel et la gastronomie ne sont pas indispensables à la survie de l'espèce, la gynécologie est en voie de disparition. Inutile, donc de surajouter le luxe de cet enseignement à un cursus déjà trop long pour une espèce en voie de disparition !* »
- « *A chacun son métier* »
- « *S'il devait y avoir un enseignement de sexologie en médecine ou en gynéco, il serait judicieux d'avoir des professeurs compétents avec une vision un peu plus vaste que la seule sexologie elle-même et toujours la motivation du Primum non nocere.* »
- « *La sexologie est passionnante. Il n'y a pas une semaine où l'on n'a pas une plainte de la part des patiente... parfois grâce à notre expérience ou à des cas qu'ont eus mes collègues on ne s'en sort pas mal (plus de la psychologie que de traitement médical)... le gynécologue durant sa formation a d'autres DIU à faire (coelio, échographie, colposcopie, médecine fœtale, chirurgie vaginale, sénologie)... donc faire un DIU de sexologie "oui" mais 3 ans c'est trop... Bon courage* ».

Enfin 2 confrères ont évoqué des enseignements de sexologie au début des années 90 avec des pratiques tendancieuses des formateurs.

Le questionnaire se terminait par une invitation à s'exprimer librement (Annexe 6).

Beaucoup m'ont encouragée et demandent à recevoir le résultat de l'enquête comme je le proposais.

Discussion

A Les biais de l'enquête

Bien évidemment cette enquête via internet a exclu d'emblée mes collègues allergiques au web.

On peut également penser que ceux qui ne s'intéressent pas du tout à la sexologie n'ont pas pris le temps de répondre malgré mes encouragements : « *si la sexologie ne vous intéresse pas vos réponses m'intéressent* ».

La majorité des réponses émanent de femmes (65 %), se sont-elles senties plus concernées par cette enquête ?

Enfin, j'ai d'abord envoyé mon questionnaire à des collègues de ma région connus personnellement et on peut penser qu'ils ont pu répondre positivement à certaines questions pour me faire plaisir. Le concept de désirabilité sociale a pu jouer aussi pour les autres (22).

Il m'a été reproché par mes confrères de n'avoir proposé que les options Oui/Non à certaines questions ; c'était tout à fait volontaire puisque l'option « Ça dépend » rendait les résultats difficiles à interpréter.

Ainsi pour la question « *Pensez-vous être compétent, en général, devant des troubles sexuels* », certains m'ont dit avoir répondu contraints et forcés mais je voulais une réponse générale.

B Les surprises des réponses individuelles

J'ai d'abord remarqué que cocher « Non » à une question n'empêche nullement mes confrères de répondre à la question suivante qui commençait par « Si oui ... ».

Quand on interroge mes confrères sur leur formation en sexologie pendant leurs études les réponses sont diamétralement opposées alors que certains sont de la même promotion.

Certains qui ne sont pas intéressés par la sexologie posent systématiquement la question de troubles sexuels en consultation. De même, certains pour qui il est difficile d'aborder les abus sexuels vont le faire quasi systématiquement.

Le fait d'être intéressé par la sexologie n'implique pas forcément d'aborder le sujet en consultation.

Un confrère qui n'a reçu ou suivi aucune formation (FMC ou autre) se trouve parfaitement compétent et n'a aucun correspondant sexologue alors qu'une autre, diplômée en sexologie et ayant accumulé les autres formations, ne se trouve pas compétente et a plusieurs correspondants.

Certains se forment (lecture, FMC, congrès) mais la sexologie ne les intéresse pas.

Un confrère n'est pas à l'aise devant une plainte sexuelle ou pour expliquer la physiologie mais l'est pour évoquer un abus sexuel.

Un autre n'a pas de formation en sexologie, n'est pas intéressé, n'aborde pas le sujet en consultation mais reconnaît l'importance d'une plainte sexuelle (cotation 5).

Une jeune consœur non intéressée par la sexologie (« *chacun son boulot* ») et pour laquelle une plainte sexuelle a peu d'importance (cotation 2) pose cependant systématiquement la question pendant la grossesse car il s'agit d'un protocole de service. Un autre que la sexologie n'intéresse pas pose systématiquement la question de troubles ou d'abus sexuels.

Un chirurgien ne pose jamais la question de troubles sexuels alors qu'une plainte a une grande importance pour lui.

Un confrère ne pose jamais la question d'un abus sexuel car pour lui il s'agit de la vie privée, mais c'est difficile pour lui d'aborder ce sujet.

Les conduites sont donc très variables d'un individu à l'autre et il n'y a aucun profil type, y compris parmi les titulaires du DIU.

C Les titulaires du DIU de Sexologie

Les 32 titulaires du DIU de Sexologie se répartissent ainsi :

26 femmes et 6 hommes :

- 3 âgés de 30 à 40 ans
- 5 âgés de 40 à 50 ans
- **17 âgés de 50 à 60 ans**
- 7 âgés de plus de 60 ans

18 gynécologues-obstétriciens, 13 gynécologues médicales, une généraliste.

21 libéraux, 11 salariés.

24 sur 32 ont des **formations complémentaires** : gynécologie psychosomatique, sexo-corporel, hypnose, etc.).

A noter que parmi ces 32 titulaires du DIU, 3 femmes sont peu intéressées par la sexologie (cotation 1 ou 2 à la question « **La sexologie vous intéresse-t-elle ?** »), ceci avait été retrouvé aussi dans l'enquête de ma consœur (19).

Une a cependant suivi des formations complémentaires.

Une ne se sent pas à l'aise devant une plainte sexuelle et cependant pose systématiquement la question d'un éventuel trouble sexuel lors d'une consultation.

Pour deux il est difficile d'évoquer les abus sexuels avec une patiente mais une le fait quand même souvent.

Les 3 se sentent incompetentes mais pour ces trois collègues la plainte sexuelle est importante : elles la prennent partiellement en charge et tentent de répondre.

Elles ont toutes les trois des correspondants mais ne sont pas correspondantes elles-mêmes.

D Présentation des autres enquêtes auprès des gynécologues et comparaison

J'ai trouvé peu d'études sur les pratiques de mes confrères gynécologues et les troubles sexuels féminins et je n'ai donc pu comparer que peu d'items.

J'ai retenu 3 études :

- une enquête auprès de gynécologues et d'autres praticiens dans la région parisienne par le Dr Jami-Ceccomori (mémoire pour le Diu, 2011) (19) ;
- 2 enquêtes auprès de gynécologues américains (17,18).

1) L'enquête de ma consœur gynécologue, le Dr Jami-Ceccomori, a concerné 52 généralistes, 34 gynécologues, 4 cardiologues, un gériatre et un psychiatre se répartissant ainsi : 58 % plus de 50 ans (66 % dans mon enquête), 23 % entre 40 et 50 ans, 15 % entre 30 et 40 ans.

2) L'enquête américaine de Sobecki (17) a été réalisée en 2008 et vient juste d'être publiée dans le Journal of Sexual Medicine.

Il s'agit d'une enquête réalisée par mail et rémunérée concernant les connaissances et l'attitude des gynécologues exclusivement. Ceux-ci ont été répertoriés en fonction de leur âge, leur sexe, leur origine ethnique, leurs croyances religieuses, leur parcours universitaire et leur activité professionnelle.

613 hommes et 534 femmes ont été interrogés.

Ils ont été répartis suivant leur pratique majoritaire en gynécologue-obstétriciens, obstétriciens et gynécologues.

Les questions ont porté sur :

- L'abord de la vie sexuelle des patientes « sexual activities ».
- La recherche de troubles sexuels.
- L'orientation sexuelle.
- La satisfaction sexuelle.
- Le plaisir sexuel.
- L'expression d'un désaccord avec les pratiques sexuelles des patientes.

3) L'étude d'Abdolrasulnia (18) a elle aussi été réalisée en 2008 et publiée dans le même journal.

Là encore il s'agissait d'une étude par mail (ou fax) rémunérée et a concerné 257 généralistes (70 % d'hommes) et 248 gynécologues obstétriciens (57 % d'hommes).

La première question concernait leur attitude diagnostique et thérapeutique devant un cas clinique. Ensuite on leur a demandé s'ils se sentaient compétents, quels étaient les obstacles à parler sexualité dans une consultation et si leur cursus leur permettait d'être à l'aise dans ces situations.

La formation en sexologie

74 % de mes confrères disent ne pas avoir reçu de formation en sexologie (78 % pour ma consœur gynécologue).

41 % des généralistes et 47 % des gynécologues-obstétriciens dans l'étude d'Abdolrasulnia (18) trouvent leur formation « insuffisante ».

De même, la plupart des internes en gynécologie interrogés par Garcia (20) et 26 internes en médecine générale sur 32, à Saint Etienne (23) déclarent en pas avoir eu de formation suffisante pour appréhender la sexualité.

Dans mon enquête, 12 % avaient un DIU de sexologie, versus 16% pour ma consœur.

L'attitude devant une plainte sexuelle

71 % sont à l'aise dans mon enquête devant une plainte sexuelle versus 61 % pour ma consœur.

76 % sont à l'aise pour expliquer la physiologie sexuelle versus 42 %.

Ces différences s'expliquent bien sûr par un panel différent, je n'ai interrogé que des gynécologues.

On peut rapprocher ces données de celles d'Aschka (13) où 32 % des généralistes sont mal à l'aise devant une plainte sexuelle masculine.

En ce qui concerne l'abord par le praticien des problèmes sexuels, les résultats sont quasi équivalents.

Abordez-vous la question des problèmes sexuels ?

	Mon enquête (en %)	Paris (9) (en %)	Sobecki (17) (en %)
jamais	2	4	3
exceptionnellement	9	13	15
parfois	36	45	42
souvent	41	34	40
systématiquement	12	4	

Là encore on peut tenter de rapprocher ces chiffres de ceux des généralistes et endocrinologues (15) qui, devant des patients diabétiques ne posent la question d'un trouble de l'érection qu'à 19 % versus 60 % (mais il s'agit d'une enquête auprès de patients).

En ce qui concerne l'abord des abus sexuels, là encore nous retrouvons les mêmes répartitions :

Posez-vous la question d'un abus sexuel ?

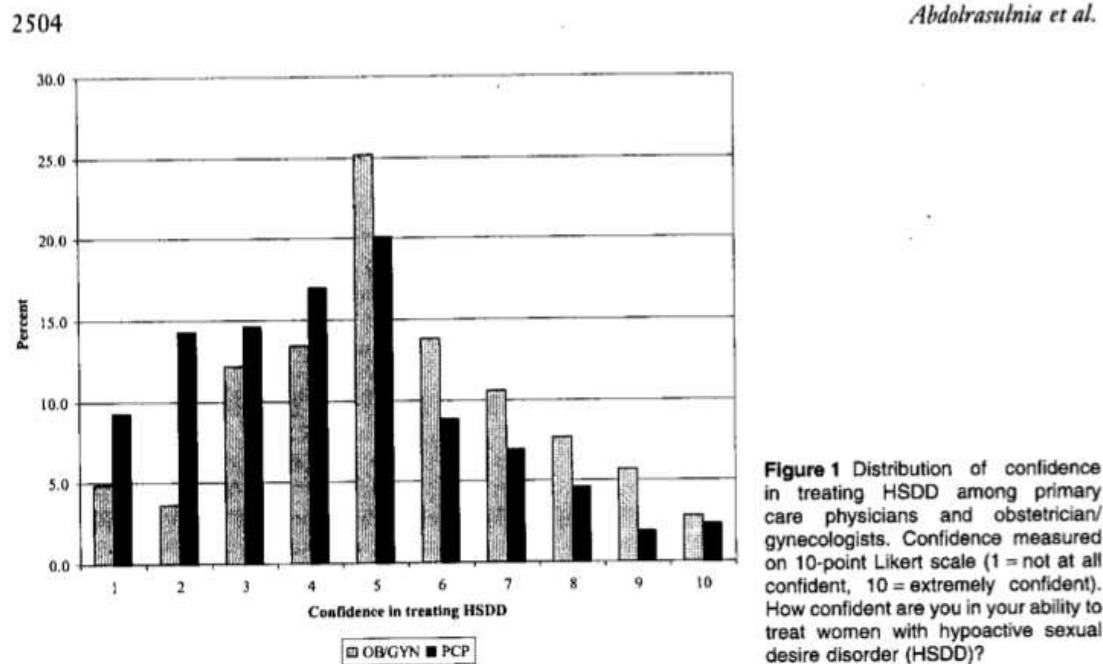
	Mon enquête (en %)	Paris (en %)
jamais	24	22
exceptionnellement	34	61
Parfois ou souvent	37	
systématiquement	4	4

Se sentent-ils compétents ?

A cette question, et bien que cela dépende bien sûr du type de plainte sexuelle, mes collègues ont répondu non à 75 %.

Bizarrement certains, y compris des titulaires du DIU se disent incompetents alors que d'autres sans aucune formation (y compris congrès ou Fmc) se trouvent parfaitement compétents, prennent en charge et n'ont pas de correspondants. Ma consœur a retrouvé exactement la même chose.

Dans l'étude d'Abdolrasulnia (18) 20,7 % des gynécologues répondent 1, 2 ou 3 sur une échelle de compétence de 1 à 10 versus 38,2 % des généralistes.



Une plainte sexuelle a-t-elle de l'importance pour vous ? (sur une échelle de 0 à 5)
94 % ont répondu de 3 à 5 dans mon étude versus 93 % pour ma consœur.

Les correspondants en sexologie

90 % de mes collègues ont un ou plusieurs correspondants sexologues, chiffre identique pour ma consœur.

52 % préfèrent que ce correspondant soit médecin versus 38 % pour ma consœur. A noter qu'en France, plus de 60 % des sexologues sont médecins (24). Les gynécologues comme les sexologues travaillent en réseau (25).

Peu connaissent les formations de leur correspondant sexothérapeute dans l'enquête de ma consœur, 45 % dans mon enquête.

18 % des gynécologues pensent que la sexologie doit être exercée à titre exclusif versus 5 % pour le panel de ma consœur.

Ce qu'ils souhaitent

81 % de mes confrères souhaitent un enseignement de sexologie au cours des études médicales versus 91 % pour ma consœur et 90 % des internes en médecine générale dans l'enquête de Vallée (23).

Les difficultés rencontrées par les médecins pour aborder la sexualité

Alors que le patient attend que le praticien initie le dialogue sur la sexualité (6, 9, 14, 15), quels sont les obstacles à cette communication pour le praticien ?

Je rappelle que dans mon enquête, 29 % étaient mal à l'aise quand une plainte sexuelle était évoquée par la patiente mais que 53 % posaient la question d'une difficulté sexuelle systématiquement ou très souvent.

Dans l'étude d'Aschka (13), les 20 généralistes n'initiaient pas le dialogue autour de la dysfonction érectile par :

- embarras, gêne, peur de mettre mal à l'aise les patients et de ne pas trouver les bons mots ;
- manque de temps ;
- manque de compétence.

Pour Low (16), les obstacles à la prise en charge de la dysfonction érectile par 28 généralistes étaient :

- le jeune âge du médecin ;
- le fait d'être une femme ;
- la durée de la consultation ;
- le manque d'expérience.

Pour Bachmann (26) les obstacles à la communication pour les troubles sexuels féminins étaient là encore :

- la durée limitée d'une consultation ;
- la gêne du praticien ;
- l'absence de thérapie à proposer.

Dans l'étude de Vallée (23), 69 % des internes en médecine générale se sentaient mal à l'aise devant des plaintes sexuelles pour les motifs suivants (plusieurs réponses possibles) :

Méconnaissance de la plainte exprimée	8
Manque de formation sur le sujet	20
Sujet difficile à aborder (tabou)	12
Gêne	4

Pour Abdolrasulnia (18), le manque de thérapies efficaces pour les troubles sexuels était le motif principal pour les généralistes et les gynécologues pour ne pas aborder le sujet. Le temps de consultation nécessaire était un obstacle modéré (moins pour les gynécologues). Les croyances personnelles et le sexe du praticien étaient là encore un obstacle modéré mais pour les généralistes.

Tableau : Obstacles à l'initiation d'un dialogue autour de la sexualité

	Généralistes N = 253	Gynécologues Obstétriciens N = 239
Votre attitude personnelle et vos croyances	4	2.5
Le temps limité d'une consultation	6.5	5.3
Le manque de thérapies efficaces dans ce cadre en dehors des problèmes organiques	6.6	6.3
La différence de sexe	4.8	2.5

Sur une échelle de 1 à 10 (1= pas d'obstacle, 10 = obstacle majeur)

Enfin Burd (27) a interrogé 78 médecins (généralistes, gynécologues et autres) sur leur gêne à évoquer la sexualité avec leurs patients.

En dehors de l'âge du patient (< 18 ans ou > 65 ans), c'est la différence de sexe entre praticiens et patients qui est l'élément le plus important retrouvé.

Ainsi 19 % des médecins hommes et 50 % des femmes sont gênés pour aborder les troubles sexuels chez un patient versus 35 % et 12 % quand il s'agit d'une patiente.

Je reprendrai les propos d'Alain Giami (28) :

« Les professionnels de la santé craignent surtout que l'abord de la sexualité ne renforce l'érotisation de la relation entre le patient et le praticien.

Les femmes redoutent d'être les objets du harcèlement sexuel de la part de leurs patients masculins et les hommes craignent d'être accusés d'attouchements inappropriés. Dans les 2 cas ces craintes ont pour effet d'inhiber la communication sur la sexualité afin d'éviter tout risque de confusion.

De façon générale, l'absence de formation à la sexualité renforce l'émergence des dimensions personnelles du médecin au détriment d'une attitude plus professionnalisée. »

Pourquoi en parler (29, 30) ?

Les gynécologues abordent régulièrement la sexualité de leurs patientes ne serait-ce que pour la contraception, la grossesse, les IST et bien sûr la prévention du SIDA. Pour le reste, c'est plus difficile pour nombre d'entre nous.

Nous devons essayer d'aborder le sujet avec nos patientes car :

- Parler sexualité c'est parler médecine et la femme n'évoquera pas spontanément ses difficultés sexuelles dans la majorité des cas. Pouvoir en discuter, c'est déjà soigner.
- La santé sexuelle est un paramètre pertinent et valide de la santé et de la qualité de vie. Les dysfonctions sexuelles sont fréquentes, peuvent être le premier signe de troubles psychiatriques comme un état dépressif et la conséquence d'effets indésirables

médicamenteux. Elles peuvent aussi entraîner une souffrance psychique et des tensions dans le couple. Il existe des prises en charge efficaces.

- De plus les femmes nous parlent de leur conjoint et la dysfonction érectile est un des premiers signes de troubles cardio-vasculaires. Nous pouvons donc avoir un rôle préventif important.

Comment aider le praticien à surmonter ces obstacles ?

Stevenson (29), comme Margaret (30), tente de donner quelques conseils pratiques dans son excellent article « *How to become comfortable talking about sex to your patients* » (Pourquoi en parler, quand en parler, comment en parler). Il aborde aussi les écueils possibles comme l'érotisation de la relation. Etre à l'aise et compétent dans l'abord de la sexualité peut s'apprendre. Tout dépend de ses connaissances professionnelles et de son aptitude à la relation avec le patient.

Dans l'étude de Geiss (8), les patientes avaient remplies sans aucune gêne un questionnaire sur leur sexualité, cela peut-il se faire en routine ?

Dans le domaine de la cancérologie, l'Association francophone des soins oncologiques de support a édité un référentiel concernant la sexologie (31), les soignants dans ces services étant demandeurs de formation, d'outils et de supports (32).

Certaines associations éditent des recommandations pour les professionnels (33)

L'association pour le développement de l'information et de la recherche sur la sexualité (ADIRS) est une association dont le rôle est d'informer le public sur la sexualité et ses problèmes. Sur son site internet on trouve des conseils pour les patients : comment aborder le sujet avec leur médecin, trouver les mots justes et ne pas attendre la fin de la consultation pour le faire (34).

La formation

Il est nécessaire bien sûr de prévoir un enseignement de sexologie au cours des études de médecine. Cela ne semble toujours pas être le cas puisque les collègues les plus jeunes de mon enquête confirment ne pas avoir reçu de formation.

Quant à mes collègues, ils sont demandeurs de formation car ils se sentent démunis pour la plupart devant les problèmes sexuels. Cependant le manque de temps disponible leur fait préférer des formations courtes. Il ne reste plus qu'à leur apporter ce qu'ils cherchent : les femmes et les gynécologues pourront ainsi continuer leur chemin ensemble.

Conclusion

Cette enquête auprès de mes collègues, interlocuteurs privilégiés des femmes, est un état des lieux. Ils n'ont pas bénéficié d'enseignement en sexualité humaine. Les plus jeunes de mes confrères sont aussi démunis que les plus âgés. Ils ont le plus souvent une écoute attentive et bienveillante mais s'avouent à 75 % incompetents pour prendre en charge un trouble sexuel. Ils sont demandeurs de formations complémentaires adaptés à leur pratique.

La société a changé, nos patientes également qui ne se résignent plus devant des difficultés sexuelles et nous en parlent sans tabou. Le temps pourtant n'est pas si loin du « devoir conjugal » de nos mères et grands-mères.

Les médecins, qui pendant des siècles ont été des hommes, ont également évolué : « La fureur utérine » décrite par le Docteur de Bienville au XVIII^{ème} siècle (Annexe 7) nous fait sourire aujourd'hui de même que les conseils, pourtant pleins de bienveillance et de bon sens, du Docteur Houdré (« Ma doctoresse, Guide pratique d'hygiène et de médecine de la femme moderne », 1928).

« La femme et les médecins », titre d'un ouvrage d'analyse historique d'Yvonne Knibiehler et Catherine Fouquet, n'est pas un chapitre clos et il est temps pour les gynécologues d'accorder autant d'importance à la connaissance de la sexualité féminine que les femmes elles-mêmes.

« 80 % des problèmes peuvent être résolus sans avoir recours au sexologue » nous a dit Marie Chevret-Measson lors de son intervention aux 5^{èmes} assises de sexologie et de santé sexuelle à Montpellier en Mars 2012. Puis elle a conclu par : « *Battez-vous pour des soins de qualité !* »

Il s'agit d'un défi majeur pour les enseignants universitaires, les sociétés savantes et les sexologues. Tous les gynécologues ne seront pas sexologues mais la plupart souhaitent des « outils » pour aider les femmes, les orienter au mieux dans un réseau pluridisciplinaire.

Ainsi : « *Avec tact dans la rigueur, pudeur dans l'indiscrétion et distance dans l'empathie, chaque médecin selon sa propre personnalité ouvrira à sa patiente cet espace d'écoute et de paroles partagées qu'est une consultation de gynécologie.* » (Michèle Lachowsky)

Et puisqu'en France, tout finit par des chansons...

Il faut qu'on s'touche (Pascal Rinaldi)

<http://www.pascalrinaldi.ch/audio.html>

*Il faut qu'on s'frôle il faut qu'on s'touche
Qu'on se mette la langue dans la bouche
Faut qu'on s'emboîte faut qu'on s'empile
La vie ne tient qu'à un fil
Faut qu'on s'mélange faut qu'on s'emmêle
Qu'on s'enroule comme des ficelles
Faut plus qu'on s'quitte faut plus qu'on s'lâche
La vie ça a d'ces coups d'cravache*

*Il faut qu'on s'colle y faut qu'on s'serre
Peau contre peau, chair contre chair
Faut qu'on s'pénètre faut qu'on s'incruste
La vie parfois elle est pas juste
Faut qu'on s'mélange qu'on s'agglutine
Qu'on s'échange nos hémoglobines
Faut plus qu'on s'lâche faut plus qu'on s'quitte
La mort viendra bien assez vite*

*Il faut qu'on s'aime il faut s'le dire
Qu'on s'donne toutes les nuits du plaisir
Faut qu'on s'ajuste, faut qu'on s'accorde
Y a tant de désirs qui débordent
Il faut qu'on s'palpe y faut qu'on s'frotte
Qu'on s'roule des pelles jusqu'à la glotte
Il faut qu'on s'suce y faut qu'on s'lèche
Avant que la vie nous assèche*

*Faut qu'on s'caresse qu'on s'apprivoise
A quoi bon se chercher des noises
Faut qu'on s'bichonne il faut qu'on s'soigne
Avant que la mort nous éloigne
Il faut le faire il faut qu'on ose
La vie c'est pas un bouquet de roses
Faut qu'on s'incruste faut qu'on s'pénètre
On va tous un jour disparaître*

Bibliographie

1. Gérard Zwang, Le sexe de la femme, La Musardine, 1967
2. Martin Winckler, La maladie de Sachs, Editions P.O.L, 1998
3. Laumann E.O., Paik A., Rosen R.C., Sexual dysfunction in the United States, prevalence and predictors, JAMA. 1999 ; 281,6 : 537-54
4. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E and Wang T, for the GSSAB Investigators' Group., Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. International Journal of Impotence Research, 2005, 17, 39–57
5. Bajos Nathalie, Bozon Michel, La sexualité en France. Enquête CSF 2006. Contexte de la Sexualité en France, Editions la Découverte, Chapitre 22 « Les difficultés de la fonction sexuelle » 485-497
6. Buvat J, Glasser D, Neves RC, Duarte FG, Gingell C, Moreira ED Jr, Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours (GSSAB) Investigators' Group, Sexual problems and associated help-seeking behavior patterns : Results of a population-based survey in France. International Journal of Urology, 2009, 16, 632-638
7. Colson M-H, Lemaire A, Pinton P, Hamidi K, Klein P. Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France, J Sex Med., 2006 Jan 3(1):121-31
8. Geiss IM, Umek WH, Dungal A, Sam C, Riss P, Hanzal E. Prevalence of female sexual dysfunction in gynecologic and urogynecologic patients according to the international consensus classification. Urolog., 2003 Sep, 62(3):514-8
9. Moreira E. D. Jr, Brock G., Glasser D. B., Nicolosi A., Laumann E.O., Paik A., Wang T., Gingell C., Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours (GSSAB) Investigators' Group. Help-seeking behaviour for sexual problems: the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. Int J Clin Pract, January 2005, 59, 1, 6–16
10. Laumann EO, Glasser DB, Neves RC, Moreira ED Jr., A population-based survey of sexual activity, sexual problems and associated help-seeking behavior patterns in mature adults in the United States of America. Int J Impot Res. 2009 May-Jun;21(3):171-8
11. Moreira ED Jr, Hartmann U, Glasser DB, Gingell C, GSSAB Investigators Group. A population survey of sexual activity, sexual dysfunction and associated help-seeking behavior in middle-aged and older adults in Germany. Eur J Med Res. 2005 Oct 18;10(10):434-43

12. Berman L, Berman J, Felder S, Pollets D, Chhabra S, Miles M, Powell JA. Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertil Steril*. 2003 Mar;79(3):572-6
13. Aschka C et al, 2001, Humphrey S et al. Sexual problems of male patients in family practice. *J Fam Practice* 2001; 50: 773-778
14. Metz ME, Seifert MH., Men's expectations of physicians in sexual health concerns. *J Sex Marital Ther* 1990; 16: 79-88
15. Tardieu A, Khodari M, Palazzi J, Ajzenberg C, Yiou R. Management of erectile dysfunction by general practitioners and endocrinologists in diabetes: a survey of 130 patients. *Prog Urol*. 2011 Feb;21(2):126-33
16. Low WY, Ng CJ, Tan NC, Choo WY, Tan HM., Management of erectile dysfunction: barriers faced by general practitioners. *Asian J Androl*. 2004 Jun;6(2):99-104
17. Sobecki JN, Curlin FA, Rasinski KA, Lindau ST, What We Don't Talk about When We Don't Talk about Sex (1) : Results of a National Survey of U.S. Obstetrician/Gynecologists. *J Sex Med* 2012 May ;9:1285–1294.
18. Abdolrasulnia M, Shewchuk RM, Roepke N, Granstaff US, Dean J, Foster JA, Goldstein A T , Casebeer L. .Management of female sexual problems: perceived barriers, practice patterns, and confidence among primary care physicians and gynecologists. *J Sex Med*. 2010 Jul;7(7):2499-508.
19. Jami-Ceccomori Prisca, Plaidoyer pour un enseignement de la sexualité humaine dans le cursus des études de médecine. Mémoire pour le DIU de sexologie, Paris, Juin 2011
20. Garcia M, Fisher WA, Obstetrics and gynaecology residents' self-rated knowledge, motivation, skill, and practice patterns in counselling for contraception, STI prevention, sexual dysfunction, and intimate partner violence and sexual coercion, *J Obstet Gynaecol Can*. 2008 Jan;30(1):59-66
21. Collier François, Je suis un homme et je soigne des femmes. *Sexualités humaines* N°12 Jan./ Fév./ Mars 2012. 68-73
22. Rivière Brigitte : Vérités et mensonges en sexologie ou les limites de la recherche en sexologie, Cours pour le DIU de sexologie, Nantes, 17/3/11
23. Vallée Josette, Enseigner la prise en charge de la plainte sexuelle. *Exercer* 2008;81:49-51
24. Giami A., de Colomby P. 1 et le groupe Euro-Sexo 2. La profession de sexologue en Europe : diversité et perspectives communes. [Sexology as a profession in Europe: differences diversity and common perspectives]. *Sexologies, Revue Européenne de Santé sexuelle*, 2006, n°1.. 7-13

25. Enquête sur les médecins sexologues réalisée par le SNMS en 2004, Dr Arnaud SEVENE (2005) <http://www.sfsc.fr/sfsc/sfsc0225.htm>
26. Bachmann G., Female sexuality and sexual dysfunction : Are we stuck on the learning curve ? J Sex Med 2006 ; 3 : 639-645
27. Burd ID, Nevadunsky N, and Bachmann G., Impact of physician gender on sexual history taking in a multispecialty practice. J Sex Med 2006;3:194–200
28. Giami Alain, L'érotisation de la relation médecin patient : Difficultés dans la prise en charge de la sexualité. Nantes- Communication aux 4^{èmes} Assises de Sexologie et Santé Sexuelle 2011
29. Stevenson RW, Szasz G, Maurice WL, Miles JE. How to become comfortable talking about sex to your patients. Can Med Assoc J. 1983 Apr 1;128(7):797–800.
30. Margaret R. H., Nusbaum D.O., The Proactive Sexual Health History, Am Fam Physician. 2002 Nov 1;66(9):1705-1713
31. L'AFSOS - Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support. Référentiels inter régionaux : Cancer, vie et santé sexuelle, 2010
32. Sedda-Ulaszewski A-L. Aït-Kaci F. Vanlerenbergue E., La sexualité à l'épreuve du cancer : enquête relative à la prise en charge de la santé sexuelle des patients dans un centre de lutte contre le cancer. Communication Assises de sexologie et santé sexuelle, Montpellier Mars 2012
33. How to take a sexual history: a guide for health professionals. Sexual Advice Association : <http://www.sexualadviceassociation.co.uk/>
34. Comment aborder un problème sexuel avec votre médecin : http://www.adirs.org/v4/data/troubles/aborder_un_pb-sexuel_avec_votre_medecin.asp

Annexe 1 : déclaration de principe de la SOGC

N° 139, décembre 2003

COUNSELING SUR LA SANTÉ SEXUELLE OFFERT PAR LES MÉDECINS

Cette déclaration de principe a été revue par le Comité des questions sociales et sexuelles et approuvée par le Comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) en mars 2003.

1. Les médecins doivent se constituer des réseaux afin de pouvoir diriger les patientes vers des spécialistes en soins de santé sexuelle lorsque les besoins desdites patientes s'inscrivent hors du cadre de leur compétence professionnelle. Les réseaux d'orientation peuvent compter des professionnels qualifiés :

- en éducation et en soins en matière de contraception ;
- en prévention, en diagnostic, en traitement, en éducation et en suivi en matière de maladies transmissibles sexuellement ;
- en éducation préventive et en intervention thérapeutique pour les victimes de coercition sexuelle ;
- en assistance aux patientes présentant un dysfonctionnement sexuel.

2. 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.

3. Les médecins doivent fournir aux patientes une information à jour en matière de santé sexuelle.

4. Les médecins doivent percevoir les sentiments, attitudes et normes de leurs patientes pouvant faire obstacle à la santé sexuelle personnelle de celles-ci et, à partir de cette information, les aider à se fixer des objectifs réalistes.

5. Les médecins doivent permettre à leurs patientes d'acquérir le savoir-faire nécessaire à la réalisation d'objectifs personnels en matière de santé sexuelle.

6. Les médecins doivent participer à des activités de perfectionnement professionnel permanent afin de maintenir leur niveau de connaissances et de maîtrise en ce qui concerne la santé sexuelle.

7. Les médecins doivent être attentifs aux valeurs et aux modes de vie de leurs patientes en matière de comportements sexuels, et les respecter.

8. Les médecins doivent être conscients du fait que leurs propres valeurs peuvent influencer l'exercice de leur profession.

J Obstet Gynaecol Can 2003;25(12):1041.

Annexe 2 : questionnaire utilisé pour mon enquête

Chère consœur, cher confrère,

Dans le cadre du diplôme inter-universitaire de Sexologie à l'université de Nantes, j'essaie d'évaluer la prise en charge des troubles sexuels par les gynécologues car d'après la dernière enquête réalisée en France en 2006, vous êtes les premiers professionnels de santé qu'une femme consulte.

Votre formation est-elle suffisante, cela vous intéresse-t-il, déléguez-vous? Que se passe-t-il dans votre pratique? Je vous remercie de répondre à ce questionnaire qui ne vous demandera que 5 minutes environ. Les réponses sont, bien sûr, anonymes

Bien cordialement, Dr Anne Gicquel, Gynécologue

**Obligatoire*

Qui êtes-vous ?

1 Vous êtes : *

Un Homme
Une Femme

2 Votre tranche d'âge : *

< 30
30/40
40/50
50/60
> 60

3 Année de votre diplôme en gynécologie :

4 Type de votre exercice principal : *

Libéral
Salarié

4/a Si vous exercez en libéral, dans quel secteur ?

Secteur 1
Secteur 2

5 Quel est votre exercice actuel en dehors de votre diplôme d'origine ? *

Gynécologie médicale exclusive
Gynécologie et obstétrique
Gynécologie chirurgicale exclusive
Autre :

6 Avez-vous un exercice majoritaire ou très important dans les autres domaines suivants :

PMA
Planning familial, orthogénie, IVG
Cancérologie
Echographie
Grossesses à risque, diagnostic ante natal
Autre :

7 Pour la majorité de votre exercice, êtes-vous : *

Le gynécologue attitré de la patiente (accès direct)
Le correspondant chirurgical ou obstétrical surtout

8 Combien de consultations assurez-vous en moyenne par semaine?

9 Avez-vous reçu une quelconque formation en sexologie pendant vos études ? *

oui
non

9/a Si vous avez reçu une formation pendant vos études, est-ce :

Au cours de votre cursus médical avant spécialisation
Au cours de votre spécialisation

10 Avez-vous reçu une formation en sexologie depuis la fin de vos études ? *

oui
non

11/ Si vous avez reçu une formation en sexologie depuis la fin de vos études, laquelle ?

Plusieurs réponses possibles

DIU de sexologie
EPU, FMC
Congrès autour de la sexologie
Session spécifique de sexologie dans autre congrès
Autre :

11/a Si vous êtes titulaire du DIU de Sexologie, le mettez-vous en pratique :

Au cours des consultations "tout venant"
Dans des consultations spécifiques réservées à ces problèmes
Les deux

12 Avez-vous suivi une autre formation pouvant être utile dans le cadre de la prise en charge des troubles sexuels ? * exemple : hypnose, gynécologie psychosomatique, etc.

oui
non

12 a/ Si oui, merci de préciser ces formations :

13 Dans les 2 dernières années avez-vous assisté à un congrès, une session de congrès ou une FMC autour de la sexologie ? *

oui
non

13/a Dans les 2 dernières années avez-vous lu un article sur la sexologie ? *

oui
non

13/ b: Dans les 2 dernières années avez-vous lu un livre sur un sujet de sexologie?*

oui
non

Prise en charge des troubles sexuels / Généralités

14 En général la sexologie vous intéresse-t-elle ? *

Sur une échelle de 0 à 5 (0 = pas du tout, 5 = Beaucoup)

15 En général, vous sentez- vous à l'aise devant une plainte sexuelle exprimée par une patiente ? *

oui
non

16 Etes- vous à l'aise pour expliquer la physiologie de l'acte sexuel ? *

oui
non

17 En général, pensez-vous être compétent dans la prise en charge des troubles sexuels ? *

oui
non

18 Etes-vous le médecin "correspondant" pour certains troubles sexuels ? *

oui
non

18/a Si oui, pour quels troubles et qui vous envoie?

19 Pensez-vous qu'il soit nécessaire d'être sexologue pour prendre en charge les troubles sexuels ? *

oui
non

20 Combien de plaintes sexuelles entendez-vous par semaine ?

21 Sans que la patiente aborde le sujet, demandez-vous s'il existe des troubles sexuels lors d'une consultation ? * quel que soit le motif de la consultation

jamais
exceptionnellement
parfois
souvent
systématiquement

22 Dans quelles circonstances posez-vous la question de l'existence de troubles sexuels ?

Adolescence
Grossesse
Ménopause
Cancer
Constatations cliniques

23 Posez-vous la question dans les ATCD d'un éventuel abus sexuel (cadre d'une consultation "tout venant") ? *

jamais
exceptionnellement
parfois
souvent
systématiquement

24 Posez-vous la question d'un éventuel abus sexuel devant certains symptômes gynécologiques ? *

oui
non

24/ a : Si oui devant quels symptômes ? Réponse libre

25 Posez-vous la question d'un éventuel abus sexuel en cas de plainte sexuelle ? *

jamais
parfois
souvent
systématiquement

26/ Est-il difficile pour vous d'évoquer des abus sexuels avec une patiente ? *

oui
non

27/ Une plainte sexuelle a-t-elle de l'importance pour vous ? *

Noter de 0 = aucune à 5 = beaucoup

28 Quand une patiente se plaint de troubles sexuels, êtes-vous en général le premier professionnel à qui elle en parle ? *

oui
non

29 A quel moment de la consultation la patiente aborde-t-elle spontanément ses problèmes sexuels le plus souvent ? Sans que vous n'évoquiez le sujet bien entendu

- Dès le début de l'entretien
- Au cours de l'examen
- Une fois rhabillée
- Juste avant de sortir

30 Quand une patiente aborde spontanément un problème sexuel, quelle est votre première pensée ?

Surtout ne pas vous censurer ex: pas le temps, pas mon travail, ça m'ennuie, je n'y connais rien, ras-le-bol, ou intéressant, ça va me changer, etc.

31 Quand une patiente aborde ses problèmes sexuels que faites-vous en général ? * Nous éliminons d'emblée les causes organiques du vaginisme et des dyspareunies qui sont de notre ressort bien entendu

- J'élude ou je fais comme si je n'avais rien entendu
- J'essaie de répondre et je prends en charge au moins partiellement
- Je lui demande de revenir pour avoir plus de temps disponible
- J'oriente d'emblée
- Autre :

32 Si vous ne prenez pas en charge les troubles sexuels de vos patientes est ce par : plusieurs réponses possibles

- Manque de temps
- Manque de compétence
- Manque d'intérêt
- Absence de cotation sécu pour une consultation complexe
- Autre :

33 Vos patientes abordent-elles les problèmes sexuels de leur conjoint ? *

- oui
- non

34 Si vous êtes diplômé(e) depuis plus de 20 ans, d'après-vous, il y a-t-il eu une évolution dans l'abord des plaintes sexuelles par vos patientes?

- oui
- non

34 a/ Si oui, pouvez-vous préciser?

Les différents troubles sexuels et leur prise en charge

Nous allons évoquer les troubles sexuels féminins les plus fréquents c'est à dire

- Le vaginisme
- Les dyspareunies
- Les troubles du désir
- Les troubles du plaisir

Nous supposons les causes organiques du vaginisme et des dyspareunies reconnues et traitées

35/ Prenez-vous en charge partiellement ou totalement le vaginisme ? *

- oui
- non

35/a Si oui, que faites-vous ? Plusieurs réponses possibles

- Conseils, explications
- Traitements médicamenteux
- Orientation vers autre professionnel
- Autre :

35/b Si vous utilisez des médicaments pour la prise en charge du vaginisme, lesquels ?

36/ Prenez-vous en charge totalement ou partiellement les dyspareunies ? *

oui
non

36/a Si oui, que faites-vous ? Plusieurs réponses possibles

Conseils, explications
Traitements médicamenteux
Orientation vers autre professionnel
Autre :

36/ b si vous utilisez des médicaments dans la prise en charge des dyspareunies, lesquels ?

37 Prenez-vous en charge partiellement ou totalement les troubles du désir ? *

oui
non

37/ a Si oui, que faites-vous ? Plusieurs réponses possibles

Conseils, explications
Traitements médicamenteux
Orientation vers un autre professionnel
Autre :

37/b Si vous utilisez des médicaments pour la prise en charge des troubles du désir, lesquels ?

38 Prenez-vous en charge partiellement ou totalement les troubles du plaisir ? *

oui
non

38/a : Si oui, que faites-vous ? Plusieurs réponses possibles

Conseils explications
Traitements médicamenteux
Orientation vers un autre professionnel
Autre :

38/b Si vous utilisez des médicaments pour la prise en charge des troubles du plaisir, lesquels ?

39 Dans le cadre de ces divers troubles, conseillez-vous ? * plusieurs réponses possibles

Des livres, des articles
Des films
Des sites internet
Rien de tout cela
Autre :

39/ a: Pouvez-vous préciser si possible quels livres, quels sites ou films vous conseillez ?

40/ Pensez-vous qu'il soit plus facile de prendre en charge les troubles sexuels féminins pour une femme gynécologue? *

oui
non

Vos correspondants en sexologie

41 Avez-vous ? *

Un correspondant sexologue
Plusieurs correspondants sexologues
Aucun

42 Préférez-vous que votre correspondant sexologue soit : en dehors de la préférence de la patiente elle-même

- Un homme
- Une femme
- Indifférent

43 Préférez-vous que votre correspondant soit :

- Médecin
- Non médecin
- Indifférent

44 Comment avez-vous choisi vos correspondants sexologues ? Plusieurs réponses possibles

- Sexe
- Age
- Proximité géographique
- Notoriété
- Diplôme d'origine (ex médecin, psycho, sage femme kiné, psychologue, etc)
- Rencontrés via FMC, bon contact
- Vous avez été satisfait des premiers "retours"
- Coût de la consultation
- Autre :

45 Savez-vous si votre correspondant sexologue a un diplôme en sexologie ?

- oui
- non

46 Connaissez-vous les techniques employées par votre correspondant sexologue ? Thérapies cognitivo comportementales, hypnose, analyse etc.

- oui
- non

47 Pensez-vous qu'un sexologue doit exercer la sexologie de manière exclusive ? *

- oui
- non

48 Quand vous adressez une patiente à votre correspondant sexologue, recevez-vous un retour (courrier ou appel téléphonique) ?

- oui
- non

49/ Pour la prise en charge des troubles sexuels adressez-vous à des non sexologues ? *

- oui
- non

49/a Si vous adressez à des non sexologues, lesquels ? Plusieurs réponses possibles,

- Psychanalyste
- Médecin homéopathe, acupuncteur
- Sophrologue
- Conseiller conjugal
- Psychiatre
- Psychologue

50 Si vous ou votre partenaire aviez des problèmes sexuels, iriez-vous consulter un sexologue ?

- oui
- non

La formation en sexologie

51 Connaissez-vous l'AIHUS ? *

- oui
- non

52 Avant ce questionnaire pour mon mémoire, saviez-vous qu'il existait un diplôme inter-universitaire en sexologie ?

oui
non

53 Seriez-vous intéressé pour suivre cet enseignement ?

oui
non
ça dépend

54 Seriez-vous toujours intéressé par ce diplôme sachant que : il se déroule sur 3 ans avec des cours, un examen annuel local et final national, des stages, un mémoire

oui
non

55 Quels sont, d'après vous, les freins à cette formation si elle vous intéresse ?

Plusieurs réponses possibles

Le temps disponible
Le manque à gagner
Le fait de repasser des examens
La difficulté de reprendre des études en plus de son travail
Autre :

56 En dehors de ce diplôme seriez-vous intéressé par : plusieurs réponses possibles

Des congrès spécifiques
Des week-ends de formation
Des soirées de FMC
Des ateliers lors d'autres congrès
Des conseils de lecture
Autre :

57 Pensez-vous qu'il faudrait un enseignement de sexologie au cours des études médicales ? *

oui
non

58 Pensez-vous qu'il faudrait un enseignement de sexologie au cours des études de gynécologie ? *

oui
non

Le questionnaire est terminé. Vos commentaires sont les bienvenus, exprimez-vous librement sur le sujet

Si vous souhaitez connaître le résultat de cette enquête, envoyez-moi un mail à dr.anne.gicquel@orange.fr

Annexe 3 : quand une patiente aborde spontanément un problème sexuel, quelle est votre première pensée ?

- Si c'est juste avant de sortir c'est chiant, on se rasseoit et on repart à zéro.
Si on propose de revenir exprès pour en parler dans 3 jours elle ne revient presque jamais.
- Aie, aie, aie, je n'y connais pas grand chose...
- Exactement tout ça (pas le temps, pas mon travail, ras le bol, ça m'ennuie).
- Je m'en balance et adresse à un sexo.
- Elle me fait confiance...
- Elle devrait changer de partenaire ; je n'y connais rien ; pour m'en parler spontanément c'est que ça doit pas mal la travailler.
- Cela m'angoisse de ne pas être à la hauteur.
- Ça m'intéresse, ça change de la consultation habituelle...
- Compassion.
- Je vais essayer de lui « tendre la perche », la laisser se raconter, voire l'encourager mais en même temps, je ne sais pas trop ce que je vais pouvoir lui proposer.
- Euh... si ça répond pas au lubrifiant ou à la colpotrophine... je ne peux plus rien faire pour toi....
- Intéressant, il faut absolument que je fasse le DIU parce que je vais vite être limitée dans ma prise en charge.
- Chouette, je vais servir à quelque chose !
- Il y a autre chose dans la vie.
- Je lui ai laissé l'espace pour s'exprimer et elle est en confiance.
- On en prend pour 1/2 h au moins.
- Pas de bol, peux pas faire grand-chose.
- C'est pour ça qu'elle consulte en fait...
- Oh la la, pourquoi attend-elle la fin de la consultation pour en parler !
- C'est très important de régler ce problème pour son avenir de femme et son épanouissement personnel.

- Flûte (merde) c'est seulement maintenant qu'elle en parle, chronophage.
- Aie...
- On y va !
- Quel est le rapport du couple ?
- L'état de souffrance.
- Encore une !
- L'écoute fait partie de mon travail.
- Je rassure d'abord car souvent idées reçues sur orgasme facile, libido énormes... Or pas de « normalité » pour moi, si le couple est heureux, je rassure. Si par contre l'un ou l'autre en est malheureux, conseils simples de gel lubrifiant ou autre et prise en charge par mes correspondants sexo sans hésiter (psy ou gynéco).
- C'est du domaine de l'intimité du couple !
- Ça m'intéresse !!
- Je me méfie... du genre, dans quoi on va s'engager ?
- C'est encore derrière le motif gynécologique qu'apparaît la plainte sexuelle.
- Elle aurait pu le dire en début de consultation !!
- Qu'est-ce que cela cache bon sang !
- « Ça va pas être simple »... mais c'est sûrement pour ça qu'elle est venue à la base... alors je m'efforce de ne pas fermer la porte au dialogue tout en craignant d'être maladroite.
- Comment ai-je fait pour ne pas m'en rendre compte avant ?
- Négative quand la consultation est finie et qu'il y a du monde derrière... dans la salle d'attente.
- Ça va être long (15 minutes par consultation, ça va pour renouveler une pilule mais c'est trop court pour une plainte sexuelle).
- Au moins la consultation aura servi à quelque chose ! Voyons si c'est un pb pas trop compliqué que je puisse prendre en charge ou bien cela va-t-il demander une lourde prise en charge auquel cas je l'adresserai à un sexologue et je prendrai le temps de la convaincre d'y aller !!! Quitte à la revoir 1 ou 2 fois avant
- Évaluation de la situation évaluons, évaluons... prise en charge directe ou rdv sexo.

- Elle va me mettre en retard, mais je ne peux pas ne pas la laisser parler, ça a dû lui demander un effort.
- Pourquoi reste-t-il si peu de temps pour en parler... voilà le pourquoi de ses plaintes somatiques, je m'en doutais, à qui l'envoyer ? Etc.
- Absence de pensée particulière. Cela fait partie de la consultation.
- Je m'installe confortablement et j'écoute.
- Intéressée, témoignage d'une relation de confiance.
- Ah ! Il y a quelque chose qui se dit, d'ailleurs son conjoint n'est pas là pour une fois.
- Elle fait bien de m'en parler.
- Aider...
- Au secours, vais-je avoir une réponse à lui donner ?!!
- Super, enfin une qui a besoin d'une thérapie.
- C'est notre rôle, partie intégrante des demandes à recevoir.
- Qu'il pourrait y avoir un temps de discussion avec le M. mais qu'en pratique c'est impossible avec les emplois du temps ; et que la cotation est inexistante et c'est fort anormal.
- Oh la la pas maintenant à cette heure-ci, quand j'ai déjà une heure de retard etc.
- Ouh la la cela se complique mais comment et vais-je pouvoir l'aider (le secteur 2 me permet de ne pas redouter la prolongation de la consultation).
- C'est sûr, on ne va pas rester dans le créneau horaire, mais je prends le temps de lui laisser vider le sac... Tant pis pour les suivantes.
- Ces dernières années : ras le bol.
- Tout à fait normal qu'elles abordent leurs problèmes sexuels avec leur gynécologue. Avec qui peuvent-elles en parler ?
- La même écoute et le même intérêt que n'importe quel autre symptôme médical strict.
- Je n'ai pas vraiment le temps mais je le prends car cela rend notre travail passionnant et pour quelques consultations de ce type par semaine, « ça reste jouable » au niveau du temps.
- Elle a « osé » en parler, super pour elle.
- Pôvre petite.

- Il y a t-il quelque chose d'organique ?
- Zut elle aurait pu le dire avant... et elle se rassoit et c'est reparti pour une ½ h de cs d'où souvent je pose la question : « pour les rapports sexuels, pas de soucis ?? » mais si j'ai plus d'une patiente en salle d'attente je ne pose pas la question... les consultations sexo demandent beaucoup de temps et d'écoute pour les petits conseils de routine.
- Que ça ne va pas être simple... et si elle en parle spontanément c'est qu'elle s'est aperçue de l'origine de sa souffrance !
- Oh merde...
- Aie, aie, aie, on est reparti pour 20 minutes.
- La pauvre.
- C'est un problème comme un autre donc il faut y répondre.
- Je vais tout faire pour lui expliquer ses problèmes car cela semble tellement évident : elle est bloquée pour un problème tellement simple en raison bien souvent de son ignorance, soit anatomique, soit physiologique.

Annexe 4 : ce qui a changé dans le discours des femmes en consultation

- Discours plus libre.
- Moins de tabou, elles en parlent plus facilement.
- La parole est plus facile.
- Plus de liberté d'expression.
- Elles parlent plus facilement des traumatismes sexuels du passé, elles pensent moins souvent qu'elles ont un problème organique (peut-être que les deux constatations sont d'ailleurs reliées...).
- Les patientes les abordent plus facilement, en parlent, ont des idées de normalités (en particulier les 15 -25 ans).
- Il y a une demande d'aide ++ chez les femmes ménopausées quand elles n'ont jamais été satisfaites sexuellement, elles osent le dire et aussi dire que cela « ne les a jamais intéressées » en fait les patientes ont appris qu'elles pouvaient nous en parler... parce que je suis une gynéco -femme ?
- Surtout pour les jeunes patientes qui rêvent de relations sexuelles comme au ciné.
- Au niveau des patientes, elles sont peut-être plus à l'aise pour parler et je les entends mieux mais cela est biaisé par mon orientation professionnelle, aussi la maturité de mon âge et mon expérience professionnelle... et personnelle...
- Plus de demandes sur les pratiques (sextoys et autres ...).
- Elles en parlent plus qu'auparavant : est-ce l'époque ou parce que j'ai vieilli ?
- Les très jeunes femmes abordent plus facilement les troubles sexuels mais je suis aussi plus âgée...
- Sujet + facile à aborder ... Quoique !!
- Elles en parlent plus facilement (ou est-ce moi qui ai appris à faciliter leur parole).
- J'en parle plus facilement, elles aussi.
- Aveux des attouchements familiaux, refus des rapports non souhaités.
- Les femmes abordent plus facilement les problèmes sexuels surtout les jeunes filles qui ont plus d'exigence dans le domaine sexuel.

- L'évolution n'est pas liée seulement à une évolution sociétale mais j'ai l'impression que la parole est plus libre avec une gynéco qui a l'âge d'être grand-mère.
- Je pense qu'il y a 30 ans, curieusement l'approche était plus facile que maintenant où beaucoup de choses se sont médiatisées. Cela n'a pas forcément apporté une liberté de parole. On voit autant de blocages... chez des très jeunes, le sujet reste pour eux difficile à aborder.
- Les patientes me semblent moins coincées que moi pour en parler !
- Peur d'être anormale par rapport aux copines et aux lectures des magazines féminins ; ce, surtout pour les jeunes filles.
- Anorgasmie des femmes ménopausées (il y a 20 ans elles trouvaient cela normal).
- Beaucoup plus de plaintes spontanées dès le début de la consultation.
- Trop de soucis par rapport à une éventuelle normalité (articles de magazines, télé...).
- Les patientes évoquent beaucoup plus facilement leurs plaintes que ce soit de façon spontanée ou prennent rapidement les éventuelles perches tendues. Elles ont intégré que cela n'est pas « normal » que leur sexualité ne soit pas épanouissante. Avant, il y avait beaucoup plus de résignation. Je suis étonnée par les questions et les remarques des plus jeunes.
- 1) après de nombreuses années de suivi elles osent aborder le sujet avec un homme,
2) avec l'âge les troubles se font moins rares...
3) avec l'âge les maris sont moins fidèles...
- Plus de vulvodynies.
- Les femmes sont souvent plus libres de parler mais en même temps les médias ont généré des questions : je n'ai pas d'orgasme vaginal, je n'ai pas trouvé mon point G, d'ailleurs, c'est quoi ?... Ce n'est pas forcément le problème mais les médias ont donné des mots aux femmes pour aborder ce qu'elles ne pouvaient pas facilement nommer avant.
- Elles ont appris qu'elles ont le droit de revendiquer d'avoir du plaisir (bien que demeure encore souvent ancrée l'idée qu'après la ménopause, c'est foutu...). Elles en parlent plus aussi car elles trouvent maintenant anormal de ne pas avoir de désir alors qu'elles se sentent (comme autrefois) obligées de donner de la jouissance à leur conjoint. Elles se plaignent donc des exigences de leurs compagnons qu'elles vivent maintenant comme des corvées inacceptables (et plus comme un devoir conjugal !).
- Les plaintes sexuelles font beaucoup plus partie de la consultation de gynéco qu'auparavant.
- Nous avons aussi vieilli et mûri et sommes sans doute plus être « plus abordables » par rapport à ces plaintes.

- Les patientes se plaignent plus souvent de l'impuissance ou du défaut d'érection de leur conjoint... elles me demandent même un traitement pour lui. Ce que je refuse et leur donne les coordonnées d'un correspondant.
- Essentiellement dans la facilité à aborder le sujet de la sexualité (moins de tabous) moins de fatalisme plus d'exigence d'épanouissement des femmes.
- La sexualité existe et on peut en parler.
- Il y a 20 ans les plaintes étaient limitées aux dyspareunies et au non désir de leur part et il fallait souvent aller les « chercher ».
Depuis 10 ans les plaintes sont beaucoup plus spontanées, elles concernent aussi le mari qui ne peut ou ne veut plus ; quant aux très jeunes je suis frappée par leurs demandes concernant ce qu'elles sont « obligées de faire ou pas » par rapport aux demandes de leur partenaire... vive le porno à la télé !
- Elles sont plus exigeantes vis-à-vis des hommes.
- Avec l'âge (le mien !) il semble que les patientes soient plus « tentées » de se confier qu'à une « petite jeune » (ça leur semblait bizarre que je sois médecin, voire que je les opère... alors me parler de leur intimité ?!).
Il se peut aussi qu'elles me perçoivent plus « réceptive » du fait de mon expérience, de ma formation et de mon propre cheminement thérapeutique.
- Grande demande d'une sexualité qui doit être obligatoirement épanouie à l'image des articles grand public et/ou des forums de discussion. Sexualité très perturbée par la pornographie, avec perte de repères, et troubles de l'altérité. Irruption du fait religieux de plus en plus fréquente.
Au total, régression du statut de la femme sur toute la ligne.
- Avant, elles les signalaient juste sur le point de partir et maintenant c'est évoqué beaucoup plus facilement à tout moment et je n'évince plus la question comme auparavant où je répondais de façon très très évasive comme une copine qui n'est pas concernée voire mm rassurée...
- Plus de facilités à aborder le sujet dès le début de leurs difficultés, consultation plus précoce et parfois très jeune fille.
- Les patientes s'expriment beaucoup plus facilement sur leurs plaintes sexuelles avec beaucoup moins de tabous qu'il y a quelques années. Avec l'âge et l'expérience peut-être suis-je plus à l'écoute et prête à rebondir sur la parole dite ou esquissée.
- Elles en parlent plus facilement peut-être aussi parce qu'elles ont plus souvent affaire à des femmes. Elles parlent aussi de leur désir et de leur frustration. Dans les plaintes sexuelles il n'y a pas que le côté « désagréable » il y a aussi la frustration du fait d'un partenaire sans libido ou sans imagination.
- Le moindre petit trouble survenant est moins bien géré et supporté.
- Moins de tabou mais s'agit-il du fait que moi même je suis plus sensibilisée ?

- Plus de connaissances mais du côté des plaintes masculines.
- Pas diplômée depuis + de 20 ans mais pratique depuis les années 80... plus de liberté de parole, moins de honte, appellent « un chat un chat » si je peux dire.
- Elles en parlent plus facilement.
Moins de sentiment de honte de culpabilité.
Prise de conscience que des solutions existent se résignent moins.
- Autrefois, l'IUE était tabou, pas seulement pour les patientes, mais aussi pour les médecins. Maintenant, le problème est abordé ouvertement.
Idem pour les troubles sexuels : plus de facilité, ce n'est plus un problème de honte, sauf encore peut-être pour certains hommes.
L'absence totale de formation universitaire pendant les études de médecine scotomise la question pour les médecins non formés en sexo.
Le fait de poser la question et d'ouvrir le dialogue fait exploser les demandes et l'aveu des symptômes de souffrances sexuelles.
- Les femmes aujourd'hui en parlent alors qu'il y a 10 ans ce n'était pas le cas ; elles évoquent leur manque d'envie ou leur frigidité et revendiquent le droit au plaisir sexuel ou alors elles se plaignent de rapports trop fréquents exigés par le partenaire et auxquels elles n'ont pas envie de répondre.
- Il était rare qu'elles en parlent il y a 20 ans mais peut-être aussi car moi j'étais jeune et les cheveux blancs sont peut-être synonymes de plus d'expérience ou de vécu ; car je pense aussi qu'elles posent la question parce que je suis une femme et cela devient un partage entre femmes au-delà de la professionnelle.
- On a tout de même l'impression que les patientes parlent plus librement de leur sexualité qu'il y a 30 ans, de même qu'elles parlent plus volontiers des « 'insuffisances »' du conjoint.
Personnellement, je vois presque 50 % d'Obstétrique et c'est une question systématiquement abordée à la CS du 2^{ème} mois.
Et il y a aussi la période de ménopause où les dames posent des questions...
- Elles l'avouent plus facilement.
- J'avoue être surprise par l'augmentation des jeunes femmes avec difficultés sexuelles. Il y a 20 ans, je ne pense pas avoir eu autant de jeunes de 20 - 25 ans avec vaginisme ou difficultés aux rapports...
- Le vaginisme a considérablement diminué, quasi disparu, beaucoup de couples ont assez peu de sexualité... et ne s'en plaignent pas !...on est « fatigué ».
- J'ai 18 ans et je n'ai pas de plaisir : est-ce normal ? Je ne crie pas quand je fais l'amour ? Est-ce normal ?
- Mais je pense que les plaintes sexuelles s'expriment parce que le médecin les entend ; avant d'être formé aux difficultés sexuelles je n'avais aucune demande.

- Je pense que c'est surtout moi qui suis maintenant capable d'accueillir leurs plaintes avant elles voyaient bien que ce n'était pas la peine d'en parler.
- Elles en parlent plus facilement, surtout depuis que le mot sexologue est sur la plaque.
- Elles en parlent plus facilement et librement et sont prêtes à aller consulter plus loin pour avoir des réponses à leur question ou leur problème.
- Elles abordent plus facilement et plus fréquemment ces problèmes : elles se renseignent auprès de leurs amies et sur internet !
- Augmentation des plaintes sur la libido ou la non atteinte de l'orgasme.
- Des plaintes de jeunes femmes de plus en plus jeunes.
- Globalement les femmes en parlent plus facilement et pas que les jeunes. Plus évoquent un désir sexuel supérieur à leur conjoint.

Annexe 5 : sources d'informations recommandées par les praticiens à leurs patientes

Livres :

- Tout savoir la sexualité, chez Hachette
- Dictionnaire de la sexualité Humaine, Philippe Brenot
- Guide pratique vie du couple, D. Elia, J. Waynberg
- Le sexe pour les nuls - Ruth K. Westheimer, Marie-Christine Guyon
- Ados, amour et sexualité ,Sylvain Mimoun, Rica Etienne
- Des maux pour le dire, Sylvain Mimoun
- Sexe et sentiments, Sylvain Mimoun
- La fonction érotique, Gérard Zwang
- Le traité des caresses - Mieux connaître la géographie sensuelle de son corps. Vivre une parfaite communication amoureuse, Gérard Leleu+++
- Pour être de meilleurs amants de François Parpaix
- Les hommes viennent de Mars, les femmes viennent de Vénus+++ Connaître nos différences pour mieux nous comprendre, John Gray , Jean-Marie Ménard (Traduction)
- Les Cinq sens et l'amour Nadine Grafeille, Marie Chevret-Measson, Mireille Bonierbale
- Ma mère, mon miroir Par Nancy Friday
- Femme désirée, femme désirante, Danièle Flaumenbaum
- Mais tu ne m'avais jamais dit ça - La communication intime dans le couple, Ajanta Vidal-Graf, Serge Vidal-Graf
- Derrière la porte, Alina Reyes
- Erotiques d'Orient, Michel Piquemal, Marc de Smedt Chez Albin Michel
- Le dé clic, Milo Manara Bande dessinée

Poésie érotique (sans précisions).

Auteurs cités sans plus de précisions :

Gérard Zwang, Elisa Brune, François Ansermet, Alain Braconnier, Noëlle Châtelet, Françoise Rey, Jean-Paul Miallet, John Gray, Noëlla Jarousse et François-Xavier, Poudat, Shere Hite.

Auteurs souvent cités : Sylvain Mimoun, Philippe Brenot, Gérard Leleu, François Parpaix, Willy Pasini,

Radios : Brigitte Lahaye sur RMC, Hotfidélité

CD ROM de l'ISI : « Pour être de meilleurs amants »

Sites internet :

- <http://www.educationsexuelle.com/>
- <http://www.educationsensuelle.com/>
- ADIRS : <http://www.adirs.org/v4/>

Films :

- Eyes wide shut de Stanley Kubrick
- La parenthèse enchantée de Michel Spinosa

Annexe 6 : fin du questionnaire, exprimez-vous librement sur le sujet

- C'est certainement intéressant, si la formation était proche de mon lieu d'exercice je m'inscrirais peut-être.
- En général, la sexo m'intéresse mais il y a des femmes dont je n'ai pas envie de m'occuper, trop dans l'attente d'une solution miracle, trop engluées dans des problématiques multiples. J'ai besoin de sentir que cela va être possible d'évoluer sinon je passe la main au psy, au sexo, etc.
- C'est effectivement un gros problème dans notre formation. Le manque de temps fait qu'il est difficile d'y remédier, du moins au stade actuel de ma formation. Si le DU était plus court je me serais déjà inscrite car je pense qu'une formation est indispensable.
- Beaucoup de patientes font part de leurs difficultés sexuelles mais peu sont prêtes ou motivées pour aller plus loin dans la prise en charge : il faut que le couple soit au bord de « l'éclatement » pour qu'une demande de prise en charge soit réelle. Les jeunes sont peut-être plus ouvertes pour en parler mais pas pour agir.
- On sent une idée un peu réductrice du métier de gynécologue et un certain parti pris sur l'écoute des médecins devant les troubles sexuels (cf. la question 30). J'ai démarré un DIU de sexologie dans les années 90 totalement inintéressant avec une thérapeutique très tendancieuse amenant certains thérapeutes devant les tribunaux... pas envie de recommencer. J'espère que les choses ont évolué depuis.
- Malgré ma retraite depuis 4 ans, je me suis permis de répondre car au cours de mes années professionnelles (1976-2007) j'ai assisté à une évolution notable et bénéfique de la sexologie.
- Pas formé donc pas de pratique. Pour moi intérêt théorique. Les gynéco doivent savoir mais après, faire, c'est un choix.
- Il faut distinguer les personnes qui s'intéressent à la sexo et qui dépistent, orientent, écoutent... et ceux qui font la même chose mais qui ont une prise en charge. Les premiers peuvent être des gynéco, médecins traitants à orientation gynéco, sages femmes... les 2èmes doivent, de mon point de vue, avoir une formation universitaire poussée de sexo. Pour le premier objectif il faut au maximum avoir des sessions sexo dans les congrès de spécialité (ce que j'essaie de faire), pour les autres des congrès de sexo plus spécifiques.
- Ce n'est pas du tout mon truc, mais il y a manifestement un gros manque de compétences dans la profession gynécologique et médicale en général, alors BRAVO.
- C'est toujours intéressant de voir ce que l'on répond soi-même à ces questions !
- La sexologie a découlé naturellement de ma pratique de gynéco... c'est plutôt confortable d'avoir les deux casquettes et une certaine fluidité.

- Incroyable de penser qu'en 2012 les gynécologues qui s'occupent des organes de la reproduction ne connaissent ni la physiologie sexuelle ni la bonne santé sexuelle alors que c'est ce qui intéresse les femmes... elles en ont marre d'entendre : « ne vous inquiétez pas ça va s'arranger tout seul ».
- Je retrouve des collègues gynéco aux assises de sexologie depuis 3 ans. Ce congrès m'intéresse à titre professionnel pour augmenter ma capacité d'écoute et faire la connaissance de correspondants mais je n'envisage pas de faire des consultations de sexologie, déjà débordée par l'activité de gynécologie médicale et la surveillance de grossesse.
- Etant en secteur 1 cela n'est pas rentable au niveau de l'exercice clinique et donc je ne fais que les troubles mineurs et faciles à traiter. J'envoie tous les troubles qui nécessitent du temps à des correspondants.
- Les questions par oui ou non sont parfois difficiles et il manque souvent le « ça dépend » car s'il y a bien un domaine à traiter au cas par cas c'est bien aussi celui-là !!!
- Des formations courtes axées sur la pratique en consultation
 - des exemples de prise en charge (sans que cela passe pour des recettes) ;
 - une cotation qui permette d'y passer le temps qu'on y passe déjà mais pas gratuitement !
- Il y a du boulot dans le domaine mais faire cela a longueur de journée me paraît difficile. L'alternance avec la gynécologie « standard » me paraît souhaitable.
- Ce serait déjà bien de reformer des Gynécologues Médicales pour les patientes !!!!
- Mon goût me porte plutôt vers la pratique de l'échographie obstétricale et le suivi de grossesse. Je ne suis pas de formations particulières en sexologie mais j'assiste volontiers à des rencontres avec des sexologues référents de ma région.
- La sexologie pour être bien traitée doit être faite par des gens intéressés et motivés : on ne peut pas tout faire bien. Pour la sexo il faut du temps et de l'intérêt, pour la faire à moitié il vaut mieux s'abstenir ou se limiter et utiliser les compétences des vrais sexologues. Ne pas perdre de vue l'intérêt du malade c'est comme la cancéro jamais de prise en charge médiocre maximum de chance aux malades.
- Je n'ai pas encore de correspondant sexologue mais il faut dire que je me suis penchée récemment de très près à cette spécialité. Le dernier congrès de l'Aihus m'a convaincue. J'avais quelques réticences car je suis très imprégnée de la culture des mots et pensais que peut-être tout bon thérapeute qualifié pouvait prendre en charge les troubles sexuels dans une prise en charge globale. Néanmoins je me rends compte qu'il peut y avoir d'autres possibilités. Quant à la formation, je suis intéressée mais stop aux études universitaires. J'aimerais des choses plus light.
- J'ai voulu faire le DIU de sexologie mais la forme de ce DIU n'est pas adaptée à un médecin installé en libéral.

- Les études de médecine sont trop vastes pour consacrer du temps à la sexologie mais ce serait bien d'aborder le problème dans les cours d'uro et de gynéco. Les questions de sexologie peuvent être abordées à n'importe quel moment d'une consultation mais encore faut-il savoir qu'en faire et ne pas dévier vers des considérations trop souvent fantasmatiques notamment inspirées par les Hommes !
- On se rend bien compte, après avoir rempli ce questionnaire, qu'il est difficile de pratiquer de multiples sous-spécialités en gynécologie et obstétrique. La sexualité physiologique et anatomique est facile à prendre en charge de façon simple sans trop y passer de temps. Mais souvent, d'ailleurs comme en homéopathie, on approche de la frontière psychologique voire psychiatrique et là on sort de nos compétences. Le psychiatre sexologue devient plus performant !

Annexe 7 : « fureur utérine »

FUREUR UTERINE

Dictionnaire de la santé Avril 1761.

Délire mélancolique, furieux, lascif & sans fièvre, dont les filles, les veuves & mêmes les femmes mariées sont quelquefois atteintes, en conséquence d'une passion amoureuse, excessive & charnelle

Celles qui en sont attaquées, tombent d'abord dans une sombre mélancolie & ensuite par degré, dans une telle fureur amoureuse, qu'elles ne gardent aucune mesure, n'ont plus de retenue & s'abandonnent à toutes sortes d'indécences, tant dans leurs actions que dans leurs paroles, elles tiennent mêmes les propos les plus obscènes & font les choses les plus indécentes, pour exciter les hommes qui les approchent, à éteindre l'ardeur dont elles sont dévorées.

Les femmes attaquées de cette maladie, poussent quelquefois les choses au point de forcer les hommes à leur accorder ce qu'elles demandent.

Les causes éloignées de cette accident, sont les lectures licencieuses, les propos les conversations, les images obscènes, les passion de l'amour, les caresses de l'objet aimé etc... Toutes ces choses établissent & augmentent beaucoup la disposition naturelle de la femme aux plaisirs; à l'âge, la vivacité, la bonne chair, l'oisiveté, prédisposent également à cet accident.

La cause immédiate est l'irritation de la matrice, du vagin & des parties génitales de la femme, occasionnée par les attouchements, par le coït ou par l'action stimulante de quelques humeurs âcres, dont ces parties sont abreuvées.

On range aussi parmi les causes qui peuvent exciter cette maladie, les drogues auxquelles on attribue une vertu spécifique pour cette effet, que l'on appelle pour cette raison aphrodisiaques, c'est-à-dire, propres à exciter les actes vénériens; tel est le borax, un mélange de musc mêlé à des huiles aromatiques, introduits par quelque moyen que ce soit dans le vagin & surtout l'usage extérieur des parties génitales.

Il est aussi un moyen honteux dont on se sert pour augmenter l'ardeur de l'amour c'est de se faire battre de verges, afin d'exciter d'avantage le sang dans les parties de la génération.

Cette maladie ne se déclare pas subitement dans les filles ni dans les femmes, la pudeur les retient pendant quelque temps : elles sont alors d'une humeur sombre, taciturne, triste & il leur échappe de temps en temps des soupirs, des regard lascifs sur tout ce qui se présente à elles des hommes, ou que l'on tient quelque propos qui a rapport aux plaisirs de l'amour : le visage s'allume & si on touche le poulx, on le trouve plus agité.

On observe en général, que les jeunes personnes sont plus sujettes à la fureur utérine, que celle d'un âge plus avancé.

Les brunes de bonnes santé & de forte complexion, y sont plus exposées que les autres.

Cette maladie porte avec elle un caractère honteux & les femmes & les filles qui en sont attaquées sont presque toujours déshonorées : ce préjugé est pourtant quelquefois fort injuste surtout lorsqu'il arrive que celle qui en est attaquée a toujours mené une vie sage & réglée. Cette accident provient de certaines impressions de la chair, auxquelles il est difficile de commander & qui deviennent plus fortes que la raison.

Texte complet sur : <http://www.psychanalyse.lu/articles/BienvilleNymphomanie.htm>

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE DE SEXOLOGIE
Université de Nantes
2012

Anne Gicquel
dr.anne.gicquel@orange.fr

LE GYNECOLOGUE FACE A LA PLAINTÉ SEXUELLE
Enquête auprès de 275 gynécologues

Résumé

Objectifs :

La santé sexuelle est partie intégrante de la santé et le gynécologue est le premier interlocuteur des femmes souffrant de dysfonctions sexuelles. Quelle est actuellement la prise en charge de ces troubles par ce professionnel ?

Méthodologie :

275 gynécologues médicaux ou gynécologues-obstétriciens (35 % d'hommes, 65 % de femmes, 66 % ayant plus de 50 ans) ont répondu à une enquête sur internet concernant leur attitude devant une plainte sexuelle et la sexologie en général.

Résultats :

73 % disent ne pas avoir reçu de formation en sexologie pendant leurs études. 44 % sont peu intéressés par la sexologie en général. 71 % sont à l'aise devant l'annonce d'une plainte sexuelle, 76 % pour expliquer la physiologie mais seuls 25 % se trouvent compétents pour la prise en charge alors que 45 % pensent qu'il faut être sexologue pour cette prise en charge. 53 % demandent souvent ou systématiquement s'il existe un trouble sexuel dans une consultation de routine (la ménopause ou les constatations cliniques étant les circonstances les plus propices pour le faire). Pour 37 % il est difficile d'aborder le sujet des abus sexuels. Une plainte sexuelle est très importante pour la grande majorité, 69 % essaient de répondre et prennent en charge partiellement et s'ils ne le font pas c'est par manque de compétence à 86 %.

Discussion :

Les gynécologues sont, comme les autres professionnels de santé, souvent démunis face à une plainte sexuelle et sont demandeurs d'une formation initiale pendant le cursus universitaire. La formation continue en dehors du DIU sexologie est plébiscitée.

Mots clés :

Santé sexuelle
Gynécologue
Enquête
Dysfonctions sexuelles féminines
Attitude du professionnel de santé
Parler de sexe