

Université de Lausanne

Faculté des sciences sociales et politiques – Institut de Psychologie

**CANCERS DU SEIN ET DE L'UTÉRUS : LA
DISCUSSION DE LA SEXUALITÉ EN
CONSULTATION GYNÉCOLOGIQUE
LES POINTS DE VUE DES GYNÉCOLOGUES**

TRAVAIL DE MÉMOIRE EN MASTER DE PSYCHOLOGIE DE LA
SANTÉ PRÉSENTÉ PAR : LUCIE ESCASAIN

DIRECTRICE : DRE ANGÉLICK SCHWEIZER

EXPERTE : DRE MARIA DEL RIO CARRAL

SESSION D'ÉTÉ 2021

1. INTRODUCTION	8
2. REVUE DE LA LITTÉRATURE	10
2.1 UN BREF HISTORIQUE DE LA NOTION DE SEXUALITÉ.....	10
2.2 TERMINOLOGIE.....	11
2.3 LES IMPACTS DU CANCER SUR LA SEXUALITÉ.....	12
2.3.1 <i>Introduction</i>	12
2.3.2 <i>Cancer du sein et sexualité</i>	14
2.3.3 <i>Cancer de l'utérus et sexualité</i>	16
2.4 L'ABORD DE LA SEXUALITÉ PAR LES PROFESSIONNEL·LE·S DE SANTÉ.....	18
2.4.1 <i>L'abord de la sexualité par les professionnel·le·s de la santé dans une situation de cancer</i>	19
2.4.2 <i>L'abord de la sexualité en consultation gynécologique</i>	24
2.5 RÉSUMÉ SYNTHÉTIQUE DE LA REVUE DE LITTÉRATURE.....	28
3. CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE ET PROBLÉMATIQUE	30
3.1 PARADIGME SOCIOCONSTRUCTIVISTE ET THÉORIE DES SCRIPTS.....	30
3.1.1 <i>L'approche naturaliste de la sexualité et ses limites</i>	30
3.1.2 <i>La théorie des scripts</i>	31
3.2 PROBLÉMATIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....	33
4. MÉTHODOLOGIE	35
4.1 LA MÉTHODOLOGIE QUALITATIVE.....	35
4.1.1 <i>Les méthodes qualitatives en psychologie</i>	35
4.1.2 <i>Réflexivité et position du-de la chercheur-e</i>	36
4.2 POPULATION.....	36
4.2.1 <i>Considérations éthiques</i>	37
4.3 LA RÉCOLTE DE DONNÉES.....	38
4.3.1 <i>Les entretiens</i>	38
4.3.2 <i>Le canevas</i>	39
4.3.3 <i>Les transcriptions</i>	39
4.4 LA MÉTHODE D'ANALYSE DES ENTRETIENS.....	40
4.4.1 <i>L'Analyse Thématique</i>	40
5. RÉSULTATS	41
5.1 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE L'ANALYSE THÉMATIQUE DE CONTENU.....	41
5.2 THÈME 1 : PRATIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET FORMATION.....	44
<i>Introduction</i>	44
<i>Catégorie 1.1 Aspects pratiques du métier de gynécologue</i>	44
<i>Catégorie 1.2 Formation</i>	47
<i>Catégorie 1.3 La sexualité en consultation gynécologique</i>	51

5.3 THÈME 2 : CANCER.....	59
<i>Introduction</i>	59
<i>Catégorie 2.1 Les rôles des gynécologues</i>	59
<i>Catégorie 2.2 La maladie du cancer</i>	63
5.4 THÈME 3 : CANCER ET SEXUALITÉ.....	65
<i>Introduction</i>	65
<i>Catégorie 3.1 Les conséquences du cancer et du traitement sur la sexualité</i>	65
<i>Catégorie 3.2 Les barrières et facilitateurs de la discussion de la sexualité avec les patientes oncologiques</i>	75
<i>Catégorie 3.3 : La temporalité de la discussion de la sexualité</i>	83
<i>Catégorie 3.4 La perception par les gynécologues du vécu des patientes oncologiques concernant la sexualité</i>	87
5.5. THÈME 4 : INTERPROFESSIONNALITÉ EN SITUATION DE CANCER.....	95
<i>Introduction</i>	95
<i>Catégorie 4.1 Collaboration avec d'autres spécialistes</i>	95
<i>Catégorie 4.2 Particularités du travail en réseau</i>	100
<i>Catégorie 4.3 Prise en charge du cancer en hôpital</i>	105
6. DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	108
6.1 DES CONTRADICTIONS.....	108
6.2 LES BARRIÈRES.....	108
6.2.1 <i>Le manque de formation concernant la sexualité</i>	108
6.2.2 <i>Le souci de l'intrusion</i>	110
6.2.3 <i>La priorité des questions de guérison</i>	112
6.2.4 <i>La dissolution responsabilité dans le réseau thérapeutique</i>	114
6.3 LES FACILITATEURS DE LA DISCUSSION DE LA SEXUALITÉ.....	115
6.3.1 <i>La formation en sexologie</i>	115
6.3.2 <i>La discussion des conséquences physiques</i>	116
6.3.3 <i>La relation de confiance établie avec la patiente</i>	117
7. CONCLUSION.....	119
7.1 CONCLUSION GÉNÉRALE.....	119
7.2 POSITIONNEMENT RÉFLEXIF DE LA CHERCHEURE	121
7.3 LIMITES	122
7.4 PERSPECTIVES FUTURES	123
BIBLIOGRAPHIE.....	125

ANNEXES	131
ANNEXE I : PRISE DE CONTACT PAR EMAIL	131
ANNEXE II : FLYER	132
ANNEXE III : CANEVAS D'ENTRETIEN	133
ANNEXE IV : FORMULAIRE D'INFORMATION	135
ANNEXE V : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	137
ANNEXE VI : FORMULAIRES DE CONSENTEMENT SIGNÉS.....	138
ANNEXE VII : JOURNAL DE BORD.....	144

Résumé

Plusieurs études montrent que les patientes en situation de cancer du sein et de l'utérus souhaiteraient que la sexualité soit davantage abordée par les soignant·e·s. Bien que les gynécologues jouent un rôle crucial dans la détection, le diagnostic et la prise en charge thérapeutique de ces cancers, leurs points de vue quant à cette discussion ont rarement été étudiés. L'objectif de cette recherche est d'interroger les vécus subjectifs des gynécologues en lien avec leur pratique, notamment les facilitateurs et barrières qu'ils·elles rencontrent dans la discussion de la sexualité. Pour ce faire, six entretiens semi-structurés ont été menés avec des gynécologues (de sexes masculin et féminin) de différents âges et ayant suivi ou non une formation en sexologie. Une analyse thématique a mis en évidence certaines particularités de la pratique gynécologique ainsi que les barrières et facilitateurs de la discussion de la sexualité en contexte oncologique. Les résultats montrent de nombreuses contradictions dans les discours des gynécologues concernant la discussion de la sexualité avec les patientes oncologiques. L'analyse met en évidence un important manque de formation sur la sexualité dans le cursus de gynécologie et des inquiétudes quant à l'intrusion que la discussion de la sexualité peut représenter ; ces facteurs favorisent ainsi un abord implicite de la sexualité. De plus, contrairement à la guérison et la rémission, la sexualité n'est pas une priorité pour les gynécologues et la responsabilité de la discussion de ce sujet semble dissoute dans l'équipe thérapeutique. Cependant, la formation en sexologie et l'établissement d'une relation de confiance avec les patientes semblent faciliter la discussion de ce sujet. En somme, il serait pertinent de proposer davantage de cours sur la sexualité dans la formation FMH et de promouvoir l'onco-sexologie. Il serait aussi utile de sensibiliser les gynécologues sur leur responsabilité quant à la discussion de la sexualité au sein de l'équipe thérapeutique afin d'éviter la dissolution de cette responsabilité parmi les différent·e·s soignant·e·s.

Mots clés : gynécologue ; cancer du sein ; cancer de l'utérus ; sexualité ; méthodes qualitatives ; psychologie de la santé

Abstract

Several studies show that breast cancer or uterus cancer patients wish sexuality was discussed by health care professionals. Although gynaecologists have a great responsibility in the oncological care, their perspectives on the introduction and discussion of sexuality have seldom been investigated. This research aims to explore gynaecologists' subjective perspectives about their practice, especially what facilitates and hinder the discussion of sexuality with breast cancer and uterus cancer patients. A total of six semi-structured interviews have been conducted with gynaecologists of different age and sex from the French-speaking part of Switzerland. Two of them had a training in sexology. The thematic content analysis highlighted particularities of the gynaecological practice as well as a few facilitators and barriers to introducing and discussing sexuality in the oncological context. Results show numerous contradictions in the gynaecologists' discourses about discussing sexuality with oncological patients. Gynaecologists emphasize a lack of training about sexuality during the medicine studies and seem worried about being too intrusive; those specialists tend then to introduce sexuality in an implicit way. Moreover, unlike healing and remission, sexuality is not a priority for gynaecologists and the responsibility for introducing and discussing this subject seems dissolved among health professionals involved in the oncological care. Nevertheless, a training in sexology and the establishment of a trust relationship between the patients and the gynaecologists facilitate the discussion of sexuality. To sum up, it seems relevant to include more course about sexuality in the medicine studies and to reinforce the importance of onco-sexology. In addition, awareness should be raised among gynaecologists about their responsibility within the therapeutic team to discuss sexuality with patients in order to prevent the dissolution of the responsibility between health professionals involved in the oncological care.

Key words: gynaecologist ; breast cancer ; uterus cancer ; sexuality ; qualitative research ; health psychology

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement **Dre Angélick Schweizer** qui a rendu ce thème de mémoire possible. Un immense merci pour sa disponibilité, sa bienveillance, son soutien et sa confiance très appréciés tout au long de la supervision de ce travail. Je remercie aussi chaleureusement **Dre Maria Del Río Carral** pour son expertise.

Je remercie aussi tout particulièrement les **six gynécologues** qui ont participé à cette étude de m'avoir accueillie dans leurs cabinets ainsi que pour le temps qui m'a été accordé et la richesse de leurs réponses.

Enfin, un grand merci à tou·te·s **mes proches** qui m'ont soutenue tout au long de ce projet, et tout particulièrement pour leurs relectures et encouragements.

1. Introduction

Ce travail de mémoire s'inscrit dans le courant de la Psychologie Critique de la Santé, qui se caractérise par l'adhésion au paradigme constructiviste (Santiago-Delefosse, 2002). Ce paradigme offre une approche subjective ; cela signifie qu'il « (...) donne la priorité à la parole des sujets en situation et au sens qu'ils attribuent à leur vécu. » (Santiago-Delefosse, 2002, p.11). Au cours des dernières années, la Psychologie Critique de la Santé s'est intéressée à l'amélioration d'une part de la qualité de vie des patient·e·s oncologiques et, d'autre part, de la communication entre soignant·e·s et soigné·e·s (Santiago-Delefosse, 2008) ; ainsi, les travaux de psychologie de la santé qualitative qui s'intéressent au cancer visent la promotion des « soins centrés sur les besoins des patients. » (Santiago-Delefosse, 2008, p.59). De cet intérêt, découle un constat que soignant·e·s et soigné·e·s ne vivent pas les mêmes réalités et que les attentes des patient·e·s ne coïncident pas toujours avec les croyances des médecins, notamment sur la question de la sexualité dans le contexte d'un cancer (Santiago-Delefosse, 2008). Cependant, la sexualité participe à la qualité de vie (Giami, 2007) des patient·e·s en situation de cancer ; il s'avère alors pertinent d'interroger la place attribuée à ce sujet dans la prise en charge oncologique ainsi que les vécus des professionnel·le·s quant à la discussion de ce sujet.

La sexualité représente un tabou dans la société occidentale actuelle (Venturini, 2009) et l'abord et la discussion de ce sujet par les soignant·e·s avec les patient·e·s s'avèrent souvent compliqués. Par conséquent, certain·e·s médecins l'abordent sous l'angle médical afin d'éviter tout sentiment de gêne mais, de ce fait, semblent négliger les vécus des patient·e·s (Tiefer, 1996). Les médecins, notamment les gynécologues, reportent un manque de formation concernant la sexualité (Giami, 2010 ; Hannoun-Levi, 2005 ; Schweizer, Bruchez, & Santiago-Delefosse, 2013 ; Schweizer, 2017 ; Schweizer, 2020 ; Stead, Brown, Fallowfield, & Selby, 2003 ; Ussher et al., 2013). Toutefois, les patient·e·s souhaitent discuter de ce sujet avec les médecins et, surtout, avec les gynécologues (Berman et al., 2003 ; Schweizer, 2017 ; Schweizer, 2020 ; Stead, et al., 2003 ; Wendt et al., 2007). De plus, ces spécialistes jouent un rôle crucial dans la détection et le diagnostic des cancers du sein et de l'utérus (Fornage & Bianchi-Demicheli, 2016, Schweizer, 2017), connus pour avoir des impacts délétères sur la sexualité (Bondil & Habold, 2012 ; Dupont, Antoine, Reich, & Bève, 2007 ; Fornage & Bianchi-Demicheli, 2016 ; Gilbert, Perz, & Ussher, 2016 ; Gilbert et al., 2010 ; Grangé et al., 2013 ; Hannoun-Levi, 2005 ; Hoarau, Favier, & Hubert, 2007 ; Ratner, Foran, Schwartz, & Minkin, 2010 ; Reich, 2007 ; Rowland et al., 2000 ; Schover, 1987, cité par Taquet, 2005 ; Schover, 1991 ; This & Lachowsky, 2008 ; Vanlemmens, Fournier, Boinon, Machavoine, & Christophe,

2012 ; Vanlerenberghe, Sedda, Ait-Kaci, 2015 ; Vieira, Santos, dos Santos, & Giami, 2013 ; Ussher et al., 2012 ; Ussher et al., 2013). Par ailleurs, une minorité d'études interrogent les points de vue des gynécologues et peu d'entre elles ont été menées en psychologie. Ainsi, ce mémoire explore les points de vue des gynécologues quant à l'abord de la sexualité en consultation avec des femmes ayant ou ayant eu des cancers du sein et de l'utérus. Nous interrogeons aussi la présence de barrières et facilitateurs de cette discussion perçus par les interviewé·e·s dans le contexte oncologique. En somme, une meilleure compréhension des points de vue des gynécologues sur la discussion de la sexualité amènerait à une communication plus satisfaisante avec les patientes oncologiques ainsi qu'à une sensibilisation de ces spécialistes à cette problématique qui participe à la qualité de vie des patientes.

Pour mener à bien ce travail, nous débutons par une revue de littérature offrant un bref historique de la notion de la sexualité et détaillant les finesses terminologiques de ce sujet. Ensuite, les conséquences des cancers du sein et de l'utérus sur la sexualité des patientes sont explicitées. Nous présentons aussi la littérature scientifique existante sur le vécu des professionnel·le·s de santé, notamment les gynécologues, quant à l'abord de la sexualité avec les femmes de manière générale et les patientes oncologiques. Ensuite, nous proposons une synthèse de la revue de littérature permettant de mieux cerner le sujet de recherche. Puis, le cadre théorique est explicité ; ce dernier offre une comparaison de deux modèles centraux dans l'étude de la sexualité humaine et mène à la problématique de recherche. Dans ce travail, les méthodes qualitatives sont utilisées afin d'interroger les points de vue des gynécologues dans la discussion de la sexualité avec des patientes en situation de cancers du sein et de l'utérus. Six entretiens semi-structurés ont été menés avec des gynécologues d'âges et de sexes différents, dont deux ont suivi une formation de Sexologie. Le canevas d'entretien et la méthode d'analyse de ces entretiens sont explicités dans la méthodologie. Ensuite, nous présentons les principaux résultats de cette étude dans le format de quatre thèmes divisés en catégories et sous-catégories. Les résultats qui répondent à notre problématique initiale sont discutés à la lumière de la littérature scientifique. Puis, nous concluons sur les principaux résultats de ce travail, exposons ses limites et adoptons un positionnement réflexif sur cette recherche. Finalement, nous proposons quelques perspectives futures envisageables compte tenu des résultats obtenus.

2. Revue de la littérature

2.1 Un bref historique de la notion de sexualité

La conception de la sexualité a considérablement évolué au cours des derniers siècles, s'inscrivant ainsi dans un processus socio-historique (Schweizer, 2019). En effet, longtemps considérée comme un péché par l'Église, elle n'était jugée normale uniquement lorsque son but était la reproduction. Puis, avec la révolution sexuelle dans les années 1960-1970, arrive la pilule contraceptive et la reconnaissance de la sexualité comme acte légitime procurant du plaisir (Giami, 2007 ; Giami & Hekma, 2015). Bien que l'Église continue à jouer un rôle dans la régulation sociale de la sexualité, la médecine contribue aussi à la création de normes sociales grâce au processus de médicalisation. Ce dernier permet d'encourager l'activité sexuelle jugée « normale » et d'inhiber les conduites sexuelles dites « déviantes » (Giami, 1998, p.387). De plus, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit en 1974/1975 le concept de santé sexuelle (Chatton, Desjardins, Desjardins, & Tremblay, 2005) dont la définition actuelle est : « (...) est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. »¹. Cette définition inscrit la sexualité comme une problématique de santé publique car elle participe au bien-être des individus, légitimant ainsi les rapports sexuels qui ne visent pas la reproduction et justifiant l'investissement dans des programmes de prévention et d'éducation sexuelle (Giami, 2007). Toutefois, malgré les aspects davantage psychologiques admis dans cette définition, Giami (2007) nous met en garde contre la médicalisation de la sexualité en découlant, notamment visible par l'oubli des psychologues comme potentiel·le·s intervenant·e·s en cas de difficultés sexuelles, au profit des médecins. En effet, l'OMS préconise une intervention sur les problèmes sexuels sur trois niveaux - l'éducation, le counselling et la thérapie – et désigne différent·e·s professionnel·le·s comme intervenant·e·s, par exemple les infirmières, les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues, omettant ainsi de faire mention des psychologues (Giami, 2007).

Dans les années 2000, la *Pan American Health Organisation*, la *World Association of Sexology* et l'OMS publient une nouvelle définition de la santé sexuelle qui l'associe aux droits sexuels

¹ Sur le site de l'OMS (https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/), consulté le 12 mai 2020

tout en l'ancrant dans l'idée de bien-être : « La santé sexuelle est l'expérience d'un processus continu de bien-être physique, psychologique et socioculturel concernant la sexualité. La santé sexuelle est fondée sur l'expression libre et responsable des capacités sexuelles qui renforcent le bien-être harmonieux personnel et social et enrichit la vie individuelle et sociale. Elle ne réside pas uniquement dans l'absence de dysfonction, de maladie ou d'infirmité. Pour atteindre et maintenir les objectifs de la santé sexuelle, il est nécessaire que les droits sexuels de tous les individus soient reconnus et soutenus. » (PAHO/OMS/WAS, 2000, cité par Giami, 2007). Nous constatons également que cette nouvelle définition place une importance particulière sur la responsabilité individuelle d'adopter un comportement sexuel sain et responsable (Giami, 2007). Pour conclure, les définitions de la sexualité ont grandement évolué au cours des années. En effet, la sexualité s'éloigne de son but reproductif pour devenir une composante du bien-être. De plus, son épanouissement ne réside plus uniquement dans l'absence de maladie mais comprend également des aspects psychologiques et sociétaux.

A titre d'exemple des évolutions de la conception de la sexualité au sein de la société, l'homosexualité a longtemps été considérée comme une maladie mentale. En effet, selon l'Église, toute sexualité n'aboutissant pas à la procréation était un péché. Dès le XIX^{ème} siècle, la médecine a catégorisé l'homosexualité comme une maladie ; cette conception a également été renforcée par la psychanalyse. Cette catégorisation de l'homosexualité comme une maladie n'a pas été sans conséquence puisqu'elle a donné lieu à des méthodes de « traitement » radicales comme les thérapies d'aversion, qui consistent à administrer des électrochocs aux sujets ayant des réactions corporelles d'excitation lors de la visualisation de stimuli pornographiques homosexuels (Ancery & Guillet, 2019). C'est finalement grâce aux actions mises en place par les associations d'homosexuels dans les années 1970 que le diagnostic d'homosexualité disparaît des catégories psychiatriques ; en 1973, l'Association Américaine de psychiatrie enlève l'homosexualité du DSM mais elle maintient certains diagnostics en lien avec l'orientation sexuelle jusqu'en 1987 (Maleval, 2002). Ainsi, cette modification tardive, selon nous, souligne l'évolution de la conception de la sexualité qui se détache son but reproductif ; ce but ayant longtemps été le seul accepté. Nous constatons aussi une évolution des normes en matière de sexualité, notamment des pratiques jugées déviantes ou acceptables dans la société.

2.2 Terminologie

Lorsque l'on s'intéresse à la sexualité, il semble important d'accorder une attention particulière aux termes utilisés et, notamment, de différencier les termes « fonction sexuelle » et « sexualité ». Selon Giami, Moreau, et Moulin (2007), le terme « fonction sexuelle » s'inscrit

plutôt dans le registre médical. Dans cette perspective, l'intérêt est de savoir si la pathologie (i.e. le cancer) dont souffre le·la patient·e impacte directement ses organes génitaux et sa capacité à avoir des rapports sexuels. Cela explique que les cancers les plus fréquemment associés à ce terme soient les cancers gynécologiques, de la prostate et des testicules, gastro-intestinaux et du sein. C'est donc une notion à différencier de la sexualité que Le Trésor de la langue française (cité par Giami et al., 2007) définit comme l'« Ensemble des tendances et des activités qui, à travers le rapprochement des corps, l'union des sexes (généralement accompagnés d'un échange psycho-affectif), recherchent le plaisir charnel, l'accomplissement global de la personnalité ». L'étude de Giami et al. (2007) nous informe également que 2/3 des personnes (hommes et femmes confondu·e·s) entre 18 et 69 ans associent le terme « sexualité » au « sentiment amoureux » et au « plaisir sexuel » selon une enquête ACSF (Analyse des comportements sexuels en France). Ainsi, le terme « sexualité » semble décrire bien plus que simplement le bon fonctionnement des organes génitaux et de la capacité reproductive, mais elle inclut également une dimension psycho-affective et subjective. Lors de la prise en charge d'un·e patient·e, il est important de prendre en compte la sexualité, d'autant plus qu'elle participe à la qualité de vie de tout être humain.

Ainsi, il est important de comprendre que la notion de sexualité peut avoir de multiples définitions en fonction des valeurs de l'époque et des contextes (Schweizer, 2019), c'est pourquoi il est particulièrement intéressant d'interroger la manière dont les gynécologues définissent cette notion ainsi que leurs points de vue sur la discussion de ce sujet. Plus particulièrement, nous nous intéressons aux points de vue de ces spécialistes quant à la discussion de la sexualité avec des patientes en situation de cancer du sein et de l'utérus.

Dans la partie suivante, nous proposons une revue de la littérature scientifique portant sur les différents impacts du cancer du sein et de l'utérus sur la sexualité. Ensuite, nous discutons des points de vue de différent·e·s professionnel·le·s de la santé et des gynécologues quant à l'abord de la sexualité (notamment des éventuelles barrières) avec les patientes oncologiques.

2.3 Les impacts du cancer sur la sexualité

2.3.1 Introduction

Dans cette deuxième partie de la revue de littérature, nous nous intéresserons aux conséquences des cancers du sein et de l'utérus ainsi que de leurs traitements sur la sexualité et la vie conjugale, du point de vue de la patiente et de son ou sa partenaire. Le cancer du sein représente le cancer féminin le plus fréquent en Suisse (sur le site de l'Office Fédéral de la Statistique,

consulté le 6 avril 2020²). Le cancer du col utérin, quant à lui, est le cinquième cancer féminin en Suisse (selon « le cancer en Suisse : les chiffres », 2020³) et le second cancer féminin le plus fréquent dans le monde (Petignat, Bouchardy, & Sauthier, 2006). De plus, ces cancers touchent des zones symboliques de la sexualité, nécessitent des traitements chirurgicaux pouvant résulter en une modification de l'image de soi et engendrant souvent des effets secondaires qui impactent négativement la sexualité (Reich, 2007).

L'impact psychologique du cancer dépend à la fois des organes touchés et de la symbolique qui leur est associée ; en effet, le sein et l'utérus comportent une forte « charge émotionnelle, affective, relationnelle et symbolique » (Vanlerenberghe et al., 2015, p.455). De plus, toute chirurgie mutilante résulte en une modification de l'image de soi et un renoncement, voire un dégoût, pour la sexualité (Reich, 2007) et les effets secondaires des traitements (tels que la fatigue, les troubles digestifs, la ménopause précoce, etc.) impactent négativement la sexualité (Hannoun-Levi, 2005 ; Reich, 2007 ; Vanlemmens et al., 2012 ; Vieira et al., 2013). Ces troubles sexuels peuvent donner lieu à une détresse psychologique chez le·la patient·e et son ou sa partenaire et peuvent alors agir comme un révélateur de désaccords relationnels préalables au cancer (Vanlerenberghe et al., 2015 ; Venturini, 2009). De plus, une femme⁴ atteinte d'un cancer peut aussi faire face à la perte du sentiment d'être séduisante et désirable (Bondil & Habold, 2012 ; Gilbert et al., 2016 ; Hannoun-Levi, 2005 ; Vanlerenberghe et al., 2015).

Grâce aux progrès effectués dans le dépistage et les traitements des cancers gynécologiques, il est possible actuellement d'en guérir (Ratner et al., 2010). C'est pour cela qu'il devient particulièrement important de comprendre les impacts du cancer sur différents aspects de la qualité de vie des patient·e·s et de les accompagner à toutes les étapes de la maladie (Bondil & Habold, 2012 ; Fornage & Bianchi-Demichelli, 2016 ; Ratner et al., 2010). Il convient toutefois d'être prudent avec la notion de guérison dans le cadre d'un cancer. En effet, lorsque les traitements d'un cancer ont fonctionné et qu'aucune cellule cancéreuse n'est détectée, le patient est dit « en rémission ». Passé un certain délai qui varie en fonction du type de cancer, il est alors possible de parler de guérison (Godfroid, 2019).

² Cancers spécifiques : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/maladies/cancer/specifiques.html>

³ La ligue contre le cancer : <https://www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-chiffres-du-cancer/-dl-/fileadmin/downloads/sheets/chiffres-le-cancer-en-suisse.pdf>

⁴ Ce travail portant sur les cancers de l'utérus et de sein, le terme « femme » désigne les femmes cisgenres (c'est-à-dire dont l'identité de genre correspond au genre attribué à la naissance).

2.3.2 Cancer du sein et sexualité

Le cancer du sein étant le cancer le plus fréquent chez les femmes en Suisse selon l'Office fédéral de la statistique (site de l'Office Fédéral de la Statistique, consulté le 6 avril 2020⁵), il paraît alors pertinent d'étudier ses impacts sur la sexualité des femmes afin de favoriser l'amélioration de leur qualité de vie.

Dans une étude de Vanlemmens et al. (2012) qui s'intéresse au vécu psychologique de jeunes femmes hétérosexuelles (moins de 45-55 ans) au moment du diagnostic du cancer du sein ou étant / ayant été traitées ainsi qu'au vécu de leur partenaire au moyen d'entretiens non directifs, les auteur·e·s observent que les participant·e·s rapportent les mêmes répercussions négatives aux différents moments de la maladie. Celles-ci sont catégorisables sur huit dimensions : psychologique, physique, familiale, sociale, de couple, de sexualité, domestique, professionnelle et économique. Il est intéressant de noter que la sexualité est spontanément rapportée par près de la moitié des participant·e·s. En effet, ce domaine est considérablement impacté que ce soit à cause de dysfonctions sexuelles ou de l'altération de l'image corporelle. Les participant·e·s rapportent aussi des répercussions sur la dimension physique : la patiente peut souffrir d'effets secondaires ou de douleurs alors que son·sa partenaire ressent de la fatigue. En effet, parmi les préoccupations accompagnant un cancer, il y a aussi la nécessité de réorganiser la vie de famille autour du traitement et des visites à l'hôpital. Nous constatons donc que la qualité de vie de la patiente et de son·sa partenaire est considérablement impactée et qu'un soutien concernant toutes ces dimensions devrait être proposé aux couples à toutes les étapes de la maladie.

Cependant, le cancer ne semble pas avoir les mêmes impacts chez les différentes personnes. En effet, selon Schover (1987, cité par Taquet, 2005), il existe des facteurs de risque de détresse psychologique lors d'un cancer du sein. En effet, les femmes les plus à risque sont les jeunes femmes, les femmes célibataires, les femmes en couple non mariées et les nouveaux couples.

En outre, la sexualité se voit influencée non seulement par le cancer mais également par le traitement mis en place. Par exemple, pour le cancer du sein, une mastectomie (ablation complète du sein) s'avère parfois nécessaire (site du CHUV, consulté le 29 juin 2020⁶). Selon Vieira et al. (2013), d'autres traitements sont souvent utiles en complément tels que la

⁵ Cancers spécifiques : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/maladies/cancer/specifiques.html>

⁶ Mastectomie : https://centrecancer.chuv.ch/traitement/legoweb2_traitement_0014/

chimiothérapie, la radiothérapie ou la thérapie endocrinienne. Ces derniers peuvent entraîner un certain nombre d'effets secondaires tels que des nausées, de la fatigue, de l'alopécie (perte de cheveux), ou encore des dyspareunies. Ainsi, ces traitements ne sont pas sans conséquences sur la qualité de vie de la patiente (Vieira et al., 2013). Dupont et al. (2007) ont exploré l'existence d'une différence au niveau de la qualité de vie et de la sexualité entre les patientes traitées par hormonothérapie et celles qui ne le sont pas, ainsi qu'entre les femmes ayant recours à une mastectomie ou à une tumorectomie. Afin de bien comprendre cette étude, il faut savoir que, selon le site du CHUV (consulté le 29 juin 2020⁷), la tumorectomie est une chirurgie conservatrice contrairement à la mastectomie qui consiste à l'ablation complète du sein. L'hormonothérapie, quant à elle, annule l'action des hormones féminines supposément responsables du développement des cellules cancéreuses (site du CHUV, consulté le 29 juin 2020⁸). Ainsi, selon Dupont et al. (2007), l'hormonothérapie entraîne une ménopause précoce ou une augmentation des symptômes associés mais ils n'observent pas de différence entre les deux groupes de patientes sur la qualité de vie et la vie sexuelle. Toutefois, cela ne signifie pas que ces dimensions ne sont pas impactées par le cancer et le traitement. Selon ces auteur·e·s, il n'existe pas non plus de différence significative sur la qualité de vie et la vie sexuelle entre les deux types de chirurgie (la mastectomie et la tumorectomie) contrairement à ce que la littérature scientifique suggérait ; à savoir que les femmes ayant subi une mastectomie se sentent moins attirantes alors que la tumorectomie favoriserait le bien-être corporel et la sexualité (Rowland et al., 2000). Étant donné les résultats controversés, il serait intéressant de mener des recherches un peu plus précises sur ces différences potentielles concernant les conséquences des différents traitements.

Au-delà de l'impact physiologique du cancer et de ses traitements, l'image corporelle des patient·e·s peut être modifiée, ce qui complique la relation à son propre corps ainsi que la relation à l'autre. Selon Vanlerenberghe et al. (2015), le sein n'est pas un organe anodin pour les femmes ; c'est un symbole de féminité et de séduction. La mastectomie peut donc être vécue comme la mutilation de l'identité féminine rendant ainsi la nudité anxiogène. D'un point de vue plus pratique, l'asymétrie causée par une telle intervention peut être handicapante dans plusieurs aspects de la vie quotidienne, notamment au niveau vestimentaire. De plus, cette chirurgie peut faire ressurgir des peurs de ne plus être désirable et de l'abandon. Il est également important de noter que suite à cette intervention, le sein peut être douloureux ou, au contraire,

⁷ Chirurgie conservatrice du cancer du sein : https://centrescancer.chuv.ch/traitement/legoweb2_traitement_0015/

⁸ Hormonothérapie : https://centrescancer.chuv.ch/traitement/legoweb2_traitement_0003/

insensible. Il est possible d'avoir recours à la reconstruction mammaire qui permet de retrouver une silhouette « féminine » mais le sein est souvent peu sensible et la femme peut se sentir déçue de ne pas avoir retrouvé son sein d'avant.

Schover (1991) soutient toutefois que le traitement local d'un cancer du sein n'est la cause de dysfonctions sexuelles, de problèmes conjugaux et de troubles psychologiques que pour une minorité de femmes seulement. En effet, d'autres facteurs jouent un rôle plus important comme par exemple la santé psychologique de la femme, la satisfaction éprouvée dans la relation et dans la vie sexuelle. De plus, les difficultés sexuelles seraient plutôt causées par la ménopause précoce qui résulte des traitements comme la chimiothérapie ou l'hormonothérapie.

Ainsi, la sexualité peut être impactée négativement de différentes manières pendant le cancer du sein ou une fois celui-ci guéri, c'est pourquoi nous pensons qu'il est important que ce sujet fasse partie intégrante dans la prise en charge des patientes.

2.3.3 Cancer de l'utérus et sexualité

Du point de vue physique, les traitements radio-chirurgicaux du cancer de l'utérus peuvent avoir des répercussions générales (comme une ménopause précoce) ou locales (par exemple, un rétrécissement du vagin). Le trouble le plus fréquent est la dyspareunie ; un trouble qui se caractérise par une douleur souvent intense lors des rapports sexuels ce qui les rend alors impossibles. D'un point de vue plus psychologique, le cancer est une situation anxiogène qui inhibe l'activité sexuelle. De plus, il y a aussi une anxiété due à la crainte que le rapport sexuel engendre des rechutes ou que le partenaire soit à son tour touché par le cancer ainsi que les sentiments de perte d'estime de soi et de la capacité à séduire son·sa partenaire qui impactent négativement la sexualité des patientes. Une prise en charge précoce et adaptée des répercussions sur la vie sexuelle est alors fondamentale ainsi que la présentation de solutions pour les minimiser. La présence du·de la partenaire ainsi que l'accompagnement centré sur la patiente et son couple par le·la professionnel·le sont des éléments primordiaux dans l'acceptation de la maladie (Hannoun-Levi, 2005).

L'étude de Hoarau et al. (2007) s'intéresse au vécu de femmes atteintes d'un cancer de corps ou du col de l'utérus et qui sont traitées par curiethérapie un mois après l'ablation de l'utérus (aussi appelée « hystérectomie »). La curiethérapie est un traitement radio-thérapeutique interne qui se fait par voie basse sur quatre séances (à raison d'une par semaine). Les auteures observent chez ces patientes hétérosexuelles une peur d'être radioactives ou d'être nocives pour le partenaire lors des rapports sexuels. Comme chez les femmes ayant eu recours à une

mastectomie, l'utérus représente la féminité, la maternité et la sexualité et les patientes de cette étude rapportent que l'hystérectomie leur laisse un « vide pesant ». En outre, dans l'imaginaire des patientes, l'utérus et le vagin constituent un seul et même organe ; elles ont ainsi de la peine à concevoir le rapport sexuel après l'opération. La question de la reprise de l'activité sexuelle vient souvent à la fin du traitement pour la femme et le·la thérapeute. A ce moment, le fait de pouvoir communiquer avec son partenaire ainsi que la compréhension de ce dernier sont des facteurs facilitants. Toutefois, les patientes se sentent souvent étrangères à elles-mêmes et leurs partenaires peuvent parfois redouter de leur causer de la douleur.

Grangé et al. (2013) s'intéressent à la qualité de vie sexuelle de patientes guéries d'un cancer du col de l'utérus localement avancé et observent une baisse du désir sexuel et une diminution de l'excitation provoquée par la pénétration, ce qui est probablement corrélé avec l'anxiété. Il ressort aussi que le plaisir sexuel est fortement diminué, voire absent. De plus, les patientes tendent à fréquemment éviter les rapports sexuels, ce qui témoigne de l'effet négatif du cancer de l'utérus sur la sexualité de ces anciennes patientes, notamment sur les dimensions suivantes : la dimension physiologique (diminution de l'excitation, inconforts), intrapsychique (troubles du désir, anxiété, atteinte de l'image corporelle) et relationnelle (manque de compréhension avec le partenaire). Cependant, le statut marital est un facteur facilitant important car les femmes qui avaient un·e partenaire, malgré le besoin d'accompagnement ressenti, recherchaient plus fréquemment des solutions pour faire face aux difficultés engendrées par le cancer et ses traitements.

Les professionnel·le·s doivent veiller à ce que les patientes comprennent bien les enjeux de leurs traitements. En effet, les médecins tendent à surestimer les connaissances anatomiques de leurs patientes, ce qui explique en partie les craintes liées à l'hystérectomie (Vanlerenberghe et al., 2015 ; This & Lachowsky, 2008). Les patientes et leurs partenaires peinent à se représenter les modifications que cette intervention va engendrer et tendent à avoir des représentations erronées et anxiogènes. Il serait alors judicieux de leur fournir des informations sur les positions les plus adaptées, le délai de cicatrisation, les lubrifiants et d'attirer leur attention sur l'existence d'autres zones érogènes que le sexe. Un autre conseil pratique serait d'évoquer les potentielles difficultés sexuelles au début car cela pourrait faciliter les discussions au sein du couple par la suite (This & Lachowsky, 2008).

2.4 L'abord de la sexualité par les professionnel·le·s de santé

Dans cette section, nous allons passer en revue la littérature scientifique au sujet de l'abord de la sexualité en consultation par les différents types de professionnel·le·s de la santé qui accompagnent une personne souffrant d'un cancer, notamment les gynécologues. En effet, afin d'intégrer la sexualité dans la prise en charge des patient·e·s souffrant d'un cancer, il est d'abord important de comprendre les potentiels obstacles à l'abord de la sexualité dans une consultation médicale. Cependant, malgré le mal-être engendré par les troubles sexuels, rares sont les professionnel·le·s de la santé qui abordent la sexualité spontanément avec leurs patient·e·s car ils considèrent ce sujet comme tabou. De leur côté, les personnes malades n'osent pas parler de leurs préoccupations sexuelles car elles considèrent que ce sont des questions futiles (Reich, 2007).

Il est important que le·la patient·e puisse communiquer sur la sexualité avec les professionnel·le·s de la santé à différents stades de la maladie ; en effet, avant le traitement, ils·elles devraient être informé·e·s des effets secondaires sur la sexualité afin de les guider dans les choix thérapeutiques. Ensuite, pendant et après le traitement, la communication est importante pour identifier (et traiter) les problèmes sexuels qui peuvent impacter la qualité de vie du·de la patient·e (Flynn et al., 2012). Toutefois, nous constatons donc des difficultés de communication entre soignant·e·s et soigné·e·s malgré l'importance de considérer des troubles sexuels dans la prise en charge (Bondil & Habold, 2012 ; Gilbert et al., 2010 ; Hannoun-Levi, 2005 ; Stead et al., 2003 ; Ussher et al., 2012 ; Ussher et al., 2013), ces derniers pouvant compliquer l'adaptation à la maladie (Reich, 2007). Il s'agit donc de comprendre quels sont les problèmes sexuels et d'accompagner le·la patient·e sur le plan psychologique tout en maintenant une bonne communication en favorisant l'interdisciplinarité. Le·la praticien·ne doit se libérer de ses tabous pour aborder le sujet le plus précocement possible et travailler en équipe pluridisciplinaire (Reich, 2007).

Il est évidemment pertinent d'explorer les barrières rencontrées par les différent·e·s professionnel·le·s de la santé jouant un rôle dans la prise en charge du cancer. Ce mémoire portera plus particulièrement sur l'abord de la sexualité en consultation gynécologique dans le contexte d'un cancer car les patientes s'attendent à parler de sexualité avec les gynécologues (Berman et al., 2003 ; Schweizer, 2017 ; Schweizer, 2020). De plus, les diagnostics posés par ces dernier·e·s lors des examens effectués durant leurs consultations ont un impact sur la sexualité des patientes, notamment les cancers (Fornage & Bianchi-Demicheli, 2016 ; Schweizer, 2017).

2.4.1 L'abord de la sexualité par les professionnel·le·s⁹ de la santé dans une situation de cancer

Nous avons précédemment présenté les difficultés sexuelles qui surviennent lors de cancers, plus particulièrement de cancers de l'utérus et du sein. Il semble donc logique que les patient·e·s en oncologie aient besoin que les différent·e·s soignant·e·s soient à même de leur fournir des informations sur la sexualité. Comme Venturini (2009) le met en évidence dans sa revue de littérature, le cancer et la sexualité sont deux tabous, voire deux sujets interdits, dans la société. Hannoun-Levi (2005) rajoute que la sexualité n'est pas un sujet facile à aborder dans le contexte d'un cancer ; d'une part pour la personne malade qui se focalise davantage sur les questions de survie et de guérison mais aussi pour le·la soignant·e qui manque souvent de formation ou qui peut ressentir une certaine gêne. Cependant, selon Gilbert et al. (2010), il est important que les soignant·e·s parlent de sexualité avec les patientes oncologiques (et leurs conjoint·e·s) afin de légitimer les questionnements du couple autour de l'intimité et de les encourager à investir un nouveau type de sexualité peut-être moins centré sur la pénétration.

Giami et al. (2007) nous informent sur la division du travail entre médecins (généralistes, urologues, oncologues, gynécologues) et les infirmières dans le contexte du cancer : les médecins prennent en charge les dysfonctions sexuelles causées par le cancer et/ou ses traitements mais ce sont les infirmières qui sont sollicitées pour les questions de sexualité qui comprennent les questions du rapport à soi et à autrui et de l'estime de soi. Cette division est à prendre au sérieux car elle impacte la vision des médecins qui tendent à estimer qu'il suffit de traiter les dysfonctions mais qu'il n'est pas forcément nécessaire de s'intéresser à la sexualité. Dans cette perspective mécaniste, les cancers localisés sur l'appareil génital ou reproductif sont ceux qui impacteraient le plus la sexualité.

La médicalisation de la sexualité

Selon Tiefer (1996), il peut être plus facile pour les médecins d'aborder la sexualité sous l'angle médical ; en effet, cette vision de la sexualité amène une diminution de la gêne que peut engendrer une telle conversation. Cependant, la médicalisation de la sexualité force les médecins à davantage se concentrer sur la maladie et sur les possibilités de traitements que sur le·la patient·e et son histoire de vie, omettant également que ce qui est considéré comme étant une maladie est fortement influencé par la culture et les normes. Par ailleurs, la plupart des

⁹ Plusieurs soignant·e·s sont impliqué·e·s dans la prise en charge d'un cancer, comme par exemple les oncologues, les gynécologues, les urologues et les infirmier·ère·s.

individus se réfèrent à un·e médecin lorsqu'ils·elles se posent des questions sur ce sujet, celui·celle-ci incarnant une figure d'autorité et d'expertise qui pourra leur fournir des conseils de manière confidentielle. Toutefois, les consultations médicales contribuent aussi à la médicalisation de la sexualité ; le·la professionnel·le, du fait de son autorité et ses connaissances, a le pouvoir de placer les aspects biomédicaux au centre de la discussion. Tiefer, Hall et Tavris (2002) critiquent la vision biomédicale de la sexualité qui réduit les problèmes sexuels à des dysfonctionnements universels sans tenir compte du contexte social et relationnel des individus, des différences de sexe et des différences interindividuelles entre les femmes. Les travaux de cette auteure s'avèrent importants pour ce travail car ils permettent de comprendre le mécanisme de médicalisation de la sexualité dans sa globalité. Il est alors possible d'élaborer un point de vue critique très utile dans l'abord de la sexualité en situation de cancer, où la vision médicale paraît dominante et le vécu des patient·e·s est souvent négligé. Notons aussi que, bien que les médecins semblent estimer parler de sexualité en parlant d'aspects biomédicaux, ils·elles parlent surtout de la fonction sexuelle en réalité.

L'abord de la sexualité en fonction du sexe du·de patient·e

Il existe une différence dans l'abord de la sexualité par les professionnel·le·s en fonction du sexe des patient·e·s. En effet, selon Gilbert et al. (2016), les femmes atteintes d'un cancer manqueraient tout particulièrement d'information sur les changements sexuels dus au cancer ainsi que de soutien de la part des professionnel·le·s de santé. Ce manque serait causé par la vision dominante hétérocentrée de la société qui tend à considérer que la sexualité masculine serait plus importante que celle des femmes et, par conséquent, elle mériterait plus qu'on remédie aux problèmes qui lui sont liés. Les femmes seraient incluses dans les discussions sur le thème de la sexualité par leur rôle de partenaire dans la relation hétérosexuelle, niant ainsi leur vécu (perte de féminité, image de son corps négative, etc.) lorsque ce sont elles qui sont atteintes par un cancer et par des difficultés sexuelles. L'étude de Gilbert et al. (2016) montre aussi qu'il serait plus aisé pour les soignant·e·s d'aborder l'impact du cancer sur sexualité avec des patients car, dans la vision dominante, les hommes auraient un besoin biologique d'avoir des rapports sexuels plus important que les femmes. Ainsi, les patientes manquent particulièrement de soutien et d'information de la part des professionnel·le·s sur les conséquences du cancer sur leur vie sexuelle. Ce résultat est cohérent avec ceux de l'étude menée par Chorost, Weber, Lee, Rodriguez-Bigas, et Petrelli (2000) qui met en lumière que, dans 100% des cas, les femmes atteintes d'un cancer rectal manquent d'information sur les possibles complications sexuelles. Ce pourcentage diminue à 40% pour les patients de sexe

masculin. De plus, Flynn et al. (2012) observent que les femmes reportent plus fréquemment un manque d'information de la part des professionnel·le·s en oncologie sur les effets du cancer sur la sexualité. Ainsi, seulement 29% des patient·e·s questionnent leurs soignant·e·s en oncologie sur la sexualité mais les auteur·e·s observent que la majorité sont des hommes atteints d'un cancer de la prostate (60%), laissant ainsi penser qu'il est plus facile pour eux d'aborder ce sujet. Ces derniers considèrent qu'il est important d'avoir une discussion sur la sexualité avec les soignant·e·s.

Cependant, selon Hinchliff, Gott, et Galena (2004), il semblerait que les consultations avec des femmes en âge de procréer offre un contexte adéquat pour aborder la sexualité (par exemple, lorsque la femme recherche des conseils sur la contraception), contrairement à une consultation avec un homme ou une femme plus âgée. En outre, la relation entre le·la patient·e et le·la médecin joue un rôle particulièrement important dans l'abord de la sexualité. A nouveau, les médecins de cette étude rapportent également manquer de connaissance et de pratique sur ces questions et ils·elles semblent surtout faire référence à la fonction sexuelle et reproductive.

Barrières à l'abord de la sexualité en consultation

L'étude de Ussher et al. (2013) adopte une perspective matérielle-discursive-intrapsychique, c'est-à-dire qu'elle examine l'interaction entre les barrières matérielles (structurelles), discursives (causées par des constructions socio-culturelles) et intrapsychiques (personnelles) dans l'abord de la santé sexuelle dans le cadre d'un cancer. Les auteur·e·s constatent que les professionnel·le·s de la santé (de différents métiers impliqués dans la prise en charge d'un cancer) sont au courant des changements qui surviennent dans la vie sexuelle suite à un cancer et de leur importance pour le·la patient·e et son·sa partenaire. Bien qu'ils·elles intègrent des dimensions psychologiques et relationnelles dans la sexualité, le coït occupe une place centrale dans leur définition de la sexualité ce qui les amène à négliger la multitude d'autres actes par lesquels les individus peuvent renégocier leur intimité dans la maladie. La vision fortement hétérocentrée biomédicale marginalise les patient·e·s dans des relations non-hétérosexuelles et positionne la sexualité comme un sujet inapproprié pour les personnes âgées, les femmes qui n'ont pas eu de cancers reproductifs, qui ne sont en couple ou à des stades plus avancés de la maladie. Ces injonctions reflètent un discours culturel de la sexualité plutôt qu'une connaissance clinique et évitent aux professionnel·le·s de la santé de devoir aborder le sujet de la sexualité, qui est un sujet délicat, avec une partie de leur patient·e·s. Bien que les soignant·e·s justifient le fait de ne pas aborder la sexualité avec leurs patient·e·s par les contraintes structurelles et le manque de connaissances sur ce sujet, il semblerait que les difficultés à

aborder la sexualité seraient davantage causées par des facteurs structurels, personnels ou dus aux patient·e·s. Il est important de noter que les infirmier·e·s, les travailleur·euse·s sociaux et les psychologues discutaient en moyenne plus de la sexualité avec les patient·e·s. Cela peut être dû à des variables structurelles (meilleurs contextes, plus de temps, etc.) ou au fait qu'ils·elles aient adopté cette responsabilité au sein de l'équipe médicale. Il faudrait donc former les professionnel·le·s à la communication de manière à ce qu'ils·elles jouent un rôle plus proactif dans l'abord de la sexualité. Il peut également s'avérer utile de désigner clairement quel·le soignant·e endosse la responsabilité de discuter de ce sujet avec le·la patient·e tout en étant conscient·e que les différences de sexe et d'âge avec le·la patient·e peuvent compliquer la discussion. Les normes culturelles qui veulent que la sexualité soit un sujet tabou et qu'elle ne concerne pas une certaine partie de la population doivent être dépassées pour améliorer la prise en charge des patient·e·s souffrant d'un cancer et les soignant·e·s doivent être informé·e·s de leur responsabilité dans l'abord de la sexualité étant donné que beaucoup de patient·e·s sont trop gêné·e·s pour faire le premier pas ou qu'ils·elles considèrent que c'est un sujet inapproprié. De plus, la sexualité jouant un rôle central dans la qualité de vie et dans les relations, il nous semble dommageable de ne pas la prendre en charge.

Selon Stead et al. (2003), la plupart des professionnel·le·s de la santé savent que la majorité des femmes avec un cancer des ovaires auront des difficultés sexuelles, mais seulement un quart des médecins (gynécologues, onco-gynécologues, et oncologues) et un cinquième des infirmières en parlent avec les patientes. Si les patientes n'abordent pas le sujet par elles-mêmes, le reste des soignant·e·s n'en discutent pas spontanément. Pourtant, les patient·e·s estiment qu'il faudrait améliorer la communication à propos de la sexualité. L'âge et l'expérience du·de la professionnel·le ne semble pas jouer un rôle, cependant l'âge et la santé de la patiente peuvent constituer des barrières. En effet, les femmes ménopausées ne sont plus considérées comme sexuellement actives bien que ce soit le contraire en réalité. A nouveau, les professionnel·le·s évoquaient le manque de connaissances, la gêne ainsi que le manque de temps et de ressources comme frein à la discussion. Ils estiment aussi souvent que, bien que ce soit un sujet important, ce n'est pas leur responsabilité d'en parler avec les patientes. Mais il est fondamental de se rendre compte des bénéfices qu'apporte l'abord de la sexualité en contexte médical. En effet, c'est grâce à ces discussions qu'il est possible de les préparer aux éventuelles difficultés sexuelles et de les rassurer quant à la normalité de ces dernières. Il est aussi important de leur expliquer que l'activité sexuelle ne va pas réactiver le cancer. L'abord de la sexualité permet également de leur fournir des solutions pratiques pour réduire la douleur

et l'inconfort lors de relations sexuelles. Nous constatons donc qu'améliorer la communication entre les différent·e·s soignant·e·s et avec leurs patientes est essentiel à la bonne prise en charge de la sexualité. Il convient également de soutenir le couple et d'encourager les partenaires à communiquer sur leur sexualité afin d'éviter les complications que les difficultés sexuelles peuvent potentiellement engendrer dans le couple.

De plus, la sexologie n'étant pas encore reconnue comme une spécialisation médicale en tant que telle, Giami (2010) montre que les médecins généralistes se spécialisent de manière informelle aux questions portant sur la sexualité. Cette spécialisation informelle peut être comprise comme un processus d'appropriation de la sexualité par la médecine générale passe par deux dimensions. La première se caractérise comme une conception médicale de la sexualité car elle consiste à acquérir des connaissances sur les fonctions sexuelles, les traitements et les pratiques médicales sur les organes sexuels. La deuxième dimension est également une vision médicale mais également holistique de la sexualité car elle comprend la maîtrise des processus de communication dans les consultations, le langage médical et de la sexologie et surtout l'intégration d'éléments psychologiques dans la pratique médicale. Giami (2010) observe quatre postures adoptées par les médecins généralistes dans le processus de spécialisation informelle ; l'évitement du sujet de la sexualité dû au manque de formation et à la gêne, l'appropriation médicale de la sexualité, la prise en compte des aspects psychologiques et relationnels dans la vie sexuelle des patients et dans la relation médecin-patient·e et enfin, une minorité des généralistes considèrent que la sexualité comme un sujet central malgré qu'elle participe au bien-être de leur patient·e. A cause de l'absence de formation et de procédures, la spécialisation informelle des généralistes est basée sur des dimensions psychosociales, telles que perçues subjectivement par les médecins, comme l'identité de genre du médecin et du·de la patient·e, les rapports sociaux de sexe et les valeurs liées à la sexualité. Les médecins sont donc contraint·e·s de mobiliser des ressources extérieures à la médecine pour répondre, ou au contraire éviter, les demandes de leurs patient·e·s. Nous comprenons ainsi que l'accompagnement du·de la patient·e en matière de sexualité est tributaire de facteurs personnels.

Finalement, comme la sexualité et l'intimité sont très impactées par le cancer, Ratner et al. (2010) suggèrent que le·la professionnel·le¹⁰ donne (et mentionne qu'il donnera par la suite)

¹⁰ Plusieurs soignant·e·s sont impliqués·e·s dans la prise en charge d'un cancer, comme par exemple les oncologues, les gynécologues, les urogologues et les infirmier·ère·s.

les informations nécessaires pour permettre à la patiente et à son·sa partenaire de retrouver une vie sexuelle saine et satisfaisante en adoptant une approche centrée sur la patiente. Les auteur·e·s conseillent également de donner des informations par écrit étant donné que les consultations en oncologie engendrent un certain stress qui diminue la capacité des patientes à retenir toutes les informations.

2.4.2 L'abord de la sexualité en consultation gynécologique

La majorité des femmes se tournent vers leur gynécologue en cas de problèmes sexuels. En effet, c'est ce que montre l'étude de Berman et al. (2003). De plus, ce sont souvent eux·elles qui diagnostiquent les pathologies handicapantes pour la vie sexuelle de la patiente, par exemple les cancers (Fornage & Bianchi-Demicheli, 2016 ; Schweizer, 2017), mais leurs points de vue sont plus rarement investigués dans la littérature scientifique que celui des autres professionnel·le·s de la santé.

La littérature semble montrer que les patientes ne sont pas entièrement satisfaites de l'attitude du·de la gynécologue dans la plupart des cas. C'est notamment ce que montre l'étude de Schweizer (2017) qui indique aussi que le·la gynécologue est le·la plus sollicité·e lorsqu'il s'agit de parler de sexualité et que les patientes s'attendent à ce qu'ils abordent la sexualité de manière biologique, psychologique et relationnelle. Paradoxalement, il semblerait que différentes barrières empêchent les gynécologues d'amener le sujet de la sexualité en consultation ; notamment le manque de connaissances et de compétences relationnelles, la peur de ne pas être légitime à poser ces questions aux patientes et la perception d'un manque d'intérêt pour ce sujet chez les patientes.

Sexe du·de la médecin gynécologue

Schweizer et al. (2013) ont étudié l'abord de la sexualité en consultation gynécologique du point de vue des gynécologues en Suisse grâce à des entretiens semi-structurés. Les auteures observent que les femmes gynécologues et les gynécologues formé·e·s à la sexologie offrent une définition plus large et moins médicale alors que les hommes gynécologues non formés à la sexologie ont plutôt une vision médicalisée, hétérocentrée et simpliste de la sexualité. En effet, les femmes gynécologues auraient tendance à être plus ouvertes à la discussion ainsi qu'à davantage investiguer les aspects psychosociaux lors de l'anamnèse, ce qui les amènerait à davantage parler de sexualité avec leurs patientes. Nous retrouvons ce constat dans l'article de Schweizer (2020) qui met en lumière que les gynécologues de sexe féminin interrogent plus fréquemment les patientes sur leur relation avec leur partenaire alors que certains gynécologues

évitent de parler de sexualité avec leurs patientes ou l'abordent davantage sous l'angle médical. Cependant, Schweizer (2020) met en évidence que les femmes gynécologues ressentent également un inconfort quant au fait de parler de sexualité avec les patientes, ce qui laisserait penser que ce sont plutôt les standards professionnels qui engendrent la gêne. Il est important de souligner que les gynécologues formé·e·s en sexologie posaient des questions plus générales, notamment si la patiente ressent du plaisir pendant le rapport et que les patientes préféreraient que le gynécologue initie le sujet de la sexualité. Les gynécologues ayant participé à l'étude de Schweizer et al. (2013) rapportent également un manque de formation à la sexologie lors de leur cursus universitaire, ce qui les a forcé·e·s à compléter leurs connaissances avec l'expérience de la pratique et le sens commun. Par conséquent, ils·elles tendent à normaliser ou banaliser les problèmes de leurs patientes comme, par exemple, le manque de désir sexuel. Les auteures constatent aussi que les gynécologues de sexe masculin et féminin disent avoir parfois peur que les questions sur la sexualité de leur patiente soient intrusives. Les gynécologues de sexe féminin émettent l'hypothèse que l'abord de la sexualité par leurs collègues masculins puissent être entravés par la peur d'érotiser la relation mais cette proposition est réfutée par ces derniers, sur le ton de la défensive. Nous pouvons alors conclure que les gynécologues ont une vision très médicale de la sexualité et que leurs connaissances des dimensions psychologiques et sociales de la sexualité sont dues à leur expérience personnelle. Cependant les gynécologues formé·e·s en sexologie dépassent plus facilement les aspects strictement médicaux dans une conversation sur la sexualité. Ainsi, la décision d'aborder la sexualité est davantage déterminée par des variables extra-professionnelles comme le sexe du·de la gynécologue, son intérêt et son expérience personnelle. Il demeure toutefois crucial de comprendre que deux tiers des patientes s'attendent à pouvoir parler de sexualité en consultation gynécologique. Il y a donc une dissonance entre les besoins des patientes et les préoccupations de leur médecin, mettant ainsi en lumière des problèmes de communication. Il paraît alors important de mener des recherches sur ce sujet afin d'améliorer la formation des gynécologues et de favoriser la communication avec leurs patientes afin de leur permettre de mieux les accompagner dans leur sexualité. Schweizer (2020) observe qu'il peut s'avérer délicat pour les gynécologues d'aborder les aspects subjectifs de la sexualité dans un contexte dans lequel ils·elles sont amené·e·s à examiner les organes génitaux des patientes.

De plus, l'étude de van Dulmen et Bensing (2000) réalisée en Hollande montre que, dans les consultations des femmes gynécologues, les examens physiques durent plus longtemps et que non seulement elles demandent moins d'informations strictement médicales mais elles donnent

plus d'attention non verbale à leurs patientes. Au premier abord, il peut paraître étonnant qu'elles posent moins de questions médicales mais cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les gynécologues de sexe masculin ont besoin de poser plus de questions que les femmes gynécologues pour obtenir la même quantité d'information ; nous pouvons ainsi conclure que les patientes se sentent probablement plus à l'aise avec les femmes gynécologues pour parler de sujets intimes. Il est probable que ces dernières utilisent plus de questions ouvertes ou écoutent plus activement, encourageant ainsi davantage les patientes à parler. Les examens physiques seraient plus longs lorsqu'ils sont effectués par une gynécologue car les professionnelles tendent à communiquer de manière plus affective avec les patientes afin de les mettre à l'aise et de leur donner de l'information pendant l'examen alors que les gynécologues de sexe masculin approchent l'examen de manière plus instrumentale. Les résultats de cette étude sont intéressants car le fait que les gynécologues hommes communiquent de manière moins affective avec les patientes peut réduire la satisfaction et la compliance de celles-ci. Ainsi, il serait pertinent de les encourager à être attentifs aux besoins affectifs de leurs patientes. Ces observations démontrées par les études en gynécologie et obstétrique sont également supportées par l'étude de Roter, Geller, Bernhardt, Larson, et Doksum (1999) qui souligne que bien que les patientes indiquent un taux de satisfaction plus élevé avec les obstétriciennes, les consultations sont en moyenne plus longues avec les obstétriciens.

Cependant, il convient d'être prudent avec ces observations car il est toujours compliqué de distinguer les différences interindividuelles des différences de sexe (van Dulmen & Bensing, 2000).

Orientation sexuelle de la patiente

Brown et Tracy (2008) effectuent une revue de littérature qui permet de mettre en évidence les inégalités en matière de cancer en lien avec l'orientation sexuelle des femmes. Tout d'abord, il y a plusieurs facteurs de risque pour le cancer. Certains sont non-modifiables, comme par exemple l'âge ou l'historique familial, alors que d'autres sont modifiables et regroupent plutôt des facteurs comportementaux ou liés au style de vie. Les femmes lesbiennes seraient plus à risque de développer différents types de cancers car les chercheur·euse·s observent une plus grande prévalence des facteurs de risques modifiables dans cette population. Par exemple, elles commencent leur activité sexuelle plus jeunes en moyenne que les femmes hétérosexuelles et ont plus de partenaires sexuels. Elles tendent aussi à moins avoir recours à des pratiques de dépistage du cancer du col de l'utérus et aux mammographies. Grâce à cette revue de littérature, les auteurs relèvent la pauvreté de la recherche sur différents cancers dans la population

lesbienne ce qui altère la compréhension de la prévalence, de l'incidence et de la mortalité, empêchant ainsi les professionnel·le·s de la santé de recommander les dépistages nécessaires et de faire de la prévention sur les facteurs comportementaux de manière adaptée. Les auteurs observent aussi une tendance des femmes lesbiennes de reporter moins de satisfaction avec le·la professionnel·le de la santé ainsi qu'une plus mauvaise communication que les femmes hétérosexuelles. Toutefois, ce n'est ni le sexe du·de la professionnel·le ni son orientation sexuelle qui influencent la satisfaction de la patiente mais bien ses comportements interpersonnels et son expertise médicale. Nous constatons donc l'importance de bien former les soignant·e·s sur les prévalences des différents cancers dans la population lesbienne et d'encourager les patientes à effectuer les dépistages recommandés. Compte tenu de la plus forte prévalence de cancer du sein dans la population lesbienne, il paraît fondamental que les professionnel·le·s soient à l'aise avec l'orientation sexuelle de leurs patientes afin de faciliter la communication et qu'ils·elles en tiennent compte dans la prise en charge.

Cependant, malgré la pertinence de communiquer autour de l'orientation sexuelle en consultation gynécologique, il semblerait qu'une minorité de gynécologues l'abordent spontanément. Dans une étude quantitative réalisée par Wendt et al. (2007) sur des jeunes femmes (23 à 29 ans) en Suède, les auteurs observent que les professionnel·le·s de la santé interrogent seulement un quart des femmes sur leur orientation sexuelle alors que la majorité des patientes auraient trouvé cette question appropriée. En effet, c'est souvent à elles que revient la responsabilité d'amener le sujet de l'orientation sexuelle. De plus, les femmes lesbiennes se sentent discriminées par les systèmes de santé et sont trop souvent confrontées à des idées traditionnelles de la sexualité et de la famille. Nous comprenons alors bien à quel point il est important que le·la professionnel·le de la santé fasse preuve d'ouverture d'esprit face à ses patientes. Selon Fohet et Borten-Krivine (2004), les professionnel·le·s de la santé doivent faire en sorte de sortir de la logique hétérocentrée dominante afin d'améliorer la communication autour de la sexualité avec les femmes lesbiennes. En effet, la présomption d'hétérosexualité peut empêcher ces dernières de se livrer librement à leur médecin. Ainsi, l'idéal serait que le·la professionnel·le s'exprime de manière aussi neutre que possible afin de donner confiance à la patiente et favoriser la communication autour de son orientation sexuelle.

En somme, nous observons l'impact de différents facteurs liés aux professionnel·le·s et aux patient·e·s dans l'abord de la sexualité en contexte gynécologique. Il paraît donc pertinent d'investiguer ces différentes dimensions afin d'améliorer la formation des soignant·e·s ainsi que la communication avec les patientes. Nous estimons important d'explorer l'abord de la

sexualité en consultation lorsque la patient·e souffre, ou a souffert, d'un cancer du sein ou de l'utérus du point de vue du gynécologue. Le but serait alors de mieux comprendre les barrières afin d'améliorer la formation des gynécologues et favoriser la communication avec la patient·e autour de ce sujet qui fait partie intégrante de la vie quotidienne et participe au bien-être (Giami, 2007).

2.5 Résumé synthétique de la revue de littérature

Nous allons à présent résumer les principaux résultats mis en évidence dans cette revue de littérature. Premièrement, la sexualité est une notion qui a considérablement évolué lors des derniers siècles (Giami, 2007) mais qui demeure un sujet tabou dans la société actuelle (Venturini, 2009). La sexualité est donc un processus socio-historique complexe (Schweizer, 2019). Ensuite, nous constatons que les cancers du sein (qui est le cancer féminin le plus fréquent en Suisse) (selon « le cancer en Suisse : les chiffres », 2020¹¹) et de l'utérus (Vassilakos, Untiet, & Petignat, 2012) influencent la sexualité au niveau physique mais également psychologique (Bondil & Habold, 2012 ; Dupont et al., 2007 ; Fornage & Bianchi-Demicheli, 2016 ; Gilbert et al., 2010 ; Gilbert et al., 2016 ; Grangé et al., 2013 ; Hannoun-Levi, 2005 ; Hoarau et al., 2007 ; Ratner et al., 2010 ; Reich, 2007 ; Rowland et al., 2000 ; Schover, 1987, cité par Taquet, 2005 ; Schover, 1991 ; This & Lachowsky, 2008 ; Vanlemmens et al., 2012 ; Vanlerenberghe et al., 2015 ; Vieira et al., 2013 ; Ussher et al., 2012 ; Ussher et al., 2013). Ainsi, il paraît nécessaire que la sexualité soit intégrée dans la prise en charge médicale des patientes oncologiques. Cependant, certaines barrières empêchent les professionnel·le·s de communiquer sur ce sujet de manière adéquate, notamment car le cancer et la sexualité constituent deux sujets tabous dans notre société (Venturini, 2009). En effet, les professionnel·le·s se heurtent à différents obstacles à l'abord de la sexualité comme le manque de connaissances et de formation sur la sexualité ainsi que la gêne (Giami, 2010 ; Hannoun-Levi, 2005 ; Schweizer et al., 2013 ; Schweizer, 2017 ; Schweizer, 2020 ; Stead et al., 2003 ; Ussher et al., 2013). Nous observons également que ce sont souvent des facteurs psychosociaux plutôt que médicaux qui sont décisifs dans la décision d'aborder la sexualité avec le·la patient·e (Schweizer et al., 2013 ; van Dulmen & Bensing, 2000). De plus, seul·e·s certain·e·s professionnel·le·s répondent aux questions sur la sexualité (Giami et al., 2007). Il ressort également qu'il est important que les gynécologues prennent en compte l'orientation sexuelle

¹¹ La ligue contre le cancer : <https://www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-chiffres-du-cancer/-dl-/fileadmin/downloads/sheets/chiffres-le-cancer-en-suisse.pdf>

de la patiente en posant ouvertement la question (Brown & Tracy, 2008 ; Wendt et al., 2007) et se libèrent de la vision hétérocentrée dominante (Fohet & Borten-Krivine, 2004).

Ce travail a donc pour but d'investiguer le point de vue des gynécologues dans l'abord de la sexualité avec une patiente qui a ou qui a eu un cancer du sein ou de l'utérus. En effet, nous pensons qu'il est important de comprendre le vécu de ces spécialistes afin de mettre en exergue les obstacles qu'ils·elles rencontrent lorsqu'il est question de sexualité, d'autant plus que les diagnostics de pathologies impactant la sexualité (dont le cancer) sont souvent posés par eux·elles (Fornage & Bianchi-Demicheli, 2016 ; Schweizer, 2017) et que les patientes s'attendent à pouvoir parler de sexualité durant les consultations (Berman, et al., 2003 ; Flynn et al., 2012 ; Schweizer, 2017 ; Schweizer, 2020, Stead et al., 2003 ; Wendt et al., 2007). De plus, le point de vue de ces spécialistes a souvent été délaissé par les recherches scientifiques, au profit de celui d'autres professionnel·le·s (comme, par exemple, les infirmières, les oncologues, etc.). Ainsi, la compréhension du vécu des gynécologues pourrait permettre d'améliorer la formation en matière de sexualité dans le cursus FMH de gynécologie. Cette compréhension pourrait aussi renforcer la communication ouverte avec les patientes et, ainsi, mener à une amélioration de l'accompagnement de la patiente depuis le moment du diagnostic jusqu'à la fin du traitement. En effet, bien qu'il existe des recherches explorant le point de vue des gynécologues sur l'abord de la sexualité durant les consultations, rares sont celles portant sur une situation de cancer du sein ou de l'utérus.

En outre, la plupart des articles existant sur la communication entre patient·e·s et professionnel·le·s de la santé ainsi que sur les impacts des cancers sur la sexualité ont été publiés dans des revues médicales et très peu s'intéressent réellement au vécu psychologique des patient·e·s et des soignant·e·s. En effet, la revue de littérature comprend une large majorité d'articles issus de revues médicales ; sur un total de trente-trois articles, vingt articles ont été publiés dans des revues de médecine, cinq viennent de revue psycho-oncologique, deux sont des articles de sexologie et un seul article vient d'une revue psychologique.

Tableau 1

Répartition des articles dans les différentes disciplines

	Médecine	Psycho-oncologie	Sexologie	Soins infirmiers	Psychologie	Santé féminine	Sociologie	Interdisciplinaire
Articles	20	6	2	2	1	1	1	1
%	58.82%	17.65%	5.88%	5.88%	2.94%	2.94%	2.94%	2.94%

Nous constatons ainsi le manque flagrant de recherches issues de la psychologie au sujet des cancers féminins. Il est évidemment important d’avoir des connaissances médicales des conséquences d’un cancer (utérus et sein) sur la fonction sexuelle et la physiologie. Cependant, comme développé précédemment, le cancer reste un événement de vie traumatique qui engendre des émotions négatives chez les patient·e·s, telles que l’anxiété, la dépression, ou encore la perte d’estime de soi de l’annonce du diagnostic à sa guérison. Il paraît donc crucial de s’intéresser aux points de vue des personnes impliquées dans leur prise en charge.

3. Cadre théorique de la recherche et problématique

3.1 Paradigme socioconstructiviste et théorie des scripts

3.1.1 L’approche naturaliste de la sexualité et ses limites

Les premières recherches sur la sexualité étaient issues d’études comportementales, principalement menées sur les animaux, afin d’éviter les potentielles accusations morales dues à l’abord d’un sujet si intime. Lorsqu’il a enfin été possible d’étudier la sexualité humaine, les chercheur·e·s ont privilégié les questionnaires et les études quantitatives qui permettent des résultats « objectifs » et généralisables à un grand nombre de personnes (Tiefer, 1996) ainsi des études psycho-physiologiques comme le modèle du Human Sexual Response Cycle (HSRC) de Masters et Johnson (1966) ; on parle alors de l’approche naturaliste de la sexualité (Schweizer, 2019).

Le modèle de Masters et Johnson datant de 1966 se base sur les réactions physiologiques pendant le rapport sexuel et met en évidence quatre phases (l’excitation, le plateau, l’orgasme et la résolution) qui sont présentes chez les hommes et chez les femmes avec des différences en termes de durée et d’intensité (Masters & Johnson, 1966). De plus, ce modèle a participé à la normalisation de l’acte sexuel ayant pour unique but la recherche de plaisir (Giarni, 2007). Par

ailleurs, le HSRC permet de décrire le fonctionnement normal de la sexualité et les éventuels dysfonctionnements (Schweizer, 2019) ; il a donc une certaine importance dans la prise en charge médicale.

Cependant, ce modèle se heurte à certaines limites. Premièrement, il n'est pas représentatif de la sexualité humaine dans son ensemble et il ne prend pas en compte le désir sexuel. Il tend aussi à diminuer les différences entre la sexualité féminine et masculine et réduit la sexualité à un fonctionnement biophysiological (Schweizer, 2019). Ensuite, bien qu'il soit intéressant d'utiliser les méthodes quantitatives pour rendre compte des tendances globales sur un grand nombre de personnes, elles visent une vision objective de leur sujet d'étude, invisibilisant ainsi l'expérience subjective individuelle (Santiago-Delefosse, 2002). En effet, le paradigme positiviste néglige l'expérience subjective des personnes concernées par la problématique (Gilbert et al., 2010). Il s'avère alors pertinent de mener une recherche qualitative s'inscrivant dans le paradigme constructiviste lorsque l'on s'intéresse à la sexualité. Ce paradigme nous permet de considérer la réalité comme mouvante, située dans un certain contexte et construite. Ce type de recherche n'est souvent pas privilégié dans les études oncologiques et peinent encore à être reconnues car, malgré la richesse que les méthodes qualitatives apportent au niveau de la compréhension de l'expérience subjective, elles ne s'effectuent pas sur des grands effectifs (This & Lachowsky, 2008).

De ce fait, dans une recherche portant sur la sexualité, il est pertinent d'explorer aussi les significations déterminées par le contexte culturel (Tiefer, 1996). Ainsi, dans ce travail, nous adopterons un paradigme socioconstructiviste qui nous permettra de considérer que notre objet d'étude est situé dans un contexte temporel et culturel, notamment grâce à la théorie des scripts expliquée dans la partie suivante. Par ailleurs, il est important de comprendre que les valeurs des chercheur·e·s influencent la recherche ; le but n'est alors pas d'étudier l'objet de recherche avec un point de vue neutre mais plutôt de prendre conscience de ses présupposés et d'adopter un point de vue critique (Gergen, Josselson, & Freeman, 2015).

3.1.2 La théorie des scripts

La théorie des scripts sexuels de Gagnon et Simon (1973) s'inscrit dans le paradigme socioconstructiviste de la sexualité puisqu'elle postule que la sexualité humaine résulte d'un apprentissage social situé dans la culture et l'époque. Elle propose l'existence de « schèmes cognitifs structurés » (appelés « scripts ») (Gagnon, 1999, p.73) qui permettent à une personne de reconnaître le caractère sexuel d'une situation. Ces scripts s'inscrivent dans le contexte

culturel ; ainsi, pour qu'il se passe quelque chose d'ordre sexuel dans une situation, il est nécessaire que tous les acteur·rice·s perçoivent cette situation comme sexuelle (Gagnon & Simon, 1973). Ainsi, chaque être humain développerait des scripts existant sur trois niveaux d'analyse (culturel, interpersonnel, intrapsychique) (Gagnon, 1999). De plus, les scripts s'organisent sur deux dimensions : externe et interne. La dimension externe définit ce qui se passe au niveau interpersonnel entre au moins deux personnes et les codes mutuellement partagés par les individus. La dimension interne, quant à elle, influence l'intrapsychique et les éléments motivationnels qui participent à l'excitation (Gagnon & Simon, 1973). Ces scripts offrent également un scénario ordonnant de manière plus ou moins flexible les activités corporelles qui mènent à un coït dans une relation hétérosexuelle (Gagnon & Simon, 1973). Nous comprenons alors que les scripts sexuels régissent le comportement sexuel des humains (par exemple, en définissant ce qui est considéré comme acceptable ou pas) ; les scripts sexuels sont donc basés sur des critères normatifs présents dans la société comme, par exemple, les rôles de genre dominants dans les sociétés occidentales qui peuvent influencer les comportements de séduction adoptés par les personnes en fonction de leur appartenance à un sexe (Gagnon, 1999). Lorsqu'il existe une discordance entre les attentes de la culture et la circonstance, les acteur·ice·s ne peuvent pas se contenter de suivre les scripts et se voient contraint·e·s d'improviser. Cette improvisation de nouveaux scripts par les humains se base toujours sur les outils disponibles dans leur culture (Gagnon, 1999). Ainsi, cette théorie va à l'encontre de la conception naturaliste de la sexualité comme une pulsion ; au contraire, elle vise la compréhension des pratiques grâce au lien entre l'individu et la société (Blum, 2009). Il semble alors pertinent de s'intéresser à cette théorie dans le cadre de notre travail étant donné que celui-ci porte sur la sexualité dans le cadre d'un cancer ; un contexte qui, ne répondant pas aux attentes de la culture en matière de sexualité, demande un certain niveau d'improvisation de la part des acteur·ice·s.

Dans ce travail, nous nous intéresserons plus particulièrement à la manière dont les gynécologues accompagnent les patientes en situation de cancers du sein et de l'utérus dans la sexualité. Dans le but d'améliorer la communication de ces spécialistes avec les patient·e·s, il est pertinent de s'intéresser aux points de vue des gynécologues, d'autant plus que ceux-ci sont plutôt peu étudiés dans la littérature scientifique. Ainsi, dans ce travail, nous nous intéresserons aux points de vue des gynécologues (hommes et femmes) dans l'abord de la sexualité avec des patientes atteintes d'un cancer de l'utérus ou du sein afin de déterminer quels sont les facteurs favorisant ou empêchant de parler de sexualité en consultation gynécologique.

3.2 Problématique et questions de recherche

Le cancer du sein représente le cancer féminin le plus prévalent en Suisse (selon « le cancer en Suisse : les chiffres », 2020¹²). Le cancer du col utérin, quant à lui, est le deuxième plus fréquent chez les femmes dans le monde (Petignat et al., 2006) et touche les jeunes femmes (Vassilakos et al., 2012). Il paraît alors pertinent d'étudier les répercussions de ces cancers sur différents domaines de la vie des patientes, dont la sexualité.

Nous constatons un manque important de recherches en psychologie sur la sexualité dans le cadre d'un cancer du sein ou de l'utérus ainsi que sur le point de vue des professionnel·le·s. Cependant, bon nombre d'articles scientifiques médicaux montrent que la sexualité, domaine participant à la qualité de vie, est impactée par ces types de cancers et nécessite une prise en charge particulière. La littérature scientifique relève aussi que, la sexualité demeurant un sujet tabou dans notre société, elle n'est pas toujours abordée par les médecins en consultations médicales. De plus, les patientes se sentent souvent mal à l'aise de faire part de leurs questionnements à leur médecin.

Nous nous intéresserons plus particulièrement aux gynécologues car c'est avec eux·elles que les patientes s'attendent à pouvoir parler de sexualité (Berman et al., 2003 ; Schweizer, 2017 ; Schweizer, 2020, Stead et al., 2003 ; Wendt et al., 2007). De plus, ce sont souvent les gynécologues qui diagnostiquent des pathologies invalidantes pour la sexualité (telles que les cancers) et qui offrent la prise en charge initiale. Il paraît alors pertinent que ces dernier·e·s abordent le thème de la sexualité avec leurs patientes, autant au moment du diagnostic qu'au cours du traitement (Bondil & Habold, 2012 ; Fornage & Bianchi-Demichelli, 2016). Bien que plusieurs études sur le point de vue des gynécologues à l'abord de la sexualité existent déjà, l'originalité de ce travail réside dans le fait de s'y intéresser dans le cadre d'un cancer (du sein ou de l'utérus).

Ce travail vise ainsi à éclaircir les obstacles potentiellement rencontrés par les gynécologues au moment d'aborder le sujet de la sexualité avec leurs patientes dans le cadre du cancer, en fonction de certaines caractéristiques de ces dernières et du·de la professionnel·le.

¹²Ligue Suisse contre le cancer <https://www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-chiffres-du-cancer/-dl-/fileadmin/downloads/sheets/chiffres-le-cancer-en-suisse.pdf>

Ainsi, la question de recherche principale de ce travail est la suivante : Comment les gynécologues perçoivent l'abord de la sexualité avec une patiente ayant ou ayant eu un cancer du sein ou de l'utérus ?

Ensuite, les questions spécifiques sont :

- Existe-t-il des différences dans l'abord de la sexualité en fonction du sexe du gynécologue, de son âge et de sa formation ?
- Existe-t-il des différences dans l'abord de la sexualité en fonction de l'âge et de l'orientation sexuelle de la patiente ?

Comme le montrent plusieurs études, le sexe du·de la gynécologue peut influencer son aisance à parler de sexualité avec la patiente (Giami, 2010 ; Hinchliff et al., 2004 ; Schweizer et al., 2013 ; van Dulmen & Bensing, 2000). Nous pouvons aussi penser qu'une différence d'âge marquée avec sa patiente peut contribuer à la gêne ressentie, voire à la peur d'érotiser la relation. Il semblerait également que les gynécologues formé·e·s à la sexologie discutent plus facilement de sexualité avec les patientes, alors que ceux qui n'ont pas eu accès à cette formation estiment ne pas avoir été suffisamment formé·e·s à ce sujet durant leurs études (Schweizer et al., 2013).

Nous pouvons alors nous demander quelles caractéristiques du·de la professionnel·le semblent impacter le plus l'abord de la sexualité. De plus, nous pourrions comparer nos observations à celles de la littérature scientifique afin de déterminer si nous constatons une évolution en 2020-2021.

Concernant notre deuxième question spécifique, la littérature a souligné qu'il n'est pas facile pour les soignant·e·s d'aborder le sujet de la sexualité avec une patiente qui a ou qui a eu un cancer, (Hannoun-Levi, 2005 ; Stead, et al., 2003 ; Ussher, et al., 2013 ; Venturini, 2009). Ainsi, les femmes dans cette situation manquent drastiquement d'informations au sujet de l'influence du cancer sur la sexualité (Gilbert, et al., 2016). Ensuite, l'orientation sexuelle de la patiente influencerait aussi l'aisance du·de la professionnel·le à aborder la sexualité. En effet, il est plutôt rare que les gynécologues interrogent ouvertement à la patiente sur son orientation sexuelle (Brown & Tracy, 2008 ; Wendt et al., 2007) alors que cette information semble importante pour bien adapter la conversation et le suivi. Il est donc important de se libérer du mode de pensée hétérocentré (Fohet & Borten-Krivine, 2004). Finalement, la littérature scientifique semble également montrer qu'il est plus facile de parler de sexualité avec une femme en âge de procréer qu'avec une femme plus âgée (Hinchliff et al., 2004, Stead et al.,

2013, Ussher et al., 2013). Ainsi, ces différentes caractéristiques personnelles de la patiente auraient une incidence sur l'abord de la sexualité en consultation gynécologique.

4. Méthodologie

4.1 La méthodologie qualitative

4.1.1 Les méthodes qualitatives en psychologie

Ce travail s'inscrit dans la psychologie critique de la santé et utilise les méthodes qualitatives. En effet, ces méthodes, dans les recherches en psychologie, permettent de mener des « études de terrain » (Santiago-Delefosse, 2002, p.11) puisqu'elles offrent une appréhension du vécu situé dans le contexte du sujet (Santiago-Delefosse, 2002). Ce mémoire portant sur les vécus des gynécologues dans la discussion de la sexualité, il adopte une approche phénoménologique ; en effet, l'intérêt de ce travail réside dans « (...) l'élaboration de l'expérience consciente. » (Santiago-Delefosse, 2002, p.45) ; c'est-à-dire dans la vérité telle qu'elle est vécue par les gynécologues et qui « (...) se trouve en mouvement dynamique sans cesse reconstruite à travers les discours et les actes. » (Santiago-Delefosse, 2002, p.46). Ainsi, le but n'est pas de conclure à une vérité absolue et universelle mais bien de comprendre les sens donnés par les interviewé·e·s à leurs vécus situés dans le contexte culturel et temporel (Santiago-Delefosse, 2002). En outre, les méthodes qualitatives considèrent que « la matérialité de l'acte de langage [est] révélateur de la forme culturelle » (Santiago-Delefosse, 2002, p.47-48) ; ainsi, il est pertinent d'interroger les mots utilisés par les sujets car cela peut parfois témoigner d'une certaine relation de pouvoir (Santiago-Delefosse, 2002).

Contrairement à une étude quantitative dont les données seraient récoltées au moyen de questionnaires, ce type d'études est mené sur un nombre restreint d'interviewé·e·s et produit des résultats contextualisés (Santiago-Delefosse, 2002). Par ailleurs, il est toujours question d'intersubjectivité (Santiago-Delefosse, 2002) car l'interviewé·e et le·la chercheur·e co-construisent le sens donné aux expériences. Ainsi, une condition indispensable pour garantir la qualité et la fiabilité d'une recherche qualitative est de tenir compte du contexte et de l'influence du·de la chercheur·e tout au long de la recherche (Santiago-Delefosse, 2002). Ces deux aspects sont détaillés ci-après.

4.1.2 Réflexivité et position du·de la chercheur·e

Dans la méthodologie qualitative, la subjectivité du·de la chercheur·e influence toutes les étapes de la recherche. Par exemple, le·la chercheur·e choisit le sujet étudié et la population interrogée ainsi que les outils utilisés pour analyser les données en fonction de la question recherche préalablement réfléchi. En effet, le·la chercheur·e fait des choix méthodologiques qui traduisent ses intérêts ainsi que sa perception du phénomène étudié (del Rio Carral, 2019). Ensuite, dans les méthodes d'analyses qualitatives telles que l'Analyse Thématique de Contenu, le·la chercheur·e occupe une place importante dans l'analyse. Il·elle doit donc adopter une démarche réflexive consciencieuse. Sans cela, le·la chercheur·e court le risque de faire des interprétations davantage basées sur ses a priori que sur l'expérience subjective du·de la participant·e. Un manque de réflexivité concernant la subjectivité de l'analyse constitue donc une des limites des approches qualitatives (Restivo, Julian-Reynier, & Apostolidis, 2017). De ce fait, il est important de comprendre que la recherche ne peut pas être indépendante du·de la chercheur·e qui la réalise et que ce dernier·e exerce une influence la recherche du fait qu'il·elle ne soit pas naïf·ve (del Rio Carral, 2019). C'est pourquoi, en plus d'appliquer une méthodologie pertinente à la recherche, il est crucial d'adopter un regard critique et de réfléchir sur sa propre pratique à toutes les étapes de la recherche afin de garantir la qualité de l'étude (del Rio Carral, 2019). Ainsi, le·la chercheur·e doit prendre conscience de sa propre subjectivité. Celle-ci est construite par les normes et valeurs des contextes sociaux, historiques et culturels spécifiques dans lesquels le·la chercheur·e évolue (del Rio Carral, 2019). Pour ce faire, un journal de bord a été rédigé, se trouvant dans les annexes (annexe 8). Ce journal recense les ressentis et les différentes réflexions de l'étudiante-chercheuse au cours des différentes étapes de la recherche permettant donc une certaine prise de recul sur les pratiques de recherche et une plus claire explicitation des choix méthodologiques.

Le contexte ayant également une influence sur la recherche, il est pertinent de préciser que cette étude s'est déroulée entre les mois de mars 2020 et mai 2021 (durant la pandémie du COVID-19) en suisse-romande. En effet, tou·te·s les gynécologues interviewé·e·s exercent dans cette région.

4.2 Population

Ce mémoire portant sur le point de vue des gynécologues dans l'abord de la sexualité avec des femmes ayant été en situation ou étant de situation de cancer du sein ou de l'utérus, il s'agissait de recruter des gynécologues, six au total.

Afin d'étudier la potentielle influence du sexe du·de la professionnel·le sur sa perception de l'abord de la sexualité, nous avons recruté des gynécologues femmes et hommes. Nous avons également essayé de faire varier l'âge, même s'il est toujours compliqué de connaître l'âge d'un·e professionnel·le avant la rencontre. L'objectif était aussi d'en interviewer deux ayant suivi le CAS de Sexologie clinique à l'Université de Genève.

Le recrutement des gynécologues ayant participé à cette étude s'est effectué par plusieurs moyens. Premièrement, par le biais de certaines connaissances proches qui ont parlé de l'étude à leurs gynécologues lors de leurs rendez-vous. Ensuite, plusieurs recherches ont été effectuées sur internet afin de recenser les gynécologues exerçant dans le canton de Vaud et puis la prise de contact s'est faite par email et/ou appels téléphoniques. Un flyer (annexe 2) décrivant l'étude avec les coordonnées de l'étudiante-chercheuse a été distribué dans différents cabinets mais cette technique n'a finalement pas été la plus efficace.

Tableau 2

Données sociodémographiques sur les gynécologues interviewé·e·s

	Sexe	Âge	CAS sexologie
Gynécologue 1	Femme	43 ans	Non
Gynécologue 2	Femme	/	Non
Gynécologue 3	Homme	70 ans	Non
Gynécologue 4	Homme	65 ans	Oui
Gynécologue 5	Femme	43 ans	Oui
Gynécologue 6	Homme	40 ans	Non

4.2.1 Considérations éthiques

Plusieurs mesures ont été prises par souci d'éthique. Ainsi, les données récoltées ont été traitées de manière strictement confidentielle et l'enregistrement de l'entretien a été détruit par l'étudiante-chercheuse après la transcription mot-à-mot. Les informations susceptibles de révéler l'identité du·de la participant·e ou de son entourage seront anonymisées dans la transcription.

De plus, un formulaire d'information détaillant les objectifs de l'étude ainsi que le traitement confidentiel des données, les risques et les bénéfices de la participation à l'étude a été distribué

au·à la gynécologue avant chaque entretien. Le·la participant·e était également prié·e de lire et signer un formulaire de consentement. Enfin, le·la gynécologue pouvait se retirer à tout moment de l'étude et ce, sans être contraint·e d'en expliquer les raisons.

L'étudiante-chercheuse a fait preuve d'empathie et d'écoute durant l'entretien et n'a pas émis de jugement en réaction aux expériences qui lui ont été confiées.

4.3 La récolte de données

4.3.1 Les entretiens

Les données ont été récoltées par le biais d'entretiens semi-structurés avec chacun·e des gynécologues. Le but était d'interroger ces professionnel·le·s sur leurs pratiques ainsi que sur leurs vécus en lien avec la place de la sexualité dans les consultations gynécologiques, l'accompagnement des patientes oncologiques et les discussions portant sur la sexualité avec ces dernières.

L'entretien semi-directif s'est imposé comme le meilleur outil de récolte données car le·la chercheur·e peut diriger l'entretien tout en laissant une importante liberté à l'interviewé·e. De plus, il permet d'investiguer autant les pratiques rapportées que les vécus qui y sont associés. En effet, contrairement aux données récoltées grâce à un questionnaire, le contenu de la réponse de l'interviewé·e n'est pas créé par la question (Blanchet & Gotman, 2015). Ainsi, Bourdieu (1980, cité par Blanchet & Gotman, 2015, p.19) qualifiait les entretiens d'« improvisation réglée » mettant ainsi l'accent à la fois sur la flexibilité de cette méthode mais aussi sur la nécessité de la pratiquer avec une certaine rigueur méthodologique afin d'en assurer la qualité.

Le·la chercheur·e joue un rôle actif dans l'entretien semi-structuré puisque son déroulement dépend de son interaction avec l'interviewé·e. Il s'agit non seulement d'écouter l'expérience de l'interviewé·e mais aussi de le·la faire parler sur certains thèmes (Blanchet & Gotman, 2015) au moyen de relances délicates et non directives. Ainsi, l'entretien peut être décrit comme une « co-production du discours » entre l'interviewé·e et l'intervieweur·e (Blanchet & Gotman, 2015, p.20).

Toutefois, il est important de souligner que la méthode de l'entretien n'est pas adaptée à l'étude de grands groupes mais plutôt à l'investigation de vécus expérientiels d'individus ou de petits groupes. Ainsi, cette méthode ne garantit pas la représentativité des données (Blanchet & Gotman, 2015).

4.3.2 Le canevas

Un canevas a été élaboré en amont, sur la base des thèmes principaux ressortant de la littérature scientifique sur l'abord de la sexualité avec des femmes en situation de cancer ou ayant été en situation de cancers du sein et de l'utérus. La consigne de départ était la suivante : « *Pourriez-vous me raconter comment se passe une consultation habituelle avec une patiente souffrant ou ayant souffert d'un cancer du sein ou de l'utérus ?* ». Cette consigne, très large, donnait la liberté au·à la participant·e de raconter spontanément ce qui lui semblait important et intéressant sur ce thème. Sa réponse permettait ensuite à l'étudiante-chercheuse de rebondir sur ou d'approfondir certains points. Par ailleurs, sous le conseil de la directrice de ce mémoire (Dre Angélick Schweizer), la question suivante a été ajoutée : « *Est-ce vous pourriez me décrire votre parcours (votre formation) ?* ». En effet, cette question permet de connaître la formation suivie par le·la professionnel·le et, ainsi, de comprendre d'où le·la gynécologue parle. Elle pouvait aussi servir à mettre l'interviewé·e à l'aise dès le départ.

Quatre thèmes principaux apparaissaient dans le canevas. Le premier s'intitulait « Déroulement de la consultation » et interrogeait différents aspects pratiques et organisationnels du déroulement d'une consultation gynécologique. Le deuxième, « Communication autour de la sexualité » regroupait différentes questions autour de la sexualité et de son abord du point de vue du·de la gynécologue. Le troisième portait sur les cancers et leurs conséquences, la prise en charge, les craintes des patientes et l'abord de la sexualité dans ce contexte. Finalement, le quatrième concernait la formation reçue par les gynécologues, la place de la sexologie dans les études de médecine et les potentielles améliorations possibles.

4.3.3 Les transcriptions

Les entretiens se sont déroulés entre les mois d'octobre 2020 et janvier 2021 dans les cabinets des gynécologues et ont tous duré entre 55 minutes et 1 heure et demie. Ils ont été enregistrés grâce à l'application « Dictaphone » sur iPhone et ont, par la suite, été retranscrits mot-à-mot par l'étudiante-chercheuse. Cette étape a permis à l'étudiante-chercheuse de se familiariser avec les données et de constituer un corpus de données comprenant les 6 entretiens réalisés afin de les analyser comme décrit dans la prochaine section.

Le tableau 3 représente les ponctuations spécifiques utilisées durant la transcription afin de rendre compte d'un maximum d'aspects langagiers présents dans les entretiens.

Tableau 3

Ponctuations spécifiques utilisées lors des transcriptions

Ponctuation spécifique	Aspects langagiers
...	Silence de plus d'une seconde
-	Interruption de parole
((blablabla))	Modification de l'intervieweur·e afin de préserver l'anonymat de l'interviewé·e
« ... »	Discours rapporté
x	1 syllabe inaudible
xx	2 syllabes inaudibles
...	Non verbal

4.4 La méthode d'analyse des entretiens

4.4.1 L'Analyse Thématique

Les six entretiens retranscrits ont été analysés grâce à une Analyse Thématique. Bien que cette méthodologie ait parfois été considérée, à tort, comme un outil plus que comme une méthode à proprement parlé, elle offre différents avantages non négligeables. En effet, elle est indépendante de l'approche théorique choisie et offre ainsi une analyse qualitative flexible qui permet de faire mettre en valeur la richesse des entretiens menés. Lorsque le·la chercheur·e est amené·e à faire une Analyse Thématique, il·elle reporte les thèmes principaux identifiés dans le corpus d'entretien (Braun & Clarke, 2006).

Le·la chercheur·e joue un rôle actif dans l'extraction de ces thèmes puisqu'il·elle sélectionne jugés intéressants (Braun & Clarke, 2006). De plus, l'analyse thématique se base sur des conjectures (Blanchet & Gotman, 2015). Par conséquent, le·la chercheur·e n'est pas naïf·ve et doit impérativement être conscient·e de sa propre subjectivité et de ses opinions quant à son sujet de recherche (Braun & Clarke, 2006). C'est précisément ce que la partie de cette recherche dédiée à la réflexivité tente d'effectuer.

Il est fondamental de suivre scrupuleusement la méthodologie de cette analyse et d'être transparent sur les choix pris afin de préserver la qualité et la validité de l'Analyse Thématique (Braune & Clarke, 2006). Pour ce faire, une première étape a consisté à la lecture des articles écrits par les auteur·e·s cité·e·s ci-dessus, afin de réellement comprendre la méthode et en saisir

la finesse. Il a été convenu ne pas relire les entretiens avant de commencer l'analyse car le travail de transcription avait permis d'en avoir une idée suffisamment précise.

Selon Blanchet et Gotman (2015, p. 90), « [l'analyse de contenu] ignore la cohérence explicite du texte et procède par décomposition d'unités élémentaires reproductibles. Elle vise à la simplification des contenus (...) ». Ainsi, nous avons commencé par isoler des unités de sens dans chaque phrase des six entretiens menés. Une unité de sens correspond à un sujet abordé par l'interviewé. Il est donc possible qu'il y ait plusieurs unités de sens dans une même phrase si la personne y aborde plusieurs sujets. Il s'agissait ensuite d'effectuer un regroupement sémantique, c'est-à-dire de regrouper les unités de sens qui se réfèrent au même objet de sens afin d'effectuer une sous-catégorisation du discours. Finalement, les sous-catégories mutuellement exclusives et homogènes ont été agrégées en quelques thèmes principaux. Le tableau d'analyse des résultats se trouve en annexe de ce travail (annexe 7).

L'intérêt de cette analyse ne réside pas dans l'analyse du discours de la personne mais dans l'analyse du contenu du témoignage et du vécu de l'interviewé·e. Ce type d'analyse comporte donc une part d'interprétation (Blanchet & Gotman, 2015). Par ailleurs, le but de la théorisation ancrée consiste à saisir le vécu de la personne interviewée sans pour autant le généraliser (Paillé, 2017).

5. Résultats

5.1 Présentation des résultats de l'Analyse Thématique de Contenu

Lors de l'analyse thématique de contenu effectuée sur les entretiens menés dans le cadre de ce mémoire, nous avons distingué quatre thèmes principaux divisés en plusieurs catégories et sous-catégories mutuellement exclusives et homogènes. Cette organisation structurera la rédaction des résultats¹³.

Le premier thème concerne différents aspects de la pratique gynécologique et la place attribuée à la sexualité dans celle-ci. Ensuite, le deuxième thème décrit le cancer de manière globale et permet de mieux comprendre la maladie et ses impacts généraux. Dans le troisième thème, nous nous concentrons particulièrement sur les impacts des cancers du sein et de l'utérus sur la sexualité et sur le point de vue des gynécologues sur la discussion de ce sujet. Finalement, le quatrième thème amène une meilleure compréhension de la prise en charge de patiente en

¹³ Il est à noter que certains verbatims n'avaient pas trait à la question de recherche ; ils sont recensés dans un tableau d'analyse nommé « non analysable ».

situation de cancer du sein et de l'utérus et surtout de l'interprofessionnalité nécessaire dans la prise en charge oncologique. En outre, ces collaborations peuvent influencer la discussion de la sexualité.

Tableau 4

Tableau synthétique des résultats de l'Analyse Thématique de Contenu

Thèmes	Catégories	Sous-catégories
1. Pratique gynécologique et formation	1.1 Aspects pratiques du métier de gynécologue	Le·la gynécologue comme somaticien·ne
		La relation de confiance avec les patientes
		Expérience avec des patientes oncologiques
	1.2 Formation	Manque de formation sur la sexualité en médecine
		La sexologie
	1.3 La sexualité en consultation gynécologique	La discussion de la sexualité en consultation gynécologique
		La définition de la sexualité
		Sexe et âge du·de la gynécologue
		Discordances entre patientes et gynécologues
		Prise de recul
2. Cancer	2.1 Les rôles des gynécologues lors des consultations avec des patientes oncologiques	La détection et le diagnostic
		Accompagnement dans le choix du traitement
		Suivi
	2.2 La maladie du cancer	Les conséquences générales du traitement
		Faits médicaux
3. Cancer et sexualité	3.1 Les conséquences du cancer et du traitement sur la sexualité	Le cancer comme traumatisme
		Impacts du cancer du sein sur l'image de soi et la sexualité
		Impacts des cancers gynécologiques sur la sexualité
		Solutions proposées par les gynécologues
		Explication de la part des gynécologues des effets secondaires

	3.2 Les barrières et facilitateurs de la discussion de la sexualité avec les patientes oncologiques	Les conséquences physiques comme point de départ et des contradictions
		Un abord implicite afin d'éviter l'intrusion
		Les questions des gynécologues
		La place de la sexualité dans les consultations gynécologiques avec des patientes oncologiques
		La discussion de la sexualité en fonction de la patiente
		La responsabilité ressentie d'en parler et les facilitateurs
	3.3 La temporalité de la discussion de la sexualité	Au moment du diagnostic
		Pendant le traitement
		En post-traitement
		Le cancer n'influence pas l'abord de la sexualité
	3.4 La perception par les gynécologues du vécu des patientes oncologiques concernant la sexualité	Les attentes perçues des patientes
		Les attitudes des patientes et des gynécologues
Les préoccupations des patientes oncologiques perçues par les gynécologues		
Place du·de la conjoint·e dans la discussion de la sexualité ou dans la consultation gynécologique		
4. Interprofessionnalité en situation de cancer	4.1 Collaboration avec autres spécialistes	Les oncologues
		Les sexologues
		Infirmière du sein
		Autres
	4.2 Particularités du travail en réseau	Description et importance du travail en réseau
		Communication entre soignant·e·s
		Discussion de la sexualité avec les autres soignant·e·s
	4.3 Prise en charge du cancer en hôpital	Déléguer quand la demande de la patiente dépasse les compétences du·de la gynécologue
		Difficultés rencontrées au niveau du suivi de la patiente
		Centres spécialisés pour les cancers

5.2 Thème 1 : Pratique gynécologique et formation

Introduction

Ce premier thème permet de mieux saisir le métier de gynécologue ainsi que de comprendre la formation suivie par ces dernier·e·s.

Catégorie 1.1 Aspects pratiques du métier de gynécologue

Cette catégorie décrit la richesse du métier de gynécologue en détaillant certains aspects pratiques faisant partie de ce métier, notamment en situation de cancer.

Sous-catégorie 1.1.1 : Le·la gynécologue comme somaticien·ne

Tout d'abord, il existe deux types de pratiques gynécologiques en Suisse. Premièrement, il y a la gynécologie dite « 2. (...) médicale (...) » (Gyn2F, p.1) qui permet aux gynécologues d'opérer « 2. (...) mais c'est un catalogue qui est beaucoup plus petit. » (Gyn2F, p.1) que la gynécologie opératoire qui comprend un « 2. (...) catalogue est beaucoup plus étoffé (...) » (Gyn2F, p.1) avec des opérations plus complexes, « 2. (...) y compris des patientes qui ont des cancers, mais pas forcément des cancers très très compliqués avec plein de métastases, etc. » (Gyn2F, p.1). Cependant, les opérations constituent « 2. (...) une part importante (...) » (Gyn3H, p.1) de l'activité des gynécologues, notamment les opérations de cancer du sein.

Ainsi, les gynécologues sont « 32. (...) quand même des médecins de médecine physique (...) » (Gyn3H, p.8) ; d'ailleurs, ce gynécologue fait part d'une vision particulièrement axée sur les aspects médicaux, notamment lorsqu'il parle de la prise en charge de patientes oncologiques. En outre, les deux gynécologues ayant suivi la formation en sexologie insistent aussi sur leur rôle de somaticien·ne, notamment avec les patientes oncologiques : « 62. Des fois, on a vraiment des choses très anatomiques ou très mécaniques pis bah voilà, moi je peux faire quelque chose. » (Gyn5FSexo, p.16). Nous constatons l'importance des questions somatiques dans la pratique gynécologique lorsque l'un explique que : « 81. Nous on fait de la somatique, d'accord ? On fait de la somatique pure et dure. Il y a un problème et on cherche une solution et ça s'arrête là. Non, mais je résume un peu à l'extrême (...) » (Gyn4HSexo, p.22). Ainsi, lorsqu'il y a une plainte somatique (cancer ou autre), leur rôle, dans un premier temps, est de soigner la patiente : « 19. Faut quand même faire de la médecine et du médico-médical, on fait pas seulement du psycho-chose mais on essaie aussi de faire du somatique (...) » (Gyn4HSexo, p.9). De plus, l'utilisation du terme « psycho-chose » donne l'impression que ce gynécologue

accorde peu d'importance aux problématiques psychologiques. Il explique par ailleurs que « 81. (...) les dames viennent ici pour un problème somatique au départ et on en parle, parce que y a une ouverture, une possibilité, parce que c'est important, parce qu'effectivement mais on peut pas développer. » (Gyn4HSexo, p.22-23) ce qui montre que, selon lui, son rôle s'arrête lorsque des aspects trop psychologiques rentrent en jeu. Par la suite, nous verrons qu'il considère quand même que, en situation oncologique, la priorité est la guérison. A l'inverse, selon un des interviewé·e·s, la gynécologie comporte aussi une composante de prise en charge plus générale ; il estime que « 35. (...) tout a une part de psychologie ou psychosomatique (...) » (Gyn6H, p.13) et aimerait incorporer des apports de ces domaines dans sa pratique.

Ainsi, il semblerait que les gynécologues ayant une formation en sexologie considèrent aussi qu'une importante partie de leur pratique est dédiée à des problématiques somatiques puisque, en tant que gynécologues, ils sont capables de les résoudre. Néanmoins, dans la sous-catégorie suivante, nous constatons que ces dernier·e·s accordent également de l'importance aux aspects relationnels. De plus, le sexe ne semble pas influencer pas cette vision de la pratique.

Sous-catégorie 1.1.2 : Relation de confiance avec les patientes

Trois gynécologues sur six considèrent qu'entretenir une relation de confiance avec la patiente a un effet facilitateur sur la discussion de la sexualité ; en effet, il est « 112. (...) important d'accorder assez de temps au départ pour leur montrer qu'on les écoute et qu'on est là en cas de certains problèmes que ce soit sexualité, contraception, cancer ou autre quoi. Voilà. » (Gyn1F, p.27). En effet, elle n'aborde pas la sexualité lors du premier rendez-vous avec une patiente mais au fur et à mesure des consultations. Cependant, bien qu'elle dise interroger la sexualité de toutes ses patientes, elle donne l'exemple d'une situation dans laquelle la patiente âgée a abordé d'elle-même le sujet de la sexualité : « 104. (...) mais c'est en discutant et pis en fait une autre a entraîné l'autre pis finalement on est arrivées à ça parce qu'on a discuté tout le long (...) pis tout d'un coup elle m'a dit ça, voilà je pense qu'elle m'a dit ça parce qu'elle a confiance en moi, (...) » (Gyn1F, p.25).

Ainsi, cette relation se construit à travers le fait d'accorder « 14. (...) pas mal de temps avec les gens donc il y a comme une relation de confiance qui naît de ça (...) » (Gyn6H, p.6) et d'accueillir ce dont les patientes aimeraient parler : « 11. Ça ne la concernait pas elle, mais si vous voulez quand elle vient ici, pour des raisons, qui m'échappent, mais c'est ça qui vient sur le tapis (...) » (Gyn4HSexo, p.6). Le temps et le suivi régulier, notamment en situation de cancer, semble aussi participer à l'établissement de ce lien de confiance. De plus, selon un des gynécologues, l'écoute attentive peut suffire dans un premier temps à aider la patiente : « 32.

(...) le fait d'avoir une écoute attentive et d'ouvrir les portes euh souvent suffit quoi, pour pleins de choses. (...) (Gyn6H, p.12). De manière plus générale, deux gynécologues soulignent aussi l'importance de se montrer à l'écoute durant l'examen gynécologique ainsi que d'« 37. (...) expliquer les choses » (Gyn2F, p.21) pendant les consultations.

Le gynécologue formé en sexologie qui semblait donner beaucoup d'importance au somatique rapporte aussi que « 56. Le médecin c'est pas seulement un technicien, (...) » (Gyn4HSexo, p.17). Selon lui, « 56. (...) il y a encore des choses qu'il faut défendre envers et contre tout : le relationnel, l'écoute, et pis ensuite de trouver des solutions qui soient des solutions négociées, mais du point de vue voilà, un mieux-être et un mieux-faire, (...) » (Gyn4HSexo, p.17). Ces propos ambivalents semblent témoigner d'une volonté d'inscrire sa pratique dans quelque chose de plus global mais peut-être lui manque-t-il des outils non-médicaux à certains moments. Il relève aussi que « 58. (...) le relationnel c'est pas toujours simple. » (Gyn4HSexo, p.18) et dépendrait l'envie du/de la gynécologue de pratiquer d'une certaine manière et, selon la gynécologue-sexologue, de l'âge du/de la professionnel·le. Cependant, des désaccords peuvent survenir entre les gynécologues et leurs patientes, d'où la nécessité de « 10. (...) trouver un équilibre. (...) » (Gyn6H, p.4) entre aborder la sexualité et gêner les patientes. Par exemple, un des gynécologues qui a perdu une patiente qui trouvait ses questions sur la sexualité trop intrusives, qualifie cette situation d'échec : « 76. (...) eh bah vous vous dites c'est un échec pour moi quand même. Moi je le prends comme ça. » (Gyn3H, p.15).

De plus, en situation de cancer, une des gynécologues dit être très touchée par les diagnostics de cancer qu'elle doit annoncer car, grâce à la relation construite avec la patiente, elle « 13. (...) s'implique quand même forcément un peu plus. » (Gyn2F, p.9). Néanmoins, elle souligne que, pour aider les patientes oncologiques, « 13. Il faut être dans l'empathie mais il ne faut pas être dans la pleurnicherie (...) » (Gyn2F, p.9).

Sous-catégorie 1.1.3 : Expérience avec des patientes oncologiques

Quatre des six gynécologues interviewé·e·s sont installé·e·s en cabinet depuis peu. Ainsi, ces dernier·e·s ont une patientèle majoritairement jeune et expliquent n'avoir été que rarement confronté·e·s à des cas de cancers ; en effet, les cancers du sein et de l'utérus sont surtout prévalents chez les femmes autour de l'âge de la ménopause. Ainsi, ils·elles peinent parfois à parler de l'abord de la sexualité avec des patientes oncologiques par manque « 87. (...) d'expérience (...) » (Gyn1F, p.22). A cause de ce manque d'expérience, une gynécologue estime qu'il aurait été plus simple de discuter de l'abord de la sexualité en contexte oncologique « 87. (...) avec les gens qui sont installés depuis plus longtemps parce que du coup ils ont suivi

(...) » (Gyn1F, p.22). Cependant, un des gynécologues de notre étude avait une pratique en cabinet privé de 25 ans mais ce dernier rapporte aussi faire « 1. (...) *peu de cancérologie.* » (Gyn4HSexo, p.2).

Plus précisément, une gynécologue explique qu'il y a eu « 8. (...) *très peu de cas de cancers où je suis là tout au long du processus, (...)* » (Gyn5FSexo, p.3) mais qu'elle peut « 6. (...) *dire quand même que j'en ai vu (...)* donc oui j'en ai eu à différents stades. (...) *Pis avec différents traitements (...)* » (Gyn5FSexo, p.3).

Par conséquent, il est important de garder en tête que les gynécologues parlent de ce qu'ils·elles connaissent ou de comment ils imaginent la prise en charge de patientes oncologiques mais que ces cas sont plutôt minoritaires dans leur pratique.

Catégorie 1.2 Formation

Comprendre la formation d'un·e gynécologue ainsi que son point de vue critique dessus amène une meilleure compréhension de sa pratique et / ou de sa vision idéale de la pratique. Cela permet aussi de réfléchir à des pistes d'amélioration de la formation pour les générations à venir.

Sous-catégorie 1.2.1 : Manque de formation sur la sexualité en médecine

Quatre des six gynécologues expliquent avoir une formation de gynécologue-obstétricien·ne et une formation en gynécologie opératoire. Pour ce faire, la pratique en milieu hospitalier est obligatoire : « 51. (...) *pour la gynécologie de base c'est-à-dire sans le côté opératoire, c'est 5 ans en hôpital dont un an en universitaire, de formation post-graduée. Pis après, si vous voulez opérer c'est 3 ans de plus. (...)* donc si vous faites tout à ((hôpital)) comme moi j'ai fait, vous passez dans les différents secteurs (...) » (Gyn6H, p.17). Par ailleurs, la formation en gynécologie a évolué depuis au cours des dernières décennies ; à l'époque, il y avait une « 1. (...) *formation classique (...)* » (Gyn3H, p.1) permettant de « 1. (...) *tout (...)* » (Gyn3H, p.1) faire, alors que « 1. (...) *maintenant c'est plus spécialisé (...)* » (Gyn3H, p.1). Il est à noter qu'il existe une spécialité en gynécologie opératoire oncologique mais qu'elle est très compliquée à obtenir en Suisse. En effet, la population suisse est plutôt petite et, par conséquent, il y a moins de patientes.

Nous remarquons principalement que la majorité des gynécologues reportent un manque de formation quant à la sexualité durant leurs études de médecine et dans les formations post-graduées de gynécologie. En effet, les gynécologues expliquent ne pas avoir été formé·e·s à discuter de sexualité avec les patientes.

« 14. Mais c'est vrai que pour la sexualité par contre dans la formation il y a pas grand-chose hein, ni dans les études de médecine, ni pendant la formation spécialisée de gynécologie. Après y a déjà tellement de trucs, je pense pas qu'on puisse être euh spécialistes en tout mais non alors ça c'est vrai qu'on est démunis (...) » Gyn2F, p.9

Ainsi, il semblerait que la sexualité ne soit pas prioritaire dans les compétences à développer durant les études de gynécologie car « 43. (...) il y a tellement d'autres choses un peu dans le cahier des charges de la formation (...) y a pleins d'aptitudes techniques à acquérir et c'est vrai que c'est un peu la priorité. » (Gyn5FSexo, p.12). Ce manque de formation donne ainsi lieu à de véritables lacunes concernant les « 35. (...) connaissances de base (...) » (Gyn5FSexo, p.11) en sexualité et, comme expliqué précédemment, beaucoup pallient cela grâce aux formations continues et colloques (voire un CAS de sexologie). Ainsi, les gynécologues développent ces aspects uniquement par intérêt pendant leur pratique : « 50. (...) Donc en gros, soit ça vous intéresse et pis vous développez un peu le truc, soit ça vous intéresse pas pis vous avez aucune idée quoi. » (Gyn6H, p.17).

Un certain nombre de formations continues ou de colloques est proposé aux gynécologues, ce qui semble utile pour pallier certains manques dans la formation (i.e. sur la sexualité) : « 14. (...) j'ai trouvé cette information [sexualité] à gauche à droite mais plus à des formations. » (Gyn2F, p.10). En effet, trois gynécologues racontent que ces cours ont attiré leur attention sur la nécessité de questionner la sexualité chez les patientes. Néanmoins, les gynécologues ne souhaitent pas être sexologues mais aimeraient juste savoir « 14. "(...) en tant que gynéco de premier recours, comment je peux aborder et quelles questions". » (Gyn2F, p.9). Bien que pas toutes n'aient suivi de colloques sur l'onco-sexologie, celles y ayant participé expliquent que ces colloques leur ont « 6. (...) ouvert un peu les yeux (...) » (Gyn2F, p.5) sur les attentes des patientes ; « 35. (...) bah ouais effectivement, ça reste une femme, la sexualité effectivement il faut en parler'' (...) » (Gyn2F, p.19-20). En effet, comme discuté précédemment, les gynécologues sont avant tout des médecins somaticien·ne·s et sont souvent focalisé·e·s sur la rémission, occultant ainsi le besoin de ces patientes de recevoir des informations quant à la sexualité. Par ailleurs, alors que certaines ont suivi un colloque sur l'onco-sexologie, une autre n'était pas au courant que cela existait ; cela traduit peut-être un manque de communication autour de ces formations. La majorité des gynécologues relève suivre ces colloques par intérêt : « 14. On peut pas tout faire et pis ils vont aller à des autres trucs qui m'intéressent pas du tout et que je vais pas aller faire parce que ça m'intéresse moins. » (Gyn2F, p.9). Nous comprenons donc qu'un·e gynécologue n'ayant aucun intérêt pour les questions de sexualité ne

suivra pas ces cours et n'intégrera pas ces recommandations dans sa pratique. Par ailleurs, ces formations ne sont « 14. (...) *pas suffisamment bien construit[es] (...)* » (Gyn2F, p.9).

Ainsi, la majorité des gynécologues souhaite qu'une place plus importante soit accordée à la sexualité dans la formation et certain·e·s ont émis des suggestions d'amélioration possible. Premièrement, il faudrait inclure « 90. (...) *dans la formation obligatoire un de ces cours bloc qui soit consacré à la sexualité.* » (Gyn5FSexo, p.23). Le but serait de permettre aux médecins d'être plus à l'aise dans la discussion de la sexualité, sans pour autant savoir comment traiter diverses pathologies : « 15. (...) *je pense qu'il faut donner un cours pour que les médecins soient à l'aise avec la sexualité pour que quand on en parle ce soit pas la fin du monde quoi. Pas savoir comment traiter toutes les pathologies sexuelles ou la libido euh ou les dyspareunies (...)* » (Gyn2F, p.11). Il serait aussi souhaitable que, dans la formation, il soit davantage question « 56. (...) *de l'écoute, du respect, avant de parler de sexualité (...)* » (Gyn4HSexo, p.17) et qu'il existe une formation plus générale « 53. (...) *pour gérer la sexualité, si vous avez pas de formation pour gérer le suicide, pour gérer l'anxiété, pour gérer les troubles dépressifs (...)* » (Gyn6H, p.18).

La gynécologue-sexologue donne parfois des colloques sur la sexualité et cherche surtout à dédramatiser la discussion de sexualité avec toutes les patientes en appuyant notamment sur le fait que « 68. (...) *une fois qu'il y a un problème qui vous est soumis, faut pas vous dire 'ah bah mon dieu il y a un problème'.* » (Gyn5FSexo, p.18). Il est important de noter qu'elle a fait des interventions dans des colloques pour divers·e·s professionnel·le·s mais encore jamais pour des oncologues car elle n'est pas encore très active dans les questions oncologiques. De plus, cet intérêt pour l'onco-sexologie lui vient de sa pratique gynécologique et, de ce fait, elle a suivi « 35. (...) *quelques colloques sur cette thématique-là (...)* » (Gyn5FSexo, p.11).

Trois gynécologues émettent des critiques quant à la formation en hôpital, en expliquant d'une part que la gynécologie, l'endocrinologie et la médecine de la reproduction sont « 91. (...) *un gros point faible dans les formations en hôpital (...)* » (Gyn5FSexo, p.23) et d'autres parts qu'elle forme de très bons spécialistes ; en effet, dans ce contexte, les différent·e·s professionnel·le·s tendent à adresser les patient·e·s vers des spécialistes pour différentes questions dont la sexualité.

Sous-catégorie 1.2.2 : La sexologie

Deux gynécologues (une femme et un homme) sur les six gynécologues ont suivi ce CAS de sexologie ; cette sous-catégorie amène donc une meilleure compréhension de cette formation avec ses avantages et inconvénients ainsi que de l'inclusion de la sexologie dans la gynécologie.

Les deux gynécologues n'ont pas le même niveau de formation en sexologie car l'un a « 1. (...) fait 2 ou 3 modules à Genève. La sexologie clinique plus euh Une autre formation en sexologie, (...) » (Gyn4HSexo, p.2) alors que l'autre a fait, par intérêt, le CAS en entier « 43. (...) en fin de parcours. » (Gyn5FSexo, p.12). Par ailleurs, les gens formés « 32. (...) vous les comptez sur les doigts d'une main. » (Gyn4HSexo, p.11) et la sexologie n'est pas une discipline en tant que telle ; rien n'est protégé et différent·e·s médecins peuvent se former à cette discipline « 47. (...) en patchwork » (Gyn5FSexo, p.13).

Les deux gynécologues formé·e·s en sexologie estiment « 1. (...) délicat et difficile (...) » (Gyn4HSexo, p.2) de pratiquer la gynécologie sans notions sexologiques et que les connaissances de bases en sexualité ne suffisent pas. Cependant, le CAS demeure très théorique et ne permet pas de se dire « 44. (...) 'ah je vais de la consult' et je sais déjà un petit peu ce qui m'attend' (...) » (Gyn5FSexo, p.12).

Tandis que la gynécologue-sexologue estime que le CAS de sexologie lui a appris à aborder et discuter la sexualité avec les patientes, l'autre gynécologue formé en sexologie raconte que cette discipline lui a amené une prise de conscience d'aspects relationnels dans la prise en charge des patientes : « 6. (...) c'est important que l'examen gynéco soit entouré d'explications, de confiance, qu'on raconte ce qu'on est en train de faire, qu'on accepte le fait que ça fasse mal et pis qu'on soit attentifs à ce genre de choses, 'fin bref qu'on entoure ça d'un certain nombre de bienveillance (...) » (Gyn4HSexo, p.3). Il explique aussi qu'il est nécessaire d'avoir quelques connaissances en sexologie pour non seulement être à l'aise avec la sexualité mais aussi pouvoir approfondir un petit peu le sujet mais ne se sent pas en mesure d'accompagner les couples en situation de cancer vers une nouvelle sexualité : « 81. (...) pense pas qu'on a les compétences, nous, médecins somaticiens, même avec des formations de sexologie, de pouvoir accompagner ces couples-là vers quelque chose de différent. » (Gyn4HSexo, p.23) ; il insiste donc à nouveau sur l'importance de la somatique dans sa pratique. Par ailleurs, un apprentissage important à retirer de la sexologie serait le fait qu'il n'existe pas un standard à atteindre dans la sexualité et que tout ne nécessite pas d'être guéri : « 14. Parce qu'après, en sexualité enfin en sexologie, il y a un élément qui est je pense très important c'est qu'il ne faut pas absolument tout traiter ou il n'y a pas une sexualité xy qu'on doit atteindre, (...) » (Gyn5FSexo, p.6).

Au niveau pratique, la gynécologue-sexologue alloue une demi-journée chaque deux semaines à des consultations sexologiques. Ainsi, malgré sa volonté d'inclure les questions sexologiques dans sa pratique gynécologique, elle considère aussi que ce sont deux pratiques distinctes : « 69. (...) j'ai décidé de mettre ça dans deux pratiques différentes euh d'une part déjà parce que le setting de la consultation n'est pas le même- (...) Euh les consultations de sexologie, j'ai décidé que je faisais des consultations de 45 minutes où souvent y a quand même une bonne part de discussion. (...) » (Gyn5FSexo, p.19). Cependant, les personnes se rendant en consultation sexologique ont quand même des difficultés en lien avec des questions gynécologiques mais elle essaie aussi de questionner d'autres aspects pour ne « 68. (...) pas être simplement dans un truc très gynéco ou très médicamenteux. » (Gyn5FSexo, p.18).

Catégorie 1.3 La sexualité en consultation gynécologique

Cette catégorie permet de saisir la place attribuée à la sexualité en consultation gynécologique, les expressions utilisées par les gynécologues pour en parler et les discordances entre la vision de ces dernier·e·s et celle des patientes.

Sous-catégorie 1.3.1 : La discussion de la sexualité en consultation gynécologique

Afin de comprendre les différentes barrières ou facilitateurs des gynécologiques influençant la discussion de la sexualité avec les patientes oncologiques, il est pertinent de s'interroger sur la place de la sexualité dans les consultations « tout-venant ».

La majorité des gynécologues interviewé·e·s assurent que, dans l'anamnèse, « 19. (...) c'est une question qui fait partie de la routine de savoir comment se passent les rapports sexuels (...) » (Gyn1F, p.4) et que « 104. (...) il faut en parler à chaque fois quoi (...) » (Gyn1F, p.24). A noter que le terme « rapports sexuels » se résume souvent à la pénétration vaginale et ne rend donc pas compte d'une vision globale de la sexualité. Seule la gynécologue-sexologue rapporte questionner « 15. (...) l'activité sexuelle (...) » (Gyn5FSexo, p.6) et ainsi, aborder proactivement le sujet de manière plus globale ; en effet, le terme activité sexuelle se veut moins limitant et désigne un plus large éventail de pratiques. En outre, une fois interrogées sur l'abord de la sexualité, deux gynécologues non formées en sexologie parlent de « lancer ou tendre la perche » à leurs patientes : « 53. (...) lancer la perche ça aide beaucoup (...) » (Gyn1F, p.12). Ainsi, ces gynécologues semblent ouvertes à la discussion de la sexualité mais il est difficile de savoir concrètement ce que signifie « lancer une perche » et si les patientes comprennent que c'est une opportunité pour elles de parler de sexualité.

Le gynécologue formé en sexologie demande toujours si la patiente a des rapports sexuels. Cependant, il assure que la sexualité est mise « 0. (...) *sous le tapis (...)* » (Gyn4HSexo, p.1) en gynécologie et en discute uniquement s'il « 11. (...) *y a des choses qui surgissent, c'est-à-dire que la dame ou le monsieur vienne en disant 'bah voilà, moi j'ai vraiment un souci parce que ceci, cela'* » (...) » (Gyn4HSexo, p.6). L'utilisation du verbe surgir témoigne d'une position passive de la part de ce gynécologue ; ainsi, nous pensons que ce gynécologue questionne activement les rapports sexuels mais pas la sexualité de manière globale. En effet, nous comprenons que ce gynécologue adopte une posture plutôt passive dans la discussion de la sexualité quand il explique que « 10. (...) *c'est de l'ordre de laisser les choses ouvertes et pis les gens ils prennent ou ils prennent pas, si vous voulez.* » (Gyn4HSexo, p.5). Cependant, ce dernier parle aussi d'une « 11. (...) *porte qui s'ouvre ou s'entre-ouvre, vous mettez le pied pis vous poussez un tout petit peu.* » (Gyn4HSexo, p.6). Il est intéressant que ce verbatim semble allier à la fois un côté passif dans lequel la porte s'ouvrirait d'elle-même mais aussi proactif puisque le gynécologue « pousse » volontairement et « 11. (...) *va chercher et pis on va essayer de chercher avec eux, (...)* » (Gyn4HSexo, p.6). Ainsi, il semblerait que ce gynécologue ait la volonté de discuter de sexualité avec ses patientes mais que, par peur d'être intrusif, l'abord se fait de manière implicite et passive. En effet, selon lui, il serait « 13. (...) *malvenu (...)* » (Gyn4HSexo, p.7) de faire une « 11. (...) *anamnèse sexologique (...)* » (Gyn4HSexo, p.6) et ce, même dans le contexte médical, car il faudrait poser des questions trop précises sur la sexualité des patientes (i.e. « 11. (...) *'bah voilà c'est comment pour vous ? et pis avec qui ? pis combien de fois par semaine ? pis il fait ça bien ? pis il fait pas ça bien ?'* » (Gyn4HSexo, p.6)). De plus, ce gynécologue utilise souvent un vocabulaire très imagé qui ne donne pas une vision suffisamment précise de sa pratique pour tirer des conclusions à ce sujet.

Toutefois, la moitié des gynécologues considèrent que la discussion de la sexualité relève de leur responsabilité et que l'abord de ce sujet serait plus simple étant donné que « 83. (...) *on est vraiment dans le vif du sujet quoi, on est vraiment ... 'fin. Par la force des choses on touche les choses, 'fin je veux dire on en parle quoi, on en parle peut-être plus facilement.* » (Gyn1F, p.20). Ainsi, il serait « 3. (...) *juste évident que c'est le gynécologue qui doit questionner 'fin qui doit questionner ces aspects-là [la sexualité] (...)* » (Gyn5FSexo, p.2). De plus, selon l'un d'entre eux, leur « 10. (...) *but est plus de dépister s'il y a un souci niveau sexualité (...)* » (Gyn6H, p.4). Pour d'autres, interroger la sexualité de leurs patientes peut avoir une certaine utilité. Par exemple, une des gynécologues demande à ses patientes si elles ont des rapports sexuels pour décider s'il est nécessaire de faire un examen gynécologique « 26. (...) *parce que*

si j'ai une patiente de 80 ans qui a pas eu de rapports sexuels depuis 20 ans, qui a pas de souci en bas, qui a pas eu de ... alors bon dans le cas d'un cancer c'est peut-être différent, qui a pas eu de cancer ou comme ça, je vais pas forcément faire un examen. » (Gyn1F, p.5). Il est intéressant de constater que l'emploi de l'expression « en bas » ne donne pas l'impression que cette gynécologue est tant à l'aise avec la sexualité et, par ailleurs, que l'exemple de la femme âgée qui n'a plus de rapports sexuels semble un peu « classique » ; de plus, toutes les gynécologues expliquent discuter de la sexualité avec toutes les patientes, même les plus âgées. Finalement, la sexualité sert aussi à la plupart à évaluer s'il y a un problème qui peut être pallié mais surtout pour les problématiques médicales. Par exemple, les problèmes de libido n'ont pas besoin d'être trop discutés car « 38. (...) la libido c'est multifactoriel, on peut en parler et pis sinon c'est bon, on passe à autre chose. » (Gyn4HSexo, p.13) et « 6. (...) on va pas devoir en parler en long en large en travers avec tout le monde et pas plusieurs fois quoi. » (Gyn2F, p.4). Ces propos montrent que ces gynécologues n'ont pas forcément les outils pour discuter de la sexualité dans sa globalité. De plus, un des gynécologues trouve que l'examen gynécologique est « 75. (...) la bonne porte d'entrée, hein. » (Gyn3H, p.15) pour demander comment les rapports sexuels se passent car « 75. C'est quand même pas normal qu'un examen gynécologique ça fasse sauter au plafond les gens (...) » (Gyn3H, p.15) ; ainsi, il aborde les rapports sexuels par le prisme des douleurs (donc une composante physique), ce qui indique un certain malaise vis-à-vis du sujet de la sexualité au sens large du terme.

Sous-catégorie 1.3.2 : La définition de la sexualité

Comme expliqué précédemment, il n'est pas équivalent de questionner les rapports sexuels et la sexualité. Ainsi, il est intéressant d'analyser ce que les gynécologues entendent lorsqu'ils-elles disent parler de sexualité avec les patientes.

Premièrement, trois gynécologues semblent montrer une attitude ouverte face à la sexualité et une volonté de l'inscrire dans quelque chose de global mais rencontrent des limites. Par exemple, une des gynécologues commence par dire que : « 43. Dès le moment qu'une patiente vient avec des problèmes de sexualité donc elles arrivent pas à avoir de pénétration pour x raison, pas forcément en cas de cancer hein ou euh ... » (Gyn1F, p.9) mais mentionne l'importance de « 62. (...) tout ce qui est caresses et tout ça (...) » (Gyn1F, p.15) ; ainsi, cela montre peut-être une volonté d'ouverture de sa part mais nous constatons aussi qu'elle développe relativement peu les possibilités de sexualité hormis la pénétration, ce qui donne l'impression qu'elle en a une vision plutôt floue. Nous remarquons les mêmes limites chez une autre qui dit se rendre compte que « 9. (...) beaucoup de femmes ont un autre type de sexualité

où y a pas forcément de pénétration, où y a des caresses ou bien des câlins où on a envie de passer du temps avec l'autre mais pas forcément du côté très très sexuel 'fin comme on l'imagine (...) » (Gyn2F, p.5-6). A nouveau, cette gynécologue montre une volonté d'inscrire la sexualité dans quelque chose de plus large mais semble manquer d'exemple. De plus, ce qu'elle qualifie de « 9. (...) côté très très sexuel (...) » se rapporte sûrement à un rapport sexuel. A l'inverse, un des gynécologues va plus en loin en mettant la notion de plaisir au centre de la sexualité et en soulignant que « 11. (...) *Y a pas de norme en sexualité quoi.* » (Gyn6H, p.5).

De plus, la première gynécologue considère que « 52. (...) *la contraception c'est de la sexualité (...)* » (Gyn1F, p.11) ce qui, selon la gynécologue-sexologue, est une vision limitée de la sexualité. Nous pouvons aussi penser qu'une gynécologue qui considère avoir discuté de la sexualité avec une patiente en discutant de la contraception n'est pas forcément la gynécologue la plus à l'aise avec le sujet de la sexualité.

Le gynécologue formé en sexologie va plus loin que ces deux gynécologues en expliquant que la sexualité désigne un spectre de pratiques plus large que la pénétration et que « 8. (...) *la sexualité ... 'fin la plupart des femmes 'fin la plupart des femmes non ! On peut pas dire les choses comme ça, mais la sexualité est vue et comprise comme on part du point A et on arrive au point X en passant par un certain nombre de stades dont les préliminaires, la pénétration, le plaisir, l'orgasme, etc. etc. pis la cigarette à la fin et tout va bien, etc. etc. C'est... c'est voilà. La sexualité ça peut être très différent, ça peut se vivre dans des zones, dans des endroits, dans des scénarios, dans quelque chose qui est beaucoup plus large que l'usuel dimanche matin 9h et quart et on commence et on finit à 10h moins 10. Vous voyez ce que je veux dire ? Ça peut être quelque chose de très différent, vécu différemment, ça peut se lier à des choses hétéros, homosexuelles, trans, 'fin je veux dire voilà, c'est un domaine qui est extrêmement large.* » (Gyn4HSexo, p.5). Premièrement, nous remarquons qu'il évite de faire une généralité sur ce que les femmes pensent. Ensuite, il parle des différents stades du modèle de Masters et Johnson (1966) qui est un modèle très médical suggérant que le rapport sexuel contient 4 phases : l'excitation, le plateau et, l'orgasme et la résolution. Cependant, il termine en expliquant que la sexualité peut se vivre dans différents scénarios ; cela semble faire référence à la théorie des scripts (Gagnon & Simon, 1973). Cette théorie se détache des composantes biomédicales car les scripts sont socialement appris par les individus, fortement influencés par la culture et permettent à une personne de reconnaître le caractère sexuel d'une situation. De plus, il adopte un point de vue inclusif au niveau des orientations sexuelles et des identités de genre. De ce fait, nous remarquons que ce gynécologue reste avant tout un médecin ayant suivi une formation

biomédicale mais nous relevons aussi l'apport de la formation de sexologie. Plus tard, il appuie sa volonté de ne pas enfermer la sexualité dans quelque chose « 8. (...) *très conventionné ou conventionnel.* » (Gyn4HSexo, p.5). Il insiste aussi sur le fait que, socialement, la sexualité désigne quelque chose « 30. (...) *qui est très basique et normé (...)* » (Gyn4HSexo, p.11), à savoir la pénétration. Pour autant, comme discuté précédemment, ce gynécologue n'aborde pas la sexualité frontalement par peur d'être intrusif.

Lorsque la gynécologue-sexologue parle de sexualité, elle « 15. (...) *pense à l'activité sexuelle, aux rapports sexuels ou aux interactions sexuelles qu'il peut y avoir pour la patiente avec d'autres personnes ou avec elle-même aussi et pis de savoir s'il y a de la satisfaction dans ce domaine-là.* » et mentionne aussi « (...) *comment la sexualité, l'interaction sexuelle ou l'activité sexuelle elle est vécue par la personne.* » (Gyn5FSexo, p.6). Cette définition est plus large que celle de ses collègues. Premièrement, elle utilise le terme « activité sexuelle », qui désigne un plus grand nombre de pratiques que simplement la pénétration. Ensuite, elle parle d'interaction avec d'autres personnes, sans obligatoirement inscrire cela dans un schéma hétérosexuel et sous-entendant à nouveau un large éventail de pratiques. Finalement, elle inclut aussi l'activité sexuelle de la patiente avec elle-même et parle de la satisfaction qui en découle (sans forcément parler d'orgasme). Finalement cette gynécologue trouve que le modèle bio-psycho-social s'applique bien au domaine de la sexualité car les difficultés peuvent être causées par des éléments biologiques, psychologiques et sociaux.

Sous-catégorie 1.3.3 : Sexe et âge du.de la gynécologue

Alors que l'âge n'est pas décrit comme une barrière à la discussion de la sexualité, les années d'expérience constituent, selon certain·e·s gynécologues non formé·e·s en sexologie, un réel facilitateur quant à la discussion de la sexualité : « 15. *J'imagine que quand on sort des études on est peut-être tout rougissant en parlant d'un truc et après ça va quoi.* » (Gyn2F, p.11). En effet, chacun fait sa « 90. (...) *petite cuisine selon [ses] expériences.* » (Gyn1F, p.22). De plus, la difficulté de la discussion de la sexualité réside dans le fait que « 15. (...) *il faut être ouvert à pleins de trucs qu'on connaît pas au niveau sexualité (...)* » (Gyn2F, p.10) pour ne pas avoir l'air « 15. (...) *d'une cruche ou d'être choquée alors voilà.* » (Gyn2F, p.10).

De plus, la question du sexe du gynécologue « 21. (...) *c'est quand même une vraie question.* » (Gyn5FSexo, p.8). Premièrement, nous observons que les femmes gynécologues disent ne jamais avoir été « 16. (...) *perturbée[s](...)* » (Gyn2F, p.11) ou ne jamais s'être senties « 16. (...) *intrusive[s] (...)* » (Gyn2F, p.11) mais, en se mettant dans la peau d'un gynécologue, elles estiment que « 16. (...) *suivant quel est le sujet et quelle est la plainte ou de quoi il faut parler*

je peux comprendre que ça puisse être un peu gênant quoi. » (Gyn2F, p.11) et qu'il est « 18. (...) peut-être plus délicat qu'un homme demande comment se passe les rapports sexuels » (Gyn1F, p.4). Bien que « 21. (...) dans notre époque, avec MeToo et on est en train de voilà, de mettre de l'abus partout pour je pense que les hommes c'est ouais ... et qu'ils se posent la question de pas de la poser comme il faut, qu'il y ait pas d'ambiguïté. (...) Pis moi j'ai pas ce genre de stress. » (Gyn5FSexo, p.8), la gynécologue-sexologue imagine « 21. (...) qu'avec une question standardisée (...) on doit pouvoir s'en sortir aussi plutôt bien avec quelqu'un de l'autre sexe. » (Gyn5FSexo, p.8).

Contrairement à la perception qu'ont les femmes gynécologues, aucun gynécologue de sexe masculin ne dit explicitement être gêné dans l'abord de la sexualité, comme le décrivent les deux autres hommes gynécologues : « 38. (...) ça ne me pose pas de problème fondamental (...) » (Gyn3H, p.9). Cependant, le gynécologue formé en sexologie conçoit exercer « 13. (...) un métier dangereux pis difficile, (...) où effectivement on touche, on fait des choses de ce type-là, qui peuvent être interprétées de différentes manières. » (Gyn4HSexo, p.7). Il est intéressant de remarquer que c'est le gynécologue formé en sexologie qui souligne que certains actes peuvent être interprétés différemment en fonction de la patiente ; il semblerait donc que ce dernier soit spécialement sensibilisé au fait que ce qui est discuté ou examiné en contexte gynécologique n'est pas anodin.

Enfin, certaines patientes préfèrent consulter des femmes « 18. (...) 'Ah bah j'osais pas le dire avant à votre collègue homme et maintenant j'ose en parler parce que vous êtes une femme'. » (Gyn1F, p.4) alors que d'autres « 39. (...) sont anti-femmes (...) » (Gyn3H, p.10). Enfin, il semblerait surtout que « 10. (...) ça dépend des patientes (...) » (Gyn6H, p.4) car « 10. (...) ça peut être une barrière ou des fois pour certaines c'est ... c'est plutôt l'inverse quoi. » (Gyn6H, p.4).

A travers ces observations, nous comprenons qu'il ne semble pas y avoir de règle générale quant à l'influence du sexe ou de l'âge du gynécologue sur l'abord de la sexualité. Cependant, les femmes expriment ne jamais s'être senties intrusives et estiment qu'il est plus délicat d'aborder la sexualité en tant que gynécologue de sexe masculin. Ces derniers ne rapportent cependant pas être gênés. Par ailleurs, pour des questions de représentativité de l'échantillon, il n'est pas possible de tirer des conclusions quant à l'influence du sexe ou de l'âge du gynécologue dans la discussion de la sexualité sur la base de ce travail. En effet, les hommes ayant participé aux entretiens sont en moyenne plus âgés que les femmes qui ont globalement le même âge.

Sous-catégorie 1.3.4 : Discordances entre les patientes et les gynécologues

Cette sous-catégorie est très importante dans ce travail puisqu'elle met en lumière les discordances entre les attentes des patientes et le point de vue des gynécologues sur la sexualité.

En effet, sur « 6. *La question de la sexualité, (...) la vision du médecin et des patientes n'est pas la même. (...) le médecin est convaincu d'avoir abordé le sujet (...) et les patientes disent que non on a pas posé la question, parce que des fois c'était tellement subtil que la patiente n'avait pas remarqué qu'on en avait parlé (...)* » (Gyn2F, p.4-5). Il est intéressant de remarquer que cette gynécologue, qui dit aborder la sexualité avec ses patientes, semble aussi savoir que les patientes ne saisissent pas toujours la subtilité de cet abord. Pour autant, cela ne semble pas la déranger davantage ; cherche-t-elle donc vraiment à en discuter avec la patiente ? Par ailleurs, elle souligne que ce sont des plaintes qui ressortent souvent dans le contexte de questionnaires portant sur les attentes des patientes ; ainsi, sans ces enquêtes, les patientes ne se seraient pas forcément plaintes du manque de discussion sur la sexualité. En outre, le gynécologue dont une des patientes trouvaient ses questions sur la sexualité trop intrusives revient sur l'incident et pense avoir questionné la sexualité de cette patiente « 75. (...) *avec une certaine finesse (...)* » (Gyn3H, p.15) et dit ne pas comprendre la réaction de cette dernière. En somme, il conclut « 75. (...) *que des fois on est pas sur la même longueur d'onde- (...)* » (Gyn3H, p.15).

Le gynécologue formé en sexologie insiste sur le fait qu'il est difficile d'étudier le regard croisé des patientes et des gynécologues ; c'est-à-dire ce que les patientes ont l'impression d'avoir compris et ce que les gynécologues pensent avoir dit. De plus, il entend les plaintes des patientes mais souligne que les études sont « 77. (...) *peu dans l'abord du professionnel (...)* » (Gyn4HSexo, p.21). De plus, si l'on croit un autre interviewé, certain·e·s gynécologues imaginent qu'aborder la sexualité en consultation gynécologique gênerait la patiente alors qu'une étude démontre que les femmes s'attendent à avoir cette discussion avec leur gynécologue.

Les gynécologues relèvent aussi que la quantité d'information qu'ils·elles doivent donner à leurs patientes dans les consultations peut aussi amener des discordances, notamment dans des contextes émotionnels comme les annonces de diagnostic. En effet, « 19. (...) *les ¾ des informations, vous vous les dites mais si vous cochez j'ai dit ça j'ai dit ça j'ai dit ça pis elle elle a entendu même pas 1/10 de ce que vous avez dit.* » (Gyn2F, p.12). De plus, « 24. (...) *dans les procès médicaux c'est ce qui ressort toujours, le manque d'information. Et pis en même temps, en informant totalement les gens de ceci ou cela, euh ... bah ils arrivent pas à métaboliser entre guillemets tout. C'est pas évident.* » (Gyn3H, p.6). Par conséquent, « 90. *Tout ça est délicat et*

entre ce qu'on dit et ce qui est compris par rapport au bagage des gens c'est vraiment un problème difficile. » (Gyn3H, p.18) ; cela souligne la possibilité de malentendus entre les gynécologues et leurs patientes en fonction des connaissances de ces dernières.

Sous-catégorie 1.3.5 : Prise de recul sur sa pratique

Durant les entretiens, cinq des six gynécologues interviewé·e·s ont pris du recul sur leur pratique ; par exemple, plusieurs d'entre eux·elles admettent ne pas tout savoir et / ou pouvoir parfois mieux faire certaines choses pour leurs patientes.

Par exemple, deux gynécologues qui affirment ne pas aborder la sexualité au moment du diagnostic de cancer se remettent en question et n'assurent pas que c'est la bonne manière de faire les choses : « 34. *Mais peut-être que je devrais hein, effectivement. C'est une bonne euh une bonne remarque.* » (Gyn1F, p.6). De plus, elle raconte qu'une fois son attention attirée sur certaines problématiques, elle y est plus « 70. (...) *alerte (...)* » (Gyn1F, p.17) ; notamment sur le fait que les patientes oncologiques se questionnent sur les impacts du cancer et des traitements sur leur sexualité. Par exemple, un des gynécologues explique avoir pris conscience des discordances entre les patientes et les gynécologues et essayer « 26. (...) *de faire attention à ça en posant la question, (...)* » (Gyn6H, p.10) sans pour autant se considérer « 55. (...) *meilleur que les autres (...)* » (Gyn6H, p.18). Cela montre ainsi sa capacité à prendre du recul sur sa pratique et à la modifier pour mieux répondre aux attentes des patientes. Concernant l'absence des conjoint·e·s aux consultations gynécologiques de manière générale, notamment lorsque la sexualité pose problème, un gynécologue se demande s'il n'invite peut-être pas suffisamment le conjoint ou s'il ne lui offre pas l'espace nécessaire : « 67. (...) *peut-être que je fais pas mon boulot et que je n'invite pas assez- (...)* » (Gyn3H, p.14). En outre, la gynécologue-sexologue juge elle-même que la problématique de l'orientation sexuelle de la patiente « 65. (...) *c'est un peu mon point faible de mon anamnèse, (...)* » (Gyn5FSexo, p.17). De plus, prendre du recul et s'interroger objectivement sur sa propre pratique n'est pas un exercice facile : « 63. (...) *je sais pas quel accueil on vous fait dans les cabinets mais il est parfois difficile de s'interroger sur sa pratique si vous voulez, de manière entre guillemets objective en se disant "bah voilà, qu'est-ce qui me manque, qu'est-ce qui ne me manque pas, qu'est-ce que j'ai besoin, quelle formation, qu'est-ce que je vais chercher ?"*, c'est difficile parfois d'interroger sur sa pratique et la manière dont on ressent les choses (...) » (Gyn4HSexo, p.19). Il estime aussi éventuellement se tromper sur les attentes des patientes oncologiques.

A nouveau, nous concluons que les gynécologues sont plutôt ouvert·e·s à aborder et discuter de la sexualité avec les patientes et ces prises de recul témoignent de leur bonne volonté.

Cependant, certaines barrières demeurent plus fortes que ces intentions et empêchent la discussion.

5.3 Thème 2 : Cancer

Introduction

Ce thème porte sur les différents rôles endossés par les gynécologues dans les situations de cancer ainsi que sur la maladie en tant que telle.

Catégorie 2.1 Les rôles des gynécologues

Cette catégorie a une grande importance pour ce travail puisqu'elle explique les différents rôles que les gynécologues peuvent jouer en situation de cancer du sein ou de l'utérus.

Sous-catégorie 2.1.1 : La détection et le diagnostic

Les gynécologues peuvent être présent·e·s dès les premiers moments des cancers ; ces derniers détectent parfois les cancers du sein et gynécologiques car ils·elles sont : « 83. (...) *en première ligne pour ça parce que c'est vrai que ça touche fin nous on touche à la sphère génitale finalement. (...)* » (Gyn1F, p.20). En effet, il arrive parfois que les gynécologues détectent ou suspectent un cancer lors d'examens de routine, comme le décrit un des gynécologues : « 105. (...) *elle est venue en consult' et de manière un peu fortuite on a trouvé un cancer de l'endomètre (...)* » (Gyn4HSexo, p.27). La suspicion arrive aussi lorsqu'ils·elles sentent « 4. (...) *un truc au niveau de la poitrine ou on voit qu'il y a quelque chose à l'échographie au niveau de l'utérus (...)* » (Gyn6H, p.1-2). De plus, les cancers de l'utérus peuvent se manifester par de saignements dans un premier temps, ce qui amène souvent les femmes à consulter leur gynécologue afin d'examiner cela : « 73. (...) *si c'est un cancer de l'utérus ça va se manifester par des saignements, ça veut dire qu'elles vont venir consulter le gynécologue.* » (Gyn1F, p.18). Ce sont « 6. *Surtout des saignements après la ménopause, ce qui est pas normal.* » (Gyn3H, p.3). Selon le gynécologue formé en sexologie, il est donc important d'y être attentif·ve.

Tout·e·s les gynécologues interviewé·e·s ont annoncé au moins une fois un diagnostic de cancer à une patiente, parfois même « 29. (...) *comme premier contact avec des patientes (...)* » (Gyn1F, p.6). Il est intéressant de relever que, malgré un certain professionnalisme, les gynécologues sont aussi touché·e·s par l'annonce : « 13. *Bah c'est difficile fin c'est clair que ça fait partie du travail (...)* ça reste des moments qui sont pas simples. » (Gyn2F, p.8). En outre, il ne s'agit pas de simplement annoncer un diagnostic mais il est préférable de revoir les patientes rapidement afin de leur donner des pistes de prise en charge : « 20. (...) *je fais une*

annonce avec un peu du diagnostic avec la prise en charge et tout ça euh ... et pis après, je revois les patientes assez rapidement après. C'est-à-dire que quelques jours après, pour rediscuter de tout ça. » (Gyn6H, p.8). Cet aspect sera plus amplement développé dans la sous-catégorie suivante.

Sous-catégorie 2.1.2 : Accompagnement dans le choix du traitement

Les gynécologues essaient d'accompagner au mieux leurs patientes dans le choix du traitement. Cette sous-catégorie décrit les différents choix thérapeutiques qui s'offrent à elles ainsi que la vision qu'ont les gynécologues de cet accompagnement.

Pour commencer, une gynécologue explique que la décision du traitement d'un cancer du sein se fait avec le colloque de sénologie et qu'elle revoit ensuite la patiente pour lui expliquer ce qui va être fait. Elle souligne que les patientes ont toujours le choix d'accepter le traitement et l'opération mais que, dans le contexte de cancer, elles choisissent souvent de se plier aux recommandations : « 77. (...) *pis c'est assez rare de dire non pour ça quoi. Pis les cancers de l'utérus la même chose hein, en général si y a une indication ou s'il y a un cancer, en général elles disent pas non ... à moins qu'elles soient vraiment très mal en point, qu'elles soient très âgées ou ... après ça se discute aussi selon l'âge.* » (Gyn1F, p.19). Cependant, lorsque les patientes ne sont pas convaincues par les interventions recommandées, un des gynécologues discute avec elles pour trouver des solutions et les convaincre : « 17. (...) *après on en discute et pis on essaie de les convaincre, savoir ce qui les inquiète et pis on essaie de trouver une solution pour pallier cette inquiétude.* » (Gyn6H, p.7). Concernant le cancer du sein plus spécifiquement, une fois le diagnostic posé, la discussion du traitement au colloque de sénologie et l'explication de ce traitement à la patiente peut se faire « 19. (...) *en une semaine.* » (Gyn2F, p.12).

Deux gynécologues semblent avoir une prise en charge relativement globale, incluant les problématiques psychologiques des patientes oncologiques. Une de ces deux met l'accent sur le fait que l'accompagnement a pour but d'aider la patiente et de répondre à ses besoins personnels durant cet événement de vie difficile : « 13. (...) *enfin il faut aider les gens à traverser ce moment difficile, voir qu'est-ce qu'on peut faire concrètement, voir chaque personne ce qu'elle a besoin.* » (Gyn2F, p.8). A l'inverse, le gynécologue le plus âgé se démarque des autres par des explications très axées sur les aspects médicaux. En effet, nous remarquons que les informations qu'il donne aux patientes sont très factuelles et médicales : « 8. *On leur explique que c'est un cancer localisé, que l'infiltration est de tant de temps et pis*

que voilà la procédure qui aura lieu pis qu'en post-opératoire ça dépendra du type de tumeur que c'est, du degré d'infiltration dans le muscle utérin (...) » (Gyn3H, p.3).

Alors que peu de gynécologues opèrent les cancers de l'utérus, certain·e·s opèrent les cancers du sein : « 95. *Oui, on les fait [interventions cancer du sein] avec ces collègues avec qui je travaillais sur ((ville)), ouais. » (Gyn4HSexo, p.25).* Ainsi, selon le gynécologue formé en sexologie, il existe, en situation de cancer, « 4. (...) *deux types de prise en charge : il y a un, le médecin périphérique qui fait le diagnostic, qui met en place les investigations et ensuite qui va trouver un relai opérateur qui va faire la bricole. » (Gyn4HSexo, p.3).* Le·la médecin périphérique représente le gynécologue en cabinet qui peut aussi, en cas de cancer du sein, être le relai opérateur. Selon ce gynécologue, ce sont donc les professionnel·le·s en charge de l'opération qui préviennent les patientes des conséquences (donc dans le cadre de cancer du sein, ce sont parfois les gynécologues).

La majorité des gynécologues acceptent de prendre un petit peu de retard sur leur journée quand une patiente commence à parler d'un problème quel qu'il soit, mais il semble d'autant plus important à leurs yeux de se montrer disponibles pour les patientes qui reçoivent un diagnostic de cancer. Par exemple, ces dernières bénéficient souvent de plusieurs rendez-vous : « 18. (...) *je préfère leur redonner un rendez-vous. » (Gyn2F, p.12).* En outre, un des gynécologues, très attaché au suivi et à l'accompagnement des patientes oncologiques, se rend extrêmement disponible pour ces dernières ; en effet, il prévoit une consultation plus longue lorsqu'il doit annoncer un diagnostic de cancer et est aussi atteignable par ces dernières en dehors de ses heures de travail : « 15. (...) *pour ces annonces de résultats de cancer, euh je prends souvent un peu plus et je les vois- elles ont mon numéro direct aussi donc elles peuvent m'appeler quand elles veulent jour et nuit et pis euh... et pis on prend le temps qu'il faut quoi. » (Gyn6H, p.6).* En outre, il explique que les patientes oncologiques ne quittent pas son cabinet avec simplement une ordonnance pour se rendre à l'hôpital mais qu'il leur propose plusieurs rendez-vous et qu'il essaie toujours de les revoir rapidement après l'annonce du diagnostic de cancer. Ainsi, il fait le choix de se rendre très disponible pour ces patientes car il estime que c'est nécessaire et que, les diagnostics de cancer n'étant pas si fréquents, il peut se le permettre : « 21. (...) *c'est pas une question de temps parce que ces cas c'est pas tous les jours qu'on en a et ça vaut la peine de prendre le temps (...) » (Gyn6H, p.8).*

Sous-catégorie 2.1.3 : Suivi

Dans cette sous-catégorie, nous comprenons que les gynécologues se chargent souvent du suivi des patientes durant le parcours thérapeutique et investiguons leur perception de ce suivi.

Premièrement, le suivi dépend du type de cancer. Les patientes en phase post-traitement d'un cancer de l'utérus sont suivies tous les 3-4 mois selon deux gynécologues, dont la gynécologue-sexologue : « 3. *Par exemple, il y en a que je vois tous les 3-4 mois, régulièrement euh ... on vérifie comment se passe leur quotidien, est-ce qu'elles ont des symptômes ?* » (Gyn2F, p.2) ; nous pouvons penser que la question de la sexualité rentre dans celles sur leur vie quotidienne. Toutefois, nous observons des différences dans la fréquence du suivi ; par exemple, le gynécologue le plus âgé voit les patientes en post-traitement de cancer de l'utérus « 10. (...) *une ou deux fois par année (...)* » (Gyn3H, p.3). Concernant les cancers du sein, deux gynécologues reportent voir les patientes en post-traitement environ tous les 6 mois.

Les suivis en phase post-traitement de cancers de l'utérus sont : « 12. (...) *plus du ressort du gynécologue parce que c'est quand même un examen au niveau vaginal.* » (Gyn5FSexo, p.5). Mais l'examen gynécologique ne représente qu'une petite partie de la consultation ; il s'agit plutôt de contrôler l'état général (i.e : la cicatrice, les tissus, faire une prise de sang) et « 3. (...) *prévoir la suite, des fois on doit faire des scanner ou organiser des suivis etc.* » (Gyn2F, p.2). Par conséquent, il semblerait même que le contrôle gynécologique soit « 31. (...) *presque un prétexte pour qu'elles [patientes oncologiques] viennent régulièrement ...* » (Gyn2F, p.17). En effet, ces rendez-vous de suivi servent aussi à voir « 2. (...) *comme ça va au niveau physique et psychologique (...)* » (Gyn6H, p.1-2). Par exemple, l'une des interviewé·e·s raconte le cas d'une patiente chez qui elle a remarqué, pendant le suivi post-traitement, une fatigue extrême. Elle lui a donc conseillé de faire quelques aménagements dans sa vie, notamment baisser son pourcentage d'activité professionnelle. Ainsi, outre les questions médicales, le but de ce suivi serait « 6. (...) *un accompagnement, d'être à disposition si jamais, de répondre aux questions, un proche peut venir avec (...)* » (Gyn6H, p.2).

Alors que le gynécologue formé en sexologie profite du suivi post-traitement pour évaluer si les cicatrices laissées par les interventions des cancers du sein sont esthétiques, sa collègue sexologue parle plutôt de « 30. (...) *détecter que le rapport au corps il a changé (...)* » (Gyn5FSexo, p.10), ce qui donne l'impression que cette dernière s'intéresse davantage au vécu subjectif de la patiente plutôt qu'à la réussite objective de l'opération. De plus, elle insiste aussi sur le sentiment de solitude des patientes en phase post-traitement de cancer du sein ; ces dernier·e·s sont très entourées durant la maladie, ce qui contraste avec les rendez-vous biannuels une fois le cancer maîtrisé : « 55. *Dans le cancer du sein y a quand même souvent cette plainte de dire "bah d'un coup y a plus personne" quoi.* » (Gyn5FSexo, p.15). Ainsi, cette gynécologue semble très à l'écoute du vécu de ses patientes. Par ailleurs, en post-

traitement, « 4. (...) *il faut savoir ressortir ces patientes de ça pour les reprendre chez les médecins praticiens pour justement aborder des sujets qui vous intéressent, c'est-à-dire la sexualité, la vie après, la surveillance et tout ça.* » (Gyn4HSexo, p.3). Néanmoins, nous verrons plus tard ce gynécologue explique que la discussion de la sexualité a surtout sa place dans la phase post-traitement du cancer mais il ne paraît pas proactif dans cette discussion contrairement à ce que l'emploi du verbe « aborder » laisse entendre.

Catégorie 2.2 La maladie du cancer

Cette catégorie recense des aspects plus biomédicaux et concrets de la maladie qu'est le cancer dans le but de mieux en saisir les enjeux et conséquences sur la sexualité.

Sous-catégorie 2.2.1 : Les conséquences générales du traitement

Les gynécologues citent les différentes conséquences des traitements contre les cancers. Premièrement, des interventions chirurgicales sont souvent nécessaires pour maîtriser la maladie : « 12. (...) *souvent une fois qu'on a enlevé l'utérus, il y a des situations où voilà, la maladie est complètement maîtrisée (...)* » (Gyn5FSexo, p.5). Ces interventions ont souvent diverses conséquences qui impactent la qualité de vie générale des patientes : « 3. (...) *souvent elles ont des trucs quoi, de de de complications indirectes de leur euh cancer. Même quand le cancer est guéri hein, on peut avoir des séquelles sur le long terme (...)* » (Gyn2F, p.2), par exemple des symptômes de fatigue.

Dans cette sous-catégorie, nous trouvons pertinent de s'intéresser à la manière dont deux des gynécologues de sexe masculin parlent des opérations et de leurs conséquences. Par exemple, l'un d'entre eux explique que « 5. *Les gens qui vous disent 'j'ai eu un cancer de l'utérus' c'est souvent des personnes jeunes qui ont eu une pré-cancérose du col (...)* » (Gyn3H, p.2) laissant penser que les femmes tendent à exagérer leurs problèmes médicaux. De plus, les pré-cancéroses du col nécessitent, selon lui, une intervention « 5. (...) *où on enlève juste un petit bout de col (...)* » (Gyn3H, p.2) ; ce dernier donne l'impression que l'ablation d'un petit bout du col de l'utérus n'a pas d'impact (physique ou psychologique) sur une patiente. De plus, il souligne que cette intervention n'est pas problématique puisqu'elle n'affecte pas la fertilité « 5. (...) *et pis on peut avoir des enfants après, y a pas de problème (...)* » (Gyn3H, p.2). En effet, il est vrai que la fertilité est une des préoccupations des patientes oncologiques, comme l'explique plus tard la gynécologue-sexologue, mais cette remarque sous-entend que si cette fonction peut être préservée, la patiente ne rencontre pas d'autres problème. Or, cela réduit dangereusement les vécus psychologiques féminins à la fertilité. Ainsi, la description que ce

gynécologue fait de cette opération est très biomédicale et ne semble pas tenir compte du vécu subjectif de la patiente. Nous remarquons aussi cela chez le gynécologue formé en sexologie qui écrit d'une « 48. (...) *chirurgie relativement légère (...)* » (Gyn4HSexo, p.15) dans une situation de cancer du sein ; se focalisant sur le fait que cette opération est médicalement légère sans tenir compte de l'impact psychologique sur la patiente.

De plus, bien que tous les cancers n'engendrent pas les mêmes conséquences, tous impactent négativement la sexualité : « 39. (...) *Ouais parce que tout cancer avec les traitements peut avoir un impact. Le cancer de la prostate quoi.* » (Gyn5FSexo, p.11). Selon la gynécologue-sexologue, certaines conséquences sur la sexualité peuvent être indirectes, comme l'arrêt de la prise d'hormones qui peut impacter l'image de soi à certains moments de la vie.

Sous-catégorie 2.2.2 : Faits médicaux

Finalement, cette dernière sous-catégorie regroupe les différents faits médicaux sur le cancer ayant été abordés dans les entretiens. Il sera difficile de vraiment les analyser mais ces aspects amènent une meilleure compréhension de la maladie et, ainsi, de la pratique des gynécologues avec des patientes dans cette situation.

Premièrement, les cancers du sein et de l'utérus peuvent atteindre des jeunes femmes comme des plus âgées : « 78. *Oui, autant le cancer du sein que le cancer de l'utérus que le cancer des ovaires. Mais oui ça peut intervenir chez les jeunes comme chez les plus âgées.* » (Gyn1F, p.19). Cela sera contredit par trois autres gynécologues qui affirment que le cancer de l'utérus est surtout prévalents chez les femmes plutôt âgées (post-ménopause). Il souligne aussi le cancer de l'utérus est « 6. (...) *très souvent guérissable (...)* » (Gyn3H, p.2) et que la radiothérapie représente le traitement le plus fréquent et il serait parfois nécessaires d'avoir recours à « 18. (...) *des chirurgies un peu plus compliquées (...)* » (Gyn6H, p.8). Cependant, les « 106. (...) *cancers de l'ovaire y en a pas beaucoup dans une consultation 'fin ouais une fois par année et encore, deux fois par année.* » (Gyn4HSexo, p.27). Ensuite, les cancers du sein constituent « 47. (...) *l'essentiel des cancers, (...)* » (Gyn3H, p.11) et seraient de plus en plus prévalents chez les jeunes femmes. Par ailleurs, ce gynécologue rappelle que chaque femme de 50 ans et plus est invitée à faire des mammographies tous les deux ans. De plus, la radiothérapie représente aussi un traitement efficace pour les cancers du sein.

La gynécologue-sexologue explique que, grâce aux progrès médicaux, il est actuellement possible de survivre aux cancers : « 93. (...) *ça change énorme, avant on avait un cancer, on était condamné point. Pis maintenant avec la plupart des cancers on vit un certain nombre*

d'années (...) » (Gyn5FSexo, p.23). Ainsi, cela amène d'autres questionnements chez les patientes, notamment les questions de qualité de vie (i.e. la sexualité) que nous discutons dans le thème suivant.

5.4 Thème 3 : Cancer et sexualité

Introduction

Dans ce thème, nous discutons des conséquences du cancer de la sexualité, de la discussion de la sexualité en consultation gynécologique oncologique (les barrières, facilitateurs et la temporalité) ainsi que de la perception du vécu des patientes par les gynécologues.

Catégorie 3.1 Les conséquences du cancer et du traitement sur la sexualité

Dans cette catégorie, les gynécologues décrivent diverses conséquences du cancer et de son traitement sur la sexualité, l'explicitation des effets secondaires et les solutions qui peuvent être proposées à la patiente. Il est pertinent de différencier les impacts du cancer du sein et de l'utérus sur la sexualité.

Sous-catégorie 3.1.1 : Le cancer comme traumatisme

Tout d'abord, toutes les gynécologues expliquent que l'annonce d'un cancer représente un réel traumatisme dans la vie des patientes : « 16. *Le diagnostic, (...) pour certaines femmes y aura un jour avant et un jour après. C'est-à-dire que vous êtes en train de changer leur vie, d'accord ? Pis vous le savez, d'accord ?* » (Gyn4HSexo, p.7). Ainsi, l'annonce du diagnostic de cancer est un moment marqué d'émotions fortes qui empêchent les patientes de comprendre certaines informations : « 18. *Parce que je leur dis bah voilà sur le coup de l'émotion et tout parce que bon elles pleurent 'fin elles entendent pas souvent ce qu'il en est (...)* » (Gyn2F, p.12). Un gynécologue parle même de « 21. (...) *sidération, (...)* » (Gyn6H, p.8).

Une des gynécologues insiste donc sur l'importance de proposer un soutien psychologique à ces patientes qui « 58. (...) *apprécient énormément quand on leur donne toutes ces informations (...)* » (Gyn1F, p.14). Ces dernières peuvent donc compter sur la gynécologue : « 58. *Mais je pense ça peut être aussi d'une grande aide pis elles le savent, ça elles le savent depuis le départ, dès le départ, ça je leur dis 'Vous êtes pas toute seule, nous on est là, si vous avez besoin d'aide, il faut pas hésiter à demander'*. » (Gyn1F, p.14). Elle souligne aussi que, même si elles sont soutenues par leur entourage, il peut s'avérer bénéfique pour elles et pour leurs proches de consulter quelqu'un. Finalement, les cicatrices les plus compliquées à vivre ne sont pas les physiques : « 30. (...) *ces cicatrices-là [les cicatrices physiques], on arrive à peu près à en faire*

façon, c'est les autres qui sont plus profondes qui sont difficiles (...) » (Gyn2F, p.17). Il s'agit donc de « 39. (...) faire le deuil du diagnostic du cancer (...) » (Gyn6H, p.14).

En outre, les patientes ne réagissent pas toutes de la même manière. Par exemple, une des gynécologues raconte le cas d'une patiente guérie du cancer très dynamique et qui « 33. (...) donnait bien le change (...) » (Gyn2F, p.18), si bien que son entourage n'a pas pris conscience de son mal-être. Par ailleurs, certaines « 3. (...) s'en remettent très très bien limite il faut pas trop qu'on parle de certains trucs parce que limite elles veulent tourner la page et faire comme si ça n'avait pas eu lieu (...) » (Gyn2F, p.3).

Néanmoins, un des gynécologues considère que les impacts du cancer du sein est plus important chez les jeunes femmes et justifie à nouveau cela par les questions de fertilité : « 47. *Donc leur [jeunes femmes cancer du sein] vie est rythmée... après y a tout le problème de la fertilité, du risque avec la chimiothérapie de devenir infertile avec le stockage d'ovocytes dans un centre spécialisé, etc.* » (Gyn3H, p.11). Bien que nous ne niions pas l'importance de ces questions pour les femmes diagnostiquées de cancer, nous trouvons réducteur que de considérer le traumatisme qu'un cancer représente uniquement par le prisme de la fertilité. Par ailleurs, il rapporte parfois que les jeunes femmes considèrent parfois « 47. (...) « bah moi 10 ans de ma vie a été complètement consacrés à mon cancer du sein » et que leur « 47. (...) vie a été rythmée par ça (...) » (Gyn3H, p.11-12).

La gynécologue-sexologue explique que la Ligue Contre le Cancer organise des activités pour les patientes qui « 85. (...) sont super heureuses d'avoir rencontré d'autres femmes et d'avoir partagé en tous cas ça et pis d'avoir eu d'autres outils à disposition. » (Gyn5FSexo, p.22) montrant ainsi l'importance du soutien par les pairs lors d'événements de vie de ce type. De plus, ces activités ludiques représentent une « 41. (...) une espèce de physiothérapie mais en étant sur le lac, avec d'autres femmes, avec un esprit d'équipe, avec euh ... et il parait que c'est génial quoi. » (Gyn6H, p.15). Cependant, il semblerait que ces activités existent uniquement pour les femmes ayant eu des cancers du sein mais pas pour le cancer de l'utérus. Cela s'explique sûrement par la différence de prévalence entre les deux, le cancer était du sein étant plus fréquent.

Sous-catégorie 3.1.2 : Impacts du cancer du sein sur l'image de soi et la sexualité

Cette sous-catégorie met en avant les verbatims des gynécologues portant sur les conséquences d'un cancer du sein et des traitements qui y sont associés sur l'image de soi mais aussi sur la sexualité de manière globale.

Pour commencer, toutes les gynécologues discutent des impacts des opérations. En effet, pour guérir un cancer du sein, il est souvent nécessaire d'avoir recours à une tumorectomie voire à une mastectomie en plus d'autres traitements (tels que l'hormonothérapie). Deux gynécologues mettent l'accent sur la dimension subjective de l'image corporelle ; c'est-à-dire que, en tant que personne extérieure, ils-elles trouvent souvent que l'opération est réussie et que les cicatrices sont discrètes alors que les patientes rencontrent des difficultés d'image corporelle. Ainsi, certaines patientes ont « 29. (...) *une vision un peu dysmorphique de leur corps, des fois la cicatrice elle est super discrète euh on a pas enlevé tout le sein mais juste un petit bout, ça se voit pas mais elles, elles voient que ça.* » (Gyn2F, p.16). Selon un des gynécologues, l'atteinte sur l'image corporelle après une tumorectomie « 56. (...) *c'est pas fondamental, (...)* » (Gyn3H, p.4) et que ce sont surtout les mastectomies qui altèrent l'image corporelle malgré que les reconstructions soient « 15. (...) *en général assez bonne[s] (...)* » (Gyn3H, p.4) mais « 17. (...) *elles ont le droit de... de De voir les choses autrement, voilà. On est pas à leur place hein !* » (Gyn3H, p.5). Ainsi, ce gynécologue ne prend pas en compte la subjectivité de la patiente, comme si le fait que l'opération soit objectivement réussie invalidait les répercussions sur l'image de soi subjective.

A l'inverse de son collègue, le gynécologue formé en sexologie considère qu'il « 10. (...) *et y a des reconstructions catastrophiques (...)* Y a des plasties qui peuvent être catastrophiques, avec des seins qui sont épouvantables- *'fin épouvantables je devrais pas dire ça, mais qui sont euh ... disgracieux dans le sens où ils sont asymétriques, y en a un qui est en haut à gauche et pis l'autre en bas à droite, 'fin bref ça peut juste être difficile parfois pour certaines femmes qui se sont faites opérées pour être belles, pour être dans ... dans le... dans l'histoire et qui se retrouvent avec des choses qui sont parfois difficiles à vivre je pense.* » (Gyn4HSexo, p.5). Il est pertinent de relever que le vocabulaire utilisé par ce gynécologue peut être plutôt offensant pour les patientes dans cette situation. De plus, ce dernier ne semble pas complètement sûr du vécu de ces femmes, comme s'il n'en discutait pas avec elles. Toutefois, selon lui, ces atteintes corporelles font « 94. (...) *partie un petit peu de ce qui est acceptable et accepté dans l'histoire du traumatisme.* » (Gyn4HSexo, p.25) et il explique que les cancers du sein demeurent « 53. (...) *moins traumatisants (...)* » (Gyn4HSexo, p.16) que les cancers gynécologiques ; on peut alors se demander si cette réflexion vient d'observations de sa pratique ou d'un présupposé. Outre la modification de la poitrine, les traitements accompagnant l'opération peuvent causer une alopécie et influencer l'image corporelle également : « 31. (...) *que peut-être qu'elle va*

perdre ses cheveux parce qu'elle aura de la chimiothérapie, (...) voilà que ce sera difficile à se voir dans un- (...) » (Gyn1F, p.6).

Les conséquences des opérations et traitements sur l'image corporelle subjective des patientes se répercutent ensuite sur la sexualité de ces dernières : « 9. (...) *parce que justement ces moments de câlins etc. si on a une image de soi, si on a une mastectomie ou comme ça, des fois on ... ouais on est plus mal à l'aise aussi, on se met un peu en retrait par rapport à l'autre (...) » (Gyn2F, p.6).* En outre, ce n'est pas uniquement le regard subjectif des patientes sur elle-même qui change à cause du traumatisme mais aussi celui de leur partenaire : « 7. *Ça change parce que forcément il y a un traumatisme, (...) ça change parce qu'elles ont parfois perdu un sein, ça change parce que le regard de l'extérieur est parfois différent ou parce que leur regard à elles sur leurs corps est différents, (...) » (Gyn4HSexo, p.4).*

Par ailleurs, les deux gynécologues formé·e·s en sexologie soulignent que les seins, dans notre société, sont considérés comment un symbole de féminité. Ainsi, « 17. *Quand on parle du cancer du sein, ça va être plus dans le regard de l'autre sur- parce que les seins sont dans notre société quelque chose qui est extrêmement important dans ce que la dame veut montrer (...) » (Gyn4HSexo, p.8).* De ce fait, les impacts du cancer sur l'image subjective des patientes et sur la perception (peut-être supposée) de leur partenaire rend l'accompagnement difficile pour les gynécologues : « 17. (...) *ça peut bousiller pas mal de choses dans son regard à elle versus dans le regard de l'autre ou dans ce qu'elle pense elle de ce que l'autre doit penser, 'fin c'est un peu plus tordu 'fin ça peut être extrêmement alambiqué comme histoire. » (Gyn4HSexo, p.8).*

Finalement, quatre des six gynécologues décrivent aussi les impacts des traitements sur la vie sexuelle des patientes car ces derniers engendrent des complications sur le plan physique, notamment la baisse de libido causée par les médicaments ou encore : « 9. (...) *bon le cancer du sein ce qui est fréquent c'est d'avoir une sécheresse vaginale assez fréquente chez les femmes qui prennent une hormonothérapie euh souvent si elles sont jeunes les traitements de chimio ont quand même induit une ménopause donc il y a les conséquences de leur nouvelle ménopause et les conséquences du traitement. » (Gyn5FSexo, p.4).*

Nous constatons alors que le cancer du sein et les traitements nécessaires à le guérir compliquent la sexualité, et ce de diverses manières (psychologiques comme physiques). La majorité des gynécologues en sont conscient·e·s mais certain·e·s gynécologues (non formé·e·s en sexologie) paraissent désespéré·e·s par la dysmorphie des patientes et ne semblent pas complètement saisir l'ampleur du traumatisme vécu. De plus, le gynécologue le plus âgé semble

minimiser les atteintes corporelles des opérations du sein. Le gynécologue formé en sexologie utilise des adjectifs que nous jugeons inappropriés pour décrire le résultat de ces opérations mais admet la difficulté que cette modification corporelle représente pour les patientes. Cependant, selon lui, le traumatisme soit moindre en comparaison avec un cancer gynécologique. Par ailleurs, les gynécologues formé·e·s en sexologie tiennent compte de la symbolique dans laquelle s'inscrit le sein dans la société occidentale et de son influence sur la sexualité. Compte tenu de ces diverses conséquences, nous comprenons alors l'importance de la discussion de la sexualité avec ces patientes.

Sous-catégorie 3.1.3 : Impacts des cancers gynécologiques sur la sexualité

Cette sous-catégorie est complémentaire à la précédente car elle regroupe les verbatims des gynécologues concernant les impacts des cancers gynécologiques et des traitements qui y sont associés sur la sexualité. Nous distinguons deux causes de difficultés sexuelles : les opérations et la radiothérapie.

En premier lieu, les opérations ayant pour but de guérir les cancers de l'utérus (ou gynécologiques) entraînent des modifications sur le plan vaginal et laissent une cicatrice : « 23. *Alors après, je leur demande bah voilà si y a une opération en bas bah c'est clair qu'il peut y avoir une modification au niveau vaginal étant donné que y a une cicatrice en bas donc ça peut être différent (...)* » (Gyn1F, p.4). Les interventions touchant directement les organes génitaux et consistant parfois à enlever une partie, une des gynécologues parlent plus de sexualité : « 25. *Si c'est un cancer gynécologique euh utérus, ovaires, vagin ou vulve parce que ça touche directement la zone. Si on doit enlever une partie de la vulve, la dame elle va se dire (...) donc on va en parler plus.* » (Gyn2F, p.15). En effet, « 28. (...) *on sait qu'il y aura probablement des douleurs vaginales, (...)* » (Gyn6H, p.11) et, de ce fait, « 26. (...) *on doit se poser la question.* » (Gyn2F, p.15).

Ensuite, les opérations des cancers gynécologiques s'accompagnent fréquemment de radiothérapie et curiethérapie ; traitements qui compliquent la sexualité selon quatre gynécologues, et la rende impossible selon le gynécologue formé en sexologie ; « 17. (...) *si on fait des radiothérapies au niveau vulvaire c'est vrai que là vous bousillez la sexualité (...)* » (Gyn4HSexo, p.8). Il est pertinent de prêter attention aux termes utilisés par le gynécologue ; en effet, « bousiller » est un mot très fort qui démontre bien à quel point il estime que les conséquences d'une radiothérapie sont importantes. Cependant, il nuance son propos en expliquant que ce traitement rend « 17. (...) *extrêmement difficile (...)* *d'avoir une sexualité euh normée (...)* » (Gyn4HSexo, p.8). Ainsi, ce gynécologue tient compte du fait qu'il existe

d'autres pratiques que la pénétration, témoignant ainsi d'une définition plus large de la sexualité.

Les deux gynécologues formé·e·s en sexologie tiennent des propos contradictoires concernant les opérations de l'utérus. En effet, le gynécologue explique que ces interventions rendent la sexualité « normée » impossible, d'autant plus si le partenaire de la patiente n'est pas compliant : « 79. *Oui, si vous voulez, quand on parle de cancer de l'ovaire ou de cancer de l'utérus, etc. y a des conséquences somatiques qui sont importantes du point de vue fonctionnalité sexuelle telle qu'elle est normée, si vous voulez. Donc c'est clair que si vous avez un vagin qui fait plus que, je sais pas moi, 4 cm plutôt que plus qu'il n'en faut vous aurez de la peine à avoir une pénétration avec un monsieur si le monsieur n'est pas compliant. Parce que si le monsieur force ou pousse, pis ça marche pas, pis ça fait mal, pis voilà. Ça part en cacahuète, assez vite y a plus de sexualité du tout.* ». (Gyn4HSexo, p.22). Les propos de ce gynécologue sont plus catégoriques que ceux de ces collègues. Ainsi, nous nous demandons si ce sont des conséquences qu'il observe réellement dans sa pratique ou si elles relèvent plutôt de ce qu'il imagine ; surtout que ce dernier expliquera plus tard ne pas interroger la sexualité. De plus, ses propos sont hétéronormatifs mais il est important de rappeler qu'il parlait de sexualité normée donc hétérosexuelle et centrée sur la pénétration. A l'inverse, la gynécologue-sexologue relativise en ajoutant que si l'opération est bien faite, les seules conséquences sont celles du traitement : « 9. (...) *y a des femmes à qui on a enlevé l'utérus pis elles ont rien eu de plus et là, si l'opération a été bien faite, souvent y a pas forcément de conséquences si ce n'est la ménopause (...)* » (Gyn5FSexo, p.4). Nous nous demandons donc si le gynécologue formé en sexologie a réellement observé ces complications dans sa pratique notamment par le biais de la discussion de la sexualité avec les patientes ou si cela relève davantage des conséquences qu'il imagine.

Enfin, la gynécologue-sexologue est la seule à relever la dimension symbolique de l'utérus qui, comme les seins, est un symbole de féminité : « 29. (...) *la femme on lui enlève un organe qui est quand même symbolique donc oui, je pense qu'il y a ... ça c'est clair que l'image corporelle elle change de manière importante et ouais souvent avec une amputation de certains éléments de la féminité (...)* » (Gyn5FSexo, p.10). Ainsi, l'hystérectomie modifie aussi l'image de soi selon elle, au même titre que la tumorectomie et la mastectomie. Une des gynécologues mentionne aussi la présence de la cicatrice comme entravant la sexualité via des insécurités liées à l'image de soi.

Dans cette sous-catégorie, nous constatons que les gynécologues tendent à trouver que les cancers gynécologiques impactent davantage la sexualité et qu'il est plus important d'en discuter avec ces patientes qu'avec celles ayant un cancer du sein. Cependant, il est important de comprendre que les impacts de ces cancers sont principalement sur la sexualité normée hétérosexuelle. Par ailleurs, les gynécologues se contredisent sur les conséquences des interventions chirurgicales sur l'utérus ; ainsi, nous pouvons nous demander si le gynécologue qui estime que ces interventions ont des conséquences importantes observe réellement cela dans sa pratique ou si cela relève plutôt de suppositions. En outre, la gynécologue-sexologue semble faire un pas en plus en tenant compte de l'atteinte à l'image corporelle subjective des patientes et du fait que l'utérus est un symbole de féminité.

Sous-catégorie 3.1.4 : Solutions proposées par les gynécologues

Certain·e·s gynécologues proposent des solutions pour les conséquences décrites précédemment à cause des cancers du sein et de l'utérus.

Pour commencer, les gynécologues ont plusieurs solutions pour pallier les problèmes de sécheresse vaginale engendrés par les traitements de cancer. Il semblerait que le plus important soit l'hydratation des tissus : « 10. (...) Si c'est un traitement médicamenteux qui a fait une sécheresse vaginale, faut hydrater hydrater hydrater. » (Gyn2F, p.6). Pour ce faire, différentes crèmes ne contenant pas d'hormones (et n'étant donc pas contre-indiquées) sont disponibles sur le marché. Cependant, la sécheresse prend du temps à s'améliorer et « 10. (...) c'est contraignant et faut juste leur dire que voilà, faut rentrer ça dans les habitudes comme quand on se met de la crème sur la peau bah voilà, il faut mettre ça. » (Gyn2F, p.6). Ces crèmes, notamment celles à base d'acide hyaluronique, sont jugées efficaces de manière subjective par les patientes.

La gynécologue-sexologue recommande la physiothérapie comme complément aux crèmes hydratantes car cela permet d'améliorer l'afflux sanguin : « 9. (...) des fois aussi la physiothérapie ça peut être bien aussi parce que dès qu'on vient toucher les tissus, on améliore aussi l'influx sanguin (...) » (Gyn5FSexo, p.4). Elle rajoute que les patientes en situation de cancer du sein se voient parfois proposer des approches par ostéopathie à l'hôpital : « 9. Je sais qu'à ((hôpital)), ils proposent aussi des approches par ostéopathie 'fin voilà, pour lesquelles je vois un peu moins l'évidence mais c'est aussi une approche manuelle donc pourquoi pas. » (Gyn5FSexo, p.4). Elle estime que les approches manuelles fonctionnent bien aussi pour les femmes en post-cancer de l'utérus. Il est aussi possible de travailler : « 38. (...) avec des huiles essentielles, avec l'acupuncture 'fin ici au cabinet on fait ça, on fait de l'hypnose (...) et du

coup bah typiquement pour euh au niveau vaginal, on peut essayer de traiter avec des huiles essentielles euh qui ont pas d'effet hormonal et qui peuvent aider les patientes, pour les douleurs vaginales chroniques on utilise ça (...) » (Gyn6H, p.14). Ce gynécologue propose des solutions médicales mais est aussi intéressé par les solutions alternatives qui permettent, en plus, ne contiennent pas d'hormones.

Deux gynécologues soulignent aussi l'importance de l'écoute et de la discussion avec les patientes. En effet, si cela ne résout pas le problème, l'écoute permet au moins de « 38. (...) *débloquer (...) » (Gyn6H, p.14) certaines choses. Les gynécologues tentent aussi d'accompagner les patientes ayant eu un cancer du sein à accepter leur corps bien que ce ne soit pas possible de « 30. (...) régler ça euh aussi simplement que donner une crème pour le côté sécheresse quoi. » (Gyn2F, p.17). Cette gynécologue se veut aussi rassurante en rappelant à la patiente que, du point de vue extérieur, les atteintes à l'image corporelle sont faibles « 30. (...) à quel point finalement moi je trouve que ça va, son conjoint trouve que ça va finalement, l'infirmière trouve que ça va (...) » (Gyn2F, p.17). Néanmoins, deux gynécologues vont plus loin en considérant que l'accompagnement des patientes en phase post-traitement de cancer du sein passe par la possibilité de discuter et de se réapproprier son corps en interagissant soi-même avec : « 8. (...) voilà simplement bah discuter de... quand on les examine, qu'elles puissent voir la cicatrice typiquement pour le cancer du sein, qu'elles puissent toucher, (...) Euh et pis voilà, donc moi je fais un peu comme ça. » (Gyn6H, p.3). La gynécologue-sexologue parle de « 84. (...) remettre les gens dans leur corps (...) » (Gyn5FSexo, p.21) grâce à la méditation, la pleine conscience et les approches corporelles. Il existe aussi différents ateliers : « 30. Ouais je pense que tout ce qui est image de soi et image corporelle, je pense que ce serait plus (...) un autre abord ou des abords peut-être plus corporels ou des ateliers peut-être de danse, on peut imaginer différents types de choses pas forcément très médicales. » (Gyn5FSexo, p.10). De plus, afin de réconcilier les femmes avec leurs corps, elle les encourage à prendre du temps pour elles en allant « 30. (...) faire des massages ou de prendre du temps pour elles s'occuper de leur corps et de se faire du bien (...) » (Gyn5FSexo, p.10). Ainsi, les solutions proposées par ces deux dernières gynécologues pour pallier les difficultés d'image corporelle subjective mettent la patiente dans une position plus proactive : « 39. (...) souvent bah après les patientes elles sont proactives. Elles peuvent choisir ce qui leur plait, des fois elles choisissent rien du tout et pis voilà mais elles savent qu'on leur propose des trucs, souvent ça suffit quoi. » (Gyn6H, p.14).*

Concernant les cicatrices, il est possible de les masser avec de l'huile afin de les rendre moins visibles. De plus, elles tendent devenir plus discrètes avec le temps selon la deuxième gynécologue : « 30. *Donc on peut masser les cicatrices, on peut mettre de l'huile, on peut les rendre plus fines et discrètes et elles vont s'atténuer avec le temps (...)* » (Gyn2F, p.17).

Le gynécologue formé en sexologie mentionne un autre type de solutions pour la sexualité post-traitement de cancer. En effet, ce dernier encourage les patientes à faire preuve de créativité pour maintenir une sexualité hors de la vision normée : « 80. (...) *euh toute l'idée c'est de pouvoir dire à ces femmes, qui sont dans quelque chose de difficile et délicat parce que ce normé n'est plus possible ou nous fait mal ou est difficile etc. de vivre autre chose : d'être créatives, de savoir comment elles peuvent avoir de plaisir, qu'est-ce qui leur fait du bien et qu'est-ce qui leur fait- 'fin voilà. « Intouchables », si vous avez vu le film. D'accord ? Les oreilles. Je sais pas, ou autre chose. Quelque chose qui les fait décoller ou qui les fait juste partir (...)* » (Gyn4HSexo, p.22). Il estime que l'objectif est plutôt d' « 17. (...) *ouvrir ces portes-là [de la sexualité au sens large]* » (Gyn4HSexo, p.8). Cela témoigne d'une vision large et non strictement biomédicale de la sexualité. De plus, il est intéressant de remarquer qu'il est le seul à proposer d'investir la sexualité d'une manière différente, qui sortirait de cette fameuse norme mais nous verrons dans les catégories à venir qu'il ne semble pas forcément discuter de sexualité avec les patientes oncologiques.

Les gynécologues non formé·e·s en sexologie tendent à proposer davantage des solutions médicamenteuses alors que la gynécologue-sexologue et un de ses collègues non formé en sexologie proposent des solutions plus alternatives dans lesquelles les patientes peuvent adopter une position plus proactive pour se réapproprier leurs corps. Ainsi, ils·elles semblent avoir une vision plus globale de la prise en charge en tenant compte non seulement des difficultés somatiques des patientes mais aussi de leur vécu subjectif. En outre, le gynécologue formé en sexologie est le seul à encourager les patientes à explorer d'autres pratiques sexuelles.

Sous-catégorie 3.1.5 : Explicitation de la part des gynécologues des effets secondaires

Nous avons vu précédemment les conséquences du cancer et des traitements sur la sexualité ainsi que les possibilités de pallier ces problèmes. Cette sous-catégorie interroge dans quelle mesure les gynécologues ont explicité ces effets secondaires aux patientes.

La plupart des gynécologues estiment qu'il est important de parler des effets secondaires des traitements, par exemple que l'opération modifierait voire amputerait la poitrine de la patiente : « 38. (...) *je pense que l'avoir dit quand même à un certain moment, 'bah voilà, même si vous*

*avez plus de ... de poitrine'' (...) » (Gyn1F, p.7) ou encore la sécheresse vaginale causée par les traitements : « 4. (...) et elles vont avoir plusieurs médicaments avec des effets secondaires, notamment beaucoup de sécheresse vaginale donc il faut toujours en parler quoi. (Gyn2F, p.3). Cependant, la première gynécologue n'est pas sûre d'avoir aborder la conséquence de l'intervention sur la sexualité et elle ne semble pas sûre de la manière d'en parler ; nous verrons plus tard que cette gynécologue ne discute pas de la sexualité avec les patientes oncologiques. De plus, ces deux gynécologues disent ne pas aborder la sexualité avec la patiente au moment du diagnostic car cela ne représente pas une priorité à ce moment-là. Nous pensons donc que ces deux gynécologues ont une attitude ouverte au sujet de la sexualité et ont sincèrement la volonté d'accompagner leurs patientes. Cependant, il est probablement plus simple pour les gynécologues de discuter des impacts biomédicaux des traitements sur la fonction sexuelle plutôt que de discuter de la sexualité au sens plus large avec les patientes. Nous retrouvons aussi cette prépondérance des conséquences physiques plutôt que sur la sexualité chez le gynécologue formé en sexologie : « 44. *Quand on fait une chirurgie invasive, on rabote une partie du vagin et c'est moins long, donc il faut le savoir. » (Gyn4HSexo, p.14). Il est intéressant de relever que le gynécologue formé en sexologie donne à plusieurs l'exemple des troubles érectiles découlant d'intervention sur la prostate pour appuyer la nécessité de prévenir les patient·e·s des effets secondaires des différents traitements et interventions. Ainsi, nous pouvons nous demander s'il est plus confortable, pour lui, en tant qu'homme, de faire un parallèle avec quelque chose qu'il peut imaginer ou si cela découle d'un présupposé que la sexualité représente un besoin plus important pour les hommes et est proactive que la féminine. Il semble important d'expliquer non seulement les effets secondaires mais « 22. (...) *dire pourquoi on fait ça, quel est l'objectif, quel est le but recherché, (...) » (Gyn4HSexo, p.9). De plus, selon ce gynécologue et un autre, ce ne sont pas toujours les gynécologues qui explicitent les effets secondaires des traitements aux patientes : « 22. (...) *chaque spécialiste parle un peu plus de son domaine, (...) » (Gyn6H, p.9). Ainsi, ce qui est réellement important c'est que les informations soient données plus que l'intervenant·e·s en soi ; nous pouvons nous demander si le fait de ne pas avoir une obligation de le faire pour chaque spécialiste ne dissout pas la responsabilité et résulte parfois en un manque d'information ressenti par les patientes. Par ailleurs, l'un des gynécologues est tiraillé entre l'envie d'informer ses patientes et le risque de les effrayer : « 25. *Voyez, y a toujours le problème d'informer les gens et de leur faire très peur. Et ça c'est pas facile. » (Gyn3H, p.6). De plus, même s'il est nécessaire que les patientes aient toutes les informations pour décider leur traitement, les gynécologues ont « 22. (...) été*****

plutôt habitués à dire les effets bénéfiques pis pousser les gens à prendre les traitements parce qu'on pense que c'est les meilleurs traitements (...) » (Gyn6H, p.9). Pour autant, une des gynécologues refuse d'utiliser des formats écrits pour informer les patientes lors de l'annonce du diagnostic de cancer car elle a l'impression que « 20. (...) c'est un peu comme se libérer d'un travail qu'on doit faire (...) » (Gyn2F, p.13) et préfère donner les informations à la patiente par le biais d'une discussion.

Enfin, la gynécologue formée en sexologie, quant à elle, affirme qu'elle a abordé les conséquences sur la « 7. (...) sphère sexuelle (...) » (Gyn5FSexo, p.3) et la « 7. (...) sphère gynécologique (...) » (Gyn5FSexo, p.3) des traitements. Elle rapporte aussi avoir dans son cabinet des brochures de la Ligue Vaudoise Contre le Cancer publiées des prospectus expliquant portant sur « 25. (...) la sexualité de la femme et cancer et la sexualité de l'homme et cancer » (Gyn5FSexo, p.9) ; ainsi, cette gynécologue semble préparée à informer les patientes au sujet des atteintes sur la sexualité, du moins via le format écrit.

Catégorie 3.2 Les barrières et facilitateurs de la discussion de la sexualité avec les patientes oncologiques

Ci-dessous, les barrières et facilitateurs rapportés par les gynécologues dans la discussion de la sexualité avec les patientes oncologiques sont explicités. Malgré qu'une grande majorité des interviewé·e·s raconte que la sexualité devrait être questionnée, certain·e·s tiennent parfois un discours quelque peu ambigu.

Sous-catégorie 3.2.1 : Les conséquences physiques comme point de départ et des contradictions

Premièrement, un des gynécologues explique qu'il est important de toujours partir des problèmes physiques et biomédicaux pour aborder la sexualité avec des patientes en situation de cancer ou pas : « 72. (...) quand vous pouvez pas faire un examen gynécologique à quelqu'un vous posez quand même des questions. » (Gyn3H, p.14). De plus, une autre estime qu'une patiente ne rencontre plus de problème au niveau de la sexualité car les contrôles gynécologiques sont moins difficiles : « 33. (...) je vois bien que ça va mieux, qu'au tout début quand je la rencontrais pour faire les contrôles c'était pénible et ça se voit quoi (...) » (Gyn2F, p.18).

Par ailleurs, nous remarquons des contradictions dans le discours de l'une des gynécologues. En effet, selon elle, la sexualité « 85. (...) c'est une question qui va faire partie de comment elle [la patiente] va, comment ça se passe, comment elle se perçoit. » (Gyn1F, p.21) et elle en parle

notamment par le biais des questions de « 38. (...) *l'intégrité du corps (...)* » (Gyn1F, p.7). Elle trouve aussi qu'il serait plus simple d'aborder la sexualité avec des femmes qui ont eu des cancers de l'utérus car la cicatrice entrave la pénétration : « 38. (...) *on parle plus facilement de sexualité en bas, quand on opère en bas parce que du coup il y a une cicatrice. (...) Pis du coup bah voilà pénétration fin la pénétration, la cicatrice, (...)* » (Gyn1F, p.7) mais elle n'a jamais suivi des patientes ayant ce type de cancer. De plus, cette même gynécologue affirme ne pas aborder ni discuter de la sexualité avec les patientes en situation de cancer du sein : « 38. (...) *j'ai jamais abordé la sexualité pour dire vrai en fait ! Euh en elle-même euh... parce que c'est vrai que ça fait partie de la sexualité les seins mais ... mais ... elles ont jamais demandé en fait !* » (Gyn1F, p.7). Ainsi, malgré qu'elle admette que les seins jouent aussi un rôle dans la sexualité, nous comprenons que cette gynécologue estime plus simple de parler de sexualité en phase post-traitement de cancer de l'utérus car les conséquences de ce cancer permettent de parler des impacts physiques et, finalement, de davantage axer le discours sur la possibilité de pénétration que sur la sexualité. Mais, à nouveau, cela reste hypothétique comme elle n'a jamais abordé ce sujet en réalité. Nous trouvons aussi intéressant de relever qu'elle parle de cancer « en bas » et n'utilise pas le mot « utérus » ; ce qui interroge son aisance dans la discussion de la sexualité. Ensuite, nous supposons que cette contradiction entre la nécessité perçue d'en parler et sa pratique rapportée témoigne d'une ouverture quant à la discussion de la sexualité en contexte oncologique mais aussi de la présence de barrières à cette discussion qui l'en auraient empêchée. Finalement, nous observons une posture plutôt passive quant à la discussion de la sexualité en consultation gynécologique avec des patientes en situation de cancer ; en effet, elle rapporte que les patientes ne l'ont jamais questionnée à ce sujet comme si l'abord de la sexualité ne relevait que de leur responsabilité. De plus, elle rajoute aussi que la sexualité est « 36. (...) *quelque chose qui est pas venu comme ça dans la discussion (...)* » (Gyn1F, p.7) montrant donc à nouveau une posture passive quant à l'abord de la sexualité en consultation gynécologique avec des patientes oncologiques.

A l'inverse, le gynécologue formé en sexologie explique davantage en parler avec les femmes en situation de cancer du sein car il peut l'aborder par le prisme de l'image corporelle. En effet, l'image corporelle « 99. (...) *est quand même importante pour les femmes dans la manière dont elle va aborder ou séduire le conjoint* » (Gyn4HSexo, p.26) et donc n'est « 99. (...) *pas lié directement à la sexualité mais c'est lié par le pied gauche (...)* » (Gyn4HSexo, p.26). Ainsi, ce gynécologue ne s'appuie pas sur des conséquences somatiques pour aborder la sexualité mais

sur des conséquences plus psychologiques. Cependant, son discours semble conceptualiser la sexualité féminine à travers la séduction hétérosexuelle.

Sous-catégorie 3.2.2 : Un abord implicite afin d'éviter l'intrusion

Selon l'une des gynécologues, « 36. (...) *il faut pouvoir en parler (...)* » avec les patientes oncologiques sinon « 39. (...) *elles peuvent en souffrir alors qu'on aurait pu les aider simplement.* » (Gyn2F, p.22). Cependant, les gynécologues décrivent un rôle passif dans la discussion de la sexualité. Ainsi, ils·elles semblent être ouvert·e·s à discuter de sexualité avec les patientes oncologiques mais abordent le sujet de manière implicite ; il est donc intéressant d'analyser les expressions que ces spécialistes utilisent pour décrire leur abord de la sexualité. Par exemple, un gynécologue raconte, en parlant des problèmes d'image corporelle des patientes opérées d'un cancer du sein, mettre les patientes « 19. (...) *sur la piste de nous poser des questions dans ce domaine [image corporelle], c'est ça. On essaie ... on pose pas frontalement la question disons, voilà.* » (Gyn3H, p.5). Selon lui, le fait de ne pas poser la question frontalement est un choix et ce serait aux patientes de saisir l'occasion d'en parler une fois mises sur la piste ; ainsi, la discussion de la sexualité semble relever davantage de la responsabilité des patientes qui doivent proactivement et frontalement interroger leur gynécologue sur cela en saisissant une certaine occasion décrite comme étant implicite. De plus, l'expression utilisée (« mettre *sur la piste* ») est plutôt obscure puisqu'elle ne nous permet pas, en tant que chercheur·e·s de comprendre concrètement ce qu'elle implique dans la pratique. Similairement, deux gynécologues (dont celui formé en sexologie) tentent d'adopter une posture plus proactive dans la discussion de la sexualité en disant « 40. *Ouvrir un peu la porte.* » (Gyn2F, p.22) avec les patientes oncologiques. A nouveau, s'il est impossible de savoir comment cette discussion se passe réellement par le biais uniquement d'entretiens et sans phase d'observation, nous pouvons quand même nous interroger sur ce que cette gynécologue met en place pour « ouvrir la porte ». Par exemple, nous nous demandons si cela signifie que les gynécologues questionnent directement la sexualité ou si elle tente plutôt de montrer une ouverture grâce à son attitude non-verbale. Les mêmes interrogations sont de vigueur lorsqu'un des gynécologues dit qu'il « 7. (...) *s'engouffre un peu dans la brèche (...)* » (Gyn6H, p.3). Ainsi, nous concluons que les gynécologues auraient envie d'encourager la discussion de la sexualité mais cela semble se faire de de manière plutôt implicite dans les consultations gynécologiques avec les patientes oncologiques et ce, probablement par peur d'être intrusif·ve. En outre, la gynécologue formée en sexologie parle aussi « 95. (...) *d'ouvrir ça et de permettre que la question puisse être posée.* » (Gyn5FSexo, p.24) mais elle rapporte questionner aussi

directement la patiente, comme nous le verrons dans la prochaine catégorie. Par ailleurs, le gynécologue formé en sexologie affirme ne pas avoir de question(s) type(s) pour aborder la sexualité de manière générale et en consultation avec des patientes oncologiques : « 10. *Jamais, jamais. Ô dieu du ciel, non. Non, je pense que l'idée c'est justement pas de formater les choses et on peut pas dire "bah là je vais parler de sexualité"*. » (Gyn4HSexo, p.5). Au contraire, il parle plutôt de « 9. (...) *la manière dont on pose les questions ou dont on laisse venir les choses, (...)* » (Gyn4HSexo, p.5) et estime qu'il n'y a pas de façon à proprement parlé d'aborder la sexualité. Ainsi, nous pouvons nous demander si les patientes saisissent cette autorisation implicite d'en parler et si cela traduit une gêne de sa part et une volonté ne pas nécessairement discuter de ce sujet. Toutefois, à nouveau, nous soulevons ces interrogations mais il est impossible de tirer de telles conclusions sans observer la pratique.

Ce choix fait par certain·e·s de ne pas interroger frontalement la sexualité peut venir d'une peur d'être intrusif·ve rapportée par presque tou·te·s les gynécologues concernant l'abord de la sexualité en gynécologie de manière générale (« 35. *Alors oui, le souci de l'intrusion il existe.* » (Gyn3H, p.9)). Par exemple, le gynécologue formé en sexologie explique que « 11. (...) *on va jamais chercher de manière intrusive (...)* » (Gyn4HSexo, p.6). Par ailleurs, « 76. *Les gens peuvent avoir des réactions très négatives (...)* » (Gyn3H, p.15) lorsque leur sexualité est abordée, même si « 76. (...) *c'est une minorité, on est bien d'accord (...)* » (Gyn3H, p.15). Nous constatons ainsi une nouvelle contradiction : si seulement une minorité de patientes semblent brusquées par la question de la sexualité en consultation gynécologique, nous pouvons nous demander si la peur de l'intrusion ne relève pas plus des préoccupations des gynécologues plutôt que de barrières réelles dans la pratique. En outre, interroger la sexualité expose les gynécologues à des problématiques qu'ils·elles ne sauraient pas nécessairement gérer car quand « 14. (...) *on commence à creuser au niveau de la sexualité, on sait jamais trop sur quoi on tombe. Que ce soit des abus, des violences, des choses comme ça.* » (Gyn6H, p.6) ; de ce fait, une des gynécologues n'estime pas nécessaire d'avoir trop de détails sur la sexualité des patientes. Nous remarquons concrètement ce souci de l'intrusion quant à l'orientation sexuelle des patientes ; aucun ne pose frontalement la question car selon eux·elles, les patientes le disent lorsqu'on interroge la sexualité. La gynécologue-sexologue ne « 65. (...) *pose pas la question en laissant entendre qu'il y a un partenaire, c'est "avez-vous une activité sexuelle ?"* (...) » (Gyn5FSexo, p.17) et « 65. (...) *ça résonne chez chacun différemment (...)* » (Gyn5FSexo, p.17).

Sous-catégorie 3.2.3: Les questions des gynécologues

Cette catégorie investigate la manière dont les gynécologues interrogent les patientes sur la sexualité en contexte oncologique. Il est aussi pertinent d'analyser les potentielles différences entre les questions posées en situations oncologiques et lors de consultations de manière globale afin de mettre en lumière les barrières ou les facilitateurs.

Premièrement, dans le cadre de cancer du sein, certaines questions portent sur l'apparence physique et l'image corporelle. Par exemple, « 62. (...) *''Est-ce que c'est facile avec euh bah cette amputation du sein s'il y a une mastectomie ou bien s'il y a une cicatrice, quelles sont fin est-ce que vous êtes sensibles quand on vous touche ? est-ce que ça vous dérange ?''*. Bah ça je vais poser des questions en tous cas. » (Gyn1F, p.15). A nouveau, cette gynécologue rapporte à d'autres moments ne pas discuter de sexualité avec les patientes oncologiques. Ainsi, nous demandons si elle pose réellement ces questions dans la pratique ou si ce sont des questions qu'elle imagine être appropriées. Un autre gynécologue demande « 21. (...) *si elles se sentent aussi féminines et aussi désirables qu'avant, ou des choses comme ça, disons.* » (Gyn3H, p.5), ce qui fait écho à la symbolique associée aux seins dans la société occidentale. De plus, la discussion de la sexualité « 7. (...) *part souvent de ça, c'est est-ce qu'il y a des douleurs lors euh lors des rapports sexuels (...)* » (Gyn6H, p.3), rappelant ainsi l'importance des questions somatiques dans le métier de gynécologues.

Ensuite, la gynécologue-sexologue se démarque des autres en demandant : « 5. *Est-ce qu'elles sont actives sexuellement et est-ce qu'il y a des soucis dont elles aimeraient parler.* » (Gyn5FSexo, p.2-3) ; ainsi, en parlant d'activité sexuelle, elle ne résume pas la sexualité à la pénétration mais l'ancre dans une vision plus large. En effet, elle questionne aussi « 8. (...) *l'intimité (...)* » et « 8. (...) *les relations avec le compagnon (...)* » (Gyn5FSexo, p.3) et l'éventuelle sécheresse vaginale.

En outre, lorsque nous examinons les questions posées par les gynécologues dans les consultations non-oncologiques, nous remarquons premièrement que trois gynécologues non formé·e·s en sexologie questionnent les « rapports sexuels » et partent souvent de la question des douleurs. La gynécologue-sexologue, quant à elle, parle plutôt d'activité sexuelle, demande aux patientes si elles ont des questions et interroge la satisfaction découlant de l'activité sexuelle ; nous voyons donc qu'elle va plus loin que ses collègues dans la discussion de la sexualité. En effet, l'activité sexuelle désigne une vision plus globale de la sexualité que les rapports sexuels qui se comprennent surtout la pénétration.

Sous-catégorie 3.2.4 : La place de la sexualité dans les consultations gynécologiques avec des patientes oncologiques

Cinq des six gynécologues expliquent que la sexualité ne représente pas une priorité pour les patientes oncologiques. En effet, trois gynécologues reportent que ces dernières seraient dans « 44. (...) *une bulle où je pense que la sexualité est mise à l'écart.* » (Gyn1F, p.10). De plus, la peur que la sexualité engendre une rechute serait « 35. (...) *la grosse chose fondamentale je pense qui change avec les patientes oncologiques.* » (Gyn2F, p.20) ; ce qui explique que ce ne serait apparemment une priorité pour les patientes.

De ce fait, selon le gynécologue formé en sexologie, il est plus logique d'attendre que la patiente se sente mieux car « 16. (...) *si vous avez 40 de fièvre et que votre copain vous dit 'moi j'ai envie de ceci, de cela', vous allez répondre que vous avez 40 de fièvre. Donc vous vous occupez d'abord de votre fièvre, de votre mieux-être et une fois que vous serez moins malade, vous entrerez dans un autre sujet. Quand vous parlez d'un cancer du sein ou d'un cancer de l'endomètre, c'est le même principe.* » (Gyn4HSexo, p.7). Ainsi, la patiente penserait d'abord « 102. (...) *'guérissez-moi', (...)* » (Gyn4HSexo, p.26) et pas « 102. (...) *à batifoler avec son monsieur 3 jours plus tard.* » (Gyn4HSexo, p.26). Nous trouvons intéressant de relever que ce gynécologue s'est construit une idée des attentes et besoins des patientes sur la base d'arguments très somatiques (bien que sensés). Cependant, il souligne que le fait que la sexualité ne représente pas une priorité pour ces patientes « 28. (...) *c'est moi qui pense et c'est pas vérifié (...)* » (Gyn4HSexo, p.10) ; en effet, nous verrons par la suite qu'il n'aborde pas ce sujet au moment du diagnostic.

Par ailleurs, la sexualité ne représente pas non plus une priorité pour les gynécologues qui prennent en charge des patientes oncologiques. Comme nous l'avons déjà expliqué, les gynécologues seraient avant tout des médecins somaticien·ne·s et, dans un contexte comme celui d'un cancer, « 17. (...) *les médecins redeviennent des médecins thérapeutes et somaticiens à vitesse grand V, on quitte un petit peu le côté psycho-chose pour rentrer dans le somatique, (...)* » (Gyn4HSexo, p.8). En effet, la priorité des gynécologues est de mettre en place un traitement qui puisse guérir ou mettre en rémission leurs patientes et, finalement, « 17. (...) *la sexualité passe en numéro deux- 'fin ou en trois ou quatre, 'fin bref ça ne devient plus une priorité.* » (Gyn4HSexo, p.8). Ainsi, « 84. (...) *il y a des moments où c'est un peu la préoccupation de personne (...)* » (Gyn5FSexo, p.21). De plus, les patientes et les gynécologues sont « 77. (...) *sur deux logiques peut-être différentes, c'est-à-dire qu'on est dans une logique thérapeutique : on va guérir la maladie et pis les femmes, 'fin les gens qui ont un cancer sont*

dans une mieux-vivre (...) Donc je pense qu'elles sont dans une logique un peu différente. » (Gyn4HSexo, p.21). Ainsi, « 35. (...) les attentes des uns et des autres [les gynécologues et les patientes oncologiques] sont pas les mêmes. » (Gyn2F, p.19).

Cependant, la gynécologue-sexologue reste « 8. (...) persuadée que d'en parler régulièrement c'est ça qui... c'est qui est juste. » (Gyn5FSexo, p.3), rappelle néanmoins que la question du bon moment pour parler de sexualité reste « 8. (...) la grande question de sexualité et cancer ! (...) Et pis j'aime bien dire que je pense qu'il n'y a pas de bons moments, (...) » (Gyn5FSexo, p.3). Nous discuterons de la temporalité de cette discussion dans les catégories à venir mais cette gynécologue insiste sur le fait que cette discussion n'est pas anodine et doit être présente dans la prise en charge oncologique. Elle va plus loin en prenant en compte les pensées des patientes ; alors que les médecins estiment qu'elles ne veulent pas parler de sexualité, les patientes aimeraient aborder le sujet mais se disent « 95. (...) 'mais mince, il s'occupe déjà de me sauver, c'est pas une question raisonnable' (...) » (Gyn5FSexo, p.24) et finalement chacun « 95. (...) est un peu chacun de son côté en train de se dire 'non c'est pas le moment'. » (Gyn5FSexo, p.24).

Sous-catégorie 3.2.5 : La discussion de la sexualité en fonction de la patiente

Un tiers des gynécologues rapportaient qu'il n'était pas toujours nécessaire d'aborder la sexualité en consultation gynécologique avec des patientes oncologiques, notamment lorsque ces dernières ne sont pas intéressées ou préoccupées par ce sujet ou lorsque les gynécologues ne percevaient pas le besoin d'en parler. Par exemple, une des interviewé·e·s raconte le cas d'un couple qui paraissait très soudé durant le cancer du sein de la patiente et, à partir de cette observation, elle a eu « 62. (...) l'impression qu'il y a une très bonne entente. Ya, y a vraiment euh ... je pense qu'il doit y avoir même une sexualité... 'fin j'ai l'impression que je verrai une bonne sexualité entre les deux. » (Gyn1F, p.15). Elle estime donc qu'il n'était pas nécessaire d'aborder le sujet avec eux mais, comme elle le dit plusieurs fois dans l'entretien, elle n'aborde en fait jamais le sujet de la sexualité avec les patientes oncologiques : « 62. Après j'en sais rien, peut-être que je me trompe complet, j'en sais rien j'en parle pas. » (Gyn1F, p.15).

Une autre gynécologue considère aussi qu'il n'est pas toujours nécessaire de discuter de sexualité en contexte oncologique, notamment si la patiente n'a pas de rapports sexuels ou si ceux-là se passent bien. Cependant, elle relève qu'il peut être judicieux de l'aborder dans le cas où elle rencontre la patiente pour la première fois « 3. (...) si c'est la première fois que je les rencontre parce qu'on a pas forcément besoin de passer longtemps (...) » (Gyn2F, p.2). Ainsi, cette conversation ne semble pas être centrale dans la consultation. Pour la gynécologue-

sexologue, la discussion de la sexualité avec des patientes oncologiques dépend des besoins de ses patientes ; en effet, cela semble variable en fonction des patientes et selon la place qu'occupe la sexualité dans la vie de ces dernières. De plus, elle relève que l'intérêt pour l'oncosexologie est très récent et vient des revendications des patientes.

Par ailleurs, le gynécologue formé en sexologie explique que ce sujet est plus simple à discuter avec les patientes jeunes ; l'âge de la patiente pourrait donc représenter un frein dans la discussion de la sexualité en contexte oncologique et ce, à cause de préjugés sur la sexualité des femmes dès l'âge de la ménopause. En effet, ce gynécologue estime plus difficile de parler de ce sujet avec des femmes plus âgées car souvent « 107. (...) déjà l'expérience à ce moment-là c'est que 4 femmes sur 5 dans ces âges-là n'ont plus rien du tout, ça se passe pas. » (Gyn4HSexo, p.28). De plus, selon lui, « 37. (...) la ménopause est une période délicate et difficile (...) Où des femmes qui ont perdu leur mari ou qui se sont fait quittées, etc. donc on est quand même dans une période de vie où il y a pas mal de traumatismes, 'fin de traumatismes au sens large. » (Gyn4HSexo, p.13). Toutefois, il se contredit à un autre moment de l'entretien en expliquant que, paradoxalement, il ne change pas son anamnèse en fonction de l'âge et que certaines femmes âgées ont encore une sexualité. Ainsi, nous comprenons que l'âge des patientes peut représenter un frein. Par ailleurs, le nombre de contradictions émises par ce gynécologue nous interroge sur son aisance quant à la discussion de la sexualité. Finalement, de manière générale, la plupart des gynécologues ne considèrent pas que l'âge soit une barrière à la discussion de la sexualité ; en effet, certains·es expliquent en parler avec toutes les patientes même s'ils·elles pensent parfois que la sexualité n'est plus investie dès la ménopause, ce qui finalement peut entraver la discussion de la sexualité avec ces patientes.

Sous-catégorie 3.2.6 : La responsabilité ressentie d'en parler et les facilitateurs

Selon deux gynécologues, ce serait de leur « 14. (...) devoir d'en parler » (Gyn6H, p.6). Ainsi, malgré le nombre de professionnel·le·s impliqué·e·s dans la prise en charge d'une patiente oncologique, il n'y aurait pas vraiment de risque de se déresponsabiliser car « 25. (...) [il] y a un gynécologue pour chaque personne. » (Gyn2F, p.14). Par ailleurs, cette gynécologue demande aux patientes si ces dernières ont eu la possibilité de parler de sexualité avec un·e professionnel·le durant la prise en charge et, lorsque ce n'est pas le cas, en parle elle-même avec les patientes. Cependant, la gynécologue-sexologue se montre moins catégorique sur la responsabilité des professionnel·le·s de discuter la sexualité et explique que « 8. (...) il n'y a pas de bon intervenant (...) » (Gyn5FSexo, p.3).

Ensuite, un des gynécologues trouve plus simple, lorsque cela est possible, de suivre ses patientes oncologiques durant toute la prise en charge. Ainsi, s'il ne parle pas de sexualité « 13. (...) *c'est ma faute quoi.* » (Gyn6H, p.5). Il rapporte aussi que la question de la sexualité fait partie de l'anamnèse et rappelle l'importance de mettre les patientes à l'aise en prenant le temps de discuter de différentes choses pour encourager la discussion de la sexualité : « 27. (...) *dans les questions qui suivent et dans le fait du prendre du temps en général et d'aborder différentes choses, d'aborder justement comment elles se sentent, d'aborder leur vie de couple (...) fin c'est des petites choses comme ça qui font je pense qu'elles se sentent à l'aise d'en parler enfin j'imagine, je sais pas.* » (Gyn6H, p.10).

Une gynécologue rappelle que c'est important de parler de sexualité dès le début et que certaines patientes sont gênées mais la remercient. Par conséquent, nous pensons que cette gynécologue discute de sexualité avec les patientes oncologiques et se montre ouverte sur ce sujet. Toutefois, lorsqu'elle souligne l'importance de rassurer les femmes qui ont eu un cancer de l'utérus, son discours reste centré sur des questions physiques et somatiques : « 26. (...) *moi je discute, je dis 'mais il a une taille normale' 'mais on m'a enlevé ça, ça et ça du coup il doit quand même être plus petit' et du coup faut reprendre tout et ça les rassure énormément (...)* » (Gyn2F, p.15). Cela n'est pas étonnant, compte tenu que certain·e·s gynécologues se définissent avant tout comme des médecin·e·s somaticien·ne·s comme expliqué précédemment. Nous retrouvons cela chez le gynécologue formé en sexologie qui informe les patientes ayant eu des cancers du sein que « 99. (...) *non on a pas cassé les choses.* » (Gyn4HSexo, p.26).

Catégorie 3.3 : La temporalité de la discussion de la sexualité

Cette catégorie met en évidence que les gynécologues estiment que certains moments de la prise en charge du cancer se prêtent mieux que d'autres à la discussion de la sexualité.

Sous-catégorie 3.3.1 : Au moment du diagnostic

La majorité des interviewé·e·s estime catégoriquement que la sexualité ne doit pas être abordée au moment du diagnostic, comme l'affirme une des gynécologues : « 30. *Alors c'est sûr que quand j'annonce un cancer du sein je parle pas de sexualité non.* » (Gyn1F, p.6). En effet, cinq d'entre elles·eux expliquent que ce n'est « 32. (...) *pas bien venu de parler de ça (...)* » (Gyn1F, p.6) de parler de sexualité au moment du diagnostic. En effet, selon ces spécialistes, « 32. (...) *les patientes elles ont d'autres choses à penser à ce moment-là.* » (Gyn1F, p.6) ou même que la patiente va « 4. (...) *vous rir au nez parce que je pense que c'est vraiment pas le truc qui l'intéresse.* » (Gyn2F, p.3). De plus, ce ne serait pas la « 12. (...) *crainte principale (...)* »

(Gyn6H, p.5) des patientes. Par conséquent, la sexualité ne semble pas venir « 4. (...) en première ligne tout de suite (...) » (Gyn2F, p.3) mais plutôt « 23. (...) au cours du temps (...) » (Gyn3H, p.5). Pour un gynécologue, « 46. (...) le côté intrusif, (...) » (Gyn3H, p.11) de cette discussion à ce moment-là représente aussi un frein à la discussion de la sexualité à l'annonce du diagnostic. De plus, le contexte de l'annonce d'un tel diagnostic « 8. (...) un peu annonce de mauvaise nouvelle (...) » (Gyn5FSexo, p.3) ne se prête pas à la discussion de ce sujet.

Le gynécologue formé en sexologie rejoint aussi cette opinion et se montre plus catégorique : « 41. (...) vous allez pas parler de sexualité quand vous annoncez un cancer si vous voulez. Ça c'est pas le sujet du jour d'accord ? Le sujet du jour c'est qu'est-ce que j'ai et qu'est-ce qui va m'arriver ? C'est quoi la suite ? Le reste, vous oubliez. » (Gyn4HSexo, p.13). Ainsi, au moment du diagnostic, ce sont les objectifs thérapeutiques qui sont prioritaires et moins les questions de qualité de vie. Il est à noter que ce gynécologue se contredit en disant que la sexualité intervient à « 15. Tout le temps. » (Gyn4HSexo, p.7) dans la prise en charge.

La gynécologue-sexologue ainsi que son collègue non formé en sexologie avec qui elle est souvent en contact sont les seuls qui estiment possible d'aborder la sexualité au moment du diagnostic de cancer ou même à l'avoir déjà fait. Cependant, pour le gynécologue, il se réfère à un cas exceptionnel où « 12. (...) avant de diagnostiquer son cancer, à son premier rendez-vous, on avait déjà parlé de sexualité (...) donc on l'avait déjà abordé. Donc on l'a abordé assez rapidement une fois qu'on a eu le diagnostic mais c'était un cas un peu spécial quoi. » (Gyn6H, p.5). Quant à la gynécologue-sexologue, elle parle hypothétiquement mais explique qu'elle peut « 86. (...) [s'] imaginer faire comme ça (...) » (Gyn5FSexo, p.22) si elle devait poser un diagnostic à une nouvelle patiente, en lui disant « 86. (...) 'écoutez je ne vous connais pas mais je vous pose un peu mes questions générales' et poser la question-là. Oui, je la poserais. » (Gyn5FSexo, p.22). Cependant, à cause du nombre d'informations à donner, elle pense que qu'elle aurait « 23. (...) beaucoup de peine probablement (...) » (Gyn5FSexo, p.8) à parler de sexualité à ce moment-là.

Sous-catégorie 3.3.2 : Pendant le traitement

Cette sous-catégorie décrit les raisons pour lesquelles certain·e·s des gynécologues interviewé·e·s considèrent que la phase de traitement n'est pas le bon moment pour discuter de la sexualité.

Premièrement, selon les interviewé·e·s, la sexualité est encore « 32. (...) mise à l'écart (...) » (Gyn1F, p.6) pendant le traitement. Les deux gynécologues non formé·e·s en sexologie

estiment qu'il n'est pas impossible d'en parler à ce moment-là, mais « 47. (...) *c'est peut-être pas ce qui prioritaire (...)* » (Gyn3H, p.11) ; par ailleurs, comme discuté, ce gynécologue fait le choix de ne jamais parler de la sexualité frontalement. Une des gynécologues dit qu'hypothétiquement, elle « 86. (...) *pourrai[t] l'aborder et je pourrais voir comment elles me répondent, si elles l'abordent facilement (...) qu'elles sachent que ça va être difficile j'en sais rien, dire 'oui effectivement ça va être difficile, ça n'empêche pas que vous puissiez quand même avoir des rapports', j'en sais rien.* » (Gyn1F, p.21). Cependant, comme nous l'avons déjà mis en évidence, cette gynécologue affirme en fait durant l'entretien qu'elle ne discute pas la sexualité avec les patientes oncologiques. Cette contradiction dans le discours traduit, selon nous, une attitude ouverte de cette gynécologue qui ne serait pas opposée à en parler avec les patientes mais qui, à cause de certaines barrières, ne l'aborde pas dans sa pratique.

La gynécologue-sexologue n'aborde pas non plus vraiment la sexualité durant le traitement. Elle explique qu'en : « 8. (...) *en début du traitement, je pense qu'on a tous de la peine à l'aborder (...)* » (Gyn5FSexo, p.3). Elle ne ré-investit habituellement donc pas la sexualité activement durant la phase de traitement, surtout si elle connaissait déjà les patientes et que la sexualité avait été discutée avant le cancer : « 84. *Mais c'est vrai que j'ai peut-être pas ... enfin en cours de traitement, j'ai peut-être pas remis une compresse parce que je les connaissais d'avant.* » (Gyn5FSexo, p.3). Il est intéressant de remarquer qu'un autre gynécologue disait que le fait de connaître préalablement la patiente constituait un facilitateur à la discussion de la sexualité au moment du diagnostic ; ainsi, il semblerait que l'aisance à discuter de sexualité dépende fortement du moment de la prise en charge et de différences interindividuelles entre les gynécologues.

Nous constatons qu'il semble plus envisageable pour les gynécologues d'aborder la sexualité pendant le traitement qu'au moment du diagnostic mais, selon eux, ce n'est quand même pas le moment le mieux choisi.

Sous-catégorie 3.3.3 : En post-traitement

Tou·te·s les gynécologues interviewé·e·s rapportent que la discussion de la sexualité a surtout sa place en post-traitement, ou du moins une fois que la phase aiguë de la maladie est maîtrisée. En effet, alors que la priorité des patientes et des gynécologues durant la maladie est la guérison, « 4. (...) *en post-chirurgie, je veux dire une fois qu'on a traité le truc aigu il faut quand même en parler (...)* » (Gyn2F, p.3). Ainsi, « 14. (...) *je pense qu'elle [la sexualité] arrive une fois que la maladie est maîtrisée (...)* » (Gyn5FSexo, p.6). En effet, le gynécologue formé en sexologie souligne que « 16. *On va pas l'oublier [la sexualité].* » (Gyn4HSexo, p.7).

La majorité des gynécologues sont aussi conscient·e·s des effets secondaires et du poids de ceux-ci dans la sexualité de la patiente. Ainsi, « 4. *Il faut toujours en parler (...)* » (Gyn2F, p.3). Les exemples de question à aborder dans cette phase de la maladie sont souvent en lien avec les effets secondaires somatiques du traitement sur la sexualité ; en effet, il serait nécessaire de les rassurer sur le fait que « 4. (...) *c'est normal si elles ont des effets secondaires, (...)* » (Gyn2F, p.3). Par exemple, « 10. (...) *y a une sécheresse vaginale du coup ça fait mal du coup on a pas envie d'avoir de rapport parce qu'on sait qu'on va avoir mal (...)* » (Gyn2F, p.6) ou la patiente peut se demander « 26. (...) *'mais finalement mon vagin il a quelle taille maintenant ?'* » (Gyn2F, p.15). Un des gynécologues essaie d'ouvrir le sujet en demandant « 46. (...) *'mais votre conjoint, votre partenaire, est-ce que- comment ça se passe, etc.'* (...) » (Gyn3H, p.11).

Par ailleurs, deux gynécologues sont conscient·e·s des problèmes de libido causés par certains traitements « 23. (...) *certains traitements sont pas idéaux pour la libido (...)* » (Gyn3H, p.5). Par ailleurs, les soucis de libido sont jugés « 14. (...) *complexes (...)* » (Gyn2F, p.16) et peuvent aussi avoir une composante psychologique. Les patientes sont visiblement soulagées que les gynécologues abordent le sujet de la sexualité avec elles : « 5. (...) *bah on en parlé et elle me fait '*soupir* ah bah heureusement que vous m'en parlez, (...) parce qu'en fait c'est la catastrophe'* (...) » (Gyn2F, p.4).

Sous-catégorie 3.3.4 : Le cancer n'influence pas l'abord de la sexualité

Cette sous-catégorie est intéressante car elle regroupe tous les verbatims dans lesquels les gynécologues expriment que l'abord de la sexualité n'est pas différent avec les patientes oncologiques. Seul le troisième gynécologue ne fait pas partie de cette sous-catégorie.

Pour commencer, la première gynécologue explique que l'abord de la sexualité ne diffère pas entre les patientes oncologiques et les autres patientes : « 23. *Bah j'aborde la question [la sexualité] comme avec les autres finalement, je fais pas tellement de différence.* » (Gyn1F, p.4). Cependant, comme déjà discuté, cette gynécologue explique ne pas discuter de la sexualité avec les patientes en situation de cancer mais aussi qu'il serait plus simple de parler de sexualité avec des femmes en situation de cancer de l'utérus. Ainsi, nous constatons plusieurs contradictions dans le discours de cette spécialiste ; selon nous, ces contradictions témoignent d'une attitude ouverte et d'un réel souhait d'en discuter avec les patientes mais, à cause de certaines barrières ou du manque d'expérience de cette situation, elle ne le fait pas concrètement dans sa pratique.

Ensuite, il est important d'aborder la sexualité régulièrement avec tout le monde et, finalement, certaines patientes souffrent d'autres maladies que le cancer qui peuvent engendrer des conséquences similaires : « 35. (...) on aborde plus ou moins les mêmes choses parce que finalement une dame qui a pas de cancer mais qui a je sais pas, une maladie auto-immune bah c'est pareil quoi, elle a des médicaments qui peuvent affecter sa libido, son image de soi, elle peut avoir une fistule au niveau du périnée, 'fin finalement c'est tout le temps un peu la même chose quoi. Ou bien une jeune fille elle peut avoir des énormes problèmes au niveau sexuels parce que je sais pas elle a une xx ou j'en sais rien et pis elle a pas eu de cancer mais c'est des sujets qu'il faut aussi aborder quand même (...) » (Gyn2F, p.19). Nous rappelons que, selon cette gynécologue, la différence fondamentale entre les patientes en situation de cancer et les autres est le fait de se considérer comme une survivante et de craindre que la sexualité cause une rechute dans la maladie. De plus, comme le pense d'un des gynécologues : le sujet de la sexualité fait partie du suivi gynécologique de manière générale et en contexte oncologique sans distinction : « (...) tout le suivi comme pour une patiente euh ... qui a pas eu de cancer quoi. » (Gyn6H, p.9-10).

Alors que la gynécologue-sexologue explique qu'elle pose finalement les mêmes questions aux patientes oncologiques, par exemple « 5. (...) 'comment se passe la sexualité ?' (...) » (Gyn5FSexo, p.2), le gynécologue formé en sexologie apporte une nuance nouvelle en expliquant que le cancer ne change fondamentalement pas la discussion de la sexualité. Cependant, il s'agit de rajouter les problématiques liées au traumatisme vécu : « 7. (...) mais ça change rien si vous voulez dans l'abord de la discussion de la sexualité, on rajoute simplement un ... 'fin simplement façon de parler mais le traumatisme opératoire, le traumatisme de ce qu'elles ont vécu mais ça change rien au principe même de la discussion de 'c'est quoi la sexualité ? c'est quoi le plaisir ? comment ça se passe ? est-ce que ça se passe bien ?', voilà. » (Gyn4HSexo, p.4). Néanmoins, il est important de se rappeler que ce gynécologue ne semble pas aborder la sexualité frontalement. De plus, selon lui, la majorité des femmes en âge d'avoir ces cancers n'ont déjà plus de sexualité ce qui indiquerait que le traumatisme n'est pas la seule composante supplémentaire à intégrer dans la discussion.

Catégorie 3.4 La perception par les gynécologues du vécu des patientes oncologiques concernant la sexualité

Cette catégorie regroupe diverses perceptions des gynécologues sur le vécu des patientes oncologiques en regard de la sexualité comme par exemple les préoccupations et les attentes de ces dernières.

Sous-catégorie 3.4.1 : Les attentes perçues des patientes

Dans cette sous-catégorie, nous investiguons la perception que les gynécologues ont des attentes des patientes en situation de cancer du sein et de l'utérus envers elles-mêmes.

Trois gynécologues (dont celle formée en sexologie) reportent que les attentes des patientes dépendent de la place dans la sexualité dans leur vie ; c'est pourquoi deux des gynécologues « 11. (...) regarde toujours avec les patientes quelles sont leurs attentes en fait (...) » (Gyn6H, p.4) et discutent plus ou moins de la sexualité avec chacune en fonction de leurs attentes et besoins.

Cependant, selon une des gynécologues, les patientes oncologiques sont souvent dans un état d'esprit dans lequel la discussion de la sexualité n'est pas vraiment une attente envers le gynécologue car elles se positionnent plutôt comme survivantes d'une maladie grave : « 36. Euh... non c'est plus qu'elles sont toujours un peu dans cette optique de "je suis une survivante" et les autres choses sont pas importantes (...) finalement la sexualité ça a pas d'importance. » (Gyn2F, p.20). En effet, les patientes seraient soulagées de ne plus avoir à se préoccuper de leur survie et la sexualité « 36. (...) c'est un truc un peu accessoire quoi. » (Gyn2F, p.20). Ainsi, cette gynécologue qui disait que la sexualité devrait être abordée avec tout le monde semble percevoir que les patientes oncologiques ne s'attendent pas à en discuter avec elle. Elle rapporte aussi que ces patientes ne sont pas « 40. (...) revendicatrices (...) » (Gyn2F, p.22) et qu'elles attendent finalement des choses très réalistes de leur gynécologue, à savoir un diagnostic, un planning de traitement des délais corrects et d'être informées des possibles changements.

La gynécologue-sexologue pense que les patientes ne s'attendent pas à discuter de la sexualité avec elle à certains moments de la prise en charge oncologique (i.e. à l'annonce du diagnostic ou pendant le traitement). Cependant, elle souligne que, de nos jours, une place de plus en plus importante est accordée à la qualité de vie en situation de maladie chronique ; en effet, contrairement à sa collègue, elle explique que les patientes guéries ne sont plus d'accord de se contenter de la survie : « 92. Et je pense que dans cette qualité de vie, les gens disent des fois bah voilà "depuis que je prends ce traitement bah ma vie sexuelle est un peu pourrie" (...) ça vient du monde oncologique à mon avis où là vraiment à commencer à se rendre compte que les gens disaient "bah moi ok je suis sauvé mais j'ai plus d'érection donc plus de vie sexuelle" et peu à peu on a réalisé que ça avait une importance et peu à peu (...) mais je pense que c'est parce que maintenant les personnes malades ne sont plus d'accord de dire simplement "ok on m'a sauvé la vie". Les gens, une fois qu'on leur a sauvé la vie, il leur reste peut-être 20 ans à

vivre et ils sont là 'ben merde'. » (Gyn5FSexo, p.23). Ainsi, cette gynécologue, contrairement à sa collègue, semble penser que les patientes s'attendent à discuter de sexualité en consultation gynécologique. En effet, la gynécologue-sexologue reconnaît qu'il est nécessaire de tenir compte de la sexualité dans la prise en charge oncologique car cela participe à la qualité de la vie de la patiente.

Néanmoins, le gynécologue formé en sexologie émet un doute quant aux éventuelles attentes des patientes sur la discussion de la sexualité avec lui pendant la prise en charge d'un cancer : « 102. *Est-ce qu'on veut entendre ça quand on est dans ces histoires là et ce qu'on veut pas entendre, c'est difficile. Je sais pas... La perception qu'elles ont à ce niveau-là.* » (Gyn4HSexo, p.26-27). Par ailleurs, il argumentait aussi que le cancer ne modifie pas la discussion de la sexualité et que ce sujet devrait être abordé chez tout le monde... mais pas de manière frontale. Ainsi, il est quelque peu compliqué de tirer de réelles conclusions quant à la pratique de ce gynécologue qui semble malgré tout vouloir discuter de la sexualité.

Les attentes des patientes peuvent aussi varier au sujet des solutions apportées par les gynécologues. Selon l'interviewé qui travaille avec des approches alternatives, les patientes sont ouvertes à ce type de solutions car, étant connu pour y avoir recours, les patientes viennent en partie pour cela : « 42. (...) *j'ai pas de mal de patientes qui sont ouvertes mais elles viennent aussi souvent pour ça. Parce qu'elles ont appris par leur ostéopathe que je travaillais comme ça donc après ça sélectionne les patientes ouais, beaucoup des patientes elles sont assez ouvertes pour ça.* » (Gyn6H, p.15).

Finalement, les gynécologues perçoivent que les attentes en matière de discussion de sexualité sont aussi variables chez les patientes n'ayant pas de cancer et s'adaptent en fonction de cela. Les patientes s'attendraient parfois à parler de sexualité mais, pour autant, elles « 105. (...) *ne s'attendent pas forcément à ce que vous soyez des experts en sexualité, (...)* » (Gyn2F, p.10). De plus, le gynécologue formé en sexologie affirme qu'il y a « 19. (...) *non seulement le fait d'en parler et après vous allez regarder.* » (Gyn4HSexo, p.9), rappelant à nouveau son rôle de médecin somaticien. En effet, selon certain·e·s gynécologues, les patientes « 36. (...) *cherchent une cause physique d'abord (...)* » puis une solution (Gyn3H, p.9), notamment en cas de « 36. (...) *baisse de libido (...)* » (Gyn3H, p.9).

Sous-catégorie 3.4.2 : Les attitudes des patientes et des gynécologues

Cette sous-catégorie permet de mettre en évidence les attitudes des patientes rapportées par les gynécologues lors de la discussion de la sexualité dans le cadre de la prise en charge oncologique.

En premier lieu, il est important de « 37. (...) leur poser la question parce que si on leur pose pas la question, elles vont pas forcément spontanément en parler (...) » (Gyn2F, p.3). A nouveau, il existe des différences interindividuelles ; « 5. (...) y en a qui vont être intéressées euh qui vont tout de suite sauter sur le sujet en disant ‘ah bah merci d’en parler parce que...’ » (Gyn2F, p.4) ; ainsi, cette gynécologue semble dire que certaines sont soulagées de pouvoir en parler avec leur gynécologue. De plus, « 14. (...) c’est la patiente qui voit. (...) et du coup souvent euh les patientes elles sont... elles sont assez en confiance pour en parler et pas trop gênées ! » (Gyn6H, p.6).

Cependant, les patientes oncologiques ne sont pas les seules à ne pas toujours aborder la sexualité spontanément. En effet, les patientes n’ayant pas de cancer « 23. (...) osent peut-être pas l’aborder [la sexualité] comme ça spontanément (...) » (Gyn1F, p.4). Ainsi, il semblerait que l’attitude de la gynécologue joue un rôle important dans le déroulement de cette discussion car « 23. (...) elles en parlent assez facilement parce qu’elles voient que ça fait partie des questions de routine finalement. » (Gyn1F, p.4). Une autre gynécologue rajoute que « 15. Après si les gens ils voient qu’on peut en parler comme autour d’un café des trucs sexuels pis que vous êtes pas parti en hurlant et en faisant les gros yeux, les gens sont ouverts pis ils vous expliquent et vous pouvez poser des questions. » (Gyn2F, p.10). Nous comprenons alors l’importance de leur attitude : « 5. Quand on est pas gêné d’en parler, elles sont pas gênées d’en parler non plus. » (Gyn2F, p.4). Cependant, lorsque les patientes se braquent, une gynécologue dit « 53. (...) reposer des questions indirectement (...) » (Gyn1F, p.12) ; ce qui nous interroge sur la compréhension des patientes de ces questions indirectes et sur la tendance à saisir cette occasion pour parler de sexualité.

Concernant l’abord de la sexualité, le gynécologue formé en sexologie explique qu’il ne faut pas être trop frontal au moment de questionner la sexualité : « 10. Les gens ils font un bond comme ça ou bien ils sont ratatinés [si aborde la sexualité frontalement], enfin non. » (Gyn4HSexo, p.5). En outre, il rajoute que : « 13. (...) c’est vrai qu’il faut faire attention parce que certaines femmes peuvent se sentir menacées par les questions que vous posez ou trouver malvenu la manière dont vous demandez les choses. » (Gyn4HSexo, p.7).

A l'inverse, plusieurs gynécologues expliquent que les patientes sont rarement mécontentes de parler de sexualité... ce qui questionne sur la nécessité perçue par les gynécologues d'aborder le sujet implicitement. En effet, la gynécologue-sexologue rapporte avoir « 4. (...) très très très rarement des patientes où on sent que les patientes ne comprennent pas très bien ce que vient faire la question mais franchement c'est très très rare ! En général, j'ai des réponses très claires ... ouais. Non non en général ça passe bien. » (Gyn5F, p.2). Ainsi, elle paraît plus à l'aise pour aborder frontalement la question et il semblerait qu'il y ait une attente de la part des patientes d'aborder la sexualité dans les consultations gynécologiques.

Finalement, toutes les gynécologues interviewées rapportent que les femmes plutôt âgées sont plus à l'aise dans la discussion de la sexualité que les jeunes. Cela semble contredire ce que le gynécologue formé en sexologie présupposait, à savoir que la majorité des femmes de ces âges n'ont plus de sexualité.

Sous-catégorie 3.4.3 : Les préoccupations des patientes oncologiques perçues par les gynécologues

Cette sous-catégorie permet de rendre compte des préoccupations des patientes oncologiques telles qu'elles sont perçues par les gynécologues. En effet, comprendre la perception que les gynécologues ont du vécu de leurs patientes permet de mieux comprendre leurs opinions et pratiques.

Premièrement, deux gynécologues perçoivent chez les patientes oncologiques la peur de mourir : « 16. Alors, le euh ... ça dépend le type de cancer mais c'est quand même toujours le fait de mourir toujours. » (Gyn6H, p.6). Il y a aussi la peur que la sexualité cause une rechute, notamment chez les femmes ayant eu des cancers gynécologiques : « 35. (...) et pis après bah y a le côté un peu 'j'ai survécu à un cancer, je ne veux absolument pas avoir de rechute, j'ai peur' donc voilà. » (Gyn2F, p.20). Ainsi, cette peur peut inhiber l'envie de la patiente d'avoir des rapports sexuels car ce type de cancers est parfois lié à un virus sexuellement transmissible. Il est donc nécessaire de rassurer les patientes dessus avant de discuter de sexualité.

Ainsi, selon le gynécologue formé en sexologie, « 52. Ça dépend, ça dépend je pense de leur degré de- 'fin, y en a qui sont archi-inquiètes par rapport à 'est-ce que je vais mourir demain ?', d'accord ? Pis y en a qui sont très inquiètes en se demandant 'mais est-ce que ma qualité de vie va être bousillée ?'. » (Gyn4HSexo, p.16). Il est à noter que les craintes quant à la qualité de vie comprennent les préoccupations en lien avec la sexualité. Nous pouvons d'ailleurs nous interroger sur la raison de ce gynécologue de ne pas parler explicitement de la

sexualité. A l'inverse, selon un des gynécologues, les patientes n'ont pas tant de questions à lui poser sur la sexualité au point il dit même en être « 55. (...) étonné (...) » (Gyn3H, p.4). Il en va de même pour les préoccupations concernant l'image corporelle qui ne sont, selon lui, pas toujours abordées spontanément par les patientes.

La gynécologue-sexologue souligne que les questionnements apparaissent généralement après le diagnostic et qu'ils sont différents en fonction de l'âge des patientes. Par exemple, les femmes âgées d'une trentaine d'années ont des préoccupations en lien avec les questions de fertilité. Il est vrai qu'il est compliqué d'avoir un enfant après un cancer de l'utérus mais elle rapporte que ce n'est pas impossible après un cancer du sein : « 49. *Après bah j'ai des femmes très jeunes hein, j'en ai pas rencontré du tout mais des femmes 'fin j'en ai une ou deux à ((hôpital)) 'fin une jeune qui avait encore des projets de grossesse quoi. Bon après un cancer de l'utérus c'est compliqué mais après un cancer du sein bah y a certaines femmes qui retrouvent quand même des cycles et pis bah qui pourraient avoir d'autres enfants quoi. Ouais c'est des préoccupations qu'on a chez les femmes jeunes.* » (Gyn5FSexo, p.12). Cela fait écho aux conséquences des cancers gynécologiques sur la fertilité explicitées par un des gynécologues. Par ailleurs, elle raconte le cas d'une dame qui, à l'annonce d'un cancer du sein, a soudainement eu beaucoup de préoccupations diverses qu'il était important de résoudre avant de parler de sexualité : « 52. (...) *donc je dirais que ... je pense que c'était pas possible de l'accompagner sur le plan sexuel parce qu'il fallait accompagner pleins d'autres questionnements en amont (...)* » (Gyn5FSexo, p.14-15).

Nous distinguons les craintes présentes chez les patientes à la suite d'un cancer de l'utérus de celles liées au cancer du sein. Dans le premier cas, ce sont davantage des préoccupations physiologiques sur la taille du vagin et la possibilité d'avoir un rapport sexuel : « 26. *Ou si on doit enlever l'utérus on se dit 'mais alors est-ce que mon vagin il va être top petit ?'* (...) » (Gyn2F, p.14). Par ailleurs, une gynécologue qui n'aborde pas la sexualité en contexte de cancer mais qui estime qu'il serait plus simple de le faire avec des patientes de cancers gynécologiques souligne qu'il s'agit « 25. (...) *de les rassurer aussi, de leur dire bah voilà votre examen gynécologique est normal, (...) ça leur permet (...) de se dire 'ouais je suis normale c'est bon, ok j'ai une cicatrice mais elle est normale donc je peux y aller, je peux avoir un rapport sexuel'*. » (Gyn1F, p.5). Nous concluons donc qu'elle est ouverte à discuter de sexualité en contexte oncologique mais que certaines barrières l'empêchent de le faire. Dans le cas du cancer du sein, comme discuté précédemment, ce sont des préoccupations concernant l'atteinte de l'image corporelle subjective : « 3. (...) *elles doivent avoir des préoccupations par rapport à*

l'image de soi, par rapport au fait que parfois c'est pas très joli même si on a fait au mieux (...) » (Gyn2F, p.3). Selon un des gynécologues, il est plus difficile pour les patientes de se rendre compte des conséquences des interventions sur l'utérus. Ainsi, les femmes ayant des cancers du sein seraient plus préoccupées par les conséquences alors que les cancers de l'utérus sont « 16. (...) moins traumatisant (...) » (Gyn6H, p.7) : à l'inverse, le cancer du sein « 16. (...) c'est quand même souvent lié à la féminité et à la sexualité disons, sexualité au terme général, c'est-à-dire au rapport du couple et tout ça. (...) » « bah voilà je risque de mourir et je risque de perdre ma poitrine », être mutilée quoi, c'est ça. L'utérus un petit peu moins, parce qu'elles se rendent moins compte fin bon l'utérus il est dedans quoi. (...) mais pour le sein c'est ouais... direct quoi. » (Gyn6H, p.6-7). Il est intéressant de relever que, comme précédemment discuté, le gynécologue formé en sexologie estime que les cancers de l'utérus sont plus traumatisants car ils nécessitent des interventions plus lourdes. Les deux avis semblent possibles mais il est pertinent d'interroger la source de ces divergences : l'ont-ils réellement constaté ou cela reflète-t-il leurs présupposés personnels ?

La gynécologue-sexologue explique que les peurs au sujet de la sexualité sont présentes chez les patientes dont la sexualité était investie ; cela dépend donc : « 51. (...) du vécu de la personne et de la place qu'elle a donné jusque-là à tout ça quoi. » (Gyn5FSexo, p.14). Parmi les préoccupations autour de la sexualité, elle relève des questions finalement très somatiques : « 49. (...) 'comment est-ce que ça va évoluer', 'est-ce que ce sera encore possible', est-ce que- il y a parfois pas mal de questionnement autour de est-ce que... 'est-ce que prendre des traitements comme la chimiothérapie c'est dangereux dans les rapports sexuels', 'est-ce que les opérations vont permettre de continuer à avoir des rapports sexuels', donc ouais c'est plutôt ça. » (Gyn5FSexo, p.13). Ainsi, cette gynécologue est en mesure de donner beaucoup d'exemples de préoccupations ce qui pourrait indiquer qu'elle discute vraiment de la sexualité avec les patientes et parle en s'appuyant sur son expérience.

En somme, les gynécologues ont des perceptions relativement similaires des angoisses des patientes. Nous remarquons que certain·e·s relèvent que la mort serait la préoccupation principale des patientes oncologiques puis, par la suite, viendraient les questions concernant davantage la qualité de vie (i.e. la fertilité, la sexualité, etc.).

Sous-catégorie 3.4.4 : Place du·de la conjoint·e dans la discussion de la sexualité ou dans la consultation gynécologique

Cette sous-catégorie interroge la place du·de la conjoint·e dans la discussion de la sexualité en consultation gynécologique.

Premièrement, une des gynécologues s'intéresse à la satisfaction du conjoint dans la sexualité lorsque la patiente est en rémission : « 36. (...) *que vous êtes pas frustrée ni vous ni votre conjoint et que tout va bien comme ça oui mais si vous êtes frustrés tous les deux et que oui vous êtes contente d'être en vie mais vous êtes tous les deux frustrés alors oui c'est important, faut faire quelque chose* » donc c'est plus dans ce sens-là. » (Gyn2F, p.20).

Néanmoins, le gynécologue formé en sexologie explique qu'il est compliqué pour lui d'ancrer le couple dans une nouvelle définition de la sexualité car le conjoint n'est que rarement présent : « 80. (...) *il- mais nous ça on est on est un peu largués par rapport à ça [essayer d'ancrer couple post-traitement dans créativité]. On les [les conjoints] voit pas assez souvent pour suivre ça, (...)* » (Gyn4HSexo, p.22). De plus, « 69. (...) *les hommes sont peut-être plus intéressés en tous cas dans le début de la maladie de connaître le pronostic et de voir un peu sur le plan médical ce qui se passe.* » (Gyn3H, p.14) et un peu moins sur les questions sexologiques.

La gynécologue-sexologue estime que le conjoint est souvent mis en marge durant le parcours thérapeutique et qu'il est important qu'il reçoive les informations nécessaires afin d'écarter ses potentielles craintes et fantasmes concernant le traitement reçu par sa partenaire et, finalement, encourager le couple à réinvestir sa sexualité : « 11. (...) *je laisse toujours la porte ouverte à la patiente de venir avec le partenaire, ouais. Oui. Qu'ils comprennent, parce que souvent, durant le parcours thérapeutique, des fois ils ont été un peu en marge ou ils ont eu peur, ils ont pas osé demander, pis euh ... des fois je pense qu'ils ont aussi l'impression de faire mal ou de pas oser toucher 'fin quand on a enlevé l'utérus, moi je peux tout à fait imaginer qu'ils aient un peu des sortes de fantasmes un peu horribles de qu'est-ce qui peut se passer s'ils vont dans le vagin donc je pense que c'est aussi important que le partenaire reçoive certaines informations de 'qu'est-ce qui s'est passé, qu'est-ce qu'on fait, qu'est-ce qui est en train de se passer, pourquoi c'est différent d'avant', ça je suis pas sûre qu'il y ait toujours l'information qui soit donnée.* » (Gyn5FSexo, p.5). Un des gynécologues fait un pas de plus car il « 59. (...) *propose volontiers. (...)* » (Gyn6H, p.19) que le conjoint soit présent ou accompagne la patiente chez la sexologue. Cependant, il se contredit après en avouant : « 60. (...) *chacun sa place, la patiente elle a sa place ici pour parler et c'est des fois un peu compliqué, je fais pas tellement ... Mais je pense qu'une consultation conjointe ouais c'est bien, à part ça !* » (Gyn6H, p.19). Par conséquent, malgré la posture passive de la gynécologue-sexologue qui « 11. (...) *laisse (...) la porte ouverte* » et la contradiction dans le discours de son collègue, ce sont les deux gynécologues les plus ouverts à l'inclusion du conjoint.

De manière générale, dans les consultations de manière générale, les femmes qui rencontrent des problèmes sexuels ne « 60. (...) viennent pas forcément avec leur conjoint (...) » (Gyn1F, p.14) et les conjoints sont « 64. (...) rarement partie prenante. » (Gyn3H, p.14). En effet, « 68. Le cabinet de gynécologie c'est pas l'endroit préféré des hommes. On a l'impression que y a une espèce de crainte. » (Gyn3H, p.14). Cela s'explique par le fait que « 58. (...) les gens pensent que c'est pas une place aussi pour le conjoint pour parler lors d'une consultation gynécologique. Ça, on le voit aussi dans les suivis de grossesse et tout. Y a encore cette vision-là, que le mari il reste dans son coin et il dit rien pis euh s'il a un problème il va chez son médecin traitant. » (Gyn6H, p.19).

Par ailleurs, nous relevons que les discours de tou·te·s les gynécologues sont empreints d'une certaine hétéronormativité ; en effet, aucun·e ne fait mention de la possibilité que la patiente ait une conjointe plutôt qu'un conjoint. Cependant, la gynécologue-sexologue utilise le terme « partenaire » qui n'est pas genré et plus inclusif, mais il est vrai qu'elle semble quand même parler d'un homme.

5.5. Thème 4 : Interprofessionnalité en situation de cancer

Introduction

Le thème de l'interprofessionnalité permet d'explorer la richesse de la pratique de la gynécologie, notamment par l'importance du travail en réseau. En effet, tou·te·s les gynécologues collaborent avec d'autres professionnel·le·s. Dans ce travail, nous commentons majoritairement des collaborations en situation de cancer mais il est important de souligner que ces collaborations sont inhérentes au métier de gynécologue. La deuxième catégorie nous éclaire aussi sur le vécu des gynécologues lors de ce travail en réseau et aussi sur la responsabilité de la discussion de la sexualité au sein de ce même réseau. Pour finir, la prise en charge d'un cancer en hôpital diffère de la prise en charge privée, notamment sur les enjeux relationnels entre le·la gynécologue et la patiente. Bien que tous les verbatims ne concernent pas toujours des situations de cancer, le thème de l'oncologie traverse ce thème en raison de son importance dans ce travail et, par conséquence, dans les entretiens menés.

Catégorie 4.1 Collaboration avec d'autres spécialistes

Dans cette catégorie, nous observons que les gynécologues collaborent fréquemment, et surtout en situation de cancer, avec différentes spécialistes tels que des oncologues, des sexologues ou encore l'infirmière spécialisée dans le cancer du sein.

Sous-catégorie 4.1.1 : Les oncologues

Dans cette sous-catégorie, nous mettons en évidence l'importance de la collaboration entre les gynécologues et les oncologues dans le cadre de la prise en charge de patientes ayant un cancer du sein et de l'utérus.

Toutes les gynécologues interviewées expliquent que l'oncologue a une place importante dans les suivis des cancers du sein et de l'utérus. Ainsi, gynécologues et oncologues collaborent étroitement dans la prise en charge des patientes oncologiques : « 12. *Alors moi je suis pas oncologue, et c'est vrai que y a une partie du suivi du coup qui après tombe entre les mains de des oncologues. Notamment dans le cancer du sein, on travaille beaucoup à deux entre le gynécologue et l'oncologue, on se répartit un peu les domaines et les choses à traiter.* » (Gyn5FSexo, p.5). Ces spécialistes jouent aussi un rôle dans la décision et le suivi du traitement. Dans les cas de cancers du sein, il peut arriver que les oncologues suivent les patientes très régulièrement, « 26. (...) *tous les 3 mois.* » (Gyn4HSexo, p.10).

Cependant, alors que les oncologues peuvent examiner les seins, ils-elles n'effectuent pas d'exams vaginaux dans le cadre de cancer de l'utérus ; cela revient donc au gynécologue.

Un des gynécologues préfère opérer ses patientes lui-même lorsque cela est possible et relève un problème qu'il rencontre au niveau de la collaboration avec les oncologues travaillant à l'hôpital ; ces dernières redirigent des patientes chez lui pour uniquement un suivi annuel : « 13. *Y a beaucoup de patientes qui... qui me sont envoyées de l'oncologie, (...) Le problème, c'est que eux, ce qu'ils attendraient à ce moment-là c'est que moi je les vois une fois par année justement pour le suivi, pis eux ils les voient plus souvent (...)* » (Gyn6H, p.5). Or, selon lui, il serait plus agréable pour les patientes d'être suivies par une seule et même personne. Par ailleurs, les chirurgien·ne·s-oncologues interviennent aussi lorsqu'il est nécessaire de faire une chirurgie « 12. (...) *très sophistiquée (...)* » (Gyn2F, p.8).

Sous-catégorie 4.1.2 : Les sexologues

Les gynécologues sont aussi parfois amenés à collaborer avec des sexologues. Nous différencions les vécus des gynécologues ayant ou n'ayant pas de formation en sexologie.

Premièrement, nous constatons que toutes les gynécologues n'ayant pas de formation en sexologie rapportent rediriger parfois les patientes (oncologiques ou pas) vers des sexologues. Les patientes sont parfois encouragées à consulter seules mais aussi « 60. (...) *mais d'aller avec le conjoint.* » (Gyn1F, 14).

Ensuite, il peut s'avérer utile d'adresser les patientes à un·e sexologue lorsque le·la gynécologue ne s'estime pas capable de les accompagner sur certains problèmes sexologiques : « 9. *Disons, moi j'ai un bon bout, mais après ça dépend quels sont les problèmes de sexualité. Euh ... moi j'ai pas une formation spécifique là-dedans, (...) Et pis si, après, moi j'ai pas de pistes vraiment sexothérapie à donner 'fin je suis pas formé là-dedans et à ce moment-là j'aime pas trop bricoler donc à ce moment-là, j'envoie plutôt à Dr. ((nom)) ouais.* » (Gyn6H, p.3).

Il peut arriver que les sexologues donnent des pistes de prise en charge aux gynécologues pour accompagner leurs patientes : « 15. (...) *mais quand je sais pas trop, euh des fois je demande à ma collègue et elle elle fait une première consultation, elle rencontre la personne et pis après elle me dit 'non alors chez elle il faut faire comme ci comme ça'* (...) » (Gyn2F, p.10). A nouveau, cela n'est pas spécifique aux patientes oncologiques et peut s'appliquer à la prise en charge de toutes les femmes.

Mais tou·te·s les gynécologues ne sont pas aussi enthousiastes et convaincu·e·s par l'apport de la sexologie. En effet, le plus âgé des interviewé·e·s explique que, en ce qui concerne les problèmes liés à l'image corporelle post-chirurgie de cancer du sein, « 34. (...) *des fois y a même pas besoin d'aller aussi loin.* » (Gyn3H, p.8) et que « 34. *C'est une minorité de gens qu'on va envoyer chez un sexologue ou comme ça, (...).* » (Gyn3H, p.8). Ainsi, ce gynécologue envoie habituellement d'abord les gens chez PROFA, puis chez un·e thérapeute de couple et finalement, si nécessaire, chez une sexologue. Par ailleurs, une autre interviewée admet ne pas vraiment savoir ce qui se discute dans les consultations sexologiques.

Le gynécologue formé en sexologie explique qu'il essaie d'accompagner les femmes et leurs conjoints dans la sexualité post-cancer en fonction de ce qui est possible et que toutes n'ont pas envie d'entamer une thérapie sexologique : « 82. (...) *Oui, mais souvent on accompagne ces femmes-là dans- 'fin ça dépend comment elles s'en remettent et comment elles s'en remettent avec leur monsieur et qu'est-ce qui est possible, qu'est-ce qui est possible et pis après elles ont des fois pas envie de rentrer dans une démarche de thérapie-sexologie ou de psychologie parce qu'elles ont pas envie et pis voilà.* » (Gyn4HSexo, p.23).

La gynécologue-sexologue nous offre le point de vue contraire : il est plus fréquent que des patientes lui soient adressées plutôt qu'elle doive les adresser ailleurs. Ainsi, lorsqu'elle travaillait à l'hôpital, les oncologues lui adressaient souvent des patientes : « 58. (...) *j'avais eu un peu plus de cas oncologiques qui m'étaient envoyées par des oncologues genre 'Ah mais ce genre de trucs, allez voir Dr. ((nom))' quoi. Ouais. (...) mais à partir du moment où c'était un peu difficile euh ils nous les adressaient quoi.* » (Gyn5FSexo, p.16). Néanmoins, bien qu'elle

ne considère pas toujours être la personne la plus adéquate pour les problèmes des personnes qui lui sont adressées, elle préfère les accompagner plutôt que ces personnes ne reçoivent pas d'aide. Elle raconte que les infirmières aussi lui adressaient souvent des patientes dans le contexte hospitalier alors que, comme nous le verrons dans la prochaine sous-catégorie, les gynécologues supposent souvent que ces dernières discutent de sexualité avec les patientes.

Sous-catégorie 4.1.3 : Infirmière du sein

Quatre des six gynécologues ont expliqué souvent collaborer avec une infirmière spécialiste du cancer du sein. Cette dernière semble soutenir les patientes dans des problématiques plus pratiques et quotidiennes que les gynécologues. Ainsi, les gynécologues apprécient pouvoir compter sur elle et que les patientes seraient, selon les gynécologues, très satisfaites des consultations avec elle.

L'infirmière du sein « 58. (...) voit déjà les patientes déjà avant même qu'elles se fassent opérer, qu'elles aient eu leur traitement. » (Gyn1F, p.13). Selon les gynécologues, cette infirmière représente une aide non négligeable dans la prise en charge des patientes oncologiques. Elle est donc « 20. (...) vraiment un peu un parachute (...) » (Gyn2F, p.13) ; l'infirmière peut signaler si nécessaire aux gynécologues que la patiente semble avoir mal compris certaines informations. Deux gynécologues sans formation de sexologie rapportent l'importance de cette infirmière sur les questions pratiques quotidiennes « 19. (...) pour tous les trucs un peu terre-à-terre, des questions auxquelles même j'aurais même pas penser en fait elle elle aide la patiente sur la réalité du terrain (...) » (Gyn2F, p.13) et pour « 47. (...) orienter aussi ces femmes vers d'autres femmes qui ont eu aussi des cancers du sein donc y a des groupes qui se font et tout. » (Gyn1F, p.10). En outre, la gynécologue-sexologue va un peu plus loin et explique que c'est une bonne idée « 28. (...) pour ces patientes qui ont vraiment des angoisses, je pense que ça vaut la peine de leur proposer un entretien. » (Gyn5FSexo, p.9) et que cette infirmière peut aider les patientes qui ont des problèmes liés à l'image corporelle. De plus, elle mentionne qu'il existe à Genève une infirmière particulièrement spécialisée dans ces questions. Les infirmières spécialisées jouent aussi un rôle important dans la prise en charge oncologique et certains gynécologues pensent qu'elles abordent la sexualité avec les patientes : « 46. (...) mais il me semble qu'elle [infirmière du sein] parle de sexualité, (...) » (Gyn6H, p.16). En outre, la gynécologue-sexologue explique que les infirmières en oncologie sont des intervenantes essentielles et que : « 27. (...) en tous cas à ((hôpital)) elles sont assez bien formées et elles questionnent pas mal la sexualité. » (Gyn5FSexo, p.9). Mais bien que les infirmières « 60. (...) osaient (...) » (Gyn5FSexo, p.16) aborder la question, elles manquent

ensuite d'outils pour « 60. (...) *investiguer et proposer des traitements donc elles étaient aussi assez limitées finalement.* » (Gyn5FSexo, p.16). Par ailleurs, l'infirmière du sein semble se montrer précautionneuse pour ne pas « 21. (...) *court-circuiter (...)* » (Gyn2F, p.13) la prise en charge des gynécologues et échange avec eux·elles par email.

Sous-catégorie 4.1.4 : Autres

Dans cette sous-catégorie, nous constatons que les gynécologues collaborent aussi souvent avec d'autres professionnel·le·s.

Ainsi, ce sont parfois les médecins traitant·e·s qui suspectent un cancer du sein lorsqu'ils·elles palpent la poitrine des patientes et que ces dernier·e·s les envoient ensuite chez les gynécologues ou faire une mammographie : « 73. *Après y a aussi des médecins traitants qui tout d'un coup palpent les seins à une patiente parce qu'elle a remarqué quelque chose pis elle a été chez le médecin traitant, pis du coup ils nous l'envoient ou ils l'envoient déjà faire une mammographie et après elle vient chez nous.* » (Gy1F, p.18).

Il est également important de comprendre qu'un certain nombre de spécialistes gravitent autour d'une patiente oncologique à différents moments de la prise en charge. Par exemple, avant même que la date de l'intervention soit posée, la patiente a déjà vu un·e généticien·ne et un·e plasticien·ne : « 21. (...) *on a pas encore la date d'intervention qui est prévue mais elle a vu la plasticienne pendant une heure hier, elle a vu le généticien ce semaine (...)* » (Gyn2F, p.13). Un des gynécologues insiste sur l'importance des plasticien·ne·s dans le cancer du sein et explique qu'ils·elles sont sollicité·e·s lors des mastectomies et des tumorectomies. En outre, deux des interviewé·e·s (dont la gynécologue-sexologue) redirigent parfois les patientes, ayant des cancers ou pas, vers un réseau d'ostéopathes et de physiothérapeutes.

Deux gynécologues insistent sur l'importance des radiothérapeutes dans les prises en charge de patientes oncologiques. En effet, selon le gynécologue formé en sexologie, ce serait à elles·eux d'expliquer les conséquences secondaires de leur traitement : « 22. *Ça, c'est les radiothérapeutes, qui doivent en parler [effets secondaires de la radiothérapie], ceux qui font ça. C'est de la médecine nucléaire.* » (Gyn4HSexo, p.9). De plus, il conseille de questionner aussi ces spécialistes sur la problématique de l'onco-sexologie car les patientes sont amenées à les voir très fréquemment : tous les jours durant 3 ou 5 semaines pendant la phase de traitement.

Il existe une différence fondamentale entre la pratique des psychologues et des somaticien·ne·s selon le gynécologue formé en sexologie. En effet, il estime que la problématique de l'intégration de la discussion de la sexualité dans le contexte oncologique relève du rôle des

psychologues puisque c'est une approche focalisée sur le relationnel. Il reconnaît toutefois la pertinence de s'intéresser à l'impact sur le couple et la sexualité d'un traumatisme tel qu'un cancer mais ce sont « 77. (...) *des choses de l'ordre psychologique, c'est pas des choses de l'ordre de l'approche somatique comme nous on fait.* » (Gyn4HSexo, p.21) et ce serait « 80. (...) *votre [des psychologues] boulot (...)* » (Gyn4HSexo, p.22). Il est intéressant de constater que ces propos semblent contradictoires avec ceux qu'il tient dans la sous-catégorie 1 de la catégorie 1.1, car ce gynécologue dit que le relationnel dans la pratique gynécologique doit absolument être défendu. Cependant, selon lui, gynécologues et psychologues ne seraient pas intéressé·e·s par les mêmes aspects du vécu des patientes et ce, malgré sa formation de sexologie ; les gynécologues sont donc des somaticien·ne·s alors que les psychologues investiguent le vécu relationnel. De ce fait, trois des six gynécologues adressent les patientes à des psychologues. En effet, la gynécologue formée en sexologie explique aussi que les problématiques de dysmorphophobie peuvent atteindre un stade « 30. (...) *psychiatrique (...)* » (Gyn5FSexo, p.10) chez certaines patientes ayant un cancer du sein et qu'il est nécessaire de les adresser à un·e autre professionnel·le. De plus, un des gynécologues non formé·e·s en sexologie collabore avec une psychologue au sein de son cabinet. Ainsi, ni le sexe, ni l'âge, ni la formation ne semblent influencer la collaboration avec des psychologues.

Finalement, qu'importe les professionnel·le·s de santé avec qui les gynécologues collaborent, il est important qu'un lien de confiance existe entre eux·elles : « 32. (...) *et j'ai des gens avec qui j'ai- enfin en qui j'ai entière confiance dans des domaines très spécialisés pis du coup ça me va comme ça.* » (Gyn6H, p.12).

Catégorie 4.2 Particularités du travail en réseau

Le travail en réseau n'était pas une chose simple, cette catégorie nous permettra de comprendre plus en détail ses avantages et ses enjeux, notamment la discussion de la sexualité avec les professionnel·le·s qui gravitent autour de la patiente.

Sous-catégorie 4.2.1 : Description et importance du travail en réseau

Les gynécologues ont souvent mentionné le fait que la prise en charge des patientes oncologiques se fait en collaboration avec divers·e·s spécialistes, comme expliqué dans la catégorie précédente. Cette sous-catégorie nous permet de mieux comprendre l'importance et le fonctionnement de ce réseau.

En effet, la prise en charge oncologique nécessite « 21. (...) *tout une équipe (...)* » (Gyn2F, p.13) et le travail individuel n'est plus d'actualité : « 21. *Je trouve que c'est bien mais il faut*

travailler en réseau. Je pense que de plus en plus pour tous les métiers, même pour la sexologie et tout ça, faut travailler en réseau et pis c'est fini de vouloir tout faire dans son coin tout seul. » (Gyn2F, p.13). En outre, elle rapporte que dans le contexte hospitalier, le travail se fait en réseau et que les gynécologues se consultent avant de prendre des décisions. Ce travail en réseau implique que certaines informations sont répétées entre les différent·e·s spécialistes mais que cela permet de rassurer les patientes car les médecins ont « 28. (...) *tous un peu les mêmes discours (...)* » (Gyn2F, p.16).

Nous retrouvons l'importance perçue du réseau dans la prise en charge oncologique dans le discours de la gynécologue-sexologue ; cette dernière explique qu'il est nécessaire de travailler en réseau : « 84. *Euh pis après bah le réseau, l'importance du réseau. Ça pour moi c'est hyper important parce qu'on peut pas tout faire tout seul (...)* » (Gyn5FSexo, p.21). Un des gynécologues non formé·e·s en sexologie va même plus loin en expliquant le travail en réseau est « 36. (...) *la clé.* » (Gyn6H, p.13) de la pratique gynécologique et qu'il est rassurant pour les patientes de savoir que plusieurs spécialistes approuvent la décision thérapeutique prise. Ainsi, tou·te·s semblent d'accord sur le fait qu'il est indispensable de travailler en réseau.

Sous-catégorie 4.2.2 : Communication entre les soignant·e·s

Afin de mener à bien ce travail en réseau nécessaire à la prise en charge de patientes oncologiques, il est fondamental que la communication entre les gynécologues et les autres spécialistes fonctionne bien. Dans cette sous-catégorie, nous regroupons tous les modes de communication utilisés par les intervenant·e·s de la prise en charge et investiguons la perception qu'en ont les gynécologues.

En premier lieu, la plupart des gynécologues interviewé·e·s reportent que la communication fonctionne bien grâce à ces colloques hebdomadaires dans lesquels tout le monde participe. Ainsi, elle n'a « 28. (...) *pas l'impression que les gens- qu'on loupe un gros chapitre quoi.* » (Gyn2F, p.16). Ces colloques représentent donc des facilitateurs de la communication entre professionnel·le·s de la santé et semblent bien fonctionner; les médecins collaborent de plus en plus de tou·te·s ensemble : « 23. *Pis là, on rencontre les gens, de toutes façons on se connaît, on s'appelle et pis on s'envoie des- 'fin ouais les courriers ça fonctionne assez bien.* » (Gyn6H, p.9).

Les colloques permettent aussi aux gynécologues de partager au sujet de leurs cas de cancers. De plus, certains colloques sont spécifiques au cancer du sein et d'autres aux cancers de l'utérus, comme le précise le gynécologue : « 18. *C'est-à-dire qu'à la Ville de ((ville)), il y a*

un colloque pour le réseau ((ville)) du sein avec tous les spécialistes pis y a aussi des colloques pour les cancers gynécologiques. » (Gyn6H, p.7-8). Ainsi, ces colloques multidisciplinaires permettent aux gynécologues de présenter les cas de cancers rencontrés en cabinet. De plus, les soignant·e·s peuvent y discuter du traitement le plus approprié pour la patiente. Ils ont lieu une fois par semaine à 7h du matin : « 23. (...) *on a un colloque toutes les semaines, avec les oncologues, les radiothérapeutes, les chirurgiens plasticiens, les gynécologues, les radiologues et les pathologues. Toutes les semaines à 7h du matin (...)* » (Gyn6H, p.9) et l'infirmière du sein. Les gynécologues s'y rendent lors qu'ils·elles ont un cas à présenter et / ou jusqu'à la fin du traitement d'une patiente. L'établissement de ces colloques illustre ce fonctionnement en réseau dans la prise en charge oncologique ; chaque traitement doit être discuté et le·la gynécologue ne peut pas simplement choisir seul·e : « 24. (...) *donc euh c'est fini les gynécologues ils trouvent quelque chose, ils opèrent comme ils veulent tout ça, non. On discute avec tout le monde, (...)* » (Gyn2F, p.14).

Selon deux gynécologues (dont celle formée en sexologie), la communication entre soignant·e·s se fait par : « 47. *Dans la mesure du possible oui, on écrit des lettres, (...)* » (Gyn4HSexo, p.15). Cependant, la transmission d'informations ne semble pas marcher si bien pour tou.te.s : « 13. (...) *je reçois jamais les rapports [des oncologues] donc c'est vrai que j'essaie de plutôt faire moi (...)* » (Gyn6H, p.5) mais ce gynécologue rapporte que les chirurgien·ne·s l'appellent s'il se passe quoi que ce soit.

Sous-catégorie 4.2.3 : Discussion de la sexualité avec les autres soignant·e·s

Étant donné le nombre de spécialistes gravitant autour des patientes oncologiques, il est intéressant de s'interroger sur la responsabilité de chacun·e dans la discussion de la sexualité.

Premièrement, deux des six gynécologues interviewé·e·s ne sont pas sûr·e·s que la sexualité soit discutée avec d'autres intervenant·e·s de la prise en charge oncologique. Par exemple, il semble planer un doute quant au fait que d'autres spécialistes discutent de la sexualité avec les patientes oncologiques : « 58. (...) *c'est vrai qu'après je pourrai pas vous dire si la sexualité est abordée dans d'autres ... disciplines, les oncologues, l'infirmière de sénologie euh ... le radiothérapeute.* » (Gyn1F, p.14). Deux gynécologues dont un formé en sexologie se demandent aussi si les radiothérapeutes et oncologues abordent la sexualité et/ou s'ils·elles explicitent uniquement les effets secondaires des traitements. Ces doutes quant aux éventuel·le·s interlocuteur·ice·s pour la sexualité semblent traduire une faille dans le travail en réseau précédemment décrit et peuvent potentiellement résulter en un non-abord de la sexualité

: « 13. (...) personne n'en parle parce que tout le monde pense que c'est l'autre qui en a parlé pis on se rejette tous la balle (...) » (Gyn6H, p.5).

Il est évident que les oncologues jouent un rôle important dans la prise en charge de patientes en situation de cancer. Cependant, aucun·e gynécologue n'affirme que ces spécialistes n'abordent la sexualité et l'une d'entre elle avoue ne jamais en avoir parlé avec ces dernier·e·s : « 59. J'ai jamais eu la discussion non plus avec des oncologues, aucune idée ! » (Gyn1F, p.14). Selon la gynécologue-sexologue estime que « 57. (...) ça dépend l'oncologue, comment ils sont à l'aise mais je pense que c'est pas non plus les plus forts dans ce domaine je crois, d'après ce que j'entends » (Gyn5FSexo, p.14) et que « 58. On a pas l'impression que c'est pour eux une préoccupation première. (...) » (Gyn5FSexo, p.14). Certain·e·s gynécologues estiment qu'il serait possible pour l'oncologue d'ouvrir cette discussion : « 86. (...) j'imagine que dans son anamnèse générale, il puisse dire 'bah voilà, vous êtes en couple, comment ça se passe, est-ce que vous avez une activité sexuelle en couple ?', (...) » (Gyn5FSexo, p.22). De plus, le fait que l'oncologue suive régulièrement les patientes permettrait potentiellement de créer une relation de confiance. Comme discuté précédemment, cette relation semble constituer un facilitateur à l'abord et la discussion de la sexualité : « 14. (...) souvent elles le [l'oncologue] connaissent pas ou elles le connaissent moins mais après elles vont finir par le connaître, (...) » (Gyn6H, p.6). Par ailleurs, la sexualité n'était pas abordée avec les patientes par les gynécologues en hôpital : « 44. (...) typiquement la question sexualité on abordait jamais ça [en hôpital] (...) » (Gyn6H, p.16). Une des gynécologues raconte la frustration d'une de ses patientes, guérie d'un cancer, qui reprochait au milieu hospitalier de s'en contenter sans se préoccuper de sa qualité de vie, ni de sa sexualité : « 5. (...) euh pis en fait elle avait l'impression que c'était vraiment juste à chaque fois qu'elle y allait on [dans le cadre hospitalier] lui disait 'oui mais c'est bien votre cancer n'est pas de retour' pis elle a dit 'oui mais bon ma vie c'est un peu fini quoi la sexualité' » (Gyn2F, p.4).

Il est cependant important que la patiente soit à l'aise avec son interlocuteur·rice pour parler de sexualité : « 28. (...) après il faut que la personne soit à l'aise et moi ça me dérange pas si elle en parle avec l'oncologue, si elle est suivie par l'oncologue plus souvent et qu'elle en parle avec lui (...) » (Gyn2F, p.16). La gynécologue-sexologue explique aussi « 84. (...) qu'il n'y a pas d'intervenant qui doit aborder la question, je pense que tous les intervenants peuvent (...) » (Gyn5FSexo, p.21). De plus, il paraît préférable que plusieurs professionnel·le·s en discutent « 14. (...) plus on est à proposer d'en discuter mieux c'est. » (Gyn6H, p.6).

En somme, il semble y avoir une incertitude concernant la discussion de la sexualité avec les autres intervenant·e·s impliqué·e·s dans la prise en charge oncologique chez certain·e·s gynécologues. Il est important de relever que, selon la gynécologue-sexologue, les oncologues ne semblent pas se préoccuper de la sexualité et, ainsi, n'aborderaient pas ce sujet avec leurs patientes. Néanmoins, les gynécologues pensent majoritairement que chaque spécialiste pourrait discuter de cela avec les patientes et qu'il est préférable que le plus de spécialistes questionnent la sexualité avec les patientes oncologiques. Nous relevons aussi que nombre de gynécologues pensent que les infirmières spécialisées se chargent de la discussion de la sexualité tandis que cela ne semble pas être le cas dans la littérature.

Sous-catégorie 4.2.4 : Déléguer quand la demande de la patiente dépasse les compétences du-de la gynécologue

Plusieurs gynécologues adressent les patientes chez d'autres spécialistes plus adéquats lorsque les demandes des patientes « 32. *“(….) dépasse mes compétences” (….)* » (Gyn6H, p.12). Ainsi, cette délégation de certains aspects de la prise en charge constitue une manière d'utiliser le réseau et met en évidence l'importance de ce dernier dans la pratique gynécologique.

Les gynécologues non formé·e·s en sexologie expliquent déléguer volontiers les patientes ayant des difficultés sur le plan sexuel à des sexologues, plus compétent·e·s dans ces questions : « 15. *(…) Si moi je vois qu'à un moment donné je- y a un truc qu'il faut aller creuser, alors en général bah je demande à une collègue qui est gynéco-sexologue... alors on peut être psychologue-sexologue, on peut être physiothérapeute et sexologue, on peut avoir en fait cette sous-spécialité dans une autre domaine.* » (Gyn2F, p.10). En effet, les gynécologues sans formation de sexologie ont parfois « 36. *(…) l'impression de d'être assez rapidement, honnêtement, d'être un peu au bout de nos compétences.* » (Gyn3H, p.9), notamment sur les questions de libido. Par ailleurs, il est parfois nécessaire que d'autres spécialistes se chargent d'aider les patientes oncologiques qui rencontrent des difficultés sexuelles en post-traitement : « 10. *(…) des fois il faut passer par la case physiothérapie ou même ostéopathie donc faut faire appel aux collègues qui ont l'habitude (…)* » (Gyn2F, p.7). Néanmoins, la gynécologue-sexologue insiste qu'elle ne puisse pas accompagner les patientes qui ont des problèmes liés à l'image corporelle car ce n'est pas son travail : « 30. *(…) comment travailler pour que les femmes redeviennent un peu amies avec leur corps, c'est vrai que c'est moins mon travail à moi, (…)* » (Gyn5FSexo, p.10). Concernant la prise en charge oncologique, les gynécologues qui n'opèrent pas les patientes ayant des cancers expliquent qu'ils ne considèrent pas être les plus qualifiés pour cela et que,

de nouveau, ils préfèrent déléguer cette tâche à d'autres spécialistes : « 46. (...) *mais sur l'ovaire là moi je téléphone à ((hôpital)), je dis « voilà j'ai une dame qui a un problème au niveau des ovaires, je vous l'envoie », basta. »* (Gyn4HSexo, p.14). De plus, « 18. (...) *en oncologie, on sait que moins on fait, moins on est bon. »* (Gyn6H, p.8).

De plus, un des gynécologues reconnaît l'importance du soutien psychologique ; bien qu'il ne soit pas psychologue de formation, il prend quand même le temps de discuter avec les patientes. Cependant, il ne s'engage pas dans des thérapies avec ses patientes ayant des troubles psychologiques (par exemple des troubles anxieux) mais les redirigent volontiers : « 32. *'Fin si j'ai des patientes qui ont des gros troubles anxieux, des choses comme ça, je vais pas faire une thérapie là-dessus, de nouveau je suis pas psychologue, je suis pas psychiatre, j'ai pas la formation pour ça (...) après ça dépasse mes compétences euh ... bah j'envoie plus loin. »* (Gyn6H, p.12).

Ainsi, « 15. (...) *ce qui est important je pense c'est d'avoir un petit réseau de gens qu'on connaît et qui savent faire ce qu'il faut et je pense que c'est plutôt ça. »* (Gyn2F, p.10-11) car « 55. (...) *quand on sait pas, on dit qu'on sait pas et on dit pas qu'on pense qu'il faut faire ça (...) »* (Gyn4HSexo, p.16), notamment dans le domaine de la sexologie pour les gynécologues n'y étant pas formé·e·s.

Catégorie 4.3 Prise en charge du cancer en hôpital

Cette catégorie offre un point de vue critique sur la prise en charge des cancers en hôpital. En effet, les gynécologues travaillant dans des cabinets ont souvent fait une partie de leur formation en hôpital et critiquent certains fonctionnements propres au contexte hospitalier.

Sous-catégorie 4.3.1 : Difficultés rencontrées au niveau du suivi de la patiente

Premièrement, il semblerait que certaines patientes oncologiques soient suivies en hôpital suite à leur opération : « 26. (...) *certaines patientes sont prises en charge par des équipes et ils font leur suivi là-bas et ils sont bloqués à ((hôpital)) euh, ils sortent pas, voilà. »* (Gyn4HSexo, p.10). L'emploi de ces mots plutôt forts nous indique que le gynécologue formé en sexologie n'estime pas nécessairement que le contexte hospitalier offre le meilleur suivi. En effet, les gynécologues interviewé·e·s reportent surtout un manque de suivi des patientes oncologiques dans le contexte hospitalier : « 13. *Alors avant en fait le problème qu'il y a c'est que nous en hôpital public bah le problème qu'il y a c'est qu'on voit les patientes bah pour l'opération mais on va pas les suivre après. »* (Gyn1F, p.3). Ainsi, ce « 12. (...) *suivi dépersonnalisé et un peu décousu (...) »* (Gyn5FSexo, p.5) entrave l'abord de certains sujets : « 85. (...) *on les voit pas*

de manière régulière les patientes donc on aborde peut-être les choses différemment. » (Gyn1F, p.21) ; dont la sexualité. Ce suivi non régulier contraste avec le suivi possible avec les gynécologues de cabinet : « 13. (...) *et la différence avec l'hôpital c'est que c'est pas vos patientes, c'est vos patientes pendant un petit brin de moment mais vous les prenez comme ça au vol, vous les accompagnez un petit moment mais après vous les suivez pas.* » (Gyn2F, p.8). Ainsi, l'abord de certains sujets (i.e la sexualité) semblent plus compliqués en hôpital qu'en cabinet.

En effet, trois des six gynécologues interviewé·e·s ont rapporté quelques difficultés qu'ils·elles ont rencontré dans le suivi des patientes lorsque ces dernières sont prises en charge dans le contexte hospitalier. Les deux gynécologues formé·e·s en sexologie reportent que si les patientes ont de la chimiothérapie, « 31. (...) *pendant quelques mois on les voit plus vraiment (...)* » (Gyn5FSexo, p.10). Ainsi, « 23. (...) *les dames elles nous échappent (...)* » (Gyn4HSexo, p.10). Par ailleurs, le maintien d'une relation thérapeutique avec une patiente oncologique semble être plutôt l'exception que la norme : « 105. *Une, mais voilà. (...) Je sais pas, avec elle voilà on a eu de la chance.* » (Gyn4HSexo). Il est également pertinent de s'arrêter sur le vocabulaire employé par ce gynécologue, qui témoigne d'une certaine passivité dans le maintien du suivi puisque la chance serait responsable du maintien de la relation thérapeutique. A cause de toutes les raisons susmentionnées, un des gynécologues non formé·e·s en sexologie essaie, dans la mesure du possible, d'éviter d'envoyer les patientes à l'hôpital en opérant lui-même les cancers (i.e. du sein). Il se plaint aussi de n'avoir « 13. (...) *jamais de feedback de ((hôpital)) (...)* » (Gyn6H, p.5) et que « 13. (...) *ils font leur suivi de leur côté.* » (Gyn6H, p.5).

Sous-catégorie 4.3.2 : Centres spécialisés pour les cancers

Deux des six gynécologues interviewé·e·s parlent de leur collaboration avec les centres spécialisés des hôpitaux suisses et expliquent quels en sont les avantages.

Le gynécologue formé en sexologie fait en sorte que les patientes oncologiques soient prises en charge dans les centres spécialisés de l'hôpital : « 1. *On essaie quand même de faire en sorte que les cancers, notamment endométriaux et ovariens, soient pris en charge par des centres spécialisés.* » (Gyn4HSexo, p.2), notamment pour l'intervention. Ces centres sont surtout pour les cancers lourds qui ne sont pas opérés en clinique : « 43. (...) *c'est-à-dire que ça s'enfile dans des filières thérapeutiques surtout pour les cancers lourds, du ventre, des ovaires, de l'endomètre, des choses comme ça, c'est vraiment opéré beaucoup moins en clinique que dans les centres universitaires.* » (Gyn4HSexo, p.14). Ce gynécologue relève aussi que les spécialistes de ces centres se chargent de la planification de l'opération, de la rencontre avec le

radiothérapeute et, finalement, revoient les patientes après le traitement. Concernant les cancers du sein, les centres spécialisés participent surtout à la décision du traitement. Par ailleurs, malgré le manque de suivi en contexte hospitalier, « 44. *La prise en charge au niveau de ((hôpital)) elle est excellente, euh le centre du sein c'est vraiment bien, (...)* » (Gyn6H, p.15).

La gynécologue-sexologue nous apprend tout de même l'existence de consultations sexologiques dans un hôpital pour tous les cancers : « 38. *Mais en Suisse je sais qu'à ((hôpital)) ils s'intéressent- ils ont mis sur pied des consultations sexologiques d'emblée dans les suivis oncologiques. Pas seulement pour le cancer du sein, je crois pour tous les cancers.* » (Gyn5FSexo, p.11) ; cela témoigne d'un niveau de connaissances et d'implications dans la sexualité des patientes oncologiques supérieur que les autres gynécologues.

6. Discussion des résultats

6.1 Des contradictions

En somme, il est compliqué de tirer une conclusion claire quant à la discussion (ou non) de la sexualité par les gynécologues en contexte oncologique puisque leurs discours sont marqués par de fortes contradictions. D'une part, la majorité des gynécologues estiment qu'il est important de discuter de sexualité (ou du moins des rapports sexuels) avec les patientes, y compris les femmes en situation de cancers du sein et de l'utérus. D'autres parts, les gynécologues choisissent souvent ne pas aborder la sexualité de manière explicite par peur que cela représente une trop grande intrusion dans l'intimité des patientes. Ensuite, certain·e·s expliquent que le cancer ne modifie pas l'abord de la sexualité alors qu'ils·elles soulignent que le cancer est un important traumatisme tant physique que psychologique et que certaines phases de la prise en charge ne se prêtent pas à cette discussion. Par ailleurs, les gynécologues interviewé·e·s n'ont pas forcément beaucoup d'expérience dans le suivi complet de patientes oncologiques ; cependant, une des gynécologues n'aborde pas la sexualité avec les patientes en situation de cancer du sein alors qu'elle dit l'aborder avec les patientes n'ayant pas de cancer.

Ces différents exemples de contradiction illustrent, selon nous, une attitude ouverte de la part des gynécologues au sujet de la discussion de la sexualité en contexte de cancer. En effet, il semblerait exister une réelle volonté d'aborder le sujet et d'en discuter, voire même de proposer des solutions à ces patientes. De plus, nous constatons que beaucoup des interviewé·e·s semblaient prendre du recul sur leur propre pratique durant les entretiens menés dans le cadre cette recherche ; en effet, plusieurs·e·s d'entre elles·eux disaient que dorénavant ils·elles poseraient la question aux patientes oncologiques. Toutefois, les gynécologues sont parfois rattrapé·e·s par certaines barrières ou certains présupposés qui les freinent dans l'abord et la discussion de la sexualité. Cette recherche nous permet donc de mettre en évidence ces barrières ainsi que des facilitateurs à la discussion de la sexualité en consultation gynécologique avec des patientes en situation de cancers du sein et de l'utérus. Face à ces constats, nous pourrions proposer quelques solutions dans le but de favoriser cette discussion en contexte gynécologique.

6.2 Les barrières

6.2.1 Le manque de formation concernant la sexualité

Dans les entretiens menés pour cette recherche, le manque de formation concernant la sexualité dans le cursus de gynécologie ressort de manière univoque, comme déjà mis en avant dans la

littérature scientifique par Schweizer et al. (2013), Schweizer (2017), Schweizer (2020), Stead, et al. (2003), et Ussher et al. (2013). En effet, les gynécologues constatent que la sexualité ne faisait que très peu partie de leur formation, voire que les cours à ce sujet n'étaient pas obligatoires. Une des gynécologues explique que d'autres compétences techniques sont jugées plus importantes à acquérir, ne laissant donc aucune place à la sexualité.

Ainsi, pour pallier ce manque, certain·e·s gynécologues cherchent à se former sur la sexualité par d'autres moyens. Par exemple, il est possible de participer à des colloques ou à des formations traitant de ce sujet. Ainsi, nous constatons que l'intérêt des gynécologues pour le sujet de la sexualité joue un rôle crucial (comme démontré dans l'étude de Schweizer et al., 2013) dans la participation à des formations sur la sexualité. En outre, un des gynécologues n'ayant pas suivi la formation de sexologie consulte souvent une gynécologue-sexologue afin d'acquérir de nouvelles connaissances et mieux accompagner les patientes ; ce qui montre bien que les gynécologues vont chercher les connaissances en sexologie uniquement par motivation personnelle. De plus, il n'existe aucune obligation à suivre ces formations ; les gynécologues y prennent part uniquement en fonction de leur intérêt. Ainsi, ce ne sont que les gynécologues déjà intéressé·e·s par la sexualité et ouvert·e·s à ce sujet qui allouent de leur temps et de leur énergie pour compléter leur formation. Par ailleurs, selon certain·e·s gynécologues interviewé·e·s, ces formations ne sont pas suffisamment bien construites et n'amènent pas tant de nouvelles connaissances et compétences. En effet, une des gynécologues exprime une certaine frustration quant au fait que, finalement, peu de nouveautés ressortent de ces formations : par exemple, elle souligne qu'il n'y a jamais de nouvelles solutions concernant les problèmes de libido.

En outre, certain·e·s gynécologues ont participé une fois à un colloque sur l'onco-sexologie car ils·elles avaient parlé par bouche-à-oreille alors que d'autres n'en avaient pas connaissance ; de surcroît, tou·te·s soulignent l'absence de la question de la sexualité pendant le cancer dans les formations (Ratner et al., 2010). Il semble alors pertinent de renforcer la communication des événements en lien avec l'onco-sexologie et d'inclure ces questions dans les formations sur la sexualité.

Finalement, il semblerait que ces formations et colloques puissent sensibiliser les gynécologues y participant à certaines problématiques (par exemple, à la nécessité de questionner la sexualité chez toutes les patientes, y compris oncologiques) mais ne permettent pas vraiment l'application plus concrète de ces recommandations dans la pratique. Ainsi, ces formations ne semblent pas fournir suffisamment d'outils pratiques et demeurent parfois trop théoriques.

Cependant, la gynécologue-sexologue, qui dispense des colloques rappelle que les médecins apprécient que le contenu soit soutenu par des études scientifiques.

6.2.2 Le souci de l'intrusion

Certain·e·s gynécologues expliquent avoir peur que la question de la sexualité soit trop intrusive dans les consultations gynécologiques de manière générale ou avec des patientes en situation de cancer du sein et de l'utérus. Cependant, nous observons une nouvelle fois des contradictions dans les discours des gynécologues, notamment sur la question du sexe du·de la gynécologue.

En effet, la majorité des femmes interviewé·e·s reportent ne jamais s'être senties intrusives en interrogeant une patiente sur sa sexualité. De plus, si elles se mettent à la place de leurs collègues de sexe masculin, elles conçoivent que le souci de l'intrusion soit davantage présent. Selon elles, le sujet de la sexualité serait en plus délicat à amener en tant qu'homme, notamment à cause du mouvement MeToo et ses potentielles dérives. Néanmoins, les hommes interviewés affirment que leur sexe n'a jamais été un obstacle à l'abord de la sexualité avec les patientes, voire même ce serait un facilitateur pour l'un d'entre eux. Ce désaccord entre les présupposés des femmes à l'égard de l'abord la sexualité en tant qu'homme et les expériences rapportées par ces derniers se retrouvait aussi dans l'étude de Schweizer et al. (2013). Cependant, le gynécologue formé en sexologie souligne quand même la possibilité que certains actes soient interprétés de la mauvaise manière par les patientes et souligne la nécessité d'y être attentif. De manière générale, il est délicat de tirer des conclusions sur l'influence du sexe sur un échantillon aussi petit que celui de cette étude car il est compliqué de différencier les différences de sexe et les différences interindividuelles (van Dulmen & Bensing, 2000).

Constatant que les gynécologues n'estiment pas que leur sexe peut poser problème dans la discussion de la sexualité, nous pourrions penser que les gynécologues sont plutôt exempt·e·s du souci de l'intrusion et que cela ne représente pas une barrière concernant l'abord de la sexualité. En réalité, ce n'est pas le cas. Nous remarquons que les gynécologues, à l'exception de la gynécologue formée en sexologie, ont tendance à aborder la sexualité de manière implicite. En effet, plusieurs expliquent « tendre ou lancer la perche » aux patientes pour parler de sexualité, ce qui nous interroge sur la perception qu'ont les patientes de cet abord ; comprennent-elles toujours que le·la gynécologue tente de les mettre sur la piste de la discussion de la sexualité ? Ou bien ces abords implicites ne sont-ils pas remarqués par la patiente qui estime alors ne pas avoir eu l'occasion de parler de sexualité ? De plus, une nouvelle contradiction apparaît grâce à ces résultats : les femmes gynécologues, contrairement

à ce qu'elles disaient, ne sont pas non plus à l'aise dans l'abord de la sexualité avec les patientes. Selon Schweizer (2020), cela prouve que ce sont davantage les standards professionnels qui agissent en tant que barrière à la sexualité que le sexe du·de la gynécologue.

Certain·e·s gynécologues confirment ce qui était dit dans la revue de littérature, à savoir qu'il existe des discordances entre les attentes des patientes en matière d'abord de la sexualité en consultation gynécologique et la pratique des gynécologues (Berman et al., 2003 ; Schweizer, 2017 ; Schweizer, 2020, Stead et al., 2003 ; Wendt et al., 2007). Nous concluons que ces abords implicites ne sont souvent pas compris par les patientes qui ne saisissent pas « la perche ». Par ailleurs, le fait que les gynécologues aient conscience de ces discordances nous interroge sur leur motivation à les éviter et à discuter de la sexualité ; en effet, s'il ne paraît pas problématique pour eux·elles que les patientes ne perçoivent pas ces opportunités de discuter de sexualité. Par ailleurs, un des gynécologues soulève aussi que questionner la sexualité expose le·la gynécologue à des problématiques qu'il·elle ne sait pas forcément gérer expliquant ainsi cet évitement de la discussion.

Le souci de l'intrusion empêche aussi tou·te·s les gynécologues de questionner l'orientation sexuelle des patientes ; en effet, aucun·e des interviewé·e·s n'interroge ouvertement les patientes sur cet aspect de leur sexualité. Ce résultat corrobore les constats énoncés dans l'étude de Wendt et al. (2007) qui montrait que les professionnel·le·s de santé avaient demandé à seulement un quart de leurs patientes leur orientation sexuelle.

Finalement, nous nous heurtons à une nouvelle contradiction ; alors que les gynécologues estiment que les patientes pourraient penser que la discussion de la sexualité représente une intrusion trop importante dans leur intimité, celles-ci sont aussi décrites comme à l'aise dans la discussion de la sexualité. En effet, tou·te·s les gynécologues disent que les patientes leur parlent volontiers de leur vie sexuelle et ce, peu importe leur âge. Il serait même rare qu'elles ne comprennent pas le but de question sur la sexualité dans la consultation gynécologique ; à nouveau, il a été mis en évidence à plusieurs reprises dans la littérature scientifique que la discussion de la sexualité est une attente des patientes envers leur gynécologue (Berman et al., 2003 ; Schweizer, 2017 ; Schweizer, 2020, Stead et al., 2003 ; Wendt et al., 2007). Dans ce travail de recherche, seul un gynécologue a été confronté à une forte réaction d'une patiente avec qui il aurait abordé le sujet¹⁴, ainsi cela ne semble concerner qu'une minorité de patientes.

¹⁴ Constatant des douleurs chez une patiente durant l'examen gynécologique, il lui a demandé si elle arrivait à avoir des rapports sexuels. Par la suite, cette patiente a signalé à la secrétaire du cabinet qu'il posait des questions inadéquates.

Nous pouvons alors penser que le souci de l'intrusion relève de l'intrusion imaginée par les gynécologues plutôt que du vécu réel des patientes.

6.2.3 La priorité des questions de guérison

La barrière principale dans le contexte oncologique concerne sûrement la question du moment approprié pour aborder la question de la sexualité. En effet, c'est la question principale de l'onco-sexologie selon la gynécologue-sexologue.

Premièrement, il semblerait que l'annonce du diagnostic ne soit perçue comme un moment propice à la discussion de la sexualité par aucun·e gynécologue. Les gynécologues interviewé·e·s soulignent que le cancer représente un traumatisme important pour les patientes et que, à ce moment-là, la sexualité n'est pas leur préoccupation principale ; en effet, la peur de mourir serait prédominante à cet instant (Hannoun-Levi, 2005). De ce fait, à ce moment-là, les patientes attendraient plutôt de la part des gynécologues qu'ils·elles leur expliquent la maladie et mettent en place une prise en charge dans des délais raisonnables. De plus, les gynécologues étant des somaticien·ne·s, leur objectif serait de guérir la patiente. Néanmoins, certain·e·s gynécologues soulignent l'importance d'aborder le sujet de la sexualité à un moment car il y a peu de chance que les patientes le fassent d'elles-mêmes (Flynn, et al. 2012 ; Reich, 2007, Ussher et al., 2013) et pourraient en souffrir.

Ensuite, les interviewé·e·s soulignent qu'une quantité importante d'informations doivent être données à ce moment-là et que les patientes sont souvent en état choc, ce qui les empêche de comprendre et retenir tout ce qui est dit (Ratner et al., 2010). Ainsi, le volume d'information serait aussi une des barrières à la discussion de la sexualité au moment du diagnostic. Cependant, seule la gynécologue-sexologue a parfois recours à des brochures qui fournissent des informations sur la sexualité en lien avec le cancer, les autres estiment que le sujet de la sexualité convient d'être discuté à l'oral.

Ainsi, ce serait plutôt en phase post-traitement, une fois la maladie maîtrisée, que la question de la qualité de vie (i.e. la sexualité) entrerait en jeu (Hoarau et al., 2007). En effet, certain·e·s gynécologues expliquent qu'ils·elles sont avant tout des médecins somaticien·ne·s ; c'est-à-dire que leur objectif principal, en situation oncologique, serait de prendre en charge les patientes et de les amener vers la rémission ou la guérison. La qualité de vie et la sexualité ne feraient donc pas partie des sujets à traiter en priorité dans une prise en charge oncologique. Or, nous avons mis en évidence dans la revue de littérature que les problèmes liés à la sexualité devraient être abordés (et traités) à tous les stades de la maladie afin de préserver la qualité de

vie de la patiente (Flynn, et al. 2012 ; Fornage & Bianchi-Demichelli, 2016 ; Gilbert et al., 2010).

Nous remarquons une nouvelle contradiction dans le discours des gynécologues ; ces dernier·e·s estiment que le moment adéquat pour discuter de la sexualité est la phase post-traitement mais également qu'il est important que les patientes soient préalablement informées des effets secondaires et des conséquences des interventions sur la sexualité. Par conséquent, il semblerait que les gynécologues souhaitent informer les patientes sur les conséquences sur la sexualité mais se heurtent au volume d'informations à donner et au fait que la sexualité ne serait ni une priorité pour eux·elles ni pour les patientes. En outre, ils·elles semblent tiraillé·e·s entre l'envie d'informer les patientes des effets secondaires et des conséquences et l'inquiétude de les effrayer. Certain·e·s estiment par ailleurs que cette responsabilité d'information aux patientes revient aux thérapeutes qui mettent en place le traitement plutôt qu'à eux·elles.

De plus, un des gynécologues explique que les cancers sur lesquels cette recherche porte arrivent souvent chez les femmes à l'âge de ménopause et que, selon lui, les femmes de cet âge-là n'ont plus de sexualité (comme le pensent communément d'autres professionnel·le·s selon Hinchliff et al., 2004, Stead et al., 2013 ; Ussher et al., 2013). Cela justifierait à nouveau que la sexualité ne représente pas une priorité avec les patientes oncologiques. Cependant, cela se contredit avec les discours de tou·te·s les gynécologues qui racontent que les femmes de plus de 60 ans sont très à l'aise pour parler de leur sexualité. De plus, une telle croyance sur l'influence de l'âge sur la sexualité semble traduire un présupposé de ce gynécologue plutôt que la réalité ; nous voyons donc le poids des connaissances profanes dans l'abord de la sexualité par les gynécologues (Schweizer et al., 2013).

Finalement, lorsque des problèmes d'image subjective corporelle sont portés à leur attention dans la phase post-traitement, les gynécologues se retrouvent démuni·e·s et peinent à trouver une solution à proposer pour ces femmes. Nous remarquons que la plupart des gynécologues non formé·e·s en sexologie ont tendance à vouloir rassurer les patientes en leur affirmant que l'atteinte à l'image physique est minime d'un point de vue extérieur. Ces difficultés à accompagner les patientes sur des problématiques non-somatiques semblent démontrer que les gynécologues non-formé·e·s en sexologie (ou n'ayant pas un intérêt pour cela) manquent d'outils pour tout ce qui fait partie de la sexualité au sens plus large que simplement les rapports sexuels. A l'inverse, la gynécologue-sexologue et un autre gynécologue avec qui elle communique souvent cherchent à encourager la patiente à se réapproprier son corps, notamment en prenant soin d'elles et/ou grâce à des approches corporelles.

6.2.4 La dissolution responsabilité dans le réseau thérapeutique

Les gynécologues soulignent le rôle important qu'ils·elles jouent dans la détection du cancer et l'annonce du diagnostic aux patientes (comme le montrent les études de Fornage & Bianchi-Demicheli, 2016 ; Schweizer, 2017). De plus, plusieurs gynécologues estiment que la responsabilité de la discussion de la sexualité leur incombe puisque, par la force des choses, ils·elles examinent les organes génitaux et reproductifs des patientes. Ainsi, selon certain·e·s, l'abord de ce sujet serait donc facilité par cet examen. Cependant, le fait d'associer la sexualité uniquement aux organes génitaux traduit à nouveau une vision étroite et centrée sur le biomédical de la sexualité.

Par ailleurs, comme expliqué dans cette recherche, les prises en charge de patientes en situation de cancer du sein et de l'utérus se font en réseau, composé principalement de gynécologues, d'oncologues, de radiothérapeutes et chimiothérapeutes et d'infirmier·e·s. De ce fait, les gynécologues sont amené·e·s à travailler avec d'autres spécialistes pour mener à bien la prise en charge et permettre la guérison de la patiente.

Tout d'abord, malgré une bonne communication entre les différent·e·s intervenant·e·s rapportée par les gynécologues, ces dernier·e·s ne sont pas toujours sûr·e·s des spécialistes qui abordent la sexualité avec les patientes oncologiques. Par exemple, alors que certain·e·s doutent que cette discussion ait lieu avec les oncologues, la gynécologue-sexologue assure que ce n'est habituellement pas le cas. En effet, la sexualité ne représenterait pas un sujet important à aborder pour eux·elles. Néanmoins, les gynécologues estiment que tou·te·s les spécialistes gravitant autour des patientes pourraient aborder la sexualité et qu'il est important que plusieurs spécialistes le fassent.

Il est particulièrement intéressant de relever que plusieurs gynécologues pensent que les infirmières discutent avec les patientes non seulement des aspects pratiques quotidiens mais aussi de la sexualité (Giami et al., 2007). Or, selon Schweizer, Braizaz et Toffel (2021), ce n'est souvent pas le cas. Premièrement, les infirmier·e·s déplorent aussi un manque de formation quant à la discussion de la sexualité et, ainsi, n'ont pas les outils pour en parler avec les patientes. De ce fait, les infirmier·e·s peuvent aussi être entravées par des contraintes personnelles (i.e. leurs connaissances profanes et socialisation) et socioculturelles (i.e. les représentations genrées dans la sexualité). Finalement, la pratique dans le milieu hospitalier engendre des contraintes structurelles qui ne leur permettent pas d'aborder ce sujet. Ainsi, les gynécologues se reposent parfois à tort sur les infirmier·e·s. Le risque de ces suppositions sur les sujets abordés par chacun·e peut mener à une dissolution de la responsabilité et, finalement,

à un non-abord de la sexualité par les intervenant·e·s. Il pourrait donc s'avérer utile d'encourager les gynécologues à interroger plus proactivement la sexualité, voire à désigner un·e intervenant·e responsable de la question de la sexualité (Ussher et al., 2013). Notons que la gynécologue-sexologue raconte que les infirmier·e·s sont souvent celles qui osent aborder la sexualité avec les patientes mais elle est consciente du manque de solutions que ces dernier·e·s peuvent apporter.

Finalement, les gynécologues reportent souvent perdre contact avec les patientes lorsque celles-ci sont en traitement dans le milieu hospitalier, ce qui complique l'abord de la sexualité dans ces moments. Néanmoins, il semblerait que les gynécologues estiment de toute manière que ce n'est pas le moment adéquat pour en parler... une nouvelle contradiction !

6.3 Les facilitateurs de la discussion de la sexualité

6.3.1 La formation en sexologie

Deux gynécologues, motivé·e·s à acquérir une formation en matière de sexualité, ont entrepris un CAS de Sexologie dispensé par l'Université de Genève. Cependant, cette formation n'est pas protégée et peut-être suivi par différent·e·s professionnel·le·s de la santé. Dans cette recherche, l'une a suivi toute la formation en fin de parcours de médecine, l'autre n'a suivi que quelques modules.

La principale critique émise sur cette formation est le fait que, étant très théorique, elle ne permettrait pas de mettre en place une pratique sexologique. Toutefois, nous remarquons quand même quelques différences chez ces gynécologues qui semblent avoir une vision moins strictement médicale hétérocentrée de la sexualité (Schweizer et al., 2013).

Le gynécologue ayant suivi quelques modules de la formation de sexologie explique que la sexualité ne se résume pas forcément aux stades de Masters et Johnson (1966), mais peut être vécue dans différents scénarios ; ainsi, il semble faire référence à la théorie des scripts de Gagnon et Simon (1973). En effet, comme explicité dans la revue de littérature, les cancers impactent la sexualité ; il s'avère alors délicat de conceptualiser la sexualité des patientes oncologiques selon le modèle de Masters et Johnson (1966). De plus, comme évoqué dans le cadre théorique, les patientes en situation de cancer se trouvent dans un contexte dans lequel il n'existe pas réellement de scripts régissant la sexualité. Ainsi, ces dernières se retrouvent dans l'obligation d'en créer de nouveaux et donc de redéfinir leur sexualité. Il est donc intéressant de relever que ce gynécologue estime qu'il est en partie de son ressort d'aider les patientes oncologiques à élaborer de nouveaux scripts pour vivre une sexualité adaptée à leur cancer et

ses conséquences. Ce gynécologue formé en sexologie argumente aussi que la sexualité est très normée dans la société mais qu'elle peut être vécue de différentes manières même si, dans les faits, il semble surtout questionner les patientes sur les rapports sexuels. Cependant, il donne tout de même une définition inclusive de la sexualité mais, lorsqu'il parle de cas concrets, il emploie souvent les termes « monsieur » ou « mari » pour désigner le partenaire supposé de la patiente. Il est à noter que cette constante présomption d'hétérosexualité peut empêcher certaines femmes non-hétérosexuelles de parler de leur orientation sexuelle à leur médecin (Fohet & Borten-Krivine, 2004).

Par ailleurs, la gynécologue-sexologue a une définition plus large de la sexualité ; selon elle, la sexualité comprend les notions d'activité sexuelle, rapports sexuels et interactions sexuelles entre la patiente et d'autres personnes ou avec elle-même. De ce fait, elle ne résume pas la sexualité au coït uniquement et ne l'inscrit pas forcément dans un schéma hétérosexuel normé. Alors que le gynécologue formé en sexologie reporte ne pas avoir les compétences nécessaires d'accompagner les couples ayant vécu un cancer vers une sexualité moins normée, gynécologue-sexologue se démarque des autres interviewé·e·s par son attitude proactive dans l'abord de la sexualité avec toutes les patientes. Ainsi, la formation en sexologie ne semble constituer un réel facilitateur à la discussion de la sexualité en contexte oncologique que si elle a été suivie dans son entièreté.

6.3.2 La discussion des conséquences physiques

La discussion des conséquences physiques est souvent décrite comme une porte d'entrée vers la discussion de la sexualité par les interviewé·e·s. Cependant, ce facilitateur est à nuancer. En effet, lors des entretiens, plusieurs gynécologues semblaient parler de la sexualité avec les patientes en prenant comme point de départ les conséquences physiques. En réalité, cette manière de faire réfère davantage à la « fonction sexuelle » (Giami et al., 2007, p.228) et limite la sexualité à une vision médicale dans laquelle l'objectif est de savoir si la patiente est encore capable d'avoir des rapports sexuels. De plus, Tiefer, en 1996, expliquait qu'une technique utilisée pour diminuer la gêne ressentie par les professionnel·le·s de la santé lorsqu'ils·elles abordent la sexualité était de discuter ce sujet sous l'angle médical. Cette appropriation médicale de la sexualité est aussi décrite par Giami (2010).

Ainsi, c'est précisément ce que nous retrouvons dans notre recherche ; lorsque les gynécologues parlent de la discussion de la sexualité en donnant quelques exemples, leur discours est souvent axé sur les conséquences physiques des cancers. En effet, il semble plus facile pour eux·elles

de discuter des conséquences physiques des interventions et des traitements et, ensuite, de proposer des solutions médicamenteuses. Cela vient sûrement du fait que les gynécologues non formé·e·s en sexologie considèrent que la sexualité désigne le coït. De plus, une des gynécologues expliquent qu'il serait plus simple d'aborder la sexualité dans le cadre d'un cancer de l'utérus car les conséquences entravent directement le rapport sexuel et, ainsi, la discussion et les solutions à proposer tourneraient autour d'enjeux médicaux et physiques. Concernant les patientes ayant eu des cancers du sein, beaucoup parlent des problèmes de sécheresse et des traitements possibles. Mais les gynécologues ont moins d'outils et de connaissances pour aider les femmes qui rencontrent des soucis d'image corporelle subjective. Cela appuie les résultats de Ussher et al. (2013) qui montrent que la place centrale accordée au coït dans la sexualité occulte les autres conséquences moins directes des cancers sur la sexualité. De plus, cette vision ne permet pas complètement de tenir compte des patientes non-hétérosexuelles.

A l'inverse, la gynécologue-sexologue et un autre gynécologue proposent des approches plus alternatives (p.ex. l'ostéopathie ou encore l'hypnose) et semblent avoir une vision plus globale des différents moyens de pallier les difficultés sexuelles.

Finalement, cet effet facilitateur des douleurs somatiques et physiques est aussi présent dans les consultations gynécologiques avec des patientes n'ayant pas de cancer ; en effet, les douleurs lors des rapports ou lors de l'examen constituent souvent le point de départ de la discussion de la sexualité (ou plutôt, des rapports sexuels).

6.3.3 La relation de confiance établie avec la patiente

Un des facilitateurs à la discussion de la sexualité semble être l'établissement d'une relation de confiance avec la patiente. Cela fait écho à l'une des deux dimensions du processus d'appropriation de la sexualité par les médecins généralistes qui comprend notamment « (...) *l'intégration d'un certain nombre d'éléments psychologiques dans la pratique médicale (...)* » (Giami, 2010, p.150). De plus, Hinchliff et al. (2004) soulignent aussi l'importance de la relation médecin-patient dans l'abord de la sexualité par les médecins généralistes.

Pour ce faire, les gynécologues accueillent les différents sujets abordés par les patientes en consultation même s'ils ne sont pas en lien avec la gynécologie et essaient de prendre le temps pour chacune. En situation de cancer, les gynécologues de cette recherche se rendent spécialement disponibles pour les patientes en leur donnant plusieurs rendez-vous suite à l'annonce du cancer et, pour l'un deux, en leur donnant son numéro de téléphone privé. De

plus, tout·e·s soulignent l'importance de leur propre attitude lors de la discussion de la sexualité ; en effet, il semblerait que si les gynécologues ne paraissent pas gêné·e·s alors les patientes ne le sont pas non plus. Le rôle crucial que semble avoir cette relation de confiance contredit la vision très axée sur les problèmes somatiques qu'ont certain·e·s gynécologues de leur pratique ; d'ailleurs, le gynécologue formé en sexologie se contredisait passablement en soulignant son rôle de médecin somaticien mais en voulant défendre à tout prix le relationnel. Selon nous, cela illustre sa volonté d'accompagner la patiente dans des questions plus psychologiques au niveau de la qualité de vie en favorisant une bonne relation avec cette dernière. Cependant, à nouveau, les barrières discutées précédemment les en empêchent.

Ainsi, cette relation de confiance pourrait avoir un effet facilitateur sur l'abord de la sexualité par le·la gynécologue qui craint moins d'être trop intrusif·ve. Cependant, beaucoup de gynécologues semblent dire que cette relation facilite l'abord par les patientes qui se sentent davantage en confiance ; de ce fait, nous pouvons penser que la relation confiance participe au fait de montrer une attitude ouverte au sujet de la sexualité et de « lancer la perche » pour que la patiente en parle spontanément. Ainsi, cela semble s'inscrire encore dans un abord plutôt implicite de la sexualité et il est difficile de réellement saisir la mise en place de cela dans la pratique sur la base des discours des gynécologues.

Par ailleurs, un gynécologue explique qu'il connaissait préalablement et avait déjà discuter de la sexualité avec une des seules patientes avec laquelle il a parlé de sexualité au moment du diagnostic. Par conséquent, une nouvelle contradiction apparaît ; tandis que la relation de confiance semble faciliter la discussion de la sexualité, d'autres gynécologues expliquent que la sexualité fait partie des questions systématiques de l'anamnèse donc cela signifie qu'ils·elles questionnent les rapports sexuels des patientes systématiquement lors de l'anamnèse. De ce fait, certain·e·s ont expliqué qu'il était sûrement plus simple d'aborder la sexualité en contexte oncologique avec des patientes qu'ils·elles rencontreraient pour la première fois et à qui ils·elles feraient l'anamnèse systématique.

En somme, la relation de confiance entre le·la gynécologue et sa patiente semble avoir un effet facilitateur pour certain·e·s gynécologues à certains moments mais il est compliqué d'en faire une généralité.

7. Conclusion

7.1 Conclusion générale

Cette recherche porte sur les gynécologues car ces dernier·e·s jouent un rôle important dans la détection du cancer et le diagnostic (Fornage & Bianchi-Demicheli, 2016 ; Schweizer, 2017) et les patientes s'attendent à pouvoir parler de leur sexualité en consultation gynécologique (Berman et al., 2003 ; Schweizer, 2017 ; Schweizer, 2020, Stead et al., 2003 ; Wendt et al., 2007). De plus, les cancers impactent la sexualité, or cela participe au bien-être (Giami, 2007).

L'analyse thématique a permis de mettre en lumière un certain nombre de contradictions dans le discours des gynécologues quant à la discussion de la sexualité en consultation gynécologique avec des femmes en situation de cancer du sein et de l'utérus. Ces contradictions témoignent, selon nous, d'une attitude ouverte au sujet de la sexualité en consultation gynécologique et d'une volonté d'accompagner au mieux les patiente dans leur globalité. Cependant, certaines barrières entravent l'abord et la discussion de la sexualité du point de vue des gynécologues, notamment le manque de formation, la peur d'être trop intrusif·ve·s, le fait de ne pas percevoir la sexualité comme une priorité thérapeutique et la dissolution de la responsabilité d'en parler au sein du réseau impliqué dans la prise en charge. Ainsi, les gynécologues abordent le sujet implicitement ou tentent parfois de le faire émerger par une attitude ouverte mais ces efforts ne semblent pas être toujours perçus par les patientes qui, selon la littérature scientifique et les discours de certain·e·s gynécologues, se plaignent que le sujet n'ait pas été abordé. De ce fait, les barrières ressenties par les gynécologues et leurs méthodes pour tenter de les contourner semblent créer des discordances entre les attentes des patientes d'une consultation gynécologique oncologique et le déroulement réel de celle-ci. L'abord proactif de la sexualité semblerait ainsi dépendre davantage de facteurs non-inhérents au métier de gynécologue, comme les formations complémentaires, l'intérêt personnel des gynécologues et leurs connaissances personnelles.

Ainsi, il pourrait être bénéfique d'inclure davantage de cours concernant la sexualité dans la formation universitaire de médecine. C'est d'ailleurs la solution proposée par tou·te·s les gynécologues ayant participé à cette recherche. Ces cours sur la sexualité, compte tenu des critiques émises au sujet de CAS de sexologie et des colloques, pourraient non seulement apporter des outils théoriques sur la sexualité mais aussi pratiques ; par exemple, comment concrètement en parler avec toutes les patientes. De plus, il serait intéressant d'y traiter l'onco-

sexologie spécifiquement ou du moins de davantage promouvoir les colloques portant sur ce sujet.

Les discours des gynécologues non formé·e·s en sexologie semblent se baser principalement sur le Human Sexual Response Cycle (HSRC) de Masters et Johnson (1966), ce qui n'a rien d'étonnant puisque ce modèle domine dans la prise en charge médicale. Cependant, il serait également intéressant de les sensibiliser au fait que ce modèle limite la sexualité à son fonctionnement biophysique (Schweizer, 2019) et implique donc une vision plutôt restreinte de la sexualité. De plus, il serait important d'insister sur le fait que la sexualité désigne un ensemble de pratique plus large que le coït et peut s'inscrire dans des configurations non-hétérosexuelles et/ou non-cisgenres. Pour ce faire, la théorie des scripts (Gagnon, 1999), utilisée par les gynécologues formé·e·s en sexologie et celui ayant un intérêt pour cela, semble constituer un support théorique intéressant et pertinent. En effet, cette théorie décrit la nécessité des individus d'improviser de nouveaux scripts sexuels lorsqu'ils·elles sont confronté·e·s à une situation ne permettant pas l'application des scripts culturels, comme c'est le cas en situation de cancer (Gagnon, 1999). Ainsi, une vision de la sexualité plus globale que les rapports sexuels permettrait de conceptualiser un autre type de sexualité moins normé qui conviendrait peut-être mieux aux patientes oncologiques, comme le suggérait le gynécologue formé en sexologie.

En outre, il semble nécessaire que les différent·e·s acteur·ice·s impliqué·e·s dans la prise en charge oncologique communiquent davantage quant à la responsabilité de la discussion de la sexualité avec les patientes. Certain·e·s gynécologues, dont celle formée en sexologie, trouvent préférable que plusieurs intervenant·e·s discutent ce sujet mais il est alors nécessaire que les professionnel·le·s de la santé soient plus proactif·ve·s dans l'abord de la sexualité avec les patientes en situation de cancer. En effet, il est fondamental que les un·e·s ne se reposent pas sur les autres afin d'éviter que la responsabilité de ce sujet soient complètement dissoute et que, finalement, aucun·e spécialiste n'en discute avec les patientes.

Néanmoins, les résultats de ce travail mettent en lumière les barrières perçues par les gynécologues mais ne permet pas de tirer de réelles conclusions quant à leurs pratiques puisqu'elles n'ont pas été observées et que nous n'avons pas analysé les vécus des patientes en question.

7.2 Positionnement réflexif de la chercheuse

Premièrement, le vécu personnel de la chercheuse oriente son point de vue sur la problématique. En effet, il est pertinent ici de relever que ce travail a été fait par une femme cisgenre amenée à consulter un·e gynécologue dans le cadre privé. De ce fait, il était impossible de se défaire de sa propre perception de ce qui est attendu ou approprié dans la pratique gynécologique.

Cependant, n'ayant ni vécu de cancers ni suivi d'études de médecine et étant relativement jeune, j'ai été confrontée à des doutes quant à ma légitimité de réaliser ce travail. En effet, j'ai souvent craint l'éventualité de donner une impression moralisatrice aux gynécologues qui m'ont accordé de leur temps pour un entretien. De ce fait, après avoir rédigé une première version de l'analyse des résultats, il a été porté à mon attention par ma directrice de mémoire que je n'interrogeais pas suffisamment les données. Il est vrai que je me sentais plus à l'aise en me limitant au report des témoignages des gynécologues plutôt qu'en mettant en lumière les contradictions de leurs discours et en analysant avec un regard critique certains verbatims. Ces questionnements en lien avec la légitimité se sont dissipés lorsque j'ai compris qu'il était attendu de moi, en tant que chercheuse renseignée sur le sujet, que je fournisse une analyse critique de ces entretiens. De plus, ce travail me tient à cœur puisqu'il pourrait favoriser la communication entre les patientes et les professionnel·le·s et, ainsi, permettre une prise en charge plus adaptée aux besoins des patientes. D'ailleurs, il était rassurant de constater qu'un des gynécologues soulignait la rareté des études portant sur le regard des médecins.

Ensuite, en tant qu'étudiante en master de psychologie, mener des entretiens avec des gynécologues relevait d'un véritable challenge ; en effet, les médecins représentent une certaine autorité dans notre société et il était parfois intimidant de se rendre dans leur cabinet et de les interroger sur leur pratique. En outre, le recrutement a nécessité une phase proactive dans laquelle il s'agissait d'appeler ou d'écrire à des gynécologues et de leur donner envie de participer à l'étude. Durant cette phase, j'ai été confrontée à un certain nombre de réponses négatives ; il était donc nécessaire de rester motivée et ne pas perdre de vue mon objectif. Cependant, cette expérience m'a beaucoup apporté sur le plan personnel puisqu'elle m'a forcée à repousser les limites de ma timidité et à m'affirmer, même devant un·e gynécologue.

Finalement, durant les entretiens et l'analyse des données, je me suis heurtée à une question de vocabulaire. Alors que j'avais débuté ma recherche en parlant de l'« abord » de la sexualité par les gynécologues, ces dernier·e·s semblaient davantage parler de discussion de la sexualité. En effet, il serait pertinent de parler d'abord si la recherche portait uniquement sur leur manière de

démarrer la discussion. Cependant, la façon dont les gynécologues gèrent cette discussion et accueillent les problèmes en lien avec la sexualité évoqués parfois spontanément par les patientes est aussi intéressante pour cette recherche, d'où le choix du terme « discussion ».

7.3 Limites

Premièrement, le sujet d'intérêt de ce mémoire était plutôt spécifique puisqu'il interrogeait l'abord et la discussion de la sexualité en consultation gynécologique avec des patientes ayant ou ayant eu des cancers du sein et de l'utérus ; cela implique donc l'investigation de différents niveaux de la prise en charge gynécologique. Tout d'abord, de manière générale, la place de la sexologie dans la pratique des gynécologues et leurs points de vue au sujet de la discussion de la sexualité avec des patientes étaient interrogés. Ensuite, cette recherche questionnait l'impact d'un vécu traumatique tel qu'un cancer sur le plan physique et psychologique et, ainsi, la redéfinition et l'accompagnement de la sexualité dans un tel contexte. Finalement et principalement, il était question de la discussion de la sexualité en situation oncologique et des différentes barrières perçues par les gynécologues. De ce fait, les entretiens menés, portant sur tous ces différents aspects, ont été très riches. Cependant, au moment d'effectuer l'analyse thématique et d'interroger les données, il était compliqué de ne pas mélanger ces différents niveaux d'analyse ; par exemple, les gynécologues mêlaient souvent leurs expériences lors des consultations gynécologiques avec des patientes n'étant pas en situation de cancer et avec les patientes oncologiques, ce qui compliquait l'extraction des informations sur leur pratique dans ce contexte particulier. De plus, il était pertinent de s'intéresser au cancer du sein et au cancer de l'utérus car ces deux types de cancers n'engendrent pas les mêmes conséquences sur la sexualité (tant bien réelles que perçues par les gynécologues).

Ensuite, comme souligné dans la revue de littérature, les recherches portant sur les prises en charge oncologiques sont majoritairement publiées dans des revues médicales et, de ce fait, s'intéressent peu aux vécus psychologiques des patient·e·s et des soignant·e·s. De plus, si l'abord de la sexualité du point de vue des gynécologues a déjà fait l'objet d'études en psychologie, rares sont les recherches sur ces points de vue en contexte oncologique. Ainsi, il est difficile de confronter nos résultats à des recherches antérieures.

Au niveau de la méthodologie, il est pertinent de tenir compte du manque de représentativité de l'échantillon d'interviewé·e·s. En effet, bien que nous ayons un nombre égal d'hommes et de femmes et une personne formée en sexologie de chaque sexe, il était plus compliqué de sélectionner les gynécologues selon leurs âges comme ceux-ci ne sont souvent pas explicités

sur internet. De ce fait, les trois femmes ont environ 40 ans, alors que deux des hommes ont plus de 65 ans. Par conséquent, il est délicat de conclure à des influences du sexe et de l'âge dans l'abord de la sexualité puisque ces deux variables étaient liées ; les hommes étant plus âgés que les femmes.

Ensuite, il est important de rappeler que cette analyse a été menée par une étudiante-chercheuse ; ainsi, ce travail comporte quelques limites au niveau de l'application de la méthode d'analyse. En effet, certaines sous-catégories auraient pu être regroupées ensemble afin de garantir le principe d'exclusivité mutuelle. De plus, certaines comportent relativement peu de verbatims mais ont été conservées car elles semblaient importantes pour la compréhension générale des enjeux liés à la discussion de la sexualité avec des patientes en situation de cancers du sein et de l'utérus en consultation gynécologique. Par ailleurs, certains verbatims sélectionnés sont très courts.

Finalement, il est important de garder en tête que les gynécologues qui ont accepté de participer à cette recherche ont une attitude ouverte par rapport à la discussion de la sexualité. En effet, malgré certaines barrières et difficultés mises en évidence, tou·te·s montrent une certaine volonté à parler de sexualité. De plus, le fait d'avoir accepté de participer à un entretien sans rémunération sur ce sujet prouve bien cette ouverture et un certain intérêt à en discuter. Ainsi, il est probable que les gynécologues qui n'abordent pas du tout ce sujet avec les patientes n'aient simplement pas répondu positivement à la proposition d'entretien.

7.4 Perspectives futures

Pour une future recherche, il serait pertinent de traiter ce sujet à l'aide des méthodes mixtes. En effet, il serait envisageable de créer un questionnaire interrogeant les facilitateurs et barrières mis en évidence dans ce mémoire et de l'envoyer à un grand nombre de gynécologues ; ainsi, lors de l'analyse quantitative de ces données, il serait possible de dégager des tendances générales concernant la pratique des gynécologues. Nous pourrions aussi analyser si le sexe, l'âge et l'éventuelle formation en sexologie influencent la perception de ces barrières et facilitateurs par les gynécologues à grande échelle.

Ensuite, les patientes oncologiques étant prise en charge par plusieurs professionnel·le·s simultanément, il serait pertinent de mener cette recherche avec d'autres intervenant·e·s ; par exemple, nous pourrions imaginer questionner le point de vue des oncologues, des radiothérapeutes ou encore des infirmières spécialisées. Cette piste de recherche future a d'ailleurs été soulevée à plusieurs reprises par l'un des gynécologues interviewé·e·s.

Bien qu'il soit nécessaire de comprendre le point de vue des gynécologues dans la discussion de la sexualité pour éventuellement venir à bout de certaines barrières, il serait surtout intéressant d'interroger le vécu des patientes en situation ou ayant été en situation de cancers du sein et de l'utérus au sujet de la discussion de la sexualité en consultation gynécologique. En effet, comme nous l'avons largement discuté, les gynécologues et les patientes n'ont souvent pas la même perception de la discussion de la sexualité en consultation gynécologique ; ainsi, il peut arriver que le·la gynécologue aborde ce sujet de manière tellement implicite que la patiente ne réalise pas que la sexualité a été abordée. De plus, les gynécologues considèrent souvent que la sexualité ne représente pas une priorité pour une femme lorsqu'elle apprend un diagnostic de cancer. Il serait alors judicieux d'interroger différentes femmes dans cette situation ; une manière intéressante d'investiguer ces vécus serait de créer des focus groups (Markova & Grossen, 2007, citées par Fasseur, 2018) par type de cancer avec des femmes à différents stades de la prise en charge, de différents âges et venant de divers milieux socio-économiques et culturels. Le modèle corporo-sociéto-psychologique (Santiago-Delefosse, 2011) permettrait d'explorer les vécus en lien avec la sexualité sur ces trois niveaux d'analyse et favoriserait la compréhension de leurs attentes et besoins à divers moments de la prise en charge. En outre, une telle recherche permettrait de redonner la parole aux personnes concernées par l'événement de vie traumatique que représente le cancer.

Bibliographie

- Ancery, P., & Guillet, C. (2019, 6 mai). *Quand l'homosexualité était une maladie*. Sur <http://www.slate.fr/story/41351/homosexualite-maladie>
- Berman, L., Berman, J., Felder, S., Pollets, D., Chhabra, S., Miles, M., Powell, J.A. (2003). Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertility and Sterility*, 79(3), 572-576. doi: 10.1016/S0015-0282(02)04695-2
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2015). *L'entretien*. Malakoff, France : Armand Colin.
- Blum, V. (2009). John Gagnon : les scripts de la sexualité. Essais sur les origines culturelles du désir. *Lectures : les comptes rendus*. 1-3.
- Bondil, P., & Habold, D. (2012). Cancer et sexualité : les médecins ne doivent plus faire l'impasse. *La lettre du cancérologue*, 21(3), 165-170.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), pp. 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Brown, J. P. & Tracy, J. K. (2008). Lesbians and Cancer: An Overlooked Health Disparity. *Cancer Causes & Control*, 19, 1009-1020. doi: 10.1007/s10552-008-9176-z
- Cancers spécifiques. Dans Office fédérale de la statistique. Consulté le 6 avril 2020 sur <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/maladies/cancer/specifiques.html>
- Chatton, D., Desjardins, J.-Y., Desjardins, L., & Tremblay, M. (2005). La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle. *Psychothérapies*, 1(1), 3-19. doi: 10.3917/psys.051.0003
- Chirurgie conservatrice du cancer du sein (n.d.). Dans *CHUV*. Consulté le 29 juin 2020 sur : https://centrescancer.chuv.ch/traitement/legoweb2_traitement_0015/
- Chorost, M. I., Weber, T. K., Lee, R. J., Rodriguez-Bigas, M. A., Petrelli, N. J. (2000). Sexual Dysfunction, Informed Consent and Multimodality Therapy for Rectal Cancer. *The American Journal of Surgery*, 179(4), 271-274. doi: 10.1016/S0002-9610(00)00327-5
- Del Rio Carral, M. (2019). La posture du chercheur en recherche qualitative. Théorisation ancrée : l'entretien semi-structuré - Méthodes qualitatives en psychologie. Sur Moodle : <https://moodle.unil.ch/>

- van Dulmen, A. M., & Bensing, J. M. (2000). Gender Differences in Gynecologist Communication. *Women & Health, 30*(3), 49-61. doi: 10.1300/J013v30n03_04
- Dupont, A., Antoine, P., Reich, M., & Bève, C. (2007). Qualité de vie et sexualité des femmes atteintes d'un cancer du sein : impact de la chirurgie et de l'hormonothérapie. *Psycho-oncologie, 1*, 174-178. doi: 10.1007/s11839-007-0032-2
- Fasseur, F. (2018). Capsule vidéo description Focus Group. Sur Moodle : <https://moodle.unil.ch/>
- Flynn, K. E., Reese, J. B., Jeffery, D. D., Abernethy, A. P., Lin, L., Shelby, R. A., Porter, L. S., Dombeck, C. B., & Weinfurt, K. P. (2012). Patient experiences with communication about sex during and after treatment for cancer. *Psycho-oncology, 21*, 594-601. doi: 10.1002/pon.1947
- Fohet, C., & Borten-Krivine, I. (2004). Les patientes homosexuelles en gynécologie. *Gynécologie obstétrique & Fertilité, 32*(3), 228-232. doi: 10.1016/j.gyobfe.2004.01.011
- Fornage, S., & Bianchi-Demicheli, F. (2016). Médecine sexuelle en gynécologie-obstétrique. *Revue médicale suisse, 12*, 548-550.
- Gagnon, J. H. (1999). Les usages explicites et implicites de la perspective des scripts dans les recherches sur la sexualité. *Actes de la recherche en sciences sociales, 128*, 73-79. doi: 10.3406/arss.1999.3515
- Gagnon, J. H., & Simon, W. (1973). *Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality*. (2nd Ed.). New York: Routledge.
- Gergen, K. J., Josselson, R., & Freeman, M. (2015). The promises of qualitative inquiry. *American Psychologist, 70*(1), 1-9. doi: 10.1037/a0038597
- Giami, A. (1998). La médicalisation de la sexualité : Aspects sociologiques et historiques. *Andrologie, 8*(3), 383-390.
- Giami, A. (2007). Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. *Le Journal des Psychologues, 250*(7), 56-60. doi: 10.3917/jdp.250.0056
- Giami, A. (2010). La spécialisation informelle de médecins généralistes : l'abord de la sexualité. In G. Bloy (Ed.), *Sociologie de la médecine générale* (pp. 147-167). Rennes, EHESP. doi: 10.3917/ehesp.bloy.2010.0147
- Giami, A., & Hekma, G. (2015). *Révolutions sexuelles*. Paris, France: La Musardine.

- Giarni, A., Moreau, E., & Moulin, P. (2007). Les théories de la sexualité dans le champ du cancer : les savoirs infirmiers*. *Psycho-oncologie*, 1, 226-230. doi: 10.1007/s11839-007-0053-x
- Gilbert, E., Perz, J., & Ussher J. M. (2016). Talking about sex with health professionals: the experience of people with cancer and their partners. *European Journal of Cancer Care*, 25, 280-293. doi: 10.1111/ecc.12216
- Gilbert, E., Ussher, J. M., & Perz, J. (2010). Renegotiating Sexuality and Intimacy in the Context of Cancer: The Experiences of Carers. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 998-1009. doi: 10.1007/s10508-008-9416-z
- Godfroid, T. (2019). Corps maladies et corps guéris : Comment le cancer marque durablement les corps et contribue à scander les temps de vie ? *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 50(1), 119-136. doi : 10.4000/rsa.3310
- Grangé, C., Bonal M., Huyghe, E., Léguevaque, P., Cances-Lauwers, V., & Motton, S. (2013). Qualité de vie sexuelle et cancer du col localement avancé. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 41(2), 116-122. doi: 10.1016/j.gyobfe.2012.12.011
- Hannoun-Levi, J. M. (2005). Traitement du cancer du sein et de l'utérus : impact physiologique et psychologique sur la fonction sexuelle. *Cancer/Radiothérapie*, 9(3), 175-182. doi: 10.1016/j.canrad.2004.11.005
- Hinchliff, S., Gott, M., & Galena, E. (2004). GP's perceptions of the gender-related barriers to discussing sexual health in consultations: a qualitative study. *The European Journal of General Practice*, 10(2), 56-60. doi: 10.3109/13814780409094233
- Hoarau, H., Favier, A.-L., & Hubert, A. (2007). La sexualité du couple face au cancer : regards de femmes. *Psycho-oncologie*, 1, 252-256. doi: 10.1007/s11839-007-0054-9
- Hormonothérapie (n.d.). Dans *CHUV*. Consulté le 29 juin 2020, sur : https://centrescancer.chuv.ch/traitement/legoweb2_traitement_0003/
- Le cancer en Suisse : les chiffres (décembre 2020). Sur : <https://www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-chiffres-du-cancer/-dl-/fileadmin/downloads/sheets/chiffres-le-cancer-en-suisse.pdf>
- Maleval, J.-C. (2002). Limites et dangers des DSM. *L'évolution psychiatrique*, 68, 39-61.
- Mastectomie (n.d.). Dans *CHUV*. Consulté le 29 juin 2020, sur https://centrescancer.chuv.ch/traitement/legoweb2_traitement_0014/

- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human Sexual Response*. Boston: Little, Brown & Co.
- Paillé, P. (2017). L'analyse par théorisation ancrée. In M. Santiago-Delefosse (Ed), *Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé* (pp. 61-83). Malakoff, France : Dunod.
- Petignat, P., Bouchardy, C., & Sauthier, P. (2006). Dépistage du cancer du col utérin : situation actuelle et perspectives. *Revue Médicale Suisse*, 9, 1308-1312.
- Ratner, E. S., Foran, K. A., Schwartz, P. E., & Minkin, M. J. (2010). Sexuality and intimacy after gynecological cancer. *Maturitas*, 66(1), 23-26. doi: 10.1016/j.maturitas.2010.01.015
- Reich, M. (2007). Traitements de problèmes sexuels après un cancer : intégration des approches médicales et psychologiques. *Psycho-oncologie*, 1, 231-235. doi: 10.1007/s11839-007-0047-8
- Restivo, L., Julian-Reynier, C., & Aspostolidis, T. (2018). Pratique l'analyse interprétative phénoménologique : intérêts et illustration dans le cadre de l'enquête psychosociale par entretiens de recherche. *Pratiques Psychologiques*, 24(4), 427-449. doi: 10.1016/j.prps.2017.12.001
- Roter, D. L., Geller, G., Bernhardt, B. A., Larson, S. M., & Doksum, T. (1999). Effects of Obstetrician Gender on Communication and Patient Satisfaction. *Obstetrics & Gynecology*, 93(5), 635-641. doi: 10.1016/S0029-7844(98)00542-0
- Rowland J. H., Desmond, K. A., Meyerowitz, B. E., Belin, T. R., Wyatt, G. E., & Ganz, P. A. (2000). Role of Breast Reconstructive Surgery in Physical and Emotional Outcomes Among Breast Cancer Survivors. *Journal of the National Cancer Institute*, 92(17), 1422-1429. doi: 10.1093/jnci/92.17.1422
- Santé sexuelle (n.d.). Dans *Organisation Mondiale de la Santé*. Consulté le 12 mai 2020, sur : https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
- Santiago-Delefosse, M. (2002). *Psychologie de la santé : Perspectives qualitatives et cliniques*. Bruxelles, Belgique : Mardaga.
- Santiago-Delefosse, M. (2008). Psychologie de la santé et cancer. État de la question et nouvelles perspectives. In P. Ben Soussan (Ed.), *Cancer et recherches en sciences humaines* (pp. 47-73). Toulouse, France : Erès. doi: 10.3917/eres.reyni.2008.01.0047

- Santiago-Delefosse, M. (2011). An Embodied-Socio-Psychological approach in Health Psychology ? *Social & Personality Psychology Compass*, 5(5), 220-230. doi: 10.1111/j.1751-9004.2011.00345.x
- Schover, L. R. (1991). The Impact of Breast Cancer on Sexuality, Body Image, and Intimate Relationships. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 41(2), 112-120. doi: 10.3322/canjclin.41.2.112
- Schweizer, A. (2017). L'abord de la sexualité en consultation gynécologique. *Revue Médicale Suisse*, 13, 590-593.
- Schweizer, A. (2019). Psychologie de la Santé : L'exemple des concepts de « santé sexuelle » et « sexualité » - Psychologie de la Santé : théories et modèles. Sur <https://moodle.unil.ch/>
- Schweizer, A. (2020). Talking about Sexuality in Gynecological Consultations : Mismatches between Patients' Expectations and Gynaecological Practices. *Women's Reproductive Health*, 7(4), 244-258. doi: 10.1080/23293691.2020.1820239
- Schweizer, A., Braizaz, M., Toffel, K. (2021). Prise en charge de la sexualité en oncologie : enjeux et pistes de réflexions. *Revue Médicale Suisse*, 17, 798-800.
- Schweizer, A., Bruchez, C., & Santiago-Delefosse, M. (2013). Integrating sexuality into gynaecological consultations: gynaecologists' perspectives. *Culture, Health & Sexuality*, 15(2), 175-190. doi: 10.1080/13691058.2012.746396
- Shimazaki, S. (2020). Photo gratuite d'acceptation corporelle, amour propre, anonyme [image de titre]. Sur <https://www.pexels.com/fr-fr/photo/femme-modele-sans-visage-fleur-5938400/>
- Stead, M. L., Brown, J. M., Fallowfield, L., & Selby, P. (2003). Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *British Journal of Cancer*, 88, 666-671. doi: 10.1038/sj.bjc.6600799
- Taquet, A. (2005). Cancer du sein et sexualité. *Revue Francophone de Psycho-oncologie*, 4, 170-174. doi: 10.1007/s10332-005-0078-y
- This, P., & Lachowsky, M. (2008). Après un cancer gynécologique, comment bien vivre sa sexualité ? *Oncologie*, 10, 250-253. doi: 10.1007/s10269-008-0857-8

- Tiefer, L. (1996). The Medicalization of Sexuality: Conceptual, Normative, and Professional Issues. *Annual Review of Sex Research*, 7(1), 252-282. doi: 10.1080/10532528.1996.10559915
- Tiefer, L., Hall, M., & Tavris, C. (2002). Beyond Dysfunction: A New View of Women's Sexual Problems. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(1), 225-232. doi: 10.1080/00926230252851357
- Ussher, J. M., Perz, J., & Gilbert, E. (2012). Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2), 327-337. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06010.x
- Ussher, J. M., Perz, J., Gilbert, E., Wong, W. K. T., Mason, C., Hobbs, K., & Kristen, L. (2013). Talking about sex after cancer: A discourse analytic study of health care professional accounts of sexual communication with patients. *Psychology & Health*, 28(12), 1370-1390. doi: 10.1080/08870446.2013.811242
- Vanlemmens, L., Fournier, E., Boinon, D., Machavoine, J.-L., & Christophe, V. (2012). Qualité de vie des femmes jeunes ayant un cancer du sein localisé et de leur partenaire : nécessité de développement de questionnaires spécifiques pour la patiente et le partenaire. *Psycho-oncologie*, 99(6), 685-691. doi: 10.1684/bdc.2012.1598
- Vanlerenberghe, E., Sedda, A.-L., Ait-Kaci, F. (2015). Cancers de la femme, sexualité et approche du couple. *Bulletin du Cancer*, 102(5), 454-462. doi: 10.1016/j.bulcan.2015.02.008
- Vassilakos, P., Untiet, S., & Petignat, P. (2012). Prévention du cancer du col utérin en Suisse : les défis de l'aire vaccinale. *Revue Médicale Suisse*, 2, 2015-2020.
- Venturini, E. (2009). L'impact du cancer pelvien sur la sexualité et le couple : ce que nous apporte la littérature. *Psycho-oncologie*, 3, 188-199. doi: 10.1007/s11839-009-0147-8
- Vieira, E. M., Santos, D. B., dos Santos, M. A., & Giami, A. (2014). Experience of sexuality after breast cancer: a qualitative study with women in rehabilitation. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22(3), 408-414. doi: 10.1590/0104-1169.3258.2431
- Wendt, E., Hildingh, C., Lidell, E., Westerstahl, A., Baigi, A. & Marklund, B. (2007). Young women's sexual health and their views on dialogue with health professionals. *Acta Obstetricia & Gynecologica Scandinavica*, 86(5), 590-595. doi: 10.1080/00016340701214035

Annexes

Annexe I : Prise de contact par email

Cher Monsieur X / Chère Madame X,

Actuellement en fin de Master de psychologie à l'Université de Lausanne, j'effectue une recherche (dans le cadre de mon mémoire) qui porte sur l'abord ou non de la sexualité en consultation gynécologique avec des patientes souffrant ou ayant souffert d'un cancer. L'objectif sera de comprendre en profondeur, à travers un entretien semi-structuré, le point de vue et les expériences personnelles des gynécologues sur ce sujet. Vous trouverez en pièce jointe un flyer détaillant davantage la recherche.

Je vous propose donc un entretien semi-structuré d'une durée de 30 à 40 minutes environ. Il pourra se dérouler, selon vos disponibilités et exigences, à votre cabinet ou à l'Université de Lausanne. Si vous êtes intéressé, vous pouvez m'écrire à l'adresse suivante : lucie.escasain@unil.ch afin de fixer un rendez-vous. Je suis également joignable au ****numéro de téléphone**** et peux me rendre disponible tous les jours de 8h à 19h.

L'entretien sera enregistré, puis transcrit en verbatim. Après la transcription, l'enregistrement de la discussion sera détruit et les données recueillies seront codées. Le codage signifie que toutes les données permettant d'identifier les interviewé·e·s (p.ex. le nom, la date de naissance, etc.) sont remplacées par un code, de sorte que les personnes ne connaissant pas ce code ne peuvent pas lier ces données à votre personne.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie de croire, Monsieur / Madame, à l'expression de ma parfaite considération.

Lucie Escasain

Recherche dans le cadre d'un mémoire universitaire



L'abord de la sexualité en consultation gynécologique avec des patientes souffrant ou ayant souffert d'un cancer du sein ou de l'utérus : Le point de vue des gynécologues

Cette recherche est menée dans le cadre d'un mémoire de fin d'études en psychologie sous la supervision du Dr. **Angélick Schweizer**.

Nom de l'étudiante-chercheuse : Lucie Escasain

lucie.escasain@unil.ch / +41787435833

Objectif de la recherche : examiner empiriquement les représentations et pratiques des gynécologues quant à l'abord – ou non – de la sexualité dans le champ du cancer, permettant ainsi d'identifier les ressources et besoins de ces dernier.e.s face à un tel sujet. Mieux connaître l'état des représentations et des pratiques des gynécologues en matière de sexualité dans le champ du cancer aidera à fournir des connaissances professionnelles liées à ces enjeux et ainsi améliorer la prise en charge de la sexualité, considérée aujourd'hui selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme faisant « partie intégrante de la santé ».



Nous vous proposons de participer à un **entretien d'une durée de 30 à 40 minutes environ** dont l'objectif sera de discuter de votre expérience personnelle et de vos opinions sur le sujet, **à votre cabinet ou à l'Université de Lausanne**.



L'entretien sera enregistré puis retranscrit mot-à-mot tout en **anonymisant** toutes les informations permettant de vous reconnaître. La chercheuse se charge de détruire l'enregistrement original après la retranscription.

Annexe III : Canevas d'entretien

Thèmes	Sous-thèmes
<p align="center">Déroulement de la consultation</p>	Influence de l'âge de la patiente sur la perception de sa sexualité (contraception, ménopause, déjà eu des enfants ou pas)
	Rapport aux patientes plus âgées
	Orientation sexuelle de la patiente (spontanément demandé, attitude ouverte)
	Temps généralement accordé par consultation pour une patiente
	Proportion de la consultation accordée à la discussion sur la sexualité
	Aspect ritualisé de la consultation / peu personnalisé
<p align="center">Communication autour de la sexualité</p>	Vécu du.de la gyn. (Gêne, manque de connaissances, impression de laisser occasion de parler de sexualité, importance de leur expérience personnelle)
	Crainte d'érotisation de la relation / que les questions soient trop intrusives : J'ai lu dans la littérature que certains gynécologues ont peur / que plus facile pour femmes, qu'est-ce que vous en pensez ?
	Sentiment de responsabilité dans l'accompagnement de la patiente dans la sexualité
	Définition de la sexualité (Hétérocentrisme, vision biomédicale, encouragement et accompagnement à renégocier la sexualité au sein du couple) : va découler de l'explication

	de leur pratique. Sinon : comment se positionne ? certaines sont gênés, et eux ?
	Quelles sont les attentes des patientes
	Moment et manière de donner des informations à la patiente sur l'influence du cancer et son traitement sur la sexualité (en fin consultation ? par écrit ?)
	Perception de la sexualité féminine (désir moins important, passivité, maternité, etc.)
	Dimension socio-émotionnelle dans l'abord de la sexualité
Cancer	Impact du cancer sur la vie sexuelle de la patiente (point abordé spontanément par gyn ? ; vision biomédicale ou globale ? ; partenaire inclu.e ?)
	Traitement / chirurgie et effets secondaires
	Préoccupations / peurs formulées par la patiente et son/sa partenaire, informations données aux patientes sur leur corps et de la sexualité
	Solution concrètes suggérées par le gynécologue pour la sexualité
	Abord de la sexualité à différents stades
La formation reçue par le/la gynécologue	Place de la sexologie / psychologie dans la formation
	Lacunes perçues dans le cursus (quelles sont les améliorations possibles ?)
	Apprentissage basé sur des expériences personnelles, intérêt pour la sexologie et la psychologie

Annexe IV : Formulaire d'information

L'abord de la sexualité en consultation gynécologique avec des patientes souffrant ou ayant souffert d'un cancer du sein ou de l'utérus **Le point de vue des gynécologues**

Cette recherche est menée dans le cadre d'un mémoire de fin d'études en psychologie, sous la responsabilité du Dr **Angélick Schweizer** à l'Institut de Psychologie, Université de Lausanne.

Comment contacter la responsable

Email : Angelick.Schweizer@unil.ch

Téléphone : 021 692 32 67 (bureau)

Nom de l'étudiante-chercheuse

Lucie Escasain

Email : lucie.escasain@unil.ch

Nous aimerions vous inviter à participer à cette recherche.

Objectifs de la recherche

Cette recherche vise à examiner empiriquement les représentations et pratiques des gynécologues quant à l'abord – ou non – de la sexualité dans le champ du cancer. De plus, il permettra d'identifier les ressources et besoins de ces dernier.e.s face à un tel sujet. Mieux connaître l'état des représentations et des pratiques des gynécologues en matière de sexualité dans le champ du cancer aidera à fournir des connaissances professionnelles liées à ces enjeux et ainsi améliorer la prise en charge de la sexualité, considérée aujourd'hui selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme faisant « partie intégrante de la santé ».

Méthode utilisée dans l'étude

Nous vous proposons de participer à un entretien d'une durée de 30 à 40 minutes environ. L'objectif de cet entretien sera de discuter de votre expérience personnelle et de vos opinions sur le sujet. Celui-ci pourra se dérouler, selon vos disponibilités et exigences, à votre cabinet ou à l'Université de Lausanne. L'entretien sera enregistré afin d'être ensuite retranscrit en verbatim. Nous vous garantissons un traitement strictement confidentiel des données. De plus, après avoir retranscrit l'entretien, la chercheuse se charge de détruire l'enregistrement original.

Ce qu'implique votre participation à l'étude

La participation à cette étude est libre et volontaire. La décision de participer ou non au projet vous revient. Le fait de ne pas participer ne comporte pas de désavantages. En tant que participant.e, vous avez le droit de vous retirer du projet à tout moment, sans aucune conséquence pour vous.

Quels sont les bénéfices/avantages potentiels de participer à l'étude ?

Il n'y aura pas de bénéfice direct pour vous en participant à cette étude. Cependant, vos réponses aideront l'avancée de la recherche en sciences humaines en éclairant les diverses dimensions en lien avec la thématique abordée.

Quels sont les risques/inconvénients potentiels de participer à l'étude ?

Nous estimons que vous n'encourez aucun risque à participer à cette recherche. Il y a cependant une contrainte de temps concernant l'entretien.

Rémunération des participants

Aucune rémunération ne sera proposée en échange de la participation à cette recherche.

Anonymat et confidentialité des données de l'étude

Toutes les données récoltées et traitées dans le cadre de cette étude sont confidentielles et seront conservées de manière sécurisée, conformément à la Loi fédérale sur la protection des données (RS 235.1) et la Loi relative à la recherche sur l'être humain (RO 2013 3215). Les données originales seront sous la responsabilité du Dr Schweizer, avec l'obligation de stricte confidentialité.

Ce que votre consentement signifie

En signant la déclaration de consentement, cela signifie que vous acceptez de participer à cette étude de manière volontaire. Votre signature déclare également que vous acceptez l'intégralité des informations de ce document.

Avez-vous d'autres questions ?

Vous êtes invité.e à nous demander toute clarification nécessaire ou toute information complémentaire.

En cas de doute, tout comme en cas de malaise lié à votre participation à cette étude, nous vous invitons à contacter directement la personne responsable.

Annexe V : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR PARTICIPANT.E À UN PROJET DE RECHERCHE
Merci de remplir ce formulaire après avoir lu la notice d'information aux participant.e.s et avoir reçu des explications au sujet du projet de recherche

Recherche dans le cadre du Mémoire « L'abord de la sexualité en consultation gynécologique avec des patientes souffrant ou ayant souffert d'un cancer du sein ou de l'utérus : le point de vue des gynécologues »

Nom de la responsable de la recherche : **Dr Schweizer, Angélick** (Chargée de cours, première assistante)
Institution / Adresse professionnelle : Institut de psychologie, Université de Lausanne, bâtiment Géopolis, UNIL-MOULINE, 1015 Lausanne

Nom de l'étudiante-chercheure : Lucie Escasain

Nom du.de la participant.e (nom et prénom) : **A compléter**

Déclarations du.de la participant.e :

Je certifie :

- Que la recherche ci-dessus m'a été expliqué à mon entière satisfaction, ainsi que les objectifs, le déroulement de l'étude et les avantages et inconvénients possibles et j'accepte d'y participer de manière volontaire.
- Comprendre que je peux décider à tout moment de ne plus participer au projet de recherche sans donner de raisons et sans aucune conséquence pour moi. Dans ce cas, il suffit de communiquer ma décision aux chercheur.e.s.
- Avoir lu la notice d'information aux participant.e.s, en accepter le contenu et avoir reçu une copie de la notice d'information et du formulaire de consentement éclairé.
- Avoir été informé.e que toutes les données traitées dans le cadre du projet de recherche seront collectées et sauvegardées de manière sécurisée et anonyme.
- Accepter que les données originales soient sous la responsabilité de la personne responsable de la recherche, soumise à une obligation de stricte confidentialité.
- En cas de doute, tout comme en cas de malaise lié à ma participation à cette étude, je vais contacter la personne responsable de la recherche directement.

Une copie de ce formulaire est pour vous.

Signature :

Date :

Annexe VI : Formulaires de consentement signés

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR PARTICIPANT.E À UN PROJET DE RECHERCHE

Merci de remplir ce formulaire après avoir lu la notice d'information aux participant.e.s et avoir reçu des explications au sujet du projet de recherche

Recherche dans le cadre du Mémoire « L'abord de la sexualité en consultation gynécologique avec des patientes souffrant ou ayant souffert d'un cancer du sein ou de l'utérus : le point de vue des gynécologues »

Nom de la responsable de la recherche : **Dr Schweizer, Angélick** (Chargée de cours, première assistante)
Institution / Adresse professionnelle : Institut de psychologie, Université de Lausanne, bâtiment Géopolis, UNIL-MOULINE, 1015 Lausanne

Nom de l'étudiante-chercheuse : Lucie Escasain


Nom du.de la participant.e (nom et prénom) : **A compléter...** [redacted]

Déclarations du.de la participant.e :

Je certifie :

- Que la recherche ci-dessus m'a été expliqué à mon entière satisfaction, ainsi que les objectifs, le déroulement de l'étude et les avantages et inconvénients possibles et j'accepte d'y participer de manière volontaire.
- Comprendre que je peux décider à tout moment de ne plus participer au projet de recherche sans donner de raisons et sans aucune conséquence pour moi. Dans ce cas, il suffit de communiquer ma décision aux chercheur.e.s.
- Avoir lu la notice d'information aux participant.e.s, en accepter le contenu et avoir reçu une copie de la notice d'information et du formulaire de consentement éclairé.
- Avoir été informé.e que toutes les données traitées dans le cadre du projet de recherche seront collectées et sauvegardées de manière sécurisée et anonyme.
- Accepter que les données originales soient sous la responsabilité de la personne responsable de la recherche, soumise à une obligation de stricte confidentialité.
- En cas de doute, tout comme en cas de malaise lié à ma participation à cette étude, je vais contacter la personne responsable de la recherche directement.

Une copie de ce formulaire est pour vous.

Signature : 

Date : 7-10-20

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR PARTICIPANT.E À UN PROJET DE RECHERCHE

Merci de remplir ce formulaire après avoir lu la notice d'information aux participant.e.s et avoir reçu des explications au sujet du projet de recherche

Recherche dans le cadre du Mémoire « L'abord de la sexualité en consultation gynécologique avec des patientes souffrant ou ayant souffert d'un cancer du sein ou de l'utérus : le point de vue des gynécologues »

Nom de la responsable de la recherche : **Dr Schweizer, Angélick** (Chargée de cours, première assistante)
Institution / Adresse professionnelle : Institut de psychologie, Université de Lausanne, bâtiment Géopolis, UNIL-MOULINE, 1015 Lausanne

Nom de l'étudiante-chercheur.e : Lucie Escasain

Nom du.de la participant.e (nom et prénom) : **A compléter....**

Déclarations du.de la participant.e :

Je certifie :

- Que la recherche ci-dessus m'a été expliqué à mon entière satisfaction, ainsi que les objectifs, le déroulement de l'étude et les avantages et inconvénients possibles et j'accepte d'y participer de manière volontaire.
- Comprendre que je peux décider à tout moment de ne plus participer au projet de recherche sans donner de raisons et sans aucune conséquence pour moi. Dans ce cas, il suffit de communiquer ma décision aux chercheur.e.s.
- Avoir lu la notice d'information aux participant.e.s, en accepter le contenu et avoir reçu une copie de la notice d'information et du formulaire de consentement éclairé.
- Avoir été informé.e que toutes les données traitées dans le cadre du projet de recherche seront collectées et sauvegardées de manière sécurisée et anonyme.
- Accepter que les données originales soient sous la responsabilité de la personne responsable de la recherche, soumise à une obligation de stricte confidentialité.
- En cas de doute, tout comme en cas de malaise lié à ma participation à cette étude, je vais contacter la personne responsable de la recherche directement.

Une copie de ce formulaire est pour vous.

Signature :

Date :

Lausanne, 29-10.2020

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR PARTICIPANT.E À UN PROJET DE RECHERCHE

Merci de remplir ce formulaire après avoir lu la notice d'information aux participant.e.s et avoir reçu des explications au sujet du projet de recherche

Recherche dans le cadre du Mémoire « L'abord de la sexualité en consultation gynécologique avec des patientes souffrant ou ayant souffert d'un cancer du sein ou de l'utérus : le point de vue des gynécologues »

Nom de la responsable de la recherche : **Dr Schweizer, Angélick** (Chargée de cours, première assistante)
Institution / Adresse professionnelle : Institut de psychologie, Université de Lausanne, bâtiment Géopolis, UNIL-MOULINE, 1015 Lausanne

Nom de l'étudiante-chercheur.e : Lucie Escasain

Nom du.de la participant.e (nom et prénom) : **A compléter.....**

Déclarations du.de la participant.e :


Je certifie :

- Que la recherche ci-dessus m'a été expliqué à mon entière satisfaction, ainsi que les objectifs, le déroulement de l'étude et les avantages et inconvénients possibles et j'accepte d'y participer de manière volontaire.
- Comprendre que je peux décider à tout moment de ne plus participer au projet de recherche sans donner de raisons et sans aucune conséquence pour moi. Dans ce cas, il suffit de communiquer ma décision aux chercheur.e.s.
- Avoir lu la notice d'information aux participant.e.s, en accepter le contenu et avoir reçu une copie de la notice d'information et du formulaire de consentement éclairé.
- Avoir été informé.e que toutes les données traitées dans le cadre du projet de recherche seront collectées et sauvegardées de manière sécurisée et anonyme.
- Accepter que les données originales soient sous la responsabilité de la personne responsable de la recherche, soumise à une obligation de stricte confidentialité.
- En cas de doute, tout comme en cas de malaise lié à ma participation à cette étude, je vais contacter la personne responsable de la recherche directement.

Une copie de ce formulaire est pour vous.

Signature :

Date :


12.11.20

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR PARTICIPANT.E À UN PROJET DE RECHERCHE

Merci de remplir ce formulaire après avoir lu la notice d'information aux participant.e.s et avoir reçu des explications au sujet du projet de recherche

Recherche dans le cadre du Mémoire « L'abord de la sexualité en consultation gynécologique avec des patientes souffrant ou ayant souffert d'un cancer du sein ou de l'utérus : le point de vue des gynécologues »

Nom de la responsable de la recherche : **Dr Schweizer, Angélick** (Chargée de cours, première assistante)
Institution / Adresse professionnelle : Institut de psychologie, Université de Lausanne, bâtiment Géopolis, UNIL-MOULINE, 1015 Lausanne
Nom de l'étudiante-chercheur : Lucie Escasain
Nom du.de la participant.e (nom et prénom) : **A compléter...** [redacted]

Déclarations du.de la participant.e :

Je certifie :

- Que la recherche ci-dessus m'a été expliqué à mon entière satisfaction, ainsi que les objectifs, le déroulement de l'étude et les avantages et inconvénients possibles et j'accepte d'y participer de manière volontaire.
- Comprendre que je peux décider à tout moment de ne plus participer au projet de recherche sans donner de raisons et sans aucune conséquence pour moi. Dans ce cas, il suffit de communiquer ma décision aux chercheur.e.s.
- Avoir lu la notice d'information aux participant.e.s, en accepter le contenu et avoir reçu une copie de la notice d'information et du formulaire de consentement éclairé.
- Avoir été informé.e que toutes les données traitées dans le cadre du projet de recherche seront collectées et sauvegardées de manière sécurisée et anonyme.
- Accepter que les données originales soient sous la responsabilité de la personne responsable de la recherche, soumise à une obligation de stricte confidentialité.
- En cas de doute, tout comme en cas de malaise lié à ma participation à cette étude, je vais contacter la personne responsable de la recherche directement.

Une copie de ce formulaire est en votre possession.

Signature :

Date :

17-11-20

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR PARTICIPANT.E À UN PROJET DE RECHERCHE

Merci de remplir ce formulaire après avoir lu la notice d'information aux participant.e.s et avoir reçu des explications au sujet du projet de recherche

Recherche dans le cadre du Mémoire « L'abord de la sexualité en consultation gynécologique avec des patientes souffrant ou ayant souffert d'un cancer du sein ou de l'utérus : le point de vue des gynécologues »

Nom de la responsable de la recherche : **Dr Schweizer, Angélick** (Chargée de cours, première assistante)
Institution / Adresse professionnelle : Institut de psychologie, Université de Lausanne, bâtiment Géopolis, UNIL-MOULINE, 1015 Lausanne
Nom de l'étudiante-chercheur.e : Lucie Escasain
Nom du.de la participant.e (nom et prénom) : **A compléter.** ..

Déclarations du.de la participant.e :

Je certifie :

- Que la recherche ci-dessus m'a été expliqué à mon entière satisfaction, ainsi que les objectifs, le déroulement de l'étude et les avantages et inconvénients possibles et j'accepte d'y participer de manière volontaire.
- Comprendre que je peux décider à tout moment de ne plus participer au projet de recherche sans donner de raisons et sans aucune conséquence pour moi. Dans ce cas, il suffit de communiquer ma décision aux chercheur.e.s.
- Avoir lu la notice d'information aux participant.e.s, en accepter le contenu et avoir reçu une copie de la notice d'information et du formulaire de consentement éclairé.
- Avoir été informé.e que toutes les données traitées dans le cadre du projet de recherche seront collectées et sauvegardées de manière sécurisée et anonyme.
- Accepter que les données originales soient sous la responsabilité de la personne responsable de la recherche, soumise à une obligation de stricte confidentialité.
- En cas de doute, tout comme en cas de malaise lié à ma participation à cette étude, je vais contacter la personne responsable de la recherche directement.

Une copie de ce formulaire est pour vous.


Signature : 

Date : 19.01.24

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR PARTICIPANT.E À UN PROJET DE RECHERCHE

Merci de remplir ce formulaire après avoir lu la notice d'information aux participant.e.s et avoir reçu des explications au sujet du projet de recherche

Recherche dans le cadre du Mémoire « L'abord de la sexualité en consultation gynécologique avec des patientes souffrant ou ayant souffert d'un cancer du sein ou de l'utérus : le point de vue des gynécologues »

Nom de la responsable de la recherche : **Dr Schweizer, Angélick** (Chargée de cours, première assistante)
Institution / Adresse professionnelle : Institut de psychologie, Université de Lausanne, bâtiment Géopolis, UNIL-MOULINE, 1015 Lausanne
Nom de l'étudiante-chercheur.e : Lucie Escasain
Nom du.de la participant.e (nom et prénom) : **A compléter**..... 

Déclarations du.de la participant.e :

Je certifie :

- Que la recherche ci-dessus m'a été expliqué à mon entière satisfaction, ainsi que les objectifs, le déroulement de l'étude et les avantages et inconvénients possibles et j'accepte d'y participer de manière volontaire.
- Comprendre que je peux décider à tout moment de ne plus participer au projet de recherche sans donner de raisons et sans aucune conséquence pour moi. Dans ce cas, il suffit de communiquer ma décision aux chercheur.e.s.
- Avoir lu la notice d'information aux participant.e.s, en accepter le contenu et avoir reçu une copie de la notice d'information et du formulaire de consentement éclairé.
- Avoir été informé.e que toutes les données traitées dans le cadre du projet de recherche seront collectées et sauvegardées de manière sécurisée et anonyme.
- Accepter que les données originales soient sous la responsabilité de la personne responsable de la recherche, soumise à une obligation de stricte confidentialité.
- En cas de doute, tout comme en cas de malaise lié à ma participation à cette étude, je vais contacter la personne responsable de la recherche directement.

Une copie de ce formulaire est pour vous.

Signature :

Date :


21.01.2021

Annexe VII : Journal de bord

Dimanche 1er mars 2020

Ayant finalement mis la main sur le livre de François Dépelteau, je me suis lancée ce matin dans la revue de littérature. J'ai lu 4 articles et j'ai décidé de commencer à rédiger mes premières idées, quitte à les modifier par la suite. J'ai peur d'oublier mes réflexions si je ne le fais pas. J'ai toujours l'angoisse de me demander si je fais vraiment les choses dans l'ordre optimal... le début est compliqué car je ne sais pas comment commencer un aussi grand travail.

Toutefois, je suis excitée par le début concret de cette aventure et je prends du plaisir à lire les articles que je lis.

Par souci éthique et d'idéologie, je souhaite écrire ce mémoire de manière la plus inclusive possible.

Vendredi 3 avril 2020

Je reprends l'écriture du Journal de bord maintenant. Pendant le semestre de printemps 2021 j'ai décidé que j'allais consacrer une journée complète du weekend à la revue de littérature. J'ai bien tenu ce planning et lundi 30 mars j'ai commencé à rédiger car j'estimais avoir lu suffisamment d'article pour pouvoir commencer cela. Actuellement, je cherche encore d'autres articles pour compléter.

J'aimerais vraiment tenir mon planning malgré le confinement du au coronavirus.

J'ai aussi fait un tableau excel qui permet de résumer rapidement les articles que je lis afin de ne pas oublier leur contenu.

Mercredi 22 avril 2020

Je continue à avancer dans la revue de littérature plusieurs heures par semaine. Malgré le stress lié à l'incertitude des évaluations de ce semestre à cause de la pandémie du COVID, je suis motivée par la rédaction du mémoire qui me permet de garder un but dans ma vie incertaine et de pallier la solitude.

Vendredi 10 juillet 2020

J'ai enfin terminé la première version de la revue de littérature. Je suis plutôt contente du résultat mais me réjouis du feedback de Dr. Schweizer afin de l'améliorer.

Vendredi 17 juillet 2020

J'ai reçu la correction de la revue de littérature et j'en suis vraiment contente. Je me sens donc motivée à faire les corrections nécessaires.

Vendredi 28 août 2020

A la suite des corrections de la revue de littérature, Dr. Schweizer m'informe que je peux commencer l'élaboration du canevas des entretiens.

Mardi 1 septembre 2020

Je me rends compte que j'ai quelques difficultés à élaborer le canevas. En effet, bien que je connaisse bien mon sujet, j'ai de la difficulté à imaginer la bonne manière de poser des questions et faire les relances sans induire les réponses ou utiliser un jargon « psychologique ».

Mardi 15 septembre 2020

Lors d'un rendez-vous Zoom, nous avons parlé du canevas et de la notice d'information. Cette dernière était trop longue et devrait tenir sur deux pages.

Concernant le canevas, il était effectivement trop « psychologique ». Dr. Schweizer me conseille ne pas hésiter à poser des questions « bêtes » et à me faire une page avec des exemples de relances très générales afin d'encourager les gynécologues à approfondir leurs propos. Elle me propose également une alternative à la consigne initiale qui, de son expérience, permet de mieux lancer l'entretien. Il est également important de bien comprendre le parcours de soin afin de comprendre le rôle de la gynécologue dans le cancer.

Vendredi 18 septembre 2020

Je suis en train d'élaborer les mails pour la coordinatrice du CAS de Santé sexuelle et le FMH. J'ai également modifié le canevas en rajoutant des relances et en modifiant certains thèmes et raccourci la notice d'information.

J'ai parlé avec une amie en Master de Logopédie à l'Université de Genève qui m'a dit avoir fait des flyers pour recruter les enfants pour son mémoire, j'ai donc décidé de faire de même.

Mardi 6 octobre 2020

Cela fait maintenant trois semaines que je suis dans le recrutement de gynécologues. J'ai tenté par les flyers donnés à des amies, en appelant, en passant dans les cabinets et par le biais d'emails. A vrai dire, je commençais à désespérer en voyant le peu de réponses que je recevais. De plus, sans mener au moins le premier entretien je ne peux pas avancer mon mémoire ce qui, d'une part, m'angoissait considérablement et d'autre part m'attristait.

Cependant, ce matin j'ai décidé de relancer une gynécologue tout en me disant que j'allais vraiment les exaspérer mais cette dernière m'a proposé un rendez-vous demain en fin d'après-midi. Passé le moment de stress ressenti, je me sens soulagée et ai hâte de mener ce premier entretien. Je vais essayer de le mener au mieux mais je garde en tête que c'est le premier, et qu'il me servira de base pour m'améliorer dans les 5 prochains.

Ce premier entretien me permet d'entamer le processus de récolte de données de ce mémoire et de continuer à avancer avec tout en apprenant et en m'améliorant. Je suis donc très excitée pour cette nouvelle étape qui, j'espère, se déroulera comme prévu.

Vendredi 9 octobre 2020

Je viens de terminer la transcription du premier entretien. Malgré que ce ne soit pas le premier entretien que je transcrive, je ne me rappelais pas le temps que ça prenait. Je trouve cependant intéressant de retrouver les thèmes étudiés dans la revue de littérature.

Jeudi 29 octobre 2020

Deuxième entretien fait ! J'ai malheureusement oublié de demander l'année de naissance de la gynéco.

Mardi 3 novembre 2020

Troisième entretien fait. J'ai trouvé cet entretien un peu déroutant, le gynécologue semblait sans cesse dévier du sujet du cancer et de la sexualité. Je ne me suis pas sentie très à l'aise. Je voulais éviter d'être trop directive dans l'entretien et le laisser parler mais il me semble que cet entretien ne me donnera que très peu d'informations importantes pour mon mémoire. Peut-être que j'aurais dû mieux lui expliquer le but de la recherche mais il semblait au courant puisqu'il m'avait parlé de mon email et de mon flyer.

Je verrais ce qui en ressort au moment de l'analyse mais j'avoue être déçue de moi-même car je ne pense pas avoir bien mené cet entretien.

Mardi 17 novembre 2020

Quatrième entretien mené. Il a duré environ 1h30 et était donc très riche, ce qui me rend très heureuse. Je me réjouis de l'analyser. Cependant, le gynécologue trouvait ma question trop large et mal ciblée. Il a toutefois fourni des informations intéressantes.

Mercredi 2 décembre 2020

Aujourd'hui, j'apprends que mon copain est testé positif au COVID-19. Je cours donc faire un test qui s'avère être négatif malgré mes quelques symptômes. J'apprends par le médecin

cantonal qu'il est impératif que je reste 10 jours dans ma chambre afin d'éviter de contaminer ma famille ou d'autres personnes.

Je me vois donc dans l'obligation de proposer à la gynécologue avec qui j'avais rendez-vous lundi 7 décembre de s'entretenir par zoom mais cette dernière refuse et me propose de l'appeler après les Fêtes.

Lundi 21 décembre 2020

Désespérée de n'avoir que 4 entretiens sur 6 alors que je voulais les avoir tous terminer pour Noël, j'écris un email à un gynécologue.

Lundi 4 janvier 2021

Par chance, le gynécologue en question est favorable et me propose de passer à son cabinet le 21 janvier 2020.

Je reprends rendez-vous le 19 janvier aussi avec la gynécologue avec qui j'avais du décaler le rendez-vous à cause de l'isolement.

Mardi 19 janvier 2021

Je fais l'entretien avec la professionnelle avec qui j'avais dû repousser. Cet entretien s'est avéré très riche et j'ai eu beaucoup de plaisir à le mener.

Jeudi 21 janvier 2021

Dernier entretien mené !! Je suis soulagée et me réjouis de finir de le transcrire afin de passer à l'étape suivante : l'analyse des données. Entretien très agréable avec un gynécologue très bienveillant.

Jeudi 4 février 2021

Pendant mon rendez-vous Zoom avec Dr. Schweizer, j'ai été amenée à réfléchir sur la récolte de données. Je dois dire que je suis globalement contente mais que je pense avoir parfois été trop directive et avoir manqué certaines opportunités d'approfondir certains sujets. L'entretien numéro 3 m'a frustrée mais il constitue en soi de la matière à analyser.

Je pense cependant à avoir su être à l'écoute.

Vendredi 26 février 2021

Ça fait maintenant une vingtaine de jours que j'analyse mes 6 entretiens. J'ai commencé dans l'ordre chronologique en soulignant les unités de sens au moyen de différents crayons de couleurs. Après avoir effectué cette tâche pour le premier entretien (qui est d'ailleurs un des

plus longs), j'ai effectué une première catégorisation en sous-thèmes. Bien-sûr, le second entretien donna lieu à une nouvelle catégorisation dans un nouveau document dans lequel j'ai continué la catégorisation des entretiens suivants en rajoutant des sous-catégories si nécessaires. J'ai délimité les 5 thèmes principaux qui me semblent ressortir majoritairement des entretiens avec de me limiter à ce chiffre. En effet, je réalise que les entretiens sont extrêmement riches. Je suis un peu frustrée de me limiter à seulement 5 thèmes (en essayant de ne pas faire émerger trop de sous-thèmes) car j'ai l'impression de louper / ignorer parfois certaines finesses présentes dans les entretiens.

5 mars 2021

J'ai fait une belle avancée, puisqu'il me reste la deuxième moitié de l'entretien numéro 2 à catégoriser ainsi que les deux derniers. En effet, après avoir souligné les unités de sens des 4 premiers entretiens, j'ai décidé de catégoriser le numéro 4 car il était très long et abordait pleins de thèmes. Ensuite, j'ai catégorisé le troisième qui était plus courts et plus axé biomédical.

Je commence à me sentir un peu stressée par les délais. Je sais que je devrais augmenter la cadence mais j'ai peur de ne pas être suffisamment minutieuse.

L'entretien numéro 3 n'est, avec le recul, pas un bon entretien. En effet, bien que je tende à être trop directive dans tous les entretiens, c'est particulièrement flagrant de celui-ci. Il est vrai que j'avais le sentiment de devoir beaucoup recadrer l'entretien pour aborder mes sujets d'intérêts et que le gynécologue évitait certains sujets / divaguait dans des aspects biomédicaux très rapidement. Peut-être le but de la recherche n'était pas assez clair, auquel cas je suis responsable de cette difficulté.

8 mars 2021

Avec le recul, je crains avoir été parfois jugeante dans ma manière de mener les entretiens.

12 mars 2021

J'ai bien avancé entre hier et aujourd'hui. Je suis actuellement à la moitié de la catégorisation du dernier entretien. Je pense terminer cela demain, mais ensuite je vais devoir réorganiser certaines catégories ; par exemple, en regrouper certaines ensemble ou en diviser certaines. Je crains avoir trop de sous-catégories et que mes résultats ne soient pas digestes mais je ne souhaite pas ignorer trop de finesses.

Durant mon analyse et la rédaction des conclusions, il est aussi important de se rappeler qu'il existe malgré tout un biais dans cette recherche : les gynécologues ayant accepté les entretiens

sont les gynécologues préalablement intéressé.e.s par les thématique de sexualité et d'onco-sexologie. Ainsi, les gynécologues les moins à mêmes d'aborder la sexualité avec leurs patientes ou les moins à l'aise avec ce sujet n'ont probablement pas répondu à mon annonce. Il serait intéressant de faire un lien avec l'aisance à parler de sexualité dont la Gynécologue 5 parlait dans l'entretien.

Samedi 13 mars 2021

Aujourd'hui, j'ai terminé de classifier tous mes entretiens. J'ai quand même l'impression que certaines catégories sont mal délimitées et ne suis pas encore satisfaite de mon analyse. Je vais donc procéder à une re-catégorisation demain ainsi que la semaine à venir. J'espère pouvoir terminer cela pour le weekend prochain au plus tard.

Lundi 15 mars 2021

Je viens de terminer la version finale de la première version de mon analyse de contenu ainsi qu'un tableau synthétique. Je suis relativement contente mais je reconnais avec énormément de sous-catégories et j'espère que mes résultats seront digestes. Parfois j'ai l'impression que mes données suivent trop le même pattern que mon canevas ce qui impliquerait que je ne suis pas remontée des données au moment de l'analyse : je pense que c'est probable que j'aie commis cette erreur inconsciemment comme le canevas était relativement bien ancré dans ma tête pendant tout le temps de l'analyse.

Mercredi 28 avril 2021

Après un rendez-vous concernant la restitution des résultats dans lequel il est porté à mon attention le fait que je n'ai pas suffisamment questionné les données, je me rends compte d'une pensée qui me suit le début : en tant que jeune femme n'ayant pas vécu de cancer et n'ayant pas fait d'étude de médecine, je ne me sens pas légitime de critiquer et remettre en question ce que les gynécologues m'ont raconté. En effet, durant les entretiens j'avais souvent la peur de paraître jugeante et moralisatrice et cette peur est ressortie dans les entretiens.

Dimanche 16 mai 2021

Cela fait maintenant 3 semaines que je modifie mes catégories et la rédaction de mes résultats. Je commence gentiment à voir des tendances se dégager dans mes résultats et je trouve qu'ils vont de plus en plus sens. Je l'ai également bien synthétisé. C'est vrai que le plus difficile est de faire dialoguer les verbatims de gynécologues très différent.e.s tout en tenant compte de l'individualité de chacun et en assurant que l'analyse ait du sens et soit cohérente.