



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

ANNEE 2018

N°131-132

Quelles sont les difficultés à aborder le sujet de la sexualité en médecine générale ? Etat des lieux en 2017. Etude qualitative du point de vue des médecins et des patients.

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 12 juin 2018

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

BELLATON Noëlie née le 12 Février 1990 à LYON 3

CHAMBOST Amandine née le 16 juillet 1988 à TARARE

Sous la direction de Docteur BIOT-LAPORTE

Sylviane

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de	Pierre COCHAT
Coordination des Etudes Médicales	
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND
<u>Secteur Santé</u>	
UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT
<u>Secteur Sciences et Technologie</u>	
UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2017/2018

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophthalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducercf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honnorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie

Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe**

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Filippo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophthalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale

Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Seconde Classe**

Bacchetta	Justine	Pédiatrie
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Crouzet	Sébastien	Urologie
Cucherat	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dubourg	Laurence	Physiologie
Ducray	François	Neurologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Foumeret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquín-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Levrero	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Poulet	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie

Rheims Richard Rimmele	Sylvain Jean-Christophe Thomas	Neurologie Réanimation ; médecine d'urgence Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence Chirurgie digestive Physiologie
Robert Rossetti Souquet Thaumat Thibault Wattel	Maud Yves Jean-Christophe Olivier Hélène Eric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie Néphrologie Physiologie Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori Létrilliart Moreau Zerbib	Marie Laurent Alain Yves
--	-----------------------------------

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier
-------	--------

Professeurs émérites

Baulieux Beziat Chayvialle Cordier Daligand Droz Floret Gharib Gouillat Mauguière Michallet Neidhardt Petit Sindou Touraine Trepo Trouillas Viale	Jacques Jean-Luc Jean-Alain Jean-François Liliane Jean-Pierre Daniel Claude Christian François Mauricette Jean-Pierre Paul Marc Jean-Louis Christian Jacqueline Jean-Paul	Cardiologie Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie Pneumologie ; addictologie Médecine légale et droit de la santé Cancérologie ; radiothérapie Pédiatrie Physiologie Chirurgie digestive Neurologie Hématologie ; transfusion Anatomie Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence Neurochirurgie Néphrologie Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie Cytologie et histologie Réanimation ; médecine d'urgence
--	--	--

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier Chalabreysse Germain Jarraud Le Bars	Pierre-Paul Lara Michèle Sophie Didier	Cytologie et histologie Anatomie et cytologie pathologiques Physiologie Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière Biophysique et médecine nucléaire

Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Charrière	Sybil	Nutrition
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Phan	Alice	Dermato-vénérologie
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Roman	Sabine	Physiologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

Bouchiat Sarabi	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Cour	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
Coutant	Frédéric	Immunologie
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Josset	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Menotti	Jean	Parasitologie et mycologie
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe
De Fréminville	Humbert

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS COMMUNS

Au Professeur Flori

Merci d'avoir accepté de présider notre thèse. Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse et de juger notre travail. Nous vous remercions sincèrement pour l'intérêt que vous portez à ce sujet. Veuillez trouver l'expression de notre profond respect pour votre accueil et votre disponibilité.

Au Professeur Daligand

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

Au Professeur Dubois

Nous vous remercions d'avoir si gentiment accepté de participer à ce Jury de thèse. Nous vous prions de croire en l'assurance de notre parfaite et respectueuse considération.

Au Docteur Ribes

Merci d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse en tant que membre invité, en qualité de sexologue. Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

Au Dr Biot Laporte

Pour avoir accepté de diriger notre thèse et nous avoir soutenues. Merci pour votre disponibilité, votre réactivité et votre confiance. Vous avez toujours été présente pour nous conseiller durant notre travail de thèse. Nous vous en sommes très reconnaissantes.

Aux participants de cette thèse

Merci aux patients et aux médecins généralistes qui ont accepté de participer à ce travail. Merci de nous avoir accordé un petit peu de votre temps.

REMERCIEMENTS de Noëlie

A Amandine,

Pour avoir accepté de réaliser cette thèse ensemble, pour ta motivation, pour ton écoute, pour notre belle amitié. Ce fut un plaisir de partager ce travail avec toi. Et merci pour nos matchs de badminton victorieux.

A mes grands-parents,

Merci pour votre sagesse, votre courage, votre tolérance, votre humanité, votre intelligence et pour les bagarres.

A mes parents,

Merci pour votre soutien et votre amour. Vous m'avez permis de réaliser ces études, en étant toujours présents quand j'en avais besoin. Merci pour toutes les belles valeurs que vous m'avez transmises. Merci de m'avoir si bien entourée, en me laissant toujours libre. Merci Coco pour la relecture.

A mes frères,

Merci pour votre présence, pour votre humour. Bravo à tous les deux pour vos réussites professionnelles et personnelles.

A Aurélien, pour ta présence lors de ma première année de médecine. Grâce à toi, j'ai réussi à être à l'heure le jour du concours de P1.

A Lulu, pour la logistique du linge pendant ma P1, au péril de ta vie. A Tiffany, pour le bon air corse ramené dans l'Ain.

A ma famille,

A mes cousins Héloïse, Gaétan, Quentin, Charlotte, Léonard et Ariane

A mon oncle Jean, à Jean,

A ma tante Carole.

A Michel et Anne Marie, A Audrey et Loïc

Merci pour votre accueil dans votre famille, pour les bons moments passés dans les contrées montaliolandes.

A Loïc, Jeanne et David

Pour les instants passés et à venir, de Montalieu à Lyon, en passant par Valence et Aix, autour de Halo.

A Audrey,

Mon amie d'enfance, toujours présente malgré les nombreux kilomètres qui nous séparent. Merci pour tous ces beaux moments de partages, de discussions, de rires et toutes ces soirées ambrones sur notre îlot.

A Coralie et Anaïs,

Merci pour ces belles années de lycée et ces beaux souvenirs qui restent, entre scooter et bal.

A Lauriane

Merci pour ces belles années lyonnaises en colocation.

A Clémence, Constance, Marie et Vardouhie

De très belles amitiés nées sur les bancs de la fac qui perdurent malgré la distance.

A Camille,

Mon Jean-Mi, à nos très belles années de colocation et nos retrouvailles aixoises. Merci pour ton soutien indéfectible, pour ton sourire, pour ta bonne humeur permanente, pour ton écoute. Merci à Johann de si bien t'entourer.

A mes belles rencontres de l'internat,

A Cécile, Vincent, Mathilde, Arnaud, Francesco, Mathias, Ophélie, Florent, Pol, Guillaume, Oriane, Marie, Mélodie.

A Cécile,

Pour nos beaux mois de colocation, pour ta douceur, ta gentillesse, ton humilité, ton courage et tes danses endiablées des cheveux.

A Vincent,

Pour ces beaux moments de colocation valentinoises, nos soins de pieds, nos fous-rires et à ta vie normande.

A Mathilde,

Pour nos années de colocations à Valence et nos discussions autour de thé.

A Grégoire, A Caroline

Deuxième du nom, je suis heureuse d'avoir fait ta connaissance autour de bonnes bières et d'un mullet. Merci à Caroline, prof de sport à ses heures perdues, pour les parties de belotes-bières.

A Jean François Blanchon,

Merci pour tes mots qui m'ont orientée dans cette voie.

A Patricia,

Merci pour ton apprentissage, ton accueil, ta douceur, ta générosité.

A Loïc,

Merci pour ton apprentissage, pour ta sympathie et ton humour. Merci à Céline de m'avoir si bien accueillie pendant le stage et durant nos semaines de colocation.

A tous mes maîtres de stage,

Merci pour votre accueil, pour m'avoir communiqué votre savoir et formé tout au long de ces années d'études.

A Benjamin,

Pour ton amour, pour la pierre de Shifali et tout le reste.

REMERCIEMENTS d'Amandine

A Noëlie

Mon amie et binôme, pour ton calme à toute épreuve, ta constance et ton humour pendant cette thèse. Merci d'avoir accepté de partager avec moi ce travail qui achève nos années d'études. Notre rencontre sur les terrains fut décisive pour l'histoire du badminton français et a signé le début de notre amitié. Je suis ravie de passer un tel moment à tes côtés et en garderai un très beau souvenir. Merci à ton Benj pour sa relecture et ses conseils !

A mes parents

Qui m'ont permis de devenir ce que je suis grâce à leur amour et leur soutien. Qui m'ont fait grandir dans le respect et la tolérance de chacun, m'ont toujours épaulée et donné les bons conseils. Merci pour toutes ces belles choses, je vous aime fort.

A mon frère et à ma sœur

Que je suis obligée d'évoquer même si j'aurais préféré être fille unique.

- Ma sœur pour sa relecture et ses conseils, sa vie de prof fêtarde, ses divagations sur Messenger et son partage des galères de la salle des profs.
- Mon frère pour ses imitations remarquables, son dégrafage de chemise de nonagénaire et son parcours professionnel exaltant.

A Camille

Pour son origine Bordelaise cachée, son accent ch'ti, son courage à toute épreuve, sa présence dans les bons comme les mauvais moments, et ses conseils avisés. Ton amitié et ton rire me réchauffent le cœur. Hâte de partir en road trip ensemble avec ton Johann !

A mes 2 grandes Aixoisées préférées

Camille et Nono, avec qui je partage tellement de souvenirs, de rires et d'apéros. Le rassemblement de notre trio est à chaque fois un moment que je savoure avec plaisir. Hâte de vous retrouver pour des séances de questionnements existentiels, d'imitations et de danses folkloriques au son des plus grands musiciens.

A mes amies de fac :

- A Maud, notre rencontre qui s'est produite en contemplant un clair de lune laissait présager la suite de notre amitié. Pour ta présence de chaque instant, tes conseils en matière de mode, nos

voyages, nos discussions... Avec Thomas, ta chiorée, vous êtes toujours à l'écoute et prêts à me nourrir et me loger, j'ai les meilleurs parents-amis du monde !

- Marine, chirurgienne Dijonnaise de talent. Pour nos voyages, nos sessions badminton... ton amour des musées (un peu moins). Je suis heureuse de pouvoir bientôt fêter ton mariage avec ton Am' et surtout très fière que tu ais enfin appris à manger dans des délais normaux.

- Ines, réa de talent, pour ta volonté, ton courage, ton rire, et ton talent footballistique en devenir.

- Malou, pour ton calme à toute épreuve, ta tarte à la praline, ton amour inconditionnel du vin et du fromage.

- Leïla, pour ton rire qui me fait rire, ton sourire immuable, tes blagues nulles, et surtout tes boîtes de thon à la tomate.

A mes amis Romano avec qui j'ai passé une période folle de fêtes, de rires et d'amitié :

- Mathias, qui m'a supportée pendant 1 an. Notre période de voisinage fut beaucoup plus sereine une fois que tu as compris qu'il fallait frapper avant d'entrer. Pour nos discussions nombreuses et variées, nos appels Messenger, notre amour du cidre et des crêpes, nos sessions Mario Kart, notre soutien mutuel face à la thèse et aux choses de la vie. Courage dans 2 jours, c'est ton tour !!

- Camille, ma blonde gynéco préférée, qui m'a accueillie pratiquement tous les weekends pendant des mois. Pour nos soirées de folies jusqu'à pas d'heure, pour ta tête de panda et notre fou-rire à 7h du mat', pour ce moment où je suis sortie de sous les manteaux tel un ninja... Pour nos vacances et ta tête à l'arrivée, nos sessions Chasseurs d'appart et Yam's, Jean, Bernie et Poupinette... Pour m'avoir fait dormir chez toi un nombre incalculable de fois. Et surtout, pour m'avoir laissé les clés sous le paillason imaginaire...

- Laura, la Strasbourgeoise la plus drôle que je connaisse, pour toutes nos soirées et les photos compromettantes que j'ai pu faire de toi à ces occasions, pour ton amour des endives et du Kiri, pour ton rire et ta bonne humeur. Pour ta tête à l'envers qui fait qu'on t'aime.

- Marine, pour nos soirées bières et nouilles chinoises à Romans-sur-Misère, notre séance photo controversée à l'internat de Romans ainsi que la photo de tes chaussettes de Noël sur Whatsapp, nos sessions sport trop cool et ton gros gadin en ski de fond.

- Aurélie pour ton dynamisme, ton naturel, nos vacances plus ou moins sportives, nos fous rires, et nos soirées de la loose.

- Florine, parce que tu fais du yoga, que tu crois que tu peux prendre des menus midi le soir et parce qu'on a découvert que ton surnom était Muriel Mistouf. Surtout ne change pas !

- Et Ju', Antoine et Consti pour nos soirées partagées et votre bonne humeur !

Mes amies Lyonnaises :

- Mélanie, ma première co-interne, devenue amie sitôt le stage fini. Pour tous les moments qu'on a passé ensemble, ta présence, ton naturel et ta bonne humeur. Pour notre session rando géniale !

- Nouzh et Meriem mes amies découvertes à l'hôpital de Valence, pour nos vacances au ski dans un placard, votre style sur les pistes, nos weekends toutes les quatre avec Mélanie que j'espère encore nombreux.

Mes amis Valentinois avec qui la vie Drômoise est si belle, et tellement drôle :

- Grégoire, pièce rapportée de la famille Angelucci, devenu ami à force de soirées pintes, discussions et lecture de ton blog. Merci pour tous ces bons moments, ces fous-rires et tes conseils de grande personne. Et Caro ma seule non-amie à ce jour, sympathique et pleine d'humour (il en faut pour supporter les nombreuses soirées mulet) malgré tes origines Parisiennes. On se retrouve au Pump, ton sport favori.

- Cécile, qui est bientôt tirée d'affaire au moment où j'écris ces lignes. Pour ta gentillesse, ta chaleur, ta bravoure et nos danses (surtout les tiennes) chez Nénette.

Liste des abréviations

DALA	Déficit Androgénique Lié à l'Âge
DE	Dysfonctions Erectiles
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DU	Diplôme Universitaire
FMC	Formation Médicale Continue
HPV	Human Papilloma Virus
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LGBT	Lesbiennes Gays Bisexuels Transsexuels
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
MSU	Maître de Stage Universitaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNL	Programmation Neuro-Linguistique
PSA	Prostate-Specific Antigen
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières

Liste des abréviations	16
Table des matières.....	17
I. INTRODUCTION.....	27
1. Définition et explication du sujet d'étude.....	27
1.1. Historique de la sexualité.....	27
1.1.1 Sexualité et société chrétienne.....	27
1.1.2. XVIII ^{ème} siècle	28
1.1.3. XX ^{ème} siècle.....	28
1.1.4. Années 2000	29
1.2. Médecine et sexualité.....	29
1.2.1. Dans le monde	29
1.2.2. En France	30
1.2.3. Sexualité en médecine	32
1.3. Abord de la sexualité en médecine générale.....	32
1.3.1. Pathologies en médecine sexuelle	33
1.3.2. Problème de l'abord de la sexualité.....	35
II. METHODOLOGIE.....	37
1. L'étude.....	37
1.1. Hypothèse de travail.....	37
1.2. Choix de l'enquête qualitative	37
1.3. Recherche bibliographique.....	38
2. Echantillonnage de la population	38
2.1. Choix de la population	38
2.1.1. Patients.....	38
2.1.2. Médecins généralistes	38
2.2. Mode de recrutement	39
2.2.1. Patients.....	39
2.2.2. Médecins généralistes	39
2.3. Recueil des caractéristiques.....	39
2.3.1. Patients.....	39
2.3.2. Médecins	39
3. Déroulement des entretiens.....	40
3.1. Guide d'entretien.....	40
3.1.1. Entretien proposé aux patients.....	40

3.1.2.	Entretien proposé aux médecins	40
3.2.	Préambule à l'entretien	41
3.3.	Réalisation de l'entretien	41
3.3.1.	Entretien des patients.....	41
3.3.2.	Entretien des médecins	41
4.	Méthodologie	42
4.1.	Retranscription	42
4.2.	Analyse des entretiens.....	42
III.	ANALYSES DE DONNEES.....	43
A.	ANALYSES DE DONNEES DES MEDECINS.....	43
1.	Santé sexuelle	43
1.1.	Terme non connu des médecins généralistes.....	43
1.2.	Définition vaste et difficile à classer.....	43
1.3.	Plusieurs notions très différentes entrent en jeu	44
1.3.1.	L'intimité.....	44
1.3.2.	Le médical.....	44
1.3.3.	Le psychosocial	44
1.4.	La santé sexuelle et le patient.....	45
1.4.1.	Epanouissement / Satisfaction.....	45
1.4.2.	Mal-être sexuel	45
2.	Abord de la sexualité	46
2.1.	Place en médecine générale	46
2.1.1.	Légitimité	46
2.1.2.	Le médecin généraliste coordonne les soins du patient.....	46
2.1.3.	Il améliore la qualité de vie du patient.....	47
2.1.4.	Il peut ouvrir sur d'autres problématiques	47
2.1.5.	Pas forcément de demande de la part du patient	47
2.2.	L'abord par le médecin	48
2.2.1.	Pas abordé par le médecin	48
2.2.2.	Abordé par le médecin	48
2.2.3.	Avec des patients connus du cabinet.....	48
2.2.4.	En fonction du contexte.....	49
2.2.5.	Attente d'un abord par le patient	49
2.2.6.	Abord en douceur	50
2.2.7.	Sans rentrer dans les détails	50
2.2.8.	En restant dans le cadre médicamenteux.....	50
2.2.9.	La place de l'humour.....	51
2.2.10.	Nécessite l'adhésion du patient.....	51

2.2.11.	En s'adaptant au patient.....	52
2.2.12.	En fonction du sexe.....	52
2.3.	Le cas particulier du médecin remplaçant.....	54
2.3.1.	N'aborde pas le sujet.....	54
2.3.2.	Le patient préfère voir le médecin traitant.....	55
2.3.3.	Le patient vient voir le remplaçant exprès.....	55
2.3.4.	Dépendant du médecin remplacé.....	55
2.3.5.	Les aléas du cabinet.....	56
2.4.	L'abord par le patient.....	56
2.4.1.	Le patient aborde peu le sujet.....	56
2.4.2.	Certains l'abordent facilement avec leur médecin.....	57
2.4.3.	Au moment de l'aborder.....	57
2.4.4.	Pour avoir une solution médicale.....	57
2.4.5.	Pendant la consultation.....	57
2.5.	La réaction des patients.....	59
2.5.1.	Parfois fermés.....	59
2.5.2.	Parfois surpris.....	59
2.5.3.	Premier temps de recul.....	59
2.5.4.	Réaction favorable.....	60
2.6.	Les différents thèmes pour aborder le sujet de la sexualité.....	60
2.6.1.	Le bilan cardio-vasculaire.....	60
2.6.2.	La iatrogénie.....	60
2.6.3.	Le questionnaire de santé.....	61
2.6.4.	La gynécologie et l'obstétrique.....	61
2.6.5.	L'urologie.....	61
2.6.6.	Le couple.....	61
2.6.7.	Les troubles sexuels.....	61
2.6.8.	Les IST.....	62
2.6.9.	Les maladies chroniques.....	62
2.6.10.	Pathologies psychiatriques.....	62
3.	Les difficultés à aborder le thème de la sexualité.....	62
3.1.	Liées au médecin.....	62
3.1.1.	Pas d'intérêt.....	62
3.1.2.	A quel moment de la consultation l'aborder ?.....	63
3.1.3.	Compétence du médecin à mener une consultation sexologique.....	63
3.1.4.	Manque de connaissance.....	63
3.1.5.	Peur de se retrouver en difficulté.....	65
3.1.6.	Connaître le réseau / Savoir orienter.....	65

3.1.7.	Personnalité du médecin	65
3.1.8.	Pratiques des médecins	66
3.1.9.	L'âge du médecin.....	66
3.1.10.	Gêne ressentie par certains médecins.....	67
3.2.	Liées à la consultation.....	68
3.2.1.	Le temps de consultation.....	68
3.2.2.	La priorisation	68
3.2.3.	L'examen médical	68
3.3.	Liées au patient.....	69
3.3.1.	Patients pas ou peu vus au cabinet.....	69
3.3.2.	Personnalité du patient	70
3.3.3.	Comportement du patient.....	70
3.3.4.	L'âge du patient	71
3.3.5.	Le patient homme.....	72
3.3.6.	Le couple.....	73
3.3.7.	L'orientation sexuelle.....	74
3.3.8.	Internet.....	75
3.4.	Liées à la relation patient-médecin.....	77
3.4.1.	Gêne mutuelle	77
3.4.2.	Trouver la bonne phrase.....	77
3.4.3.	Culture	77
3.4.4.	L'intimité.....	77
3.4.5.	L'ambiguïté	79
3.4.6.	Le sexe opposé.....	81
4.	La place de l'imaginaire	84
4.1.	Le patient l'abordera de lui-même	84
4.2.	Le patient ne veut pas en parler	85
4.3.	Peur de mettre le patient mal à l'aise.....	85
4.4.	Peur de ce que le patient pourrait penser	85
4.5.	Peur d'être mal interprété.....	85
4.6.	Peur de mal interpréter	86
4.7.	Peur que le patient ressente son manque de capacité.....	86
4.8.	L'examen médical	86
4.9.	La consultation de couple.....	87
5.	Comment fait le médecin généraliste au quotidien ?.....	88
5.1.	La gêne.....	88
5.1.1.	Certains médecins n'ont pas de gêne	88
5.1.2.	Ne pas faire si gêne ressentie	88

5.2.	Evitement.....	88
5.3.	Le dialogue.....	89
5.3.1.	Ouvrir à la possibilité d'un dialogue.....	89
5.3.2.	A un moment opportun de la consultation.....	89
5.3.3.	Le médecin utilise des phrases d'approche	89
5.4.	La confiance.....	90
5.4.1.	Avec le temps.....	90
5.4.2.	Le médecin traitant est l'interlocuteur principal	90
5.4.3.	Le patient peut tout aborder avec son médecin.....	90
5.4.4.	Rassurer le patient.....	91
5.5.	La bonne distance et le recadrage.....	92
5.5.1.	Arriver à trouver la distance appropriée.....	92
5.5.2.	La distance physique.....	92
5.5.3.	Par un recadrage du patient	93
5.5.4.	Pour préserver sa propre intimité.....	93
5.5.5.	En prenant un discours paternaliste	93
5.6.	Ne pas avoir de tabou.....	94
5.7.	L'expérience.....	94
5.8.	Une consultation dédiée.....	95
5.9.	Prise en charge biomédicale	95
5.9.1.	Comme prétexte pour aborder le sujet	95
5.9.2.	Pour limiter la gêne.....	95
5.10.	Avoir des portes de sortie.....	96
5.11.	L'orientation vers un spécialiste	96
5.12.	La blouse.....	96
5.13.	Le couple.....	97
5.13.1.	Motiver le dialogue entre les partenaires.....	97
5.13.2.	Le médecin sert d'intermédiaire	97
5.14.	L'orientation sexuelle.....	97
5.14.1.	La question de l'orientation sexuelle	97
5.14.2.	Ne pose pas de problème à certains médecins	98
5.14.3.	Consultations plus ouvertes.....	98
5.14.4.	Etre plus attentif.....	99
5.14.5.	Soigner sans juger.....	99
5.14.6.	Réaction du patient.....	99
5.15.	Outils.....	100
5.15.1.	Internet.....	100
5.15.2.	Livres.....	100

5.15.3.	Flyers.....	100
5.16.	Auto-évaluation du médecin	101
5.16.1.	Expérience pauvre	101
5.16.2.	La communication	101
5.16.3.	Voudrait en parler plus	101
5.16.4.	Pourrait et voudrait faire mieux.....	102
5.16.5.	Ne changerait pas	102
6.	Les solutions proposées.....	103
6.1.	Prévoir des consultations dédiées	103
6.2.	Au cours d'un bilan annuel	103
6.3.	Au cours des consultations avec un contexte favorable	103
6.3.1.	Suivi de pathologie chronique	104
6.3.2.	Dépistage et suivi urologique ou gynécologique	104
6.3.3.	Pendant les certificats médicaux	104
6.4.	Formations complémentaires.....	104
6.4.1.	A la faculté	105
6.4.2.	En post-internat.....	105
6.4.3.	Par internet.....	105
6.4.4.	Sur le sexe opposé	105
6.5.	Informations aux patients.....	106
6.5.1.	En amont.....	106
6.5.2.	Dans les salles d'attente	106
6.6.	Etre systématique.....	106
6.7.	Améliorer sa communication.....	106
6.7.1.	Ouvrir une porte	107
6.7.2.	Poser des questions ouvertes	107
6.7.3.	Faire une formation complémentaire.....	107
6.7.4.	Dédramatiser le dialogue sur la sexualité	107
6.8.	Donner un questionnaire.....	108
6.9.	Dépendant de la relation patient-médecin.....	108
B.	ANALYSES DE DONNEES DES PATIENTS.....	109
1.	Définition de la santé sexuelle	109
1.1.	Définition par les patients.....	109
1.1.1.	Difficultés.....	109
1.1.2.	Epanouissement	109
1.1.3.	Absence de pathologie	110
1.1.4.	Absence de trouble sexuel.....	110
1.1.5.	Bonne santé	110

1.1.6.	Domaines	111
1.1.7.	Place du couple.....	111
1.1.8.	Consentement	112
1.2.	Après définition de l’OMS donnée.....	112
1.2.1.	Intérêt	113
1.2.2.	Compréhension difficile	113
1.2.3.	Méconnaissance	113
1.2.4.	Liberté.....	113
1.2.5.	Sans violence	114
1.2.6.	Respect	114
1.2.7.	Consentement	114
1.2.8.	Absence de pathologies.....	115
1.2.9.	Santé physique et psychologique	115
1.2.10.	Place du couple.....	115
2.	Abord de la sexualité	116
2.1.	Interlocuteurs	116
2.1.1.	Amis	116
2.1.2.	Partenaire	117
2.1.3.	Personnel médical.....	118
2.2.	Médias / Internet.....	120
2.3.	Abord en médecine	121
2.3.1.	Motifs.....	121
2.3.2.	Qui aborde le sujet de la sexualité ?	122
2.3.3.	Manière d’aborder.....	123
2.3.4.	Quand l’aborder ?.....	124
2.4.	Place du médecin généraliste dans l’abord de la sexualité.....	125
2.4.1.	Pas en premier recours.....	125
2.4.2.	Connaissances médicales.....	126
2.4.3.	Education, prévention et conseils.....	127
2.4.4.	Examen clinique, paraclinique et traitements	127
2.4.5.	Prise en charge psychologique.....	128
2.4.6.	Relation de confiance	128
2.4.7.	Ecoute	128
2.4.8.	Discussion et ouverture	129
2.4.9.	Absence de moralisation.....	129
2.5.	Différences d’abord en fonction du sexe	130
2.6.	Causes du non abord de la sexualité.....	131
2.6.1.	Pas de nécessité.....	131

2.6.2.	Pas abordé par le patient.....	132
2.6.3.	Pas abordé par le médecin	133
3.	Difficultés.....	134
3.1.	Liées au patient.....	134
3.1.1.	Honte, peur, jugement	134
3.1.2.	Pudeur / tabou.....	135
3.1.3.	Intimité	135
3.1.4.	Intrusion.....	135
3.1.5.	Image sociétale masculine	135
3.1.6.	Gêne de l'examen génital	136
3.1.7.	Ne pas savoir à qui s'adresser	136
3.2.	Liées au médecin	137
3.2.1.	Sexe du médecin.....	137
3.2.2.	Âge du médecin	137
3.3.	Liées à la relation médecin - patient.....	138
3.3.1.	Lien avec le médecin.....	138
3.3.2.	Durée de suivi	139
3.3.3.	Absence de relation médecin/patient	139
3.4.	Caractéristique de la consultation	140
3.4.1.	Moment de l'abord.....	140
3.4.2.	Routine de consultation.....	140
3.5.	Idées des patients	141
3.5.1.	Peur de l'incompréhension du médecin	141
3.5.2.	Gêne du médecin.....	142
3.5.3.	Appréhension des demandes du médecin.....	142
3.6.	Autres spécialistes	142
3.6.1.	Prise en charge par un autre spécialiste	142
3.6.2.	Délai de consultation avec un autre spécialiste	143
4.	Solutions	144
4.1.	Par le patient.....	144
4.1.1.	Consulter un autre médecin	144
4.1.2.	Caractéristiques du médecin	144
4.1.3.	Consultation dédiée.....	145
4.2.	Par le médecin	145
4.2.1.	Orienter	145
4.2.2.	Mettre le patient à l'aise.....	146
4.2.3.	Humour.....	146
4.2.4.	Education sexuelle	146

IV. DISCUSSION	148
1. Les forces et limites de notre étude	148
1.1. L'expérience des enquêtrices	148
1.2. L'échantillonnage.....	148
1.2.1. Des médecins.....	148
1.2.2. Des patients	149
1.3. Les entretiens	150
1.3.1. Méthode de recueil	150
1.3.2. Les entretiens avec les médecins.....	150
1.3.3. Les entretiens avec les patients	150
1.4. Le mode d'analyse	151
2. Discussion comparée à la littérature	151
2.1. La santé sexuelle	151
2.2. L'abord de la sexualité	152
2.2.1. Du point de vue du médecin.....	152
2.2.2. Du point de vue du patient	153
2.3. Les facteurs influençant l'abord de la sexualité.....	154
2.3.1. La consultation.....	154
2.3.2. La formation	155
2.3.3. L'âge.....	156
2.3.4. Caractéristiques du patient.....	156
2.3.5. Relation médecin – patient.....	159
2.3.6. Proximité et lien avec le médecin	159
2.3.7. Genre du médecin	160
2.3.8. L'ambiguïté	160
2.3.9. Examen génital.....	161
2.3.10. Le comportement et la personnalité des patients	161
2.3.11. Emotions.....	162
2.3.12. L'orientation sexuelle.....	162
2.3.13. Le couple.....	163
2.3.14. La place de l'imaginaire	163
2.4. Les solutions proposées.....	164
2.4.1. Liées à la consultation.....	164
2.4.2. Liées à la relation médecin-patient et à la gêne	165
2.4.3. Liées à la formation et l'information.....	165
V. CONCLUSION	167
VI. ANNEXES.....	171
Guide d'entretien des médecins.....	171

Guide d'entretien des patients	172
Formulaire de consentement du médecin.....	173
Formulaire de consentement du patient.....	174
Partage du travail de thèse.....	175
VII. BIBLIOGRAPHIE	176

I. INTRODUCTION

1. Définition et explication du sujet d'étude

La sexualité est définie dans le dictionnaire Petit Larousse 2017¹ comme « l'ensemble des phénomènes sexuels ou liés au sexe, que l'on peut observer dans le monde vivant. Ensemble des diverses modalités de la satisfaction sexuelle. »

Le terme « difficulté » peut signifier « la complication, un ou plusieurs obstacles à surmonter, ou encore un embarras éprouvé par une personne ».

D'après la définition ci-dessus, nous pouvons constater que le terme de sexualité est assez vaste, il peut être rattaché à de nombreuses notions et représenter des éléments et sujets très variés. Notre sujet d'étude s'attache à classer et comprendre les différents éléments qui entraînent des difficultés à aborder la sexualité en médecine générale. A partir de ces observations, nous essayerons de déterminer des outils afin de permettre une amélioration du dialogue entre patients et médecins autour de ce sujet.

Dans un premier temps, nous traiterons des étapes majeures de l'évolution de la sexualité dans le monde et en France, puis nous verrons comment la médecine sexuelle, discipline récente, s'est construite.

A la suite de cela, nous aborderons les différentes raisons qui nous ont poussées à penser qu'il était intéressant d'aborder le sujet de la sexualité en consultation de médecine générale.

De nombreuses études ayant déjà été réalisées sur le sujet, notre enquête s'attache également à comparer nos résultats avec ceux des analyses précédentes afin de faire un état des lieux de ces difficultés en 2016-2017.

1.1. Historique de la sexualité

1.1.1 Sexualité et société chrétienne

Jusqu'au XXème siècle, la sexualité a longtemps été une notion indissociable de la procréation. La relative liberté des mœurs connue dans l'Antiquité est oubliée avec l'expansion progressive du

Christianisme. La sexualité est régie par le devoir de reproduction et doit obéir à des principes sacrés. La notion de plaisir n'a pas sa place dans les rapports intimes. Le cadre est donné par le mariage monogame chrétien à partir du XII^{ème} siècle. L'omniprésence de l'Eglise, notamment par le biais de la confession, permet de garder un œil sur chacun et de recadrer les pratiques qui ne sont pas en accord avec les règles ordonnées par cette dernière.

Malgré cela, la sexualité n'en est pas pour autant dissimulée. Ceci s'explique par le fait que les habitations médiévales présentaient, pour la plupart, des chambres avec plusieurs lits, chaque lit pouvant contenir plusieurs personnes.

1.1.2. XVIII^{ème} siècle

L'époque contemporaine (XVIII^{ème} siècle) voit apparaître une intimité nouvelle avec la notion de chambre parentale, strictement réservée aux époux. Les manifestations et conversations autour de la sexualité sont désormais restreintes au couple seul et la pudeur devient de mise. On n'évoque plus ce sujet auprès des enfants et l'éducation sexuelle devient très limitée.

En France, la baisse de la fécondité s'observe à la fin du XVIII^{ème} siècle. En cause, de nombreux facteurs tels que les progrès en biologie et en médecine, les changements socio-économiques et éducatifs grâce au courant des Lumières. « L'Occident développé est le premier à avoir connu l'expérience historique d'une réduction volontaire de sa fécondité, qui est allée de pair avec l'émergence d'une nouvelle conception de la différence des sexes fondée sur la biologie. »²

1.1.3. XX^{ème} siècle

La contraception prend son essor au XIX^{ème} et XX^{ème} siècle avec des pratiques telles que le coït interrompu, la méthode Ogino ou l'avortement (non autorisé mais souvent pratiqué à l'époque). La médicalisation de la contraception grâce à la pilule dans les années 1960 permet « l'aboutissement d'un processus séculaire d'autonomisation de la sexualité vis-à-vis de la procréation »². La peur de tomber enceinte sans l'avoir désiré se dissipe. La reproduction en tant que telle devient un projet de vie, qui est planifié et mûri par le couple. La contraception est une affaire de femme. C'est à cette même époque que la sexualité de la femme se modifie. L'âge des premiers rapports pour les femmes est abaissé, en comparaison de leurs aînées qui commençaient leur vie sexuelle beaucoup plus tard. A l'inverse des hommes qui pouvaient avoir une vie sexuelle avant le mariage, les femmes ne pouvaient pas en avoir. Elles étaient soumises à un contrôle strict pour préserver leur virginité, gage de pureté et

de bonne morale. Le maintien de cette virginité évitait les grossesses hors mariage, grossesses qui entraînaient, pour ces femmes coupables de mauvaises mœurs, un rejet par la société.³

Dans les années 1960-1970 s'amorce un changement de la vision et de la condition de la femme. Des facteurs comme l'accès plus facile à l'éducation et au travail, l'émancipation vis-à-vis de l'homme quel qu'il soit (père, frère, époux), la contraception orale vont permettre de libérer le comportement des femmes, jusque-là enfermées dans de multiples normes et règles de bonnes conduites. De ce fait, la sexualité de la femme évolue et tend à se rapprocher de celle de l'homme. Les partenaires sont plus nombreux et les rapports avant mariage ne sont plus aussi fermement condamnés par la société. La notion de plaisir sexuel apparaît de nouveau.

On observe dans les années suivantes une libération de la sexualité avec un passage à l'acte plus précoce ainsi qu'une diversification des partenaires et des pratiques.

Dans les années 1980, avec l'émergence du VIH, l'utilisation du préservatif s'étend. Cette maladie va avoir pour conséquence un changement des comportements de la population en matière de sexualité. La prévention s'impose et amène à une responsabilisation de chacun face au risque de transmission du virus.⁴

1.1.4. Années 2000

Dans les années 2000, l'évolution des mœurs et la facilitation des rencontres via les réseaux internet entraînent à nouveau une multiplication des expériences sexuelles avant ou après mariage. L'augmentation des divorces laisse place à plusieurs vies de couple différentes pour une même personne.⁵ Le schéma du mariage qui dure toute la vie est dépassé.

1.2. Médecine et sexualité

1.2.1. Dans le monde

Le terme de sexualité apparaît dans le courant du XIXème siècle. D'abord rattaché à la botanique, il prend progressivement son sens dans le domaine médical avec des écrits datant du début de XXème siècle. L'allemand Magnus Hirschfeld fonde le premier institut de Sexologie à Berlin en 1919. Il organise ensuite un premier congrès de sexologie en 1921.⁶

A l'origine, il s'agit surtout d'étudier et de prendre en charge les maladies vénériennes. L'objectif est aussi de décrire et classier les comportements sexuels pour établir d'un côté une norme et de l'autre les pratiques sexuelles « déviantes ». ⁷ En cela, le corps médical va prendre le relais de l'Eglise qui déterminait jusque-là ce qu'il était licite ou non de faire dans la chambre à coucher. ⁸

Pour voir apparaître une étude médicale plus axée sur la santé sexuelle comme elle est définie de nos jours, il faut attendre la fin des années 1940 – début des années 1950 avec Alfred Kinsey, professeur de zoologie et pionnier en matière de sexologie qui, dans deux études, va observer le comportement sexuel des hommes et des femmes en Amérique. En 1966, William Master et Virginia Johnson vont étudier 10000 rapports sexuels afin de décrire les 4 phases du cycle sexuel physiologique et chercher notamment à prendre en charge les troubles de la sexualité par le truchement d'une sexothérapie de couple. ⁹ Leurs travaux ont récemment été mis à l'écran dans la série américaine « Masters of Sex » ¹⁰, adaptation du roman éponyme sur leurs biographies ¹¹. La médecine s'attache donc ici à étudier la sexualité dans le but d'améliorer celle des patients.

L'Organisation Mondiale de la Sexologie ou « World Association for Sexology (WAS) est créée en 1978. ¹²

1.2.2. En France

1.2.2.1. Evolution de la sexualité

En France, le Dr Pierre Simon publie le premier rapport sur le comportement sexuel des français en 1972. La Société Française de Sexologie Clinique est ensuite créée en 1974 par Charles Gellman, Michel Guenkine, Gilbert Tordjemann, Gérard Vallès et Jacques Waynberg. Puis de multiples événements socio-culturels et évolutions dans le domaine scientifique vont marquer l'avènement de la médicalisation et du suivi de la santé sexuelle.

En premier lieu, c'est le développement, l'autorisation et la légalisation de la contraception orale en 1967. « Cette découverte a donné un fondement médical et renforcé la légitimité sociale de la dissociation entre l'activité sexuelle érotique et la procréation ». ¹³ Cela va permettre à la femme de bénéficier d'un suivi régulier basé sur la prévention, le dépistage, et /ou la médication tout au long de sa vie.

L'épidémie du VIH a ensuite modifié la vision de la sexualité qui peut être dangereuse voire mortelle. La rapidité et l'ampleur de la transmission du virus étant beaucoup plus visible dans la communauté gay, la population hétérosexuelle s'est au départ sentie peu concernée voir hors d'atteinte ¹⁴. Les

campagnes de prévention et d'information organisées par des associations telles que AIDES ou encore Act Up, mise à l'écran dans le film « *120 battements par minute* »¹⁵, suivies de celles du gouvernement, vont petit à petit faire prendre conscience à la population des risques encourus.¹⁶ Se développent alors les dépistages, les trithérapies et l'accompagnement des malades. La recherche médicale et la prévention vont avoir un rôle prépondérant au sein de la sexualité de la population en France.

L'évolution dans la recherche médicale se poursuit avec la découverte du Sildénafil et sa commercialisation dans les années 1990. Le marché des produits pour les troubles de l'érection explose, donnant accès à une offre de soins considérable et permettant aux couples d'allonger la durée de leur vie sexuelle.

1.2.2.2. Historique de l'orientation sexuelle

Bien qu'elle soit de mieux en mieux acceptée, il persiste une stigmatisation des minorités sexuelles en France.

En 1942, la loi portant sur la majorité sexuelle à 15 ans pour les actes hétérosexuels et à 21 ans pour les actes homosexuels est signée. Cette loi va contribuer à l'augmentation de l'homophobie avec des violences et répressions. La France, adopte la nomenclature de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) répertoriant l'homosexualité dans les maladies mentales en 1968. Elle est retirée de la classification en 1993.

Malgré tout, il persiste des discriminations pour les personnes LGBT (Lesbiennes, Gays, Bisexuels, Transsexuels). Ces personnes sont plus fréquemment victimes de violences verbales ou physiques. De ce fait, la dissimulation de l'orientation sexuelle reste encore courante vis-à-vis de la famille et des proches.

Dans ce contexte, on comprend aisément qu'on observe un mal-être plus fréquent et un taux de suicide¹⁷ et de conduites à risque plus important chez la population non hétérosexuelle.¹⁸

L'abord de la sexualité en consultation de médecine générale pourrait donc permettre de comprendre et dénouer certaines situations. Evoquer le sujet et laisser la possibilité au patient de s'ouvrir à ses difficultés avec un soignant pourraient améliorer la qualité du soin.¹⁹ La prévention et la prise en charge seraient plus adaptées au mode de vie sexuelle du patient et donc plus axées sur ses réels besoins permettant une amélioration de son bien-être psychologique.²⁰

1.2.3. Sexualité en médecine

1.2.3.1. Définition de l'OMS

La santé sexuelle est actuellement définie par l'OMS comme « un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité ; il ne s'agit pas simplement d'une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. Pour atteindre et préserver la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés. »²¹

L'OMS a publié une liste de compétences en santé sexuelle pour permettre l'acquisition de connaissances, d'aptitudes, et d'attitudes suffisantes par les professionnels de santé pour pouvoir prendre en charge le sujet de la sexualité en consultation.²²

1.3. Abord de la sexualité en médecine générale

En 1992, P. Conrad définit la médicalisation comme un « problème [...] nécessitant d'utiliser un langage médical pour le décrire, d'adopter un cadre de pensée médical pour le comprendre et d'utiliser des normes d'intervention médicales pour le traiter »²³.

La sexualité est un sujet délicat et peu abordé en pratique courante en médecine générale.^{24 25 26}

Alain Giami a mis en évidence deux concepts importants concernant l'abord de la sexualité : tout d'abord, les connaissances médicales du médecin associées à la capacité à aborder la sexualité pendant la consultation, puis, la maîtrise des processus de communication et de langage pendant la consultation. Il a décrit 4 postures que pouvaient adopter les médecins généralistes : l'évitement de l'abord de la sexualité, l'abord purement médical avec la médicalisation de la sexualité, l'approche globale holistique, et la spécialisation en sexologie.²⁷

Entre 2005 et 2006, une étude a été réalisée en Suisse sur des patients hommes au sujet de leurs attentes concernant l'interrogatoire de leurs antécédents sexuels, leur expérience et leurs comportements sexuels. Les résultats indiquent que 90,9% aimeraient que leur médecin leur posent des questions sur leur histoire sexuelle afin de recevoir des conseils sur la prévention (60,0% oui et 30,9% plutôt oui). L'étude montre également que seulement 40,5% de ces patients déclaraient avoir déjà eu une discussion sur leur vie sexuelle avec un médecin.²⁸

Une autre étude quantitative de 2014 portant sur les préférences des patients lors de l'évocation des dysfonctions sexuelles dans les soins primaires rapporte des résultats dans le même sens. La majorité des participants pense que les praticiens devraient donner des informations à tous les patients concernant les dysfonctions sexuelles (74%, n = 80), et aimerait que les soignants posent la question d'éventuels symptômes de dysfonction sexuelle (74%, n = 80).²⁹

La sexualité touche à l'intime et est propre à chacun. Vouloir questionner le patient sur ce sujet semble complexe pour le médecin traitant. L'abord n'est pas forcément aussi aisé qu'un interrogatoire sur le tabagisme ou les allergies. Dans une étude réalisée de 2008 à 2009 sur l'opinion et les pratiques préventives des médecins, 58.7% abordent facilement le thème de la vie sexuelle avec leurs patients (tout à fait (14.8%) et plutôt (43.9%)) contre 96.1% pour le risque cardio-vasculaire par exemple.³⁰

Néanmoins, la sexualité faisant partie intégrante de toute personne, ne pas l'aborder reviendrait à omettre un pan considérable de la vie de son patient et de sa santé.

1.3.1. Pathologies en médecine sexuelle

La prise en charge de la sexualité d'un point de vue médical va évoluer en fonction de l'âge du patient. Les motifs de consultation et les problématiques seront différents chez un jeune adulte ou chez une personne âgée. Chaque étape de la vie peut être ponctuée par un problème d'ordre sexuel pouvant amener le patient à l'aborder avec le médecin généraliste.

1.3.1.1. Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

La prévention, le dépistage et le traitement des IST sont primordiaux pour les patients. Les complications secondaires aux nombreuses IST (VIH, syphilis, hépatites, infections à Chlamydiae, gonocoques...) ne sont pas anodines et peuvent être graves. Le médecin généraliste, en tant qu'interlocuteur privilégié, joue un rôle majeur dans la prise en charge de ces pathologies variées.³¹

1.3.1.2. Contraception

La contraception est un motif fréquent de consultation, plus particulièrement chez la femme³². Le médecin généraliste a pour rôle de présenter et expliquer les différentes contraceptions masculines et

féminines (pilule, DIU, préservatif, implant...) afin de proposer le moyen le plus adapté en fonction de chaque patient.

1.3.1.3. Gynécologie-obstétrique et dysfonctions sexuelles féminines

En France, un suivi de la femme régulier est recommandé. Celui-ci peut être effectué par un gynécologue ou par un médecin généraliste. Devant un accès aux soins spécifiques restreint, le généraliste peut se retrouver de plus en plus sollicité par les patientes pour ce type de consultation.³³

En plus de ce suivi régulier où l'abord de la sexualité peut être facilité, les patientes peuvent être amenées à consulter lorsqu'elles présentent des problèmes d'ordre sexuel (perte de libido, dyspareunie, sécheresse vaginale, vaginite...).

1.3.1.4. Dysfonctions sexuelles masculines

Les dysfonctions sexuelles masculines peuvent intervenir lors des quatre phases du rapport sexuel (excitation, plateau, orgasme et résolution) décrites par Master et Johnson.³⁴ On peut retrouver un trouble du désir, un trouble de l'érection ou de l'éjaculation.³⁵

La dysfonction érectile est un problème de santé publique. Il peut entraîner un retentissement négatif sur la qualité de vie de l'homme et de son/sa partenaire. L'intérêt d'une prise en charge médicale avec une évaluation psychologique est donc souhaitable.³⁶

1.3.1.5. Vieillesse physiologique

La ménopause chez la femme et le Déficit Androgénique Lié à l'Âge (DALA) chez l'homme, liés à une diminution des hormones sexuelles, entraînent des modifications corporelles (atrophie vaginale, sécheresse, dysfonction érectile...) pouvant être à l'origine de troubles sexuels.

Il convient au soignant de rester à l'écoute quel que soit l'âge du patient, et de ne pas catégoriser la personne âgée comme une personne sans vie sexuelle.³⁷

1.3.1.6. Pathologies chroniques

De nombreuses pathologies non génitales peuvent être à l'origine d'un dysfonctionnement sexuel. Cette dysfonction peut être le premier symptôme d'une pathologie sous-jacente.³⁸ On peut citer de

manière non exhaustive : diabète, hypertension artérielle, tabagisme, atteintes rhumatismales, obésité, syndrome dépressif, déficits sensitivo-moteurs...

On peut lister un bon nombre de pathologies pouvant porter atteinte à la santé sexuelle. De ce fait, le rôle du médecin généraliste est de dépister la présence ou non de trouble sexuel, d'en rechercher la cause et de prendre en charge la pathologie.

La sexualité associe différents aspects physiques, psychiques et sociaux. Son approche doit être globale afin d'identifier au mieux les demandes du patient et de pouvoir y répondre de façon adaptée.³⁹

1.3.2. Problème de l'abord de la sexualité

Le problème de l'abord de la sexualité en médecine générale est soulevé et décrit dans de nombreux documents. En 1972, un article paru dans le *Canadian Family Physician* détaille déjà les différentes causes qui font du thème de la sexualité un sujet peu discuté en consultation et précise les différents moyens à la portée du médecin généraliste afin d'améliorer ses compétences pour aborder le sujet.⁴⁰

En France, on peut citer trois études majeures qui concernent la sexualité et les français, parues à des époques où les questionnements et les comportements sexuels étaient en pleine évolution :

- « Enquête sur le comportement sexuel des français » en 1972 pendant le débat sur la contraception et la libération de la parole sur la sexualité.⁴¹
- « Analyse du comportement sexuel des français » en 1993, en pleine épidémie de VIH avec des interrogations sur la prévention, le dépistage, et les risques de transmissions.⁴²
- « Contexte de sexualité en France » en 2006 où on note une évolution progressive depuis plusieurs années dans les comportements en matière de sexualité, famille, rencontres...⁵

Plusieurs thèses ont également été dédiées aux difficultés rencontrées en médecine générale pour aborder le sujet. Il s'agit souvent de thèses concernant un domaine précis de la sexualité comme le VIH, les dysfonctions érectiles, les personnes âgées... Les enquêtrices s'appuieront notamment sur ces données préexistantes pour alimenter leur étude.

La thèse du Dr Oriol en 2009 présente, dans une étude qualitative visant les médecins, les nombreuses représentations de ceux-ci et les écueils pour parvenir à interroger cette thématique de la sexualité.⁴³

Les résultats de l'enquête seront comparés aux précédents travaux réalisés.

L'objectif de notre étude est de mettre en évidence les difficultés à aborder le sujet de la sexualité du point de vue des patients et des médecins. Il nous semble intéressant de recueillir et analyser les données de ces deux populations, afin de pouvoir comparer les résultats et rechercher les similitudes et les différences qui peuvent exister. Cette analyse va nous permettre ensuite de proposer des outils pour améliorer l'abord de la sexualité en consultation.

II. METHODOLOGIE

1. L'étude

1.1. Hypothèse de travail

L'hypothèse de cette étude est qu'il existe des difficultés à aborder la sexualité en médecine générale, du côté des patients et du côté des médecins. L'objectif principal de ce travail est de mettre en évidence les difficultés rencontrées par les patients et les médecins et de voir s'il existe des similitudes ou des différences entre patients et médecins. L'objectif secondaire est d'essayer de trouver des outils pour améliorer ces difficultés.

Le choix du sujet a été rapidement trouvé par les deux enquêtrices. Après avoir participé à une formation sur la sexualité à la faculté, elles ont trouvé intéressant de s'interroger sur les difficultés de l'abord de la sexualité en médecine générale en ayant deux points de vue différents : les patients et les médecins.

1.2. Choix de l'enquête qualitative

Il s'agit d'une enquête qualitative, descriptive. L'objectif est d'analyser et de comprendre les comportements à travers des entretiens semi-dirigés individuels et anonymes, menés par l'enquêtrice. L'entretien semi-dirigé permet à l'enquêtrice, aidée de son guide d'entretien, d'interroger sur le thème de la sexualité, avec la possibilité de relancer sur le sujet. La personne interrogée dispose d'une plus grande liberté d'expression, plus spontanée. L'objectif de ces entretiens est de recueillir des données plus riches et précises.

L'entretien individuel semble plus adapté à notre recherche. En partant de notre hypothèse qu'il existe des difficultés à aborder la sexualité en médecine, il nous a paru plus judicieux de réaliser des entretiens individuels pour permettre aux personnes interrogées de pouvoir se confier plus aisément. En effet, la réalisation d'entretiens groupés aurait pu engendrer certaines gênes pour les patients et les médecins.

1.3. Recherche bibliographique

Les bases de données utilisées pour la recherche bibliographique ont été les suivantes :

- Pubmed
- Lissa
- BDSP
- DocCisMef
- EM Premium
- Moteur de recherche Google® et Google Scholar®

Les mots de recherche ont été « sexualité », « sexe », « médecine générale », « difficultés », « patients », « aborder », « dysfonctions sexuelles » en français ; « sexuality », « sex », « medecin », « general practice », « difficulties », « patients », « talk », « sexual dysfunctions » en anglais

A cette base de données s'ajoute la lecture de différents ouvrages^{5 27 37 44} sur le sujet de la sexualité.

2. Echantillonnage de la population

2.1. Choix de la population

2.1.1. Patients

Les patients interrogés sont des patients majeurs, hommes et femmes, sans pathologies psychiatriques graves (démence, troubles psychotiques, retard mental). L'échantillon a été choisi pour représenter toutes les tranches d'âge de la population générale.

L'entretien est réalisé après les explications de l'interviewer sur l'enquête et l'accord du patient par consentement écrit.

Les critères d'inclusion sont : être majeur, être seul pendant la consultation, ne pas avoir de pathologie psychiatrique grave, accepter d'être interrogé.

2.1.2. Médecins généralistes

Etaient inclus les médecins généralistes en activité installés ou remplaçants en cabinet.

Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés après recueil d'un consentement écrit.

Nous avons réalisé des entretiens avec des médecins hommes et femmes, de tous âges, installés mais également remplaçants. Nous avons choisis d'interroger des médecins exerçant en zone urbaine, semi-rurale et rurale.

2.2. Mode de recrutement

2.2.1. Patients

L'enquêtrice a décidé d'interroger le 2^{ème} patient de la matinée, lors de ses consultations dans les différents cabinets où elle a travaillé en tant que remplaçante en Ardèche, dans les Bouches-du-Rhône, dans la Drôme et dans le Vaucluse. Le 2^{ème} patient de la matinée doit remplir les critères d'inclusions. L'enquêtrice a expliqué aux patients le déroulement, la confidentialité et l'anonymat de l'entretien. Ce choix permet de diminuer les limites liées à la sélection de patients.

2.2.2. Médecins généralistes

Les médecins généralistes ont été sélectionnés au gré des différents remplacements d'une des deux enquêtrices dans les départements de l'Ain, l'Ardèche, la Drôme et l'Isère. Le mode de recrutement s'est également fait par sélection de proche en proche en demandant aux médecins interrogés si d'autres médecins seraient potentiellement intéressés pour participer à cette étude.

2.3. Recueil des caractéristiques

2.3.1. Patients

Le recueil des caractéristiques des personnes interrogées a été fait en amont de l'entretien par l'enquêtrice. Elle a noté l'âge et le sexe de la personne interrogée, l'âge et le sexe du médecin généraliste traitant ainsi que le lieu d'exercice (urbain, semi-rural, rural).

2.3.2. Médecins

Le recueil des caractéristiques des médecins a été réalisé lors de l'entretien. Ont été consignés l'âge et le sexe du médecin, les différentes formations suivies, la pratique ou non d'actes de gynécologie et le lieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain).

3. Déroulement des entretiens

3.1. Guide d'entretien

Le guide d'entretien va servir de fil conducteur à l'enquêtrice pendant le déroulement des entretiens. Ceux-ci ont été réalisés à partir de la littérature existante sur le sujet d'étude et après discussion avec la co-enquêtrice et la directrice de thèse.

3.1.1. Entretien proposé aux patients

Concernant les entretiens des patients, le guide comprend cinq parties :

- la première partie s'intéresse à la définition de la santé sexuelle que donne le patient interrogé, ainsi qu'à la lecture de la définition de l'OMS qui lui est faite ;
- la deuxième partie concerne l'abord de la sexualité en général dans la vie quotidienne
- la troisième partie aborde la sexualité en médecine, toute spécialité confondue.
- la quatrième partie est consacrée à l'abord de la sexualité en médecine générale spécifiquement.
- enfin, la cinquième partie interroge sur les difficultés à l'abord de la sexualité en médecine générale.

Le guide d'entretien a été, à la suite des premiers entretiens, modifié par l'enquêtrice afin d'améliorer les données recueillies.

3.1.2. Entretien proposé aux médecins

Concernant les entretiens des médecins, le guide comprend huit parties :

- la première partie s'intéresse à la définition que le médecin généraliste peut donner de la sexualité.
- la deuxième partie a pour but de mettre en évidence les motifs de l'abord de la sexualité, par le patient ou par le médecin. (Il avait été demandé aux médecins généralistes de noter leurs dernières consultations dans lesquelles la sexualité était évoquée).
- la troisième partie aborde la manière utilisée par le médecin pour parler de sexualité.
- la quatrième partie porte sur la réaction des patients lors de l'évocation du sujet.
- la cinquième partie évoque la place de l'orientation sexuelle des patients, ainsi que les éventuelles difficultés ressenties par le médecin.
- la sixième partie concerne la perception de l'abord de la sexualité en médecine générale par le médecin.
- la septième partie développe les pistes possibles pour améliorer l'évocation du sujet.

- la huitième partie est consacrée à l'auto-évaluation du médecin généraliste sur sa manière d'aborder le thème de la sexualité.

3.2. Préambule à l'entretien

Avant de débiter l'entretien, les enquêtrices ont exposé le sujet de l'étude et expliqué les objectifs de cette étude. Elles ont rappelé l'anonymat et la confidentialité des entretiens. Elles ont réalisé les entretiens après avoir obtenu l'accord et le consentement écrit de la personne interrogée.

3.3. Réalisation de l'entretien

3.3.1. Entretien des patients

Les entretiens ont été réalisés entre le mois de novembre 2016 et octobre 2017. Ils ont été réalisés dans les départements de l'Ardèche, des Bouches-du-Rhône, de la Drôme et du Vaucluse.

L'entretien a été réalisé dans le cabinet médical, avec le patient seul et l'enquêtrice. Il se déroulait sous la forme de dialogue avec questions – réponses, en s'aidant du guide d'entretien.

L'entretien a été enregistré sur le téléphone SONY XPERIA M2 de l'enquêtrice à l'aide de l'application Recorder.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données.

3.3.2. Entretien des médecins

Ils ont été réalisés de Juin 2016 à Mai 2017, en cabinet ou au domicile du médecin généraliste dans les départements de l'Ain, de l'Isère, de la Drôme et de l'Ardèche.

Ils ont été enregistrés sur le téléphone ASUS ZenFone de l'enquêtrice à l'aide de la fonction magnétophone. Le non-verbal a également été indiqué dans le verbatim afin de pouvoir s'imprégner au mieux de l'atmosphère dans laquelle ont été réalisés les entretiens.

4. Méthodologie

4.1. Retranscription

Chaque entretien a été retranscrit dans son intégralité, manuellement et/ou à l'aide d'un logiciel de retranscription par les enquêtrices sur leurs ordinateurs personnels en utilisant le logiciel Microsoft Word 2013. Après la retranscription, les entretiens ont été réécoutés et relus par les enquêtrices. Un verbatim a été réalisé pour chaque entretien.

4.2. Analyse des entretiens

Les enquêtrices se sont documentées sur la réalisation d'une analyse qualitative.^{45 46 47}

Le travail d'analyse a été fait manuellement en essayant de mettre en évidence les éléments en rapport avec le sujet de l'étude.

Les enquêtrices ont réalisé une analyse descriptive.

Chaque partie du verbatim a été analysée verticalement et classée en catégories en fonction de l'idée représentée. Les catégories ont ensuite été ordonnées en différents thèmes.

L'analyse transversale a permis de voir l'ensemble des réponses des personnes interrogées sur un thème donné, en s'appuyant sur des citations.

La triangulation des données et le double codage des données ont été réalisés et ont permis d'augmenter la validité interne de l'étude.

Ensuite, les enquêtrices ont effectué une analyse interprétative, présentée dans la discussion et enrichie par les données de la littérature.

III. ANALYSES DE DONNEES

A. ANALYSES DE DONNEES DES MEDECINS

1. Santé sexuelle

Dans un premier temps, nous avons demandé aux praticiens quelle serait, selon eux, la définition du terme "santé sexuelle", afin de mieux nous figurer les représentations qu'ils pouvaient se faire du sujet et par extension, de l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale.

1.1. Terme non connu des médecins généralistes

La plupart des médecins interrogés sur la définition de la santé sexuelle sont d'abord assez embarrassés pour fournir une réponse rapidement. La notion leur est souvent inconnue.

Entretien 3 : *« Heuuu...je sais pas ! C'est deux termes que j'ai pas l'habitude d'associer. Du coup ça m'évoque rien spontanément. »*

Entretien 8 : *« Santé sexuelle, c'est bien la première fois que je l'entends... »*

1.2. Définition vaste et difficile à classer

La difficulté réside dans le fait de donner une définition résumant une notion qui, pour les médecins interrogés, englobe des concepts nombreux et variés.

Certains médecins ont également du mal avec l'idée de donner des critères de bonne ou de mauvaise santé sexuelle.

Entretien 2 : *« Heu la santé sexuelle... J'avoue que je n'aurais pas de définition précise, c'est vraiment très...vaste. En fait c'est juste...je sais pas, je dirais très très large, oui selon les hommes, les femmes, peu importe. »*

Entretien 3 : « *Mais heu c'est vague et ça représente tellement de choses différentes... [...] La santé est tellement variée que d'y mettre des critères de bonne sexualité ou de bonne santé sexuelle, j'aurais peut-être du mal. »*

1.3. Plusieurs notions très différentes entrent en jeu

Les représentations abordées pour parler de la santé sexuelle sont très diverses, mais toutes touchent d'une manière ou d'une autre le champ de la médecine générale.

Les motifs de consultations sont évidemment très variés et relèvent aussi bien du domaine médical au sens strict (motif cardio-vasculaire, gynécologique...) que d'autres domaines moins scientifiques.

1.3.1. L'intimité

Cette notion primordiale sera développée plus loin dans notre étude. Elle a pour particularité de toucher aussi bien le patient que le médecin lors de l'abord de la sexualité en consultation. Elle est déjà évoquée par un médecin lors de la définition de la santé sexuelle et prendra toute son importance dans la suite des entretiens.

Entretien 3 : « *On on est du côté de l'intime. »*

1.3.2. Le médical

Entretien 5 : « *Ça m'évoque diabète, hypertension, conjugopathie larvée. Heu, voilà. Heu, oui c'est surtout les problèmes d'érection en fait hein. »*

Entretien 2 : « *Heu... dans différents domaines : la gynéco, un petit peu l'urologie heu... et puis pas mal d'accompagnement, les conjugopathies heu..., un petit peu tout ça. »*

1.3.3. Le psychosocial

Entretien 4 : « *Et pis y'a une composante sociale aussi » / « y'a tout le thème psycho-social qui est essentiel » / « Un mec qui est au chômage, qui a plus de thunes, qui est machin, qui croit plus en lui socialement, ben...dans son couple ça peut être dur, ou pour rencontrer quelqu'un ça peut être compliqué aussi. »*

1.4. La santé sexuelle et le patient

1.4.1. Epanouissement / Satisfaction

Les médecins interrogés émettent l'idée que la santé sexuelle peut être définie comme un épanouissement dans sa sexualité. Cette idée rejoint la notion de bien-être que l'on retrouve dans les définitions actuelles de la santé et de la santé sexuelle. La satisfaction qu'éprouve le patient dans sa vie sexuelle serait donc une question à aborder en consultation afin d'évaluer son retentissement sur la personne.

Entretien 4 : « *Est-ce que la personne est heureuse et satisfaite dans sa sexualité.* »

Entretien 7 : « *Bah la santé sexuelle c'est l'épanouissement sexuel hein ! C'est le bien-être dans sa relation sexuelle ! C'est heu... c'est s'être déjà posé des questions sur la manière d'être en harmonie sexuelle avec soi, avec les autres.* »

1.4.2. Mal-être sexuel

D'autres praticiens analysent le terme à l'inverse en gageant que si l'on en parle, c'est qu'il y aurait un problème à résoudre. La santé sexuelle serait donc plutôt liée aux pathologies en rapport avec une déficience sexuelle.

Entretien 3 : « *Le terme santé heu avec la sexualité, ça veut dire qu'il y a une problématique effectivement peut-être qui a trait à une médication quelconque ou un mal-être sexuel.* »

Entretien 8 : « *Comme la maladie, la mauvaise santé sexuelle où, bah on n'est pas content de ce qu'on a, ou ça va pas.* »

Le terme de santé sexuelle est peu connu des médecins généralistes. Ils peinent à donner une définition assez large pour englober toutes les notions pouvant être représentées.

La santé sexuelle passe, pour certains, par l'épanouissement et la satisfaction sur le plan sexuel. Pour d'autres, elle serait plutôt le reflet d'une problématique à résoudre.

2. Abord de la sexualité

2.1. Place en médecine générale

Dans un second temps, nous nous sommes attachées à recueillir l'opinion des praticiens quant à l'abord de la sexualité en médecine générale.

2.1.1. Légitimité

L'abord du sujet trouve sa place en consultation de médecine générale car c'est un élément important de la vie d'une personne et le médecin généraliste peut apporter des solutions.

Entretien 2 : *« c'est quand même une place heu enfin c'est une place importante dans la vie des gens et heu et c'est vrai que l'aborder simplement, je trouve qu'on le fait pas suffisamment alors que je suis persuadée que beaucoup de patients auraient pleins de questions à poser et que même eux ils n'osent pas. »*

Entretien 12 : *« Oui parce que... parce que d'abord il y a une demande d'un certain nombre de patients. Parce que y'a des solutions qu'on peut apporter. Et dans le cadre de la prévention, la sexualité occupe quand même une place importante. »*

2.1.2. Le médecin généraliste coordonne les soins du patient

Dans ce rôle de coordinateur, il doit être informé des différents problèmes de santé du patient, y compris sexuels, afin de les traiter ou d'orienter en fonction de ses compétences.

Entretien 4 : *« C'est vrai que rapidement je ré-adresse. Je me sens coordonnateur de soin plus que...plus que...ben c'est mon métier en fait. »*

Entretien 8 : *« Ah bah oui oui, de toute façon ça a forcément sa place. On est censé faire un petit peu tout, ce qu'on peut faire bah on le fait, ce qu'on sait pas faire, bah éventuellement on réoriente. Mais finalement la porte d'entrée vers tous les spécialistes ou autre, c'est un petit peu nous ».*

Entretien 14 : *« Ça rentre dans notre rôle aussi de médecin généraliste de tout traiter. »*

2.1.3. Il améliore la qualité de vie du patient

Apporter des solutions à un dysfonctionnement sexuel améliore la qualité de vie des patients.

Entretien 6 : « *Je pense que y'a...des gens qui seraient plus heureux (Rires). Parce que...quand on en parle on voit bien que finalement y'en a qui sont pas satisfaits.* »

Entretien 10 : « *Mais du moment que ils ont pas de problème vis-à-vis de ça, ils ont une meilleure qualité de vie et que c'est bien pour...ben pour tout, pour leur santé.* »

2.1.4. Il peut ouvrir sur d'autres problématiques

L'abord de la sexualité peut permettre au médecin généraliste d'ouvrir un dialogue vers une histoire de vie particulière du patient.

Entretien 13 : « *Ben je pense que ça a quand même un intérêt. Encore une fois je vais prendre un exemple concret mais moi ça m'a permis de débusquer souvent des histoires de violence chez la femme.* »

A contrario, on peut aussi arguer que des questions sur la sexualité peuvent amener une interrogation de la part du patient et avoir un effet négatif en faisant ressortir un problème qui n'en était pas un au départ.

Entretien 12 : « *Et on pourrait même avoir un effet pervers. Si je demandais à tous mes patients entre 25 et 50 ans au moins une fois « Est-ce que vous pensez avoir des éjaculations précoces ? ». Y'a des chances qu'ils me répondent à un moment ou un autre « oui ». Alors qu'en fait il s'est même pas posé la question, que ça lui posait pas problème.* »

2.1.5. Pas forcément de demande de la part du patient

Il ressort également que certains patients ne voient pas forcément leur sexualité comme un élément important de leur vie. Dans ce cas, il n'y aurait pas d'utilité à développer le sujet avec eux.

Entretien 10 : « *C'est que des fois c'est pas important pour certains. Voilà. – Oui - Pour certains c'est pas important la sexualité hein.* »

L'abord de la sexualité en consultation est légitime car la pratique de la médecine générale englobe des champs qui touchent à la santé sexuelle. Le praticien est en mesure d'apporter des solutions aux éventuelles difficultés de son patient qui pourraient améliorer sa qualité de vie. Le praticien peut gérer lui-même la prise en charge ou orienter vers un confrère par sa fonction de coordinateur de soins.

L'abord de la sexualité n'a en revanche pas d'utilité auprès d'un patient qui n'y apporterait pas d'intérêt particulier.

2.2. L'abord par le médecin

Nous avons voulu savoir de quelle manière le sujet était abordé par le médecin en consultation et quels éléments pouvaient éventuellement interférer avec la discussion.

2.2.1. Pas abordé par le médecin

Pour certains médecins, le sujet n'est pas traité en consultation.

Entretien 8 : « *Alors oui, moi je l'aborde jamais heu...je leur pose jamais la question. Je crois que je leur ai jamais posé la question, c'est eux qui viennent m'en parler.* »

Entretien 12 : « *Sinon en général, je l'aborde pas, tant que le patient l'aborde pas.* »

2.2.2. Abordé par le médecin

En revanche, d'autres sont plus à même d'évoquer spontanément la sexualité avec le patient.

Entretien 1 : « *Je leur en parle tout le temps.* »

Entretien 7 : « *J'en parle presque chaque fois. Quand j'en parle pas, c'est que soit on en a déjà parlé avant, heu soit heu, soit soit, heu, soit j'oublie hein voilà.* »

2.2.3. Avec des patients connus du cabinet

Lorsque les médecins abordent le sujet de la sexualité, ils le font avec des patients qu'ils connaissent déjà.

Entretien 13 : « *Mais encore une fois, c'est pas à la première consult, c'est avec des patients qu'on commence à connaître un peu.* »

2.2.4. En fonction du contexte

Le contexte a une importance majeure lors de l'évocation de la sexualité avec le patient. Il apparaît difficile d'aborder le sujet lorsque le motif de consultation n'est pas approprié, à cause d'une tierce personne, ou encore à cause du temps.

Entretien 2 : « *Bon quand quelqu'un qui vient pour une otite heu...(Rires) je vais pas enchaîner sur le thème de la sexualité.* »

Entretien 4 : « *Elle est opportuniste. C'est-à-dire que...il faut que heu... Ou alors moi j'ai un sujet médical qui fait que j'ai besoin de savoir si y'a des...tels ou tels symptômes d'un point de vue de fonction génitale.* »

Entretien 9 : « *Y'en a qui viennent avec leurs enfants donc je pose moins de questions. C'est vrai que là j'irais pas... quelqu'un qui vient avec ses enfants j'irais pas lui parler de prévention.* »

Entretien 12 : « *Quand c'est des consultations contraception, ou prévention MST. Ou en post-chirurgical de chirurgie de prostate chez les hommes. Donc là je l'aborde systématiquement. Sinon en général, je l'aborde pas, tant que le patient l'aborde pas.* »

Entretien 13 : « *Je le fais pas à chaque fois, je le fais pas pour tout le monde quoi. Mais y'a des populations qu'on cible un peu plus et c'est vrai que des fois quand on est bien luné ou qu'on a le temps, on essaie d'en parler avec les personnes un peu plus âgées.* »

2.2.5. Attente d'un abord par le patient

Certains praticiens préfèrent laisser le patient évoquer en premier le sujet avant de développer et de répondre aux demandes.

Entretien 14 : « *Mais une fois abordé ça va pas me gêner spécialement.* »

Entretien 13 : « *Eh bah c'est pas fréquent déjà qu'on l'aborde. On y répond volontiers quand le patient a des questions.* »

Entretien 10 : « *Bin j'attends surtout que le ou la patiente m'en parle quoi.* »

2.2.6. Abord en douceur

Les praticiens évitent de poser des questions sur la sexualité de manière trop directe et utilisent des formulations détournées.

Beaucoup essaient une approche en tendant une perche. Ils évoquent simplement la possibilité de développer ce sujet si le patient en ressentait la nécessité mais sans insister.

Entretien 13 : « *On pose souvent les choses de manière un peu détournée quoi. On leur demande pas "comment va votre sexualité" quoi. Mais plutôt "Est-ce que tout va bien dans votre relation ?". Tu l'amènes doucement quoi, pas frontalement.* »

Entretien 7 : « *Ce qui m'intéresse, c'est de donner un espace de, comment dirais-je ? De discussion et d'ouverture à la personne. Qu'elle puisse se dire « Bah là je peux aborder ce type de questions » »*

Entretien 14 : « *J'insisterais pas, mais je pose une question « est-ce que ça va à ce niveau-là ? » Et aussi pour qu'il sache que je suis là pour écouter aussi. Parce que je pense que même s'il ne m'en parle pas là, peut-être que ça peut mûrir en se disant « tiens je ne lui en ai pas parlé là mais en fait ça ne marche pas comme je veux et je sais que je peux en parler parce qu'il m'en a parlé » ».*

2.2.7. Sans rentrer dans les détails

Une fois le sujet abordé, le médecin pose des questions assez générales et ne veut pas interroger sur des éléments trop détaillés de la vie sexuelle du patient.

Entretien 3 : « *Mais je rentre pas plus dans les détails et heu de la bonne santé sexuelle si les gens ne m'évoquent rien de particulier. C'est-à-dire que je vais ni heu enfin...je suis peu...heu comment...interrogatif, c'est à dire que je vais pas demander heuu combien ils ont de rapports sexuels par semaine et ni s'ils ont plusieurs partenaires.* »

Entretien 9 : « *Je vais pas dans les détails après.* »

2.2.8. En restant dans le cadre médicamenteux

Le praticien se sert de la question médicamenteuse pour donner un cadre à la consultation.

Entretien 9 : « *Mais enfin la sexualité en elle-même, je ne vais pas au-delà du médicamenteux.* »

2.2.9. La place de l'humour

Une approche par l'humour pour essayer d'aborder le thème de la sexualité est une démarche utilisée par certains praticiens pour ouvrir un espace de parole.

Au contraire, d'autres praticiens préfèrent éviter d'en plaisanter pour ne pas faire penser au patient qu'ils pourraient prendre le sujet à la légère.

Entretien 1 : *« Oh ben moi je plaisante tout le temps là-dessus donc heu les patients...je plaisante beaucoup en consultation, ils ont l'habitude que je plaisante là-dessus et... des fois je fais exprès de plaisanter sur certains sujets pour les forcer à m'en parler et après...ben ça lance la conversation et après j'essaie de redevenir plus sérieux. »*

Entretien 6 : *« Alors des fois – Bah déjà quand ils se déshabillent, des fois je fais : « Oh bah...allez heu, c'est le strip-tease aujourd'hui, heu...on fait le toucher rectal et on en prof... on fait heu, et comment ça se passe ? ». Bon 'fin voilà des fois, arriver à dire (Rires) et sur l'humour quoi. Je plaisante pas mal avec eux. »*

Entretien 7 : *« Je suis pas sûre que l'humour, moi je suis pas convaincue que l'humour permette d'aborder sincèrement cette question. Parce que si j'y mets de l'humour, ça veut dire aussi que je mets heu...face un sujet qui peut être très sérieux quand même hein ! [...] Et puis là ça...j'ai constaté que si je prenais le sujet trop à la légère, les nanas répondent d'une manière légère, mais je suis pas sûre qu'elles soient sincères. »*

2.2.10. Nécessite l'adhésion du patient

Tout comme il n'y a pas d'intérêt à parler de sexualité avec un patient qui n'en voit pas l'utilité, il est difficilement envisageable d'évoquer le sujet avec un patient qui n'est pas désireux d'entendre ce que le praticien a à lui dire.

Entretien 9 : *« Moi je sens que si je veux faire de la prévention MST et tout ça... on peut pas engager fatalement ces conversations sans leur désir à eux quoi. [...] Donc en fait on a une part de prévention mais elle est limitée et dépendante de ce qu'ils sont prêts à entendre. »*

2.2.11. En s'adaptant au patient

Certains praticiens n'ont pas de schéma prédéfini et préfèrent s'adapter en fonction de la situation et surtout de ce que va lui renvoyer le patient au moment de l'abord.

Entretien 7 : « *Probablement que chez, heu chez les gens que je sens plutôt à l'aise...je leur demande simplement si elles ont des difficultés...et heu...et chez les autres j'pense que j'utilise... je fais l'inverse de ce que je sens. »*

2.2.12. En fonction du sexe

2.2.12.1 Manière d'aborder le sujet

Certains médecins éprouvent des difficultés à évoquer le sujet avec des patients du sexe opposé et n'abordent pas la question de la même manière.

Entretien 2 : « *Aux hommes spontanément heu je je viendrais pas... j'aborderais pas de la même façon. »*

Entretien 13 : « *Nous en tant que mecs, j'ai aucun problème à parler de ça, déjà même sur le langage quoi. J'hésite pas...j'hésite pas à sortir certains mots quoi. Et chez les filles, c'est toujours un peu plus ambigu quoi. Je saurais pas t'expliquer pourquoi mais... je sais pas, c'est pas forcément le même langage, on pose les questions de manière un peu détournée... »*

Dans certains cas, le médecin ne pose même pas de question si le patient est de sexe opposé.

Entretien 7 : - « *Donc chez les hommes ?*

- *Je ne pose jamais la question ! »*

Pour d'autres, il n'y a pas de différence et l'abord est le même quel que soit le sexe.

Entretien 12 : « *Donc heu... mais je l'aborde aussi facilement avec les uns ou avec les autres. »*

2.2.12.2 Chez la femme

- Le suivi de la femme

Le suivi concernant les questions gynécologiques permet d'aborder plus facilement le sujet avec les femmes.

Entretien 2 : « Surtout qu'avec les frottis heu on va aller parler contraception mine de rien, et je trouve qu'en fait c'est presque plus simple d'en parler aux femmes vu qu'il y a un suivi vraiment dédié à ça, qu'aux hommes. »

Entretien 6 : « Les filles ça me pose aucun souci ! Nan pis comme voilà, je fais 180 frottis par an donc heu...j'pose 180 fois la même question quoi. »

- Evocation de possibles violences

L'abord de la sexualité est parfois un moyen pour la femme de révéler d'éventuelles violences actuelles ou antérieures.

Entretien 11 : « « Je me libère du truc, faut que je vous le dise parce que j'en peux plus mais surtout n'intervenez pas. » Et puis bah si, je suis intervenue. Ça fait 9 mois et elle avance bien. »

2.2.12.3 Chez l'homme

- Certains n'ont pas de complexe et en parlent librement

Tous les hommes ne ressentent pas l'abord de la dysfonction érectile comme l'aveu d'une perte de leur masculinité et sont disposés à en parler.

Entretien 9 : « Et puis après il y en a qui sont décomplexés vis-à-vis de ça et qui vont jusqu'à, lors des renouvellements, en parler devant leur femme sans complexe. »

- Le suivi urologique

Le suivi urologique permet au médecin généraliste d'ouvrir une porte sur la sexualité de ses patients.

Entretien 5 : « ...ou ceux qui ont été opérés de la prostate aussi, les chirurgies de prostate. Ça c'est facile à aborder quoi. Parce qu'ils étaient déjà prévenus par le chirurgien avant donc. Là t'es, entre guillemets, la voie est royale quoi ! »

Les médecins généralistes ne parlent pas tous de sexualité en consultation ou attendent parfois que le patient le mentionne. L'évocation du sujet sera dépendante du contexte et du motif de consultation. Le praticien utilise souvent une voie détournée pour faire comprendre au patient que le thème peut être abordé. Le ton utilisé est différent en fonction du médecin et celui-ci s'adapte également au patient face à lui qui pourra choisir ou non de poursuivre la discussion.

Le médecin n'aura pas la même approche en fonction du sexe du patient et des motifs.

2.3. Le cas particulier du médecin remplaçant

Le médecin remplaçant ayant un rôle particulier en médecine générale, il nous paraît important de souligner les différences supplémentaires que cela peut apporter en consultation sexualité.

2.3.1. N'aborde pas le sujet

Le remplaçant ne parle pas de sexualité avec les patients du cabinet.

Entretien 2 : « Bah en tant que remplaçante, c'est quand même compliqué. Heu...compliqué. Dans le sens où s'il faut l'aborder, j'irais vraiment, mais heu les gens me voient quand même à un instant X, je fais pas partie du suivi, y'a quand même pas une relation de confiance qui est mise en place. Je pense que c'est quand même plus difficile, heu..., c'est vrai que je.. étant donné que je suis pas dans le suivi, dans l'intimité des gens, je m'impose pas et je l'apporte pas tout de suite. »

Entretien 13 : « Moi je pense que remplaçant, c'était pas mon premier axe d'abord (Rires). »

2.3.2. Le patient préfère voir le médecin traitant

Parfois, le patient préfère différer le moment de la prise en charge pour voir son médecin traitant. Le remplaçant n'ayant pas acquis une confiance suffisante pour parler de certains sujets avec le patient, il n'aura alors qu'un rôle de suppléant afin de pourvoir aux besoins de première nécessité du patient le temps que le médecin traitant revienne.

Entretien 8 : « ... (imitant un patient) : « Ah bah non, bah ça je lui en reparlerai. Elle revient quand ? Dans un mois ? Bah nan j'attendrai pour lui en reparler, je verrai avec elle. » Bon bah...voilà hein. Je pense que oui y'a une part où le remplaçant a pas...a pas autant d'infos... »

2.3.3. Le patient vient voir le remplaçant exprès

Au contraire, certains patients voient le remplaçant comme une occasion de régler leurs problèmes d'ordre sexuel sans avoir besoin d'en parler à leur médecin référent. Il y a alors une gêne envers son propre médecin traitant.

Entretien 5 : « Parce qu'on était là ponctuellement. Donc surtout quand on est remplaçant régulier...hein entre guillemets ils savaient qu'ils allaient, qu'on le marquait dans le dossier et derrière c'était porte ouverte pour le médecin installé quoi. Je pense que pour aller chercher un peu plus heu...la position du remplaçant régulier, elle est pas mal ! »

Entretien 11 : « J'ai constaté que en tant que remplaçante, ils aimaient bien venir en parler au remplaçant plutôt qu'à leur médecin traitant. »

2.3.4. Dépendant du médecin remplacé

Le type de patientèle étant dépendant du médecin qui les prend en charge, certains sont habitués à parler de tout, y compris avec le remplaçant.

Entretien 2 : « Bon j'ai remplacé un médecin qui était très à l'aise pour parler de ça hein mais heu. Et d'ailleurs ça se sent, du coup ses patients l'abordaient de façon vachement plus simple. Mais dans les autres remplacements non, j'ai pas ressenti cette aisance-là de la part des patients. »

2.3.5. Les aléas du cabinet

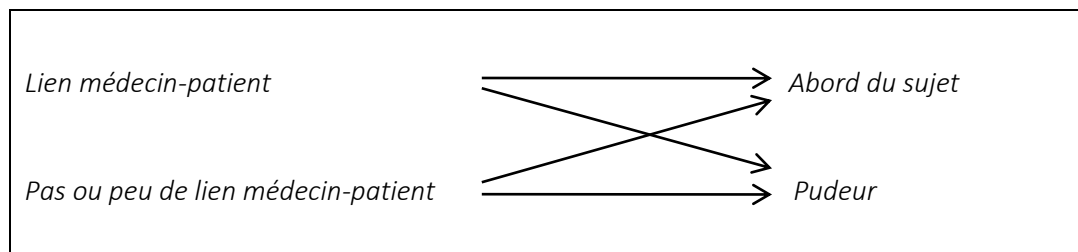
L'abord peut être parasité par des problèmes inhérents au fonctionnement du cabinet.

Entretien 4 : « *Et heu...et du coup déjà quand t'es remplaçant et que t'es dans un outil de travail qui est pas le tien que, des fois juste faire marcher l'imprimante c'est un calvaire. Heu t'as peut-être des fois un peu la tête ailleurs et te mettre un peu, pas en déséquilibre, mais en, en...situation heu.* »

Le remplaçant joue un rôle à part en médecine générale, d'autant plus lors de l'abord de thèmes délicats comme celui de la sexualité. Certains patients préféreront attendre le retour du médecin référent en qui ils ont toute confiance. D'autres au contraire, gênés par une intimité trop grande, seront ravis de pouvoir prendre rendez-vous, à dessein, avec le remplaçant.

Le contexte est encore différent s'il s'agit d'un remplaçant régulier, qui peut alors gagner petit à petit la confiance de la patientèle.

La pratique de la médecine dans un cabinet inconnu peut également avoir un impact en limitant les possibilités d'écoute, d'attention ou de temps du remplaçant.



2.4. L'abord par le patient

2.4.1. Le patient aborde peu le sujet

Le patient est rarement l'initiateur du sujet avec son médecin généraliste.

Entretien 6 : « *Mais c'est vrai que c'est rarement eux qui en parlent.* »

Entretien 14 : « *Une fois tous les deux mois peut-être. C'est pas très fréquent. Enfin pas très fréquent qu'ils l'abordent.* »

2.4.2. Certains l'abordent facilement avec leur médecin

Cela n'empêche pas certains médecins d'avoir une patientèle qui en parle assez aisément.

Entretien 5 : « *Ouais. Ouais, après c'est quelque chose qu'on aborde heu... alors moi c'est marrant, tu vois ce matin encore, les patients heu, m'en parlent facilement...* »

On peut imaginer ici que le médecin a fait en sorte de montrer à sa patientèle qu'il était ouvert à la discussion sur ce sujet et pouvait les entendre si nécessaire. Certains entretiens reflètent une grande facilité à aborder tous les thèmes pour le médecin et ses patients, étayant l'idée qu'à chaque médecin correspond une patientèle particulière.

2.4.3. Au moment de l'aborder

Les médecins ressentent souvent une gêne de leur patient lorsque ceux-ci commencent à évoquer le sujet.

Entretien 9 : « *Ah bah ouais y'en a qui me fait « ça me gêne » et bon puis après je leur parle quoi. Et puis après finalement... quand on voit que c'est détendu, y'a... y'a une part de détachement aussi...* »

2.4.4. Pour avoir une solution médicale

L'abord de la sexualité peut être motivé par la volonté de résoudre rapidement un problème pour le patient (en l'occurrence ici la dysfonction érectile) sans vouloir s'épancher sur le sujet avec son médecin.

Entretien 14 : « *Donc en fait, en plus les messieurs viennent, en fait veulent une solution, ils veulent pas d'explication. Voilà. Ils viennent, « j'ai un problème, trouvez-moi une solution, je suis pas là pour en parler plus que ça. »*

2.4.5. Pendant la consultation

La sexualité comme motif de consultation principal est très rarement rapportée par le médecin généraliste. Le sujet se trouve souvent noyé dans plusieurs autres motifs et est abordé une fois que la

consultation est bien entamée, voire quasiment finie. Ce n'est pas un sujet que le patient souhaite aborder de but en blanc.

Parfois, le médecin généraliste peut voir arriver un patient pour un motif initial totalement différent de celui de la sexualité. Mais il s'agit en réalité d'un motif prétexte à la consultation médicale pour pouvoir ensuite aborder le vrai problème centré alors sur le thème de la sexualité.

- *Au milieu d'autres motifs de consultation*

Entretien 1 : « *C'est bien rare que le motif de consultation ça soit la sexualité. En général c'est un petit bout de consultation et heu... aujourd'hui c'est pas rentré dans les mœurs de toute façon.* »

Entretien 4 : « *Donc par contre la sexualité oui ça peut être chronophage parce que souvent les patients c'est rare qu'ils viennent que pour ça.* »

- *Motif caché*

Entretien 3 : « *Ou alors à l'occasion d'une discussion où ce but-là est un peu caché puisque ces gens ont un peu du mal à aborder ce problème quelques fois de but en blanc.* »

Entretien 6 : « *Alors des fois ils arrivent, mais c'est souvent pour autre chose qu'ils sont venus.*»

- *En fin de consultation*

Entretien 9 : « *Souvent c'est bien en fin de consultation... (Rires).* »

Entretien 11 : « *Oui c'est elle qui me l'a dit entre deux portes. Enfin juste avant de partir.* »

Les patients parlent rarement de sexualité avec leur médecin. Le motif est souvent soit caché, soit associé à de multiples autres motifs de consultation. La sexualité est peu abordée en début de consultation et nécessite une phase d'approche avec le médecin avant d'oser lancer le sujet.

Néanmoins certains médecins, par leur pratique et personnalité, auront une patientèle beaucoup plus à l'aise avec ce sujet.

2.5. La réaction des patients

Nous avons souhaité savoir quels étaient les ressentis des médecins concernant la réaction des patients lorsque le sujet de la sexualité était abordé en consultation.

2.5.1. Parfois fermés

Certains patients ne sont pas du tout enclins à discuter de ce sujet avec leur médecin.

Entretien 2 : « *Y'en a qui aiment pas du tout parler de ce sujet-là, même s'il faut en parler.* »

Entretien 11 : « *Une fois ou deux, je sens bien que les gens veulent pas en parler. Bah notamment cette dame-là où je suis pas son médecin traitant, elle m'a dit non.* »

2.5.2. Parfois surpris

Les patients peuvent avoir une réaction de surprise voire d'interrogation à l'évocation d'un tel sujet avec leur médecin généraliste. Comme si le fait de parler de sexualité n'avait pas sa place dans une consultation médicale.

Entretien 8 : « *... certaines femmes chez qui on fait effectivement, on demande si les frottis sont à jour ou pas. Qui ont 25-30 ans. On demande si elles ont eu des IST, des écoulements ou des partenaires multiples. Et elles nous regardent un peu d'un air heu... (imitant une patiente) : « Bon, pourquoi est-ce que tu me demandes ça ? Ça te regarde plus ou moins pas. J'ai le gynéco qui fait mon frottis.» »*

2.5.3. Premier temps de recul

Le patient peut dans un premier temps avoir une réticence à en parler.

Entretien 6 : « *Y'en a heu effectivement il va y avoir un petit temps de recul ou de... « Qu'est-ce qu'elle est en train de me demander ? » (Rires) « En quoi ça la regarde ? » »*

2.5.4. Réaction favorable

Malgré des réactions parfois fermées, on peut aussi avoir des patients ouverts et favorables à la discussion.

Entretien 10 : - « *Et quand vous abordez le sujet avec les patients, comment vous avez l'impression qu'ils réagissent ?*

- *Très bien. Ha très très bien !* »

Entretien 12 : « *En général ils réagissent bien. J'ai jamais eu de situation dans laquelle les gens disent « Je veux pas en parler ! ». »*

Les patients adoptent différents comportements lorsque le médecin va parler de sexualité. Il y a souvent un premier temps de surprise ou de réticence dû au fait que ce sujet est rarement abordé en consultation et n'apparaît pas forcément comme un motif dont il faut parler avec son médecin. Le patient peut rester fermé ou au contraire se montrer ouvert à la communication.

2.6. Les différents thèmes pour aborder le sujet de la sexualité

Suite aux différents entretiens, nous avons pu lister les différents thèmes qui permettent aux médecins généralistes d'aborder le sujet de la sexualité.

2.6.1. Le bilan cardio-vasculaire

- Diabète
- Patient tabagique

2.6.2. La iatrogénie

- Effets secondaires de certains traitements
- Chimiothérapie/Radiothérapie
- Post-chirurgie de prostate, du sein, gynécologique

2.6.3. Le questionnaire de santé

2.6.4. La gynécologie et l'obstétrique

- Consultation de suivi de la femme
- Femme enceinte
- Suivi post-grossesse
- Contraception
- Ménopause
- Cystite
- Vaccination HPV

2.6.5. L'urologie

- Hypertrophie de prostate
- Incontinence urinaire

2.6.6. Le couple

- Couple en âge de procréer
- Problèmes de couple, divorce, séparation
- Violences

2.6.7. Les troubles sexuels

- Dyspareunie
- Baisse de libido
- Dysfonction érectile
- Troubles de l'érection et renouvellement d'ordonnance

2.6.8. Les IST

- Eruptions génitales
- Dépistage IST, relations sexuelles
- SIDA
- Prévention

2.6.9. Les maladies chroniques

- Alzheimer
- Cancer du sein

2.6.10. Pathologies psychiatriques

- Syndrome dépressif

3. Les difficultés à aborder le thème de la sexualité

Les obstacles à l'évocation de la sexualité peuvent être divisés en différentes parties selon la cause.

3.1. Liées au médecin

3.1.1. Pas d'intérêt

Le médecin n'est pas intéressé par le thème de la sexualité et n'en fait pas une priorité.

Entretien 12 : « *Non j'essaie de le faire systématiquement sur d'autres sujets. Notamment ces derniers temps sur comment ça se passe au boulot. Parce que ça me permet de dépister aussi beaucoup de...beaucoup de choses. Mais pas sur la sexualité.* »

Entretien 13 : -« *Et toi tu ferais des formations complémentaires là-dessus ou pas ?*

- Je sais pas. Je pense pas franchement. »

3.1.2. A quel moment de la consultation l'aborder ?

Parfois la difficulté réside dans le fait de trouver une brèche dans laquelle s'engouffrer pour mentionner le sujet.

Entretien 8 : « *Je vois pas à quel moment de la consult' le mettre donc heu... »*

3.1.3. Compétence du médecin à mener une consultation sexologique

Le médecin ne se sent pas forcément compétent dans ce domaine de la médecine.

Entretien 2 : « *Après est ce que je me sens vraiment capable de mener juste une heu... une consultation à parler sexualité...ça c'est compliqué ! »*

Entretien 4 : « *... parce que mais honnêtement, mes compétences en terme de, de sexologie, elles sont très limitées. »*

3.1.4. Manque de connaissance

Il est souvent évoqué le manque de connaissance comme barrière à mener une consultation sexologique pour le médecin. Ce manque de connaissance peut être dû à de multiples causes.

- *Manque d'expérience*

Le médecin n'a pas eu suffisamment de cas similaires pour mener sa consultation correctement.

Entretien 2 : « *Mes toutes premières consultations où j'ai pu l'aborder heu je me sentais hyper gauche, hyper maladroite. Pas forcément légitime parce que j'avais un peu l'impression de rentrer dans l'intimité des gens... »*

- *Formation Initiale*

Sa formation initiale ne lui a pas permis d'avoir les compétences nécessaires.

Entretien 2 : « *Donc une place très importante mais pas très bien heu...comment dire...développée on va dire pendant nos études »*

Entretien 6 : « *Quand on fait nos études heu, c'est pas un truc où on nous explique grand-chose hein.* »

- *Manque global de connaissance*

Le médecin n'a pas de formation initiale et n'a pas eu de formation complémentaire permettant de connaître les points importants.

Entretien 5 : « *Donc en fait... y'a...même si c'est pas forcément avoué, y'a plein de médecins je pense qui sont pas formés.* »

Entretien 9 : « *Après je pense que y'a peut-être des points qui seront importants de savoir et qui sont un peu clés mais je les connais pas quoi.* »

- *Dû au genre du médecin*

Le médecin n'a pas pu être formé durant son cursus médical, du fait de son genre, aux particularités de la prise en charge du sexe opposé.

Entretien 14 : « *Mais en gros tout ce qui est sous la ceinture, j'ai tellement peu été formé, puisque j'étais un homme, j'ai été très rarement confronté, donc j'ai préféré laisser ça. Et j'ai pas fait de gynéco [...]. J'étais chez 2 qui faisaient des frottis, y'en a un qui en faisait pas. Et j'ai dû en voir... 3 parce que en fait du coup les autres à chaque fois j'étais sorti. En gros « Bah non ça me gêne » donc en gros, à la fin ouais... non honnêtement j'en ai vu très peu. Pratiqué peut-être 2... et 2 sous surveillance.* »

On retrouve un médecin homme qui n'a pas pu apprendre correctement certains gestes (ici le frottis cervical) du fait de son genre dit-il. En effet, lors de sa formation, les patientes ont souvent refusé de le laisser assister à leur examen gynécologique en cabinet. Il est effectivement concevable que la patiente refuse car parfois non prévenue de la présence d'un interne dans le cadre d'une consultation avec son médecin généraliste. Les consultations sont également un lieu où se dégage un certain lien d'intimité et de confiance entre le patient et son médecin et où la présence d'une tierce personne peut être mal acceptée, d'autant plus lors d'un examen gynécologique.

3.1.5. Peur de se retrouver en difficulté

Le médecin évite d'aborder le sujet par peur de ne pas savoir répondre à la demande du patient.

Entretien 3 : « *En même temps...je pense que si on fait l'offre, il faut répondre à la demande ! Et donc ça demande probablement une certaine réflexion par rapport à la demande qu'on fait quoi. C'est-à-dire que c'est pas la peine de mettre le doigt dans quelque chose pour laquelle on n'aura pas la compétence, où on se sentira pas compétent pour...* »

Entretien 8 : « *Mais moi j'aborde jamais la question en premier. Parce que je pense que je sais pas répondre aux questions donc si je cherche pas le problème heu, au moins j'ai pas à le régler.* »

3.1.6. Connaître le réseau / Savoir orienter

Le médecin ne sait pas vers qui adresser ses patients.

Entretien 9 : « *Après c'est vrai que je connais pas les sexologues du coin.* »

Entretien 14 : « *Un jour où y'aura un type qui aura tout tenté comme traitement et qui me dira, je veux voir un spécialiste. Je me retrouverai sur les pages jaunes à chercher... (souriant) et il faudrait peut-être que j'anticipe ça !* »

3.1.7. Personnalité du médecin

Certains praticiens ne sont pas ouverts au sujet de la sexualité par leur manque d'intérêt, leur gêne, leur pratique quotidienne... De ce fait, le champ de la sexualité ne sera pas pris en charge en consultation.

Le patient peut aussi avoir des réticences à l'aborder devant un médecin lui semblant peu enclin à la discussion.

Entretien 1 : « *Ça dépend des caractères je pense hein. On peut concevoir qu'ils soient gênés d'en parler à des médecins qui seraient froids ou qui plaisanteraient moins, et y'a beaucoup de médecins qui plaisantent jamais ou qui sont assez rigides dans les consultations. C'est vrai que je me vois mal en discuter avec certains confrères qui sont pas forcément des rigolos.* »

Entretien 10 : « *Moi j'étais le médecin traitant de sa femme. Et il est allé voir son médecin traitant masculin en lui disant « Oui vous comprenez, moi ça marche plus comme avant et tout ». Et son médecin traitant lui a répondu « c'est normal c'est de votre âge ». »*

3.1.8. Pratiques des médecins

Certains médecins ne pratiquent par exemple pas les gestes du suivi de la femme alors que ce type de consultation permet généralement d'aborder plus facilement le sujet.

Entretien 14 : « *J'ai tellement peu été formé, puisque j'étais un homme, j'ai été très rarement confronté, donc j'ai préféré laisser ça. Et j'ai pas fait de gynéco. Du coup j'ai tellement perdu le fil que je saurais même pas refaire. J'ai même pas le matériel. »*

Une fois encore, on retrouve le même médecin qui n'a pas pu être formé et qui donc ne réalise pas certains gestes gynécologiques. Mais on a pu également retrouver, chez certains médecins hommes qui avaient été formés, l'absence de pratique des gestes du suivi de la femme préférant laisser cela à leurs collègues féminines. Dans les causes, nous avons pu mettre en évidence la gêne du praticien, la gêne des patientes à être examinées par un homme, le manque d'intérêt ou de connaissances.

3.1.9. L'âge du médecin

- *Difficulté pour lui-même*

Cette difficulté peut être due à un manque d'expérience mais aussi à une évolution dans sa manière d'aborder le sujet avec l'âge.

Entretien 9 : « *Pour l'instant je me trouve trop jeune en fait pour aborder ça. »*

Entretien 10 : « *Parce que on est obligé de passer outre et de lever une pudeur qu'on a quand on est jeune et qui peut se transformer en gêne quand on est moins jeune et qu'on pratique la médecine générale. »*

- *Difficulté pour le patient*

Le patient peut également être mal à l'aise devant un médecin de sa tranche d'âge ou plus jeune.

Entretien 5 : « *Et heu, mais il m'a dit « Ouais j'arrive à en parler avec vous ». Avec le médecin précédent, il arrivait pas, il arrivait pas parce que c'était un gars du même âge. »*

Entretien 6 : « *Des fois ils me disent « Oh vous pourriez être ma petite-fille ». Où là ils sont gênés. »*

3.1.10. Gêne ressentie par certains médecins

- *Pour parler de ce sujet*

Parfois, le fait de poser des questions sur la sexualité va être gênant pour le praticien.

Entretien 3 : « *Il me semble que s'il y a des difficultés quelconques, je vais essayer de d'interroger, heu oui interroger ! Poser des questions, de laisser la parole s'exprimer par rapport à ça. Mais probablement heu... avec certainement un frein quand même. Pas si facilement que ça ! »*

Entretien 10 : « *Et que c'était terrible parce que moi j'étais plus gênée que lui mais fallait pas que je le montre ! »*

- *A l'évocation de certaines pratiques*

La gêne peut être occasionnée par ce que le médecin va entendre des pratiques de son patient.

Entretien 6 : « *Bah oui, alors bon ça fait sourire et tout, après là où j'étais le plus gênée... (Rires) c'est heu plus des jeunes où ils ont une activité tellement heu débordante et heu pfff (Rires). Que là je me sens larguée... (Rires) »*

Entretien 11 : « *J'étais interne aux urgences à Lyon Sud et il y a un monsieur qui est arrivé en me disant « j'ai des pratiques sexuelles bizarres, j'ai l'habitude de m'enfoncer des objets au niveau anal ». Donc très honnêtement j'étais pas très à l'aise. »*

Beaucoup de motifs liés au médecin entrent en jeu dans le fait de ne pas évoquer la sexualité en médecine générale. Il ne peut pas y avoir de changement sur certains d'entre eux comme la personnalité, l'âge du médecin ou encore son intérêt pour ce registre de la médecine. Mais d'autres peuvent potentiellement être améliorés comme la formation et la compétence du médecin.

3.2. Liées à la consultation

3.2.1. Le temps de consultation

Le facteur « chronophage » est une des raisons évoquée empêchant l'abord de la sexualité en médecine générale.

Entretien 10 : « *Ben l'aborder, la place de la sexualité, ben moi je dirais dans la médecine générale heu... dans la médecine générale on n'a pas beaucoup de temps hein !* »

Entretien 13 : « *Déjà t'es un peu limité dans le temps, c'est rare que ce soit un motif unique de consultation. Et quand t'as terminé ta consultation tu te dis « Est-ce que je me lance sur ce sujet-là ? »* »

3.2.2. La priorisation

La sexualité n'est pas une priorité lors de la consultation pour les médecins.

Entretien 11 : « *Déjà on a des consultations que de 15 min et... Pourquoi parler de ça et pas d'autre chose quoi !* »

Entretien 14 : « *En fait y'a tellement d'autres trucs à régler avant.* »

3.2.3. L'examen médical

L'abord de la sexualité en consultation de médecine générale peut amener à réaliser des examens cliniques sur les patients. Mais ce genre d'examens sur les organes génitaux peut être difficile à réaliser pour le médecin sans justification.

Entretien 3 : « *Et heu...je pense que là je serais gênée de le faire. Mais heu... je sais pas pourquoi ! Heu je pense que je serais gêné de le faire. Je pense que j'aurais peur de mettre les gens mal à l'aise. Peut-être que y'a...on peut être plus discret dans l'appel à la parole quoi. Que que l'examen systématique.* »

Entretien 5 : « *Il s'est fait opéré, l'autre il lui, le médecin bien sûr le chirurgien, il lui dit « Mais votre médecin généraliste l'a pas vu ? ». Je me suis dit: Bah merde ! Si je dois baisser le slip de tout le monde...fin voilà ! Il fait 100 kg pour 1m60...je veux dire heu...effectivement...peut-être que j'aurais dû. Mais faut avoir le motif encore !* »

L'examen médical est aussi un moment compliqué pour le patient qui peut être gêné, voire refuser de se laisser examiner. L'âge et le sexe du médecin peuvent jouer un rôle dans l'acceptation ou non du soin.

Entretien 10 : *« Surtout quand vous êtes face, à 23 ans, à un vieux papi...un vieux papi, j'me rappellerais toujours, italien, qui avait un hydrocèle qui lui arrivait à la moitié de la cuisse. Et j'lui dis : « Vous venez pour quoi, montrez-moi », (mimant le patient) « Ah non non j'pourrais jamais vous montrer ça ! Non non j'pourrais jamais ! J'oserais jamais, une jeune fille comme vous. J'oserais jamais ! »*

La sexualité n'est pas forcément une priorité pour le médecin généraliste et ce d'autant plus qu'il s'agit rarement du motif principal de consultation comme vu précédemment. Dans ce contexte, comment ne pas trouver l'abord de la sexualité « chronophage » ?

Par ailleurs se pose également le problème de l'examen médical qui peut être source de gêne pour le patient comme pour le médecin car touchant à l'intimité du patient.

3.3. Liées au patient

3.3.1. Patients pas ou peu vus au cabinet

Un patient se présentant au cabinet sans être connu va être difficilement interrogeable sur sa sexualité.

De même, il sera plus compliqué d'entamer une discussion sur la sexualité avec un patient qui ne vient pas souvent du fait du manque de lien médecin-patient ou d'autres priorités.

Entretien 12 : *« Et chez des patients qu'on connaît pas c'est... voilà c'est difficile parce qu'on sait pas comment il réagit d'une façon générale. On sait pas comment ça se passe dans sa vie, on sait absolument rien. »*

Entretien 3 : *« C'est des gens qui peuvent aussi être en très bonne santé s'ils sont plus jeunes quoi. Et qu'on voit pas bien souvent et si on les voit un peu, on va pas parler de leur problème de sexualité quoi. »*

3.3.2. Personnalité du patient

La personnalité du patient, tout comme celle du médecin, peut jouer dans le manque de communication. Le médecin peut avoir un frein à en parler avec certaines personnes.

Entretien 7 : « *J'ai une idée...j'ai une idée particulière de ce que je, je catalogue heu...les femmes un peu heu...comment un peu hystériques quoi ! J'ai l'impression que ça part dans tous les sens. Donc ça fait des consultations longues, ça fait des consultations pas précises, ça fait heu...pfff. Du coup, du coup je me perds quoi.* »

3.3.3. Comportement du patient

Le médecin peut aussi se sentir en difficulté du fait d'une conduite inconvenante de la part du patient dans le cadre d'une consultation médicale. Il peut s'agir de pratiques à mettre sur le compte de personnalités pathologiques ou encore d'une intrusion dans l'intimité du médecin. Il est alors pris à partie en tant que personne et non en tant que représentant d'une profession médicale.

Ces faits sont rapportés aussi bien par des médecins hommes que femmes.

- *Comportement déplacé*

Entretien 5 : « *En fait...ça m'est arrivé une fois en tant que remplaçante, un mec qui s'est masturbé devant moi. [...] Et une fois pareil, un mec qui était venu pour une douleur soi-disant heu... heu pénienne machin ou testiculaire...en fait pareil ! Il s'est mis à avoir une érection heu...pendant la consult !* »

Entretien 10 : « *Oui avec un type qui était un psychopathe pervers. Que je connaissais pas et qui est arrivé au cabinet mais...c'était pas un problème sexuel, c'était un problème psychiatrique (Rires). Voilà qui est arrivé avec sa couche et il était soi-disant incontinent et qu'il était en érection et... Voilà mais j'étais pas gênée, j'étais plutôt en colère...gênée sur le moment...en colère de m'être fait avoir mais c'était pas un problème sexuel, c'était un problème psychiatrique.* »

Entretien 13 : « *J'ai un portable pro, je laisse mon numéro de portable pro aux patients et elle m'a envoyé des textos dessus un peu bizarres. Et du coup, ben forcément après t'es plus à l'aise quoi.* »

- *Médecin pris à parti par le patient*

Entretien 6 : « *Voilà. Ou qui me regardent en disant « Mais heu, vous faites pas ça vous ? ». Qui nous prennent à partie en disant heu... Là j'me, ouais, là ça me gêne. »*

3.3.4. L'âge du patient

- *Les personnes âgées*

Les médecins parlent moins de sexualité avec les personnes âgées.

Entretien 7 : « *Parce que les femmes âgées heu...bah je laisse un peu tomber après heu...j'sais pas. Si je sais qu'elles sont seules heu... Et puis tu vois c'est aussi à leur manière de parler de leur corps... Heu de leurs organes génitaux de.... Bah là je vois bien si c'est investi ou si c'est pas investi ! »*

Entretien 11 : « *Alors la réponse c'est souvent« Avec mon âge vous savez on en fait moins. Ça fait quatre ans qu'on ne fait plus ». Mais oui ça me... alors peut-être pas à 90 ans mais assez tard quoi. »*

- *Les jeunes*

Chez les jeunes, le médecin peut attendre que le patient fasse le premier pas

Entretien 6 : « *Ouais ! Chez les jeunes c'est vrai que j'attends plus que ce soient eux. »*

- *L'homme jeune*

L'évocation de la sexualité chez des patients jeunes, en bonne santé, consultant peu est plus difficile.

Entretien 3 : « *On n'a pas forcément l'occasion d'en parler non plus très facilement ! C'est des gens qui peuvent aussi être en très bonne santé s'ils sont plus jeunes quoi. Et qu'on voit pas bien souvent et si on les voit un peu, on va pas parler de leur problème de sexualité quoi. »*

Le médecin n'aborderait pas forcément le sujet

Entretien 8 : « *Chez l'homme jeune, ouais j'ai pas trop de...de manière systématique à l'aborder. Je sais pas si je l'aborderais de manière systématique ouais avec heu...entre 20 et 40 ans chez l'homme. »*

Mais il s'agit d'une population qui vient en parler quand elle a un problème d'ordre sexuel.

Entretien 5 : *« Après je pense que celui qui a une panne, en général les jeunes que j'ai vu qui ont des pannes...heu ils s'en foutent quoi ils veulent résoudre leur problème vite fait bien fait. Donc ils viennent en parler. »*

Entretien 10 : *« Oui alors ces hommes jeunes qui ont ce genre de problèmes. Des problèmes sexuels, que ce soit éjaculation précoce ou autre...Eux en général ils viennent directement en parler. Ils viennent directement pour ça.*

3.3.5. Le patient homme

L'abord du sujet avec le patient homme va présenter deux difficultés majeures en comparaison avec les femmes : celui d'éprouver de la honte à parler de ses problèmes sexuels (que le médecin soit un homme ou une femme), et celui de ne pas avoir de suivi régulier.

- *Gêne à parler de ses troubles érectiles*

Entretien 1 : *« Ils sont...voilà y'a quand même une certaine honte vis-à-vis de ça. C'est sûr que, bon le médecin c'est quand même le confident, mais on voit que quand même ils ont beaucoup de mal à en parler à quelqu'un d'autre puisque ils ont honte de leur pharmacien... »*

Entretien 3 : *« Heu je pense que pour un homme, dire à un autre homme qu'il a des problèmes de puissance sexuelle...je pense c'est pas facile...- Mais le dire à une femme ?- Mais c'est encore plus difficile ! »*

Entretien 14 : *« On sent que c'est...bah y'a de la fierté masculine qui fait que du coup ils ont du mal à en parler. »*

- *Pas d'examen de suivi comme pour la femme*

Entretien 3 : *« Les femmes vont consulter beaucoup plus et beaucoup plus régulièrement, alors que les hommes heu grosso modo sauf problématique particulière, on va pas aller voir ce qui se passe dans leur slip. [...] Les hommes jeunes ont probablement, pour ceux qui ont des problèmes, heu un recours heu pas facile à une aide. Qui vient à la fois de l'organisation des soins, à la fois dû au fait qu'il y a pas d'examen systématique génital chez l'homme comme chez la femme, et que y'a pas d'occasion claire d'en parler et qu'il y a quand même un frein à en parler. »*

Entretien 5 : « *Voilà donc les hommes effectivement...le problème des hommes c'est que tu peux pas le faire systématiquement.* »

L'homme a plus de mal à évoquer ses problèmes sexuels avec le corps médical du fait d'une certaine honte. De plus, comment réussir à dépasser ce complexe sans avoir la possibilité d'en discuter régulièrement ? Ce problème est d'autant plus marqué que l'homme est jeune, comme vu précédemment dans les différences à aborder le sujet en fonction de l'âge et du sexe.

3.3.6. Le couple

Les situations où le médecin doit faire face à des problèmes de sexualité dans un couple peuvent être difficiles à appréhender.

- *Face à deux individus*

Le médecin généraliste ne se sent pas à l'aise avec le fait d'écouter et de devoir gérer la sexualité d'un couple de patients.

Entretien 3 : « *Je me suis senti mal à l'aise quand des couples sont venus me voir pour me parler de leur sexualité* ».

Entretien 14 : « *Le problème du couple c'est que si on s'oriente sur le problème psychologique qui provoque ces troubles et qu'on a le couple à gérer, on est sur une pente un peu glissante où heu... de remettre la faute sur le ...* »

- *Face à une situation peu habituelle, manque de réponses claires*

Les médecins ne sont pas habitués à ce genre de consultation.

Entretien 3 : « *Heu donc c'est bien sûr bien plus compliqué que ça quoi ! Mais cette complexité-là, abordée comme sujet principal de la consultation heu je crois qu'on n'est pas très habitué, pas très souvent ce genre de... et que du coup bah peut être que j'ai répondu à leurs questions, mais c'était pas très évident pour moi cette situation là parce que elle est pas connue.* »

- *Ne se sent pas assez âgé pour gérer cette situation*

Le médecin qui peut se sentir suffisamment compétent pour gérer d'autres situations liées à la sexualité, ne se sentira pas assez mûr pour prendre en charge un couple.

Entretien 9 : « *Après ça peut être intéressant...pour l'instant je me trouve trop jeune en fait pour aborder ça. »*

- *Garder le secret médical*

Entretien 4 : « *il était ravi parce qu'il allait pouvoir décalotter. Et heu j'ai vu sa femme en consultation qui est venue me dire que elle, elle voulait pas (Rires). Parce qu'elle voulait pas de rapport sexuel avec lui. (Rires) »*

Entretien 5 : « *Et heu, le labo m'appelle, donc syphilis... J'appelle...numéro de sa femme. (Mimant l'appel) «Oui c'est heu, bah vous pouvez...Nan je lui dis, écoutez non faut que vous me passiez votre mari. (Mimant l'épouse) Non non mais c'est bon, j'ai mis le haut-parleur ! » »*

La consultation de couple représente un écueil supplémentaire pour certains médecins généralistes qui ne se sentent pas compétents dans ce domaine. La préservation du secret médical peut être mise à rude épreuve et le médecin doit faire face à des situations parfois périlleuses...

3.3.7. L'orientation sexuelle

- *Non-évocation du sujet*

Le sujet de l'orientation sexuelle n'est habituellement pas abordé lors de la consultation, que ce soit par le médecin ou le patient.

Entretien 12 : « *Est-ce qu'il me le disent facilement... ? Heu..., je crois qu'ils me le disent pas. Je crois pas. Je crois pas qu'ils me le disent. »*

Entretien 14 : « *Ça me regarde pas et je respecte... à moins que... enfin ça m'est jamais arrivé mais je demanderais si vraiment il devait il y avoir, si c'était une information bénéfique sur la consultation. »*

- *Gêne pour le médecin*

Lors des entretiens, certains médecins ont présenté une attitude gênée lors de l'évocation de patients qui auraient une orientation sexuelle différente de l'hétérosexualité. On constate chez un médecin homme (entretien 9) une réticence à la pensée d'avoir potentiellement à écouter la vie sexuelle de patients hommes et homosexuels. Sans laisser par ailleurs transparaître une homophobie, on note une volonté de ne pas se retrouver confronté à la sexualité de ces patients. Les représentations personnelles du médecin vont avoir pour conséquence un évitement de certains sujets dans sa pratique médicale.

Entretien 6 : « *Si heu les heu (Rires) peut-être les femmes lesbiennes aussi (Rires). Peut-être moins évident.* »

Entretien 9 : « *Après j'aurais du mal à aborder le sujet avec un homosexuel. [...] Bah (Rire gêné) j'ai pas envie de savoir !* »

- *Sentiment de ne pas être compétent*

Dans un contexte différent, l'homosexualité et la transsexualité peuvent poser comme problème au praticien de se sentir incompetent pour la prise en charge du patient.

Entretien 6 : « *Alors là de toute façon ben...comme il a 36 000 opérations qu'il est toujours en train d'en faire, des fois faut que je regarde les pansements parce qu'il y a du pus ou des machins et c'est vrai que... là heu par contre c'est plus heu, des fois j'me dis est-ce qu'il a pas l'impression que je regarde et que c'est un phénomène de foire quoi.* »

Entretien 9 : - « *Et si tu avais quelqu'un...oui d'homosexuel qui venait te voir pour une question de sexualité ?*

-Boh je pense pas que ça me gênerait hein. Après je pense que je serais incompetent à lui répondre. »

3.3.8. Internet

- *Premier recours pour le patient*

Internet est un outil très souvent utilisé par les patients afin d'avoir accès à certaines informations médicales.

Entretien 3 : « A partir du moment où on n'a pas une réponse en tête à tête avec quelqu'un, on va l'avoir avec l'ordinateur quoi. »

Entretien 14 : « On se dit on est des médecins généralistes, le premier recours. Le premier recours, c'est de taper sur Google : trouble de l'érection, je ne bande pas. »

- Nécessite de réexpliquer

Pour les médecins généralistes, il s'agit souvent de devoir décortiquer les informations rapportées par le patient afin de faire le tri et de délier le vrai du faux.

Entretien 13 : « On a des questions, on est allé voir sur internet. Mais on avait peur que ce soit des conneries donc on voulait vous redemander. »

Entretien 14 : « Et du coup je trouve que internet c'est délicat parce que ils arrivent, on a plus le... ils ont déjà leurs idées. Alors il faut qu'on leur dise qu'ils ont pas de cancer du testicule, pas de cancer de la prostate, pas de je sais-pas-quoi. »

- Peut être délétère pour le patient et l'image de sa sexualité

Les informations, images et vidéos retrouvées sur internet, notamment dans le champ de la pornographie peuvent être source de questionnements, angoisses et représentations faussées pour les patients.

Entretien 3 : « Ah oui par rapport à ça. Ouais ouais tous les...tous les gens qui ont un regard sur la sexualité via internet et dieu sait que c'est facile et que du coup tout le monde y a accès, heu partout on a l'impression que ils sont pas au niveau quoi, les mecs, je pense hein. »

La consultation centrée sur la sexualité est parfois compliquée par les caractéristiques du patient et du médecin : genre, âge, sexe...

Par ailleurs, une attitude déplacée de la part de certains patients est un élément qui peut occasionner un frein à l'abord du sujet pour les consultations suivantes. L'orientation sexuelle du patient peut être vue comme une barrière pour les praticiens si celle-ci est différente de la leur.

L'utilisation d'Internet par les patients est vue par certains médecins comme une entrave à la diffusion des bonnes informations.

3.4. Liées à la relation patient-médecin

3.4.1. Gêne mutuelle

Le médecin ainsi que le patient sont gênés à l'évocation du sujet.

Entretien 2 : « *Je trouve que ça a une place très importante, mais qu'on n'est pas forcément formés à ça et qu'il y a une sorte de gêne mutuelle. Soit qui vient du médecin, soit même du patient.* »

3.4.2. Trouver la bonne phrase

Le médecin adapte ses paroles en fonction de chaque patient.

Entretien 2 : « *Y'en a qui ont besoin qu'on soit un peu plus franc. Vraiment qu'on mette pas de, de guillemets aux choses et y'en a d'autres où tu sens qu'il faut un peu plus enrober les choses et puis heuu voilà.* »

Entretien 7 : « *Mais je sens bien qu'il y a des patientes qui sont pas à l'aise par rapport à cette question. Donc heu...pour moi la difficulté c'est de trouver la bonne phrase ! Hein, qui puisse permettre de donner un espace de, de discussion à la personne !* »

3.4.3. Culture

La culture du patient et du médecin a un impact sur la manière de traiter le thème de la sexualité.

Entretien 4 : « *C'est pas quelque chose de très simple, très évident...dans notre société latine...* »

Entretien 9 : - « *Et comment tu trouves la sexualité en France par rapport à la Nouvelle-Calédonie ?*

- *Ah bah c'est vachement plus détendu* »

3.4.4. L'intimité

C'est une notion importante de la relation patient-médecin en médecine générale. Elle l'est d'autant plus que la sexualité touche à l'intime du patient. La limite entre question d'ordre médical et question pouvant paraître déplacée est mince. Cette limite est bien sûr différente en fonction de chaque patient et de la relation de confiance qu'il entretient avec son médecin généraliste.

3.4.4.1. *Peur du patient trop intrusif*

En parlant de sexualité, le médecin va aller questionner le patient sur sa vie intime. De ce fait, il peut craindre que, par transfert, le patient cherche également à entrer dans sa sphère d'intimité.

Entretien 5 : « *Mais j'veux dire heu...voilà ils nous confient beaucoup de choses. Ils cherchent aussi des fois à savoir beaucoup de choses de notre vie. Hein heu, où j'pars en vacances heu, machin. »*

Entretien 14 : « *C'est délicat et c'est le côté le plus difficile à jauger. C'est de mettre assez de distance pour qu'ils rentrent pas dans mon cercle d'intimité. Ils sont pas là pour ça. »*

3.4.4.2. *Peur d'être trop intrusif*

Il peut s'agir d'une pensée de la part du médecin plus que d'une réelle intrusion dans la vie sexuelle des patients.

Entretien 9 : « *Leur mode de vie...ça peut être gênant quoi. Ils reviennent pas me voir après (Rires). »*

Entretien 13 : « *Bah j'ai peur qu'ils se ferment ou... Qu'ils soient pas à l'aise avec le sujet. [...] moi j'ai une patiente qui fait probablement de l'anorexie mentale. Et ça fait quatre cinq consults' que je tourne en rond et... du coup bah j'essaie de sonder sur si y'a pas eu des histoires de violence, et notamment sexuelles. Et...ouais je me sens pas d'y aller comme ça quoi. »*

Il peut également s'agir d'une observation basée sur une vraie expérience du médecin où le patient a pu sentir de la gêne à la suite des questions posées.

Entretien 12 : « *Notamment sur les consultations après exposition sexuelle à risque. Où j'ai tendance à demander un peu des détails pour me faire une idée de vraiment ce qui s'est passé et est-ce qu'il y a un risque. Là les patients s'attendent pas à ce qu'on leur pose ce genre de questions et résultat, ça peut les...ils peuvent se sentir mal à l'aise. »*

3.4.4.3. *Le médecin et sa patientèle*

Parfois le médecin a un relationnel avec ses patients qui peut dépasser le cadre professionnel avec la naissance de liens plus amicaux. Il peut aussi connaître une grande partie du village ou de la famille du patient. Cette omniprésence peut être un frein à l'évocation de sujets plus intimes pour le patient qui

ne verra alors plus le médecin en tant que strict professionnel de santé et ressentira de la pudeur à lui parler de sa sexualité.

- *Le médecin et le patient se connaissent trop*

Entretien 3 : « *Peut-être parfois justement ils ont pas envie de révéler certaines choses à des gens qui vont les voir régulièrement. Peut-être que ces choses-là vont se faire dans un autre cabinet avec une intimité plus grande par rapport à cette problématique-là. Heuu voilà les gens ont parfois envie de cliver ce genre de choses.* »

Entretien 14 : « *Je viens vous voir vous parce que du coup je veux pas en parler à mon médecin traitant* » *que je remplaçais habituellement. Parce qu'en fait ils se connaissent à côté.* »

- *Le médecin connaît tout le monde*

Entretien 3 : « *Ils peuvent aborder le sujet. Que le médecin de famille qui par exemple connaît heu la femme, les enfants...tout le village et que...* »

- *La pudeur*

Entretien 4 : « *Et y'a un climat de confiance qui est dans la consultation. Donc s'ils peuvent pas en parler avec nous...fin ça dépend toujours à chaque fois des gens, parce que y'a des gens ça va gêner justement parce qu'ils me connaissent, du coup par pudeur ils auront du mal à aborder le sujet.* »

3.4.5. L'ambiguïté

- *Sensation d'ambiguïté avec le sexe opposé*

Quel que soit le sexe des médecins, ceux-ci rapportent la crainte de paraître ambigu ou d'amener une atmosphère ambiguë.

Entretien 13 : « *Et chez les filles, c'est toujours un peu plus ambigu quoi. Je saurais pas t'expliquer pourquoi mais...*»

- *Sexualisation du médecin*

Certains patients peuvent avoir des propos à l'encontre du médecin que l'on peut qualifier de déplacés en prenant à partie le médecin en tant que personne et partenaire sexuel potentiel.

Entretien 2 : « *Mais des fois y'a des hommes qui ont un comportement qui renvoie une image sexuelle. »*

Entretien 6 : « *Et à l'inverse comme disait Dr XXXXXX ceux qui heu, font un peu dragueurs en disant « Ouais j'ai plus d'érection mais peut-être que si j'avais une femme comme vous, ça marcherait alors qu'avec ma femme elle fait plus (Rires) bon... »*

Entretien 13 : « *Tu finis par te poser des questions...heu... Enfin je sais pas mais peut-être c'était seulement sa personnalité qui débordait un peu. »*

- *Le regard du patient*

Sans forcément avoir de parole inconvenante, le patient, par son regard, peut mettre le médecin mal à l'aise.

Entretien 2 : « *Globalement...et ça franchement je trouve qu'on peut pas le nier...quand on est jeune...les les hommes de 40-50 ans un peu célibataires, qui ont un vocabulaire un peu salace et surtout un regard un peu désagréable...Quand faut en parler, moi je me rappelle toujours que je suis dans la parole médicale. »*

Entretien 6 : « *Oui c'est vraiment le caractère de la personne et heu...comme elle me regarde ou comment... »*

- *En fonction de l'âge*

L'ambiguïté dans une consultation peut aussi être fonction de l'âge. Les médecins ressentent plus de gêne à parler de sexualité avec des patients de la même tranche d'âge. L'un d'eux parvient à expliquer que cette tranche d'âge correspond aux femmes avec lesquelles il peut s'identifier dans une relation sexuelle.

Entretien 1 : « *Je pense que c'est sûr que ça doit être plus compliqué d'aborder le sujet avec une femme entre 30 et 40 ans, qui est dans mes tranches d'âges heu...si on se connaît pas et qu'on commence à*

discuter de ça, ça peut être un peu... Moi ça me mettrait pas spécialement mal à l'aise, mais je peux comprendre que une femme... puisse être gênée d'en parler à son médecin. »

Entretien 4 : *« C'est marrant c'est très personnel du coup hein heu, parce que c'est, pour moi des femmes auxquelles je peux m'identifier dans le cadre d'une relation sexuelle par exemple, voilà. Donc heu ça doit être ça inconsciemment. »*

Entretien 5 : *Même si j'ai pas d'ambiguïté avec mes patients mais...ceux qui heu...admettons, aller quelqu'un qui est heu jusqu'à 10 ans de plus que moi...voilà, ça c'est une question que j'ai du mal à poser.*

3.4.6. Le sexe opposé

3.4.6.1. Médecin femme / Patient homme

Les relations médecins-patients sont influencées par le sexe de chacun et n'engagent pas les mêmes problématiques.

- *Refus de se mettre dans un possible rapport de charme non voulu*

Les femmes médecins évitent parfois le sujet pour ne pas se retrouver dans une situation malsaine face à des patients qui peuvent, pour certains, entrer dans un jeu de séduction.

Entretien 2 : *« Si je peux éviter le sujet, je le ferai avec plaisir parce que c'est une relation comme de charme de la part de ces hommes-là que moi je refuse complètement donc heu... mais qui est présente et qui me met très mal à l'aise. Mais heu... »*

Entretien 5 : *« Je sais pas si ça t'es arrivé mais moi je me suis fait brancher des fois par certains patients. Des patients voilà... de mon âge ou plus huit ans plus, ou un petit peu plus jeunes quoi. Donc voilà, et du coup c'est pour ça que cette question de la sexualité t'imagines que...Si tu ouvres une brèche... ! Pour certains ! »*

- *Les hommes consultant des médecins femmes*

Les hommes peuvent se trouver plus gênés à parler sexualité avec une femme qu'avec un homme.

Entretien 2 : *« il était hyper mal à l'aise pendant la consultation...bon après j'suis une jeune femme heu qui plus est, fait un peu jeune fille. »*

Entretien 14 : « *Et qui te le dit en plus, il te dit : « Heureusement que vous êtes un homme » toujours la petite phrase « Heureusement que vous êtes un homme ».* »

- *Manque de connaissances*

Les médecins femmes peuvent avoir un manque de connaissances concernant les questions du sexe opposé.

Entretien 7 : « *Ouais, ouais ! Non, non non je...je suis, je suis pas à l'aise pour poser la question aux hommes parce que je crois que j'y connais pas grand-chose et que je sais pas comment heu... je sais pas ce qu'il faudrait leur dire... je, je sais pas. Sauf quand je sais qu'il y a une pathologie organique !* »

3.4.6.2. Médecin homme / Patient femme

Il aborde peu le sujet avec les patientes car elles se confient à quelqu'un d'autre. Les patientes parlent plus aisément de leur sexualité avec des médecins femmes.

Entretien 9 : « *Bah après les femmes... c'est pas à moi qu'elles se confient, quand elles ont trop de problèmes. C'est rare qu'on me dise « j'ai des dyspareunies » quoi.* »

Entretien 10 : « *Plus facilement peut-être parce que je suis une femme donc elles en parlent plus directement.* »

- *Questionnement inhérent au sexe du médecin*

Le médecin homme a comme difficulté supplémentaire, par rapport au médecin femme, d'essayer certains soupçons du fait même de son genre. Lors des entretiens réalisés, nous n'avons pas recueilli de données concernant un éventuel rôle de « prédateur sexuel » du médecin femme envers ses patients. Cela a par contre été le cas concernant les médecins hommes.

Entretien 5 : « *Je pense que c'est plus facile, heu, de toucher un enfant au niveau des organes génitaux externes parce qu'on est une femme, que pour un médecin homme. Parce que t'as des gens tordus quoi !* »

Entretien 5 : « *J'ai un de mes remplaçants, qui heu...a parlé de manière un petit peu heuu..heu comment dire...mais, bon, moi ça m'a pas choqué, 'fin ça m'a pas choqué plus que ça parce que je, je le connais. Il a dit heu à une petite jeune qui était en pleine puberté : « Alors t'as les nénès qui*

poussent ? » Et la mère a été super vexée et super choquée ! Voilà, après y'avait, j'pense une formulation un peu plus médicale. Parce que là quand tu dis nènès qui poussent, tu t'orientes dans le langage courant, donc tu te positionnes pas en tant que professionnel. »

- *Peur d'accusations non fondées*

Le médecin homme a peur d'être mal interprété et d'être accusé d'agression à caractère sexuel.

Entretien 4 : *« Oui. Oui (sourire). Ouais c'est ça ! C'est exactement ça. J'ai peur que ce soit mal interprété. Et heu...voilà. »*

Entretien 10 : *« Dans le sens où, je sais que j'ai beaucoup de confrères masculins qui veulent absolument pas s'occuper de la gynécologie des femmes parce que y'a le risque et la peur, après, d'être reprochable d'avoir fait des attouchements chez des femmes hystériques qui sont un peu tordues etc... »*

- *L'examen gynécologique*

Les femmes ont plus de difficultés à laisser un homme les examiner.

Entretien 1 : *« Par exemple la gynécologie, je sais que j'ai pas mal de patientes qui sont gênées heu, de faire leur examen gynécologique chez moi. »*

Entretien 14 : *« Déjà c'est toute une histoire pour qu'elles se déshabillent parce que du coup, j'ai un paravent, elles se mettent derrière. Je les laisse se déshabiller. Mais on me fait bien comprendre... que ça les gêne. « Vous êtes obligé de regarder ? ». Et du coup déjà d'elles-mêmes elles mettent à distance. »*

- *Abandon de la part du médecin homme après plusieurs refus*

Après des échecs répétés concernant l'examen gynécologique ou l'abord de la sexualité avec des patientes, le médecin cesse de l'évoquer.

Entretien 14 : *« c'est que ça pour certaines patientes ça me bloque pour les suivantes, parce que du coup je l'ai cette réflexion à chaque fois. Et du coup c'est vrai que ça m'engage pas non plus, même si moi ça me dérange pas, je vois que ça les dérange du coup je sais que pour les prochaines... ça donne pas forcément envie. »*

- *Manque de connaissance*

Tout comme le médecin femme concernant les hommes, le médecin homme peut avoir un manque de connaissances médicales concernant les questions du sexe opposé.

Entretien 8 : « *Mais après ouais chez les femmes, ça serait les dyspareunies, les trucs comme ça heu...pffff...* »

Entretien 14 : « *Chez la femme, c'est vrai que je suis moins à l'aise parce que aussi j'ai moins à proposer de solution thérapeutique ou de bilan. Donc c'est vrai que je m'aventure sur une pente où je maîtriserais pas trop le sujet...* »

Chaque relation médecin-patient est unique, ce qui fait la complexité du sujet. La difficulté va résider dans le fait de trouver la bonne approche pour chaque couple médecin-patient en fonction de la personnalité de chacun. Cette approche sera modulée également par leur sexe, leur âge, leur culture et l'intimité et la confiance qui les lient.

4. La place de l'imaginaire

Les pensées et ce que s'imaginent patients et médecins tiennent une place importante dans les difficultés à aborder le sujet de la sexualité.

4.1. Le patient l'abordera de lui-même

Le médecin s' imagine que le patient parlera de ses problèmes de sexualité du fait de la gêne occasionnée.

Entretien 8 : « *Ouais et je pense que l'homme...l'homme qui a vraiment des problèmes viendra beaucoup plus en parler parce que...parce qu'il sera très très gêné.* »

Entretien 12 : « *J'imagine que si ça rentre dans les priorités, le patient va l'aborder [...] je pense pas qu'il y ait tant de gens qui... voudraient parler de sexualité et qui osent pas en parler.* »

4.2. Le patient ne veut pas en parler

Le médecin pense que les patients ne souhaitent pas parler de sexualité en consultation.

Entretien 3 : « *Et je pense que les gens ont aussi un frein relatif. Mais peut être que c'est moi qui me l'imagine aussi.* »

4.3. Peur de mettre le patient mal à l'aise

Le médecin pense que le patient est gêné de parler de sa sexualité et donc ne va pas aborder le sujet.

Entretien 3 : « *Je pense que j'aurais peur de mettre les gens mal à l'aise.* »

Entretien 6 : « *Une réaction est que je vais pas pouvoir m'empêcher...que le pauvre, il va être gêné alors que...que je dois être dans le soin et que je dois pas... voilà !* »

4.4. Peur de ce que le patient pourrait penser

Le médecin s'interroge parfois sur ce que le patient peut penser de ses questions.

Entretien 11 : « *Je me dis qu'est-ce qu'elles vont penser ? Je leur ai jamais demandé et tout d'un coup : « Elles me le demandent pourquoi » ?* »

Entretien 13 : « *Tu sais jamais ce qu'elle va penser du fait que tu poses la question. Tu sais jamais... peut-être qu'elle a envie de parler que de ça et qu'elle attendait que tu poses la question...peut-être qu'elle va se faire des idées 'fin...peut-être que je me fais moi des idées.* »

4.5. Peur d'être mal interprété

De la peur de ce que le patient pourrait penser découle logiquement la peur d'être mal interprété concernant ses intentions. Le médecin s'imagine ce que le patient pourrait avoir à l'esprit une fois le sujet de la sexualité abordé.

Entretien 6 : « *Oui ! Que que je lui parle de ça, qu'elle se dise heu..ou ou qu'elle se dise « P'têt qu'elle aime pas les lesbiennes » ou que... »*

Entretien 5 : « *Mais, mais voilà et c'est cette heu, cette distance, qui moi m'empêche d'aller poser cette question. Parce que heu, si il dit heu « Ouais elle s'intéresse à ma sexualité heu. P'têt que...P'têt qu'elle veut savoir si j'suis un bon coup... » 'fin tu vois c'est un peu ça que je me dis ! »*

Entretien 6 : « *Que je suis des fois les parents...heuu des fois je me dis elles ce qu'elles ont pas l'impression que je suis heu...que je vais pas répéter des trucs aux parents ou que je vais pas heu...l'impression de se dire « En quoi ça la regarde » quoi. »*

4.6. Peur de mal interpréter

Le médecin peut se sentir mal à l'aise devant les paroles du patient pouvant être ambiguës. Est-ce que le patient est dans une relation de charme ? Est-ce que le médecin se fait des idées ?

Entretien 13 : « *En fait c'est toujours délicat parce que tu te dis « Mais peut-être que je me fais des idées, peut-être que c'est pas du tout ce qu'elle pense.» »*

4.7. Peur que le patient ressente son manque de capacité

Le médecin s'imagine que son patient va remarquer son manque de connaissance dans ce domaine.

Entretien 6 : « *Est-ce que aussi les patients ils sentent pas que de toute façon je les redirige et que du coup ils se disent : « Bon de toute façon je vais pas venir l'embêter juste pour ça parce que de toute façon elle va me rediriger vers quelqu'un d'autre... » »*

4.8. L'examen médical

Le médecin pense que les patients ne veulent pas en parler de peur de devoir être automatiquement examinés durant la consultation.

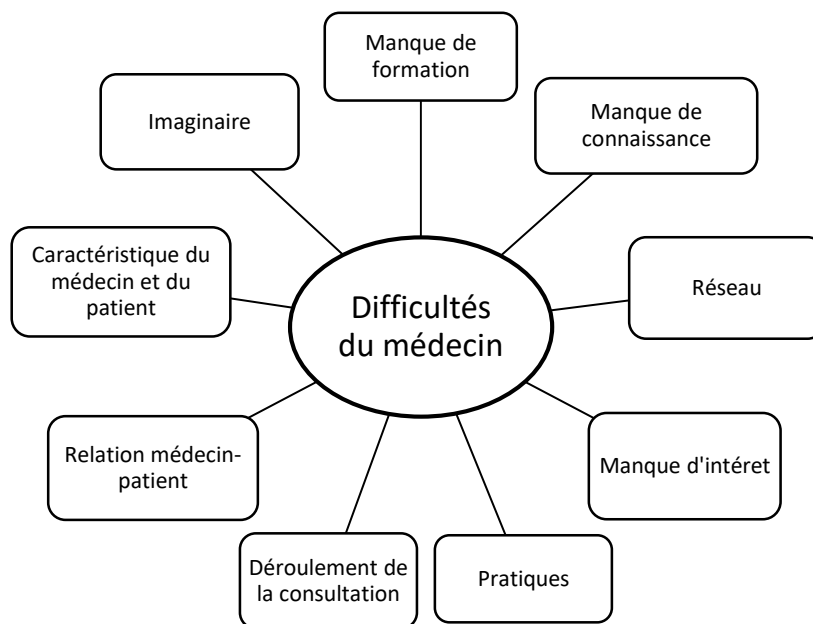
Entretien 11 : « *Souvent ils s'imaginent que en plus... je crois que quand même un de leurs freins à en parler, ils s'imaginent que s'ils me parlent de problèmes de sexualité, je vais aller regarder leur anatomie. Je crois que des fois, enfin... parce que des fois ils me disent : « Vous regardez pas ? »*

4.9. La consultation de couple

Le médecin peut avoir un frein devant des consultations de couples car il s’imagine déjà un scénario de la consultation dans lequel il serait mal à l’aise.

Entretien 14 : « *J’imagine la femme qui me pose beaucoup de question, et l’homme gêné à côté. Alors là je pense que je serais mal à l’aise. Heureusement c’est pas arrivé mais... mais je pense que c’est ce que je redoute.* »

On note ici que l’imaginaire joue un rôle important dans le fait d’évoquer ou non le sujet de la sexualité. Les représentations toutes faites du médecin et la tendance à la visualisation d’évènements futurs de manière négative peuvent être un frein pour le médecin.



5. Comment fait le médecin généraliste au quotidien ?

Nous avons souhaité connaître les différentes stratégies adoptées par les médecins afin d'aborder le sujet de la sexualité en consultation.

5.1. La gêne

5.1.1. Certains médecins n'ont pas de gêne

Certains médecins ne ressentent pas d'embarras à évoquer le sujet en consultation, ce qui permet au patient de se sentir à l'aise. De plus la gêne se dissipe une fois la conversation entamée.

Entretien 1 : *« Il faut pas avoir de gêne dès le départ. Il faut mettre à l'aise les gens, leur faire comprendre qu'on peut vraiment discuter de tout et que s'ils ont un problème heu et bien... ils peuvent... ils peuvent en discuter. »*

Entretien 4 : *« Non moi je, non. Une fois que le thème est abordé je me sens pas gêné. »*

5.1.2. Ne pas faire si gêne ressentie

Une femme médecin avance qu'il vaut mieux ne pas faire quelque chose en consultation qui mettrait mal à l'aise.

Entretien 5 : - *« Ah mais non ! Si t'as une gêne tu fais pas hein !*

- Ouais

- Je veux dire j'pense que dans notre métier...si t'es emmerdée de toucher, c'est que déjà t'as un problème ! Donc soit tu...'fin moi soit je fais pas...soit si je fais c'est que je me sens heu...voilà ! »

5.2. Evitement

Beaucoup de médecins choisissent l'évitement pour des raisons très différentes. On a pu en dénombrer certaines au cours de l'analyse (manque de connaissance, peur de l'ambiguïté, peur de l'intrusion, etc).

Entretien 7 : « *Donc si j'aborde effectivement la question, il faut que j'aie des réponses, et heu j'ai pas beaucoup de réponses en fait... »*

Entretien 14 : « *Pour me retrouver bloqué, ce sera plus simple de l'éviter, je l'avoue oui. »*

5.3. Le dialogue

Certains médecins choisissent d'ouvrir une porte au dialogue sans forcément aller plus loin que la simple évocation du sujet. Ce dialogue se pose à un moment opportun de la consultation et peut être amené grâce à des phrases sélectionnées par le médecin.

5.3.1. Ouvrir à la possibilité d'un dialogue

Entretien 4 : « *Y'en a qui restent très évasifs enfin chacun ils ont tous leur façon d'aborder la sexualité et les problèmes heu... Moi j'me débrouille juste pour qu'ils sachent qu'ils peuvent parler. »*

Entretien 8 : « *Y'en a certains qui attendent qu'on fasse le premier pas, qu'on leur ouvre la porte et qu'on leur dise et sinon... Je pense qu'il y en a beaucoup qui osent pas l'aborder non plus donc heu... Je pense que de leur ouvrir la porte, ils peuvent se dire « Ha bah oui peut-être que je peux en parler ». »*

5.3.2. A un moment opportun de la consultation

Entretien 11 : « *Y'a des moments je trouve qui sont plus facilement dédiés. »*

5.3.3. Le médecin utilise des phrases d'approche

Entretien 7 : « *'Fin c'est comme ça que moi j'ai décidé d'aborder la question. Y'a des heu, des petites phrases, heu, qui me mettent à l'aise et qui, je sens favorisent la communication avec certaines heu, avec les patients. »*

5.4. La confiance

Il s'agit d'un élément très important de la relation patient-médecin pour pouvoir aborder la question intime de la sexualité sereinement.

5.4.1. Avec le temps

Cette confiance se gagne avec le temps par le médecin, au fil des consultations et des soins apportés à son patient.

Entretien 2 : « *Après j'ai fait des remplacements assez réguliers, et après une ou deux rencontres, je trouve que c'est plus facile en tout cas. Les gens te connaissent mieux. Toi-même tu les connais un petit peu mieux, t'as vu un petit peu la façon qu'ils ont d'être avec toi donc tu sais un peu heu comment l'aborder.* »

Entretien 6 : « *Peut-être aussi parce que ça fait trois ans maintenant que je suis là et que les gens ils me connaissent et que du coup c'est plus facile. Plutôt que la petite jeune nouvelle heu...* »

5.4.2. Le médecin traitant est l'interlocuteur principal

Le médecin généraliste, en tant que référent médical, se positionne comme interlocuteur privilégié du patient.

Entretien 4 : « *On a une relation privilégiée avec le patient parce que on les suit au long cours, et on est leur référent médical premier, de premier abord, on est le médecin de famille. Et y'a un climat de confiance qui est dans la consultation.* »

5.4.3. Le patient peut tout aborder avec son médecin

La confiance du patient pour son médecin lui permet de parler de tout. Un médecin généraliste étant coordinateur des soins médicaux de son patient, il doit pouvoir avoir toutes les informations le concernant. Cette sincérité est possible grâce à la confiance mutuelle entre le patient et son médecin.

Entretien 1 : « Je pense qu'il faut avoir une confiance totale entre le médecin et le malade, c'est encore, toujours la même histoire. Moi je pars du principe que si y'a pas une confiance absolue et qu'on peut pas tout dire à son médecin, je pense qu'il vaut mieux changer de médecin [...] si on n'est pas capable de tout pouvoir aborder avec son patient, moi je trouve que c'est frustrant. J'ai choisi la médecine générale pour justement tout aborder de A à Z. Et, moi mes malades le savent, ils savent, voilà, ils peuvent parler de n'importe quoi avec moi. »

Entretien 7 : « Non, non c'est le truc sympa dans la consultation gynéco, c'est qu'on est dans un espèce de rapport intime. Moi je trouve ça très sympa au contraire hein. Parce que les gens sont généralement sincères ! Les femmes sont sincères, elles racontent leurs trucs et heu, moi j'aime bien les relations sincères. »

5.4.4. Rassurer le patient

- *Sur le non-jugement*

Le médecin doit se garder de tout jugement à l'encontre de son patient afin de maintenir le lien de confiance et de sincérité.

Entretien 9 : « Ben non y'a pas de jugement, c'est comme ça et puis il faut faire au mieux pour lui. Ce n'est pas notre rôle de juger de toute façon. »

Entretien 11 : « Que ce qui va être dit là ne sortira pas et que je ne suis pas là pour les juger quoi. »

- *Sur le secret médical*

Le médecin rappelle au patient qu'il ne trahira pas ce qui est dit en consultation.

Entretien 11 : « Moi souvent je leur dis, je leur rappelle le secret médical. »

- *Ecouter et mettre à l'aise*

L'écoute active est importante afin que le patient se sente à l'aise et entendu dans ses demandes.

Entretien 1 : « Il faut mettre à l'aise les gens, leur faire comprendre qu'on peut vraiment discuter de tout et que s'ils ont un problème heu et bien... ils peuvent... ils peuvent en discuter. »

Entretien 11 : « Une fois qu'ils ont dit leur vrai motif, enfin qu'ils ont parlé d'un problème, ça va mieux. Parce que je pense que je suis dans l'écoute et que donc voilà. »

- *Renforcement positif*

Il peut être judicieux de conforter le patient dans son choix d'avoir parlé en l'encourageant dans cette voie.

Entretien 14 : « *Et déjà qu'ils l'aient dit, aussi je les félicite en disant « Bah c'est bien d'en avoir parlé, parce que déjà vous avez fait une première démarche ». Histoire de pas les plomber encore plus. »*

5.5. La bonne distance et le recadrage

5.5.1. Arriver à trouver la distance appropriée

Le médecin va chercher à s'approcher le plus possible de la bonne distance avec son patient : celle qui lui permettra d'avoir un lien suffisamment fort pour travailler dans un climat de confiance mais assez éloigné pour rester dans un cadre strictement professionnel.

Entretien 12 : « *Je pense qu'il faut avoir une relation d'intimité. Il faut garder la relation d'intimité pour garder la confiance des... enfin la confiance des patients. Surtout sur les thèmes de sexualité. Et en gardant un certain recul pour que les patients sachent qu'on est totalement objectif.*

5.5.2. La distance physique

Un des médecins évite le plus possible les contacts physiques avec ses patients surtout lors d'examen des organes génitaux.

Entretien 5 : « *Moi je sais que, je mets toujours des gants...heu je leur dis pas de se déshabiller ici (montre la chaise patient face au bureau). Quand ils doivent se déshabiller, ils vont en caleçon jusque là-bas, ils s'allongent et ils baissent au dernier moment. C'est pas moi qui touche le caleçon. Je leur dis vous baissez votre heu...Je vous laisse baisser votre heu, votre heu caleçon. Voilà. Tu vois. Et des fois, j'essaie de pas toucher 'fin voilà. D'avoir le minimum de contact. »*

5.5.3. Par un recadrage du patient

Parfois, pour trouver la bonne distance, il faut savoir recadrer un patient au comportement déplacé.

Entretien 5 : « *Et là je suis restée super sèche et super froide. J'ai dit :« Maintenant vous allez arrêter vos conneries. Vous allez vous lever, vous allez vite partir là. » Mais...sur un ton presque masculin et heu, très sec. J' pense qu'ya des tas de filles qui auraient été très très mal ! Mais très très mal ! »*

Entretien 13 : « *Je lui ai dit que je trouvais qu'elle avait certaines réactions qui étaient inappropriées, que je trouvais que c'était pas favorable à une bonne relation médecin-malade et... et que si c'était pour ce genre de motifs qu'elle consultait, c'était peut-être mieux qu'elle consulte pas avec moi quoi. »*

5.5.4. Pour préserver sa propre intimité

Les médecins s'attachent à garder cette distance pour éviter les intrusions dans leur sphère personnelle.

Entretien 4 : « *Oui, que...qu'y ait...moi je veux surtout...c'est super important pour moi la distance dans la consultation. Heu qu'il y ait pas de familiarité. »*

Entretien 5 : « *Il faut essayer de garder une certaine limite. Et aller parler de sexualité...moi j' pense que un de mes freins aussi, c'est de pas passer une barrière...heu...heu, comment dire, voilà. Je veux pas qu'on vienne dans mon intimité, alors j'essaie de pas trop aller dans la leur aussi. Tu vois ce que je veux dire ? »*

5.5.5. En prenant un discours paternaliste

Pour garder une bonne distance, certains médecins prennent un rôle et un discours paternaliste. Le médecin explique vouloir garder une hauteur par rapport à ses patients, afin de ne pas se mettre sur un pied d'égalité et de marquer une asymétrie. Le médecin peut tout entendre et demander à son patient mais le patient ne doit pas avoir cette possibilité envers son médecin.

Entretien 1 : « *Ha, bah, après il peut y avoir une certaine ambiguïté ! Après il faut être heu... Oui il faut être assez clair je pense heu. Mais c'est sûr qu'il faut pas copiner non plus heu... Il faut savoir rester professionnel tout en...moi je le mets sur le ton de la plaisanterie mais heu... tout en gardant quand même une certaine hauteur par rapport à ça. Pour pas qu'ils croient qu'on est dans un salon de thé.*

Voilà. Quand même garder un discours un peu paternaliste, même si c'est des vieux, pour pas qu'ils croient que voilà. Qu'on parle de ça entre copains. Il faut quand même garder une certaine distance. »

5.6. Ne pas avoir de tabou

Les médecins essaient de s'affranchir de leurs propres tabous afin de pouvoir entendre leur patient sans entrave et de dégager un espace de parole libérée.

Entretien 1 : *« De manière quand même à pouvoir répondre à toutes leurs questions et comme ça ils savent qu'ils peuvent aborder n'importe quoi. En général j'ai pas trop de tabou, moi je les juge pas donc...donc voilà." »*

Entretien 10 : *« Ils ont pas de tabou avec moi pour plusieurs raisons. Parce que moi j'ai pas de tabou. Donc quand vous-même vous avez pas de tabou, les gens s'en rendent vite compte. Ils se rendent compte que, ils lancent un petit truc, pis ils se rendent compte que moi je suis pas mal à l'aise. Donc comme je suis pas mal à l'aise ben du coup, ils délient les langues. »*

5.7. L'expérience

Les médecins deviennent mieux armés au fur et à mesure de l'expérience des consultations passées. Ils se sentent moins gênés et plus à même de conduire un entretien dans le domaine de la sexualité.

Entretien 2 : *« Mes toutes premières consultations où j'ai pu l'aborder heu je me sentais hyper gauche, hyper maladroite, pas forcément légitime parce que j'avais un peu l'impression de rentrer dans l'intimité des gens...Et puis avec l'expérience ça se passe, enfin ma petite expérience. »*

Entretien 6 : *« Hum. Oui et puis l'expérience du coup de se dire, tiens j'ai parlé de ça, en lançant ça ça a bien marché heu pour telle ou telle personne, donc ceux-là ils ont un peu le même caractère ou autre, donc ça devrait heu...ça devrait le faire aussi... »*

Entretien 13 : *« Alors c'est vrai que quand même, faut quand même reconnaître qu'avec l'expérience t'es de moins en moins gêné. »*

5.8. Une consultation dédiée

Certains médecins n'hésitent pas à donner de nouveaux rendez-vous afin de dédier une consultation à l'abord de la sexualité.

Entretien 4 : « *Parfois on est invité à ré-inviter des patients en consultation dans un 2^{ème} temps.* »

Entretien 5 : « *Donc derrière, voilà donc des fois tu leur dis : « Ecoutez voilà je vous prescris ça, on se reverra pour voir l'efficacité, pour voir si on change de traitement ou pas. ».* »

5.9. Prise en charge biomédicale

Certains médecins décident d'aborder la sexualité d'un point de vue purement biomédical. Ils peuvent ainsi s'en servir comme prétexte, par exemple avec les pathologies cardio-vasculaires, pour diminuer la sensation de gêne. Cette sensation sera en effet limitée par une approche très cadrée et technique.

5.9.1. Comme prétexte pour aborder le sujet

Entretien 5 : « *C'est vrai que quand ils ont des pathologies heu cardio-vasculaires, c'est plus facile d'aborder le sujet. Parce que t'as le...fin pas le prétexte, mais le sujet... artères qui t'y pousse quoi.* »

Entretien 6 : « *Alors quand je vais parler du PSA, c'est très fa...c'est beaucoup plus facile. Si on parle du PSA, dépistage du cancer de la prostate, alors là ouais ça va être facile, bon comme j'essaie de faire une fois par an... C'est l'occasion. Heu pour les femmes comme elles viennent faire leur frottis aussi, c'est déjà un petit peu plus facile et encore...* »

5.9.2. Pour limiter la gêne

Entretien 13 : « *T'essaies d'aborder le truc de manière beaucoup plus technique, scientifique...médicale quoi.* »

Entretien 14 : « *Je me mets vite en touche en disant : « On va faire un bilan » par exemple cardio-vasculaire chez les hommes. Ou du coup si le bilan a déjà été fait et que ça fait pas vraiment cardio-vasculaire, j'oriente vite sur la thérapeutique [...] pour vite évacuer le problème en fait.* »

5.10. Avoir des portes de sortie

Le médecin visualise une solution à la fin de sa consultation en ayant déjà pensé aux portes de sortie possibles en fonction du problème abordé.

Entretien 7 : « *Voilà ! Ou en tout cas il faut avoir réfléchi à la manière dont on allait se... gérer la question.* »

Entretien 8 : « *La consultation, je la vis un petit peu comme les autres. Ça me dérange pas plus que ça, parce que c'est vrai que quand on me dit trouble érectile, je me dis : « Bah au moins, je vois le bout de ma consult ». »*

5.11. L'orientation vers un spécialiste

Le médecin choisit d'utiliser sa fonction de coordinateur de soin en orientant le patient vers une personne plus compétente.

Entretien 10 : « *On fait déjà des tonnes de choses, donc si on veut faire en plus de l'homéopathie, de l'acupuncture, de la sexologie, tout, on fera tout très mal ! Donc en fait, moi j'ai mes ...mes spécialistes, mes contacts avec qui je travaille et j'adresse.* »

Entretien 11 : « *Je vais les orienter sur des sexologues. J'ai deux trois noms, je connais les tarifs. Je suis allée à une formation avec une des sexologues pour justement me faire mon réseau.* »

5.12. La blouse

Un paramètre qui a été souligné par certains médecins est le port ou non de la blouse médicale.

Entretien 5 : « *Je sais qu'à XXXXX (nom de ville) avant on bossait tout le temps avec une heu, une heu, chemi...une blouse blanche.* »

Entretien 14 : « *Moi ça m'a beaucoup aidé, je bosse avec une blouse et du coup...par exemple sur des sujets un peu délicats comme ça. Quand je sais que j'ai la blouse, c'est un peu comme un super-pouvoir, je me sens beaucoup plus à l'aise que si j'étais en civil, comme je suis. Parce que du coup j'ai cet habit-médecin, que je quitte en sortant. Et du coup je sais qu'avec le patient, quand il est là, il est*

dans mon cabinet, c'est ma blouse. Et je me cache beaucoup derrière ça, et moi ça m'aide beaucoup à aborder ces sujets un peu délicats... »

5.13. Le couple

Pour arriver à prendre en charge des problèmes concernant un couple, le médecin essaie de motiver la communication entre les deux personnes avant d'éventuellement intervenir en tant qu'intermédiaire.

5.13.1. Motiver le dialogue entre les partenaires

Entretien 12 : « Heu... je demande d'abord au patient d'en parler avec sa partenaire. Parce que sur les quelques cas où j'ai eu, il en avait jamais parlé avec sa partenaire. Donc je conseille d'abord d'en parler avec sa partenaire. »

5.13.2. Le médecin sert d'intermédiaire

Entretien 11 : « Et donc j'ai proposé à la femme de servir d'intermédiaire et de voir si on pouvait se voir en couple. Et on a fait ça deux fois. Et apparemment avec de bons résultats. »

5.14. L'orientation sexuelle

5.14.1. La question de l'orientation sexuelle

Les façons de procéder sont multiples. Nous avons pu noter que certains médecins n'interrogent pas le patient sur son orientation sexuelle. D'autres essayent de se renseigner avec une question assez neutre tandis que les derniers posent directement la question au patient.

- *De manière neutre*

Entretien 13 : « Je pose toujours une question assez neutre sur la partenaire ou le... enfin je dis pas le partenaire quoi. Je dis votre partenaire, j'attends de voir s'il y a une réponse. Et si j'ai pas de réponse, je finis par demander. Et je n'ai pas l'impression que ça surprenne tant que ça les gens. »

- *Systématique si consultation sexologique*

Entretien 12 : « *Quand ils viennent pour des...justement pour une consultation sexo je leur demande systématiquement leur orientation sexuelle. »*

5.14.2. Ne pose pas de problème à certains médecins

A l'inverse de certains praticiens qui peuvent éprouver une certaine gêne ou avoir une sensation d'incompétence face à des patients d'orientation sexuelle différente, d'autres médecins n'ont pas de peine à évoquer le sujet.

Entretien 8 : « *...heu des difficultés...non je pense pas. Après ça reste toujours pareil, les histoires de... Est-ce que vous avez du désir ? Est-ce que vous êtes bien dans votre peau ? Est-ce que vous avez envie de l'autre ? Est-ce que... Je pense que ça reste à peu près pareil sur les questions parce que finalement la relation est à peu près pareille donc je pense que... non je pense que ça serait à peu près pareil. »*

Entretien 10 : « *Ah ben j'en ai des femmes homosexuelles au cabinet, des hommes homosexuels au cabinet. Y'a aucun problème. D'ailleurs j'en ai pas mal je pense, parce que, ils savent que...ils ont tout de suite compris que ça me posait zéro problème. Zéro ! »*

5.14.3. Consultations plus ouvertes

Certains médecins allèguent même que l'abord de la sexualité est moins ardu lors de la consultation.

Entretien 3 : « *Y'a des populations, des... des des typologies de patients pour lesquels, je suis en train de penser à ça, c'est...ça devient rapidement facile et évidemment heuu c'est les homosexuels par exemple. »*

Entretien 14 : « *...le gay, ça m'est arrivée et qui en parle... qui était plus ouvert et du coup qui me rassure moi parce que du coup j'ai pas un patient gêné face à moi et on en parle. »*

5.14.4. Etre plus attentif

Un médecin fait valoir que son écoute est plus attentive avec les patients homosexuels. Du fait de la stigmatisation qu'ils ont pu subir auparavant, le médecin souhaite apporter un soutien supplémentaire pour contrebalancer la vision potentiellement négative du corps médical.

Entretien 10 : « *Voilà, mais dans l'écoute quoi et dans...voilà. Et du coup je suis presque plus attentive parce que ils ont toujours heu...pour beaucoup encore affaire à des tabous, des regards pas toujours bienveillants donc heu...voilà [...] Au contraire, je suis presque plus à l'écoute avec eux. Sachant que c'est peut-être pas toujours le cas de partout. Et ça a peut-être pas toujours été le cas parce qu'ils me disent : (mimant un patient) « Oh la la qu'est-ce que c'est bien de tomber sur un médecin qui est comme vous.. ! » »*

5.14.5. Soigner sans juger

Les médecins rappellent qu'ils n'ont pas pour mission de juger le mode de vie de leur patient et qu'ils sont là pour les soigner. Cette notion se retrouve y compris avec le médecin ayant un comportement assez fuyant envers les questions de l'orientation sexuelle.

Entretien 9 : « *Non non, puis elles avaient une fille, elles sont allées en Italie pour avoir une fille ; après moi je les ai soignées parce que elles, elles venaient me voir quoi. Après d'être pour ou contre, c'est pas... c'est pas mon rôle quoi. »*

5.14.6. Réaction du patient

Le médecin remarque que les patients LGBT se sentent libérés lorsque le sujet de leur orientation sexuelle est abordé sans jugement.

Entretien 10 : « *On les sent libérés ! Libérés d'avoir un médecin interlocuteur qui a zéro zéro problématique de ce côté-là. J'ai vraiment zéro problématique de ce côté-là. Pour moi c'est un humain, comme les autres, homme ou femme, homo, hétéro... »*

Entretien 10 : - « Je dis heu : « Oui vous vivez seule ? » (Mimant la patiente) « Non je vis pas seule, je vis avec une copine ». Oui j'ai dit « Ben je m'étais doutée ». (Mimant la patiente) « Ah bon ?!! » et tout... J'ai dit « Ben oui, voilà mais c'est pas un souci. » Ha... on l'a sentie libérée ! Voilà. »

5.15. Outils

Les médecins s'appuient sur différents outils pour améliorer leur communication avec les patients.

5.15.1. Internet

Entretien 9 : « Des fois on regarde...on s'aide de Google un peu ! Bah pour les bilans par exemple. »

Entretien 13 : « Je trouve que des fois ça soulève d'autres questions et ça leur permet de comprendre. Des fois y'a des formulations qui sont...bien...plus, plus mieux (Sourire) que les autres (Rires). Et je sais pas. Je trouve que c'est pas une mauvaise chose. »

5.15.2. Livres

Entretien 7 : « Souvent c'est plutôt des bouquins. Je parle bouquin et puis après on ré-aborde. Alors soit j'ai marqué une petite note, une petite astérisque et puis je me dis « Ha bah tiens je lui ai parlé de tel bouquin la dernière fois ». Je lui demande si, si elle l'a lu, si ça a avancé à quelque chose dans son... »

5.15.3. Flyers

Entretien 10 : « Alors que si c'est dans le cabinet médical, ils sont qu'avec moi, ils voient le flyer. Ils peuvent se dire « Tiens on peut en parler. » »

Les médecins ont développé des techniques afin de répondre aux attentes de leurs patients concernant l'abord de la sexualité. Néanmoins, on observe de nombreux évitements pour des raisons diverses et variées. L'acquisition d'une confiance réciproque et d'une bonne distance dans la relation médecin-patient permet la libération du dialogue et la prise en charge des patients y compris dans des situations particulières (couple, orientation sexuelle différente).

5.16. Auto-évaluation du médecin

Il nous a semblé intéressant d'interroger les médecins sur la manière dont ils s'évaluaient pour la conduite d'une consultation sur la sexualité. Nous leur avons également demandé s'ils estimaient devoir améliorer quelque chose à leur pratique.

5.16.1. Expérience pauvre

Le médecin n'évoque pas suffisamment le sujet et pense que ses patients n'en parlent pas, même s'ils ont des problèmes.

Entretien 14 : *« Pauvre ! Parce que je fais pas. Je dis que je devrais le faire, mais honnêtement je ne fais pas. Je pense que j'ai beaucoup de patients qui ont des problèmes et qui m'en parlent pas. Et je ne l'aborde pas. »*

5.16.2. La communication

Le médecin pense que sa manière de communiquer avec le patient est perfectible et pourrait lui permettre d'améliorer sa prise en charge par l'accès à plus d'informations.

Entretien 12 : *« Je changerais ma façon de communiquer. J'ai tendance de temps en temps à être trop direct. Trop direct dans mes questions. Et je pense que je pourrais avoir plus de renseignements de la part des patients...ou que eux soient plus à l'aise si j'étais probablement moins direct. »*

5.16.3. Voudrait en parler plus

Le médecin pense qu'il faudrait aborder plus souvent le sujet avec ses patients.

Entretien 3 : *« Peut-être mais j'me suis souvent dit : "Est-ce qu'il faut que j'en parle plus ?" »*

5.16.4. Pourrait et voudrait faire mieux

Le médecin pense que la situation pourrait être meilleure et est prêt à faire des efforts pour améliorer le dialogue.

Entretien 9 : « *Bah je suis pas performant hein ! Je pense que j'ai pas mal de choses à apprendre. Je pense que je sais pas tout quoi.* »

Entretien 11 : « *Je sais pas heu... cinq six? Mais je peux bien mieux faire ! [...]* Oui oui, je pense que d'avoir des outils, ça m'irait très bien ! »

5.16.5. Ne changerait pas

Certains médecins ne souhaitent pas modifier leur façon d'aborder la sexualité, car ils en sont satisfaits, ils pensent qu'il est trop tard, ou car ils n'en ressentent pas le besoin ou l'envie.

Entretien 1 : « *Je suis satisfait de cette relation que j'ai avec les gens. Moi ça me va comme ça. Faudrait pas que ce soit plus, parce que je pense qu'après ce serait vraiment trop malsain, mais heu, je suis content quelque part parce que je me dis que si on n'était pas aussi intimes, je passerais à côté de certains trucs en consultation...qui certes ne sont pas vitaux mais qui peuvent malgré tout leur apporter un certain plaisir.* »

Entretien 3 : « *Plus directement et plus systématiquement. Est-ce que ça demande à être...est-ce que ça demande à être parlé plus ? J'en sais rien. Heu en pratique je me le suis dit souvent et j'le fais pas ! Donc heu je pense qu'il est trop tard pour que je le fasse.* »

Entretien 8 : « *Donc oui je pense que pour l'instant, à part à l'aborder un peu plus chez les femmes au moment de l'examen gynéco ou du renouvellement de la pilule, les choses comme ça... heu mais sinon je pense que je changerais pas grand-chose pour l'instant.* »

Certains médecins sont satisfaits de leur manière d'aborder le sujet de la sexualité et n'ont pas besoin d'améliorer leur prise en charge. D'autres pensent pouvoir s'améliorer. Dans ce groupe, certains voudraient y parvenir grâce à une meilleure communication ou à l'aide d'outils mais d'autres ne font pas forcément de la sexualité leur priorité et ne feraient donc pas d'effort supplémentaire malgré une auto-évaluation critique.

6. Les solutions proposées

En dernier lieu, nous avons demandé aux médecins quels seraient, selon eux, les moyens possibles pour améliorer l'abord de la sexualité en médecine générale.

6.1. Prévoir des consultations dédiées

Dans un premier temps, dédier une consultation au sujet permettrait de régler le problème de temps qu'évoquent souvent les médecins. La sexualité étant un motif souvent noyé au milieu d'autres motifs ou abordé en fin de consultation, elle est fréquemment laissée de côté.

Entretien 2 : « *Si ça ouvre à un bon dialogue, on peut arrêter en disant : "Bah écoutez, j pense que là on a une bonne piste à développer ensemble. On se revoit une prochaine fois et on dédie une consultation clairement à ça".* »

6.2. Au cours d'un bilan annuel

Une autre solution avancée serait d'aborder le sujet lors d'une consultation annuelle destinée à faire le point avec le patient sur sa santé.

Entretien 6 : « *Je serais pour avoir des consul- Ouais une consultation dans l'année où les gens viennent qu'ils sont pas malades et qu'on parle un peu de... De faire, enfin d'en profiter pour faire les dépistages de cancer et puis de...* »

6.3. Au cours des consultations avec un contexte favorable

Pour permettre une facilitation d'approche, les médecins évoquent l'idée d'aborder le sujet durant des consultations de suivi qui pourraient avoir un lien avec la sexualité.

Un médecin évoque également l'idée de traiter le sujet lors des consultations de certificats médicaux, laissant plus le temps au médecin d'amorcer une discussion.

6.3.1. Suivi de pathologie chronique

Entretien 3 : « *Probablement évoquer très rapidement les choses un peu systématiquement quand la situation le permet. Heu probablement qu'elle le permet souvent. Je pense aux patients chroniques hein. Qu'on voit très souvent et qu'on examine très souvent, donc on les allonge voilà en prise direct avec leur corps donc on parle de toutes les parties du corps. Heu et peut-être que l'évocation plus systématique heu pourrait être intéressante.* »

6.3.2. Dépistage et suivi urologique ou gynécologique

Entretien 8 : « *C'est un petit peu plus heu 40-50 ans, je pense c'est un peu plus facile à amener. Avec en même temps les troubles urinaires, les trucs comme ça. Dépistage un peu prostate, par examen et après ça permet un peu d'aborder.* »

6.3.3. Pendant les certificats médicaux

Entretien 14 : « *Mais on peut en profiter aussi pour faire l'éducation et la prévention. Et je pense que pour moi, c'est vraiment la consultation où on peut aborder ça, parce que du coup c'est des consultations qui vont vite. Généralement c'est des gens qui sont en forme, ils vont faire leur footing. L'examen il est rapide parce qu'ils ne se plaignent de rien, ils ont pas de souci de santé particulier. On leur balance une petite phrase dedans : « Est-ce que ça va bien à ce niveau-là... ? » Voilà. En plus ça passerait peut-être mieux.* »

6.4. Formations complémentaires

La nécessité de formation au cours du cursus universitaire et tout au long de la carrière professionnelle a été soulignée par les médecins.

D'autre part, un médecin mentionne l'auto-formation grâce à Internet via des sites dédiés.

De plus, une femme médecin propose une formation à la spécialité du sexe opposé lors du cursus universitaire afin de libérer des barrières et des tabous et d'améliorer les connaissances. Cette proposition fait écho à l'observation du médecin qui parle de son manque de formation en gynécologie dans l'entretien 14, du fait qu'il soit un homme.

6.4.1. A la faculté

Entretien 10 : « Bah, si déjà c'était un petit peu enseigné à la fac, à mon avis ça permettrait aux gens de se dire : « Bah tiens c'est important, ça sert pas à rien ! ». »

Entretien 10 : « Je sais qu'on m'a jamais enseigné de sexualité ou comment aborder la sexualité à la fac. Je sais pas si c'est fait maintenant du tout parce que moi c'était y'a très très très longtemps. Donc ça serait peut-être pas mal de l'aborder sachant que ça contribue au bien-être et à la santé de l'individu. Donc on pourrait peut-être faire un module sexualité. Sans en faire un énorme truc mais faire un module sexualité, comment l'aborder, à qui adresser les gens, dans quelles circonstances quoi. Quelque chose de pratique et de concret ! »

6.4.2. En post-internat

Entretien 5 : « Après très honnêtement je pense qu'on est...fin en tout cas moi, j'ai pas été super formée. J'suis allée dans des FMC en fait hein. Et heu, pis même je vois même aux actualités Claude Bernard, à chaque fois qu'y avait un truc de sexo...c'était plein l'amphi. C'était plein ! »

Entretien 7 : « Je passe pas 3 jours à faire de la sexo mais entre le frottis, le machin, je consacre toujours une demi-journée de sexo... dans, dans ce congrès de gynéco-prat. »

6.4.3. Par internet

Entretien 13 : « Moi je sais que régulièrement je vais quand même regarder sur des sites... »

6.4.4. Sur le sexe opposé

Entretien 10 : « Donc moi je conseillerais à tous les médecins masculins de faire des stages en gynécologie, tous les médecins féminins de faire des stages en urologie déjà, hein ! Obligatoire pendant 3 mois. Non mais ! Hein oui parce que ça lève des tabous hein ! »

6.5. Informations aux patients

Les médecins estiment que les patients devraient être plus informés sur la possibilité de discuter de sexualité lors des consultations.

6.5.1. En amont

Entretien 9 : « *Alors que si on fait des cours en classe ou ailleurs, ça a un intérêt oui. Parce que c'est comme ça c'est en cours ils n'ont pas le choix.* »

6.5.2. Dans les salles d'attente

Entretien 2 : « *Et puis p'têt juste simple mais, mais heuu dans les salles d'attentes noter... On a souvent des trucs vaccinez, faites ci ou heuu heuu voilà...ben pourquoi pas 'fin des phrases mais toutes simples : la sexualité, un thème qui peut être abordé avec votre médecin généraliste.* »

6.6. Etre systématique

Le fait de poser une question systématique aurait l'avantage de rendre cela banal pour le médecin comme pour le patient et d'inviter le patient à en parler si et quand il le souhaite.

Entretien 7 : « *Poser systématiquement la question. « Etes-vous satisfaite de votre vie sexuelle ? » Ou bien « Avez-vous des difficultés ? » Ou bien 'fin... trouver une petite phrase systématique* »

Entretien 9 : « *Ce que je pense c'est que c'est, dans le systématique, ils entendent qu'on est ouvert. [...] Je crois que ça sert qu'à ça très honnêtement. Ça sert à nous positionner nous vis-à-vis de ce sujet-là.* »

6.7. Améliorer sa communication

Les médecins pensent souvent que leur manière de communiquer avec le patient n'est pas optimale et qu'ils doivent s'efforcer de donner un meilleur espace de parole pour le patient.

De plus, ils estiment qu'une formation complémentaire dans la communication, et pas forcément sur la sexualité, pourrait les aider. Une des médecins parle à ce sujet de sa formation en Programmation Neurolinguistique (PNL) qui l'aide à parler sexualité, entre autres, avec ses patients.

Enfin, le dialogue peut s'ouvrir davantage si le médecin se libère de ses tabous personnels.

6.7.1. Ouvrir une porte

Entretien 2 : *« Je suis à l'aise pour en parler, vous êtes peut-être mal à l'aise face à mes questions, mais en tout cas ça ouvre la porte heu, j'ai posé la question, vous savez qu'on peut en parler. Je trouve que ce s'rait pas mal ça. »*

6.7.2. Poser des questions ouvertes

Entretien 12 : *« Quand je pose une question à laquelle les gens doivent répondre oui ou non, ils répondent oui ou non, alors qu'en fait ils auraient peut-être d'autres choses à dire, mais je leur laisse pas forcément la place de... Alors que c'est des renseignements dont j'aurais besoin. Je leur laisse pas la place de dire ce qu'ils devraient dire. »*

6.7.3. Faire une formation complémentaire

Entretien 7 : *« De la Programmation Neurolinguistique. Donc c'est un...c'est un truc pas très médicalement heu, orthodoxe. Mais c'est heu, c'est une manière d'aborder la, la communication heu, qui me permet d'aborder peut-être plus simplement ce problème de sexo. »*

Entretien 12 : *« Plus qu'une formation de sexualité, ce serait une formation communication qu'il faudrait que je fasse. »*

6.7.4. Dédramatiser le dialogue sur la sexualité

Entretien 1 : *« Moi j'ai tendance à tout dédramatiser. J'essaie de plaisanter de tout, même si y'a des choses sur lesquelles on peut pas plaisanter, c'est tellement tabou aujourd'hui que il vaut mieux essayer peut être d'en plaisanter un petit peu et heu voilà. Je pense que c'est un moyen peut être de, de libérer un peu le patient. »*

Entretien 10 : « *Leur dééé-taboutiser la tête !* »

6.8. Donner un questionnaire

Un des médecins pense à la possibilité de faire passer un questionnaire au patient (comme le font certaines mutuelles ou assurances). Cette solution aurait l'avantage de contourner le problème de la gêne d'un des deux protagonistes. La sexualité étant évoquée seulement si le patient répond au questionnaire et souhaite en parler avec son médecin.

Entretien 5 : « *Non moi je verrais bien un truc, c'est que des fois par exemple, c'est, en fait c'est une fiche que tu peux remettre aux gens qui sont cardio-vasculaires. [...] J'pense par un petit questionnaire, que tu leur remets. Et heu, parce qu'entre guillemets ils y réfléchissent. S'ils ont pas envie de t'en parler ils vont dire qu'ils l'ont oublié. L'affaire elle est entendue. Parce que celui qui a envie d'en parler, il va le ramener le papier.* »

6.9. Dépendant de la relation patient-médecin

Toutes ces solutions apportées ne sont pas réalisables par tous les médecins et pour tous types de patients. Il faut adapter les outils en fonction des personnalités et l'abord du sujet sera toujours dépendant de ce critère.

Entretien 1 : « *Ha je pense que... après ça dépend du caractère du médecin et puis aussi du patient. Je ferais pas ça avec n'importe qui.* »

Entretien 10 : « *A part si... eux ils se sentent pas sensibilisés, si les médecins ça les intéressent pas et s'ils ont pas envie d'en parler de toute façon, on pourra bien faire ce qu'on veut, ils en parleront pas.* »

Entretien 13 : « *Bah je pense déjà c'est hyper personne-dépendante, du patient et du médecin.* »

Les solutions apportées par les médecins sont multiples et déjà utilisées par certains d'entre eux. Elles sont pour la plupart facilement réalisables si le médecin est volontaire et motivé. Il peut choisir parmi les différentes propositions celles qui seront les plus adaptées à sa pratique. Les formations complémentaires sont largement mentionnées lorsque nous interrogeons les médecins sur les outils susceptibles d'améliorer la communication. Il semble que cela pourrait être une ouverture à examiner et envisager plus concrètement.

A. ANALYSES DE DONNEES DES PATIENTS

1. Définition de la santé sexuelle

1.1. Définition par les patients

Les entretiens débutent en demandant à chaque patient de définir la santé sexuelle. L'objectif de cette question est d'évaluer ce que représente ce terme et de déterminer les notions importantes qu'ont les patients à propos de ce sujet.

1.1.1. Difficultés

Quelques patients avouent avoir des difficultés pour définir le terme de santé sexuelle.

Entretien 10 : *« Voilà comment, je sais pas, je je suis-je ne suis pas d'une grande aide, j'en ai aucune idée. »*

Entretien 13 : *« La santé sexuelle ? Waouh c'est pas facile »*

1.1.2. Epanouissement

Les patients parlent spontanément d'épanouissement sexuel, de satisfaction et de bien vivre sa sexualité.

Entretien 3 : *« La santé sexuelle euh c'est euh jsais pas, d'être bien dans sa vie sexuelle, être épanouie »*

Entretien 5 : *« ... d'être épanouie, de de de de pas avoir de de de problème vis-à-vis de son couple et euh et de son mari, d'être euh, de se sentir libre et à l'aise. »*

Entretien 9 : *« ... comme un, comme de se sentir bien dans sa vie sexuelle. »*

Entretien 11 : *« ...de bien vivre euh sa euh le sexe, sa sexualité. »*

Entretien 12 : *« ...et qu'on soit bien. »*

Entretien 14 : *« C'est de de de se sentir euh plutôt bien dans sa vie sexuelle. »*

Entretien 14 : *« ...d'être satisfaite au moment des relations intimes. »*

1.1.3. Absence de pathologie

La santé sexuelle nécessite de ne pas avoir de problème de santé particulier.

Entretien 4 : « *je la définirais comme, bah comme la santé physique, c'est-à-dire on est bien, on n'a pas de maladie, on est bien dans son corps.* »

Entretien 8 : « *...de pas avoir de de maladie, de de de ne pas avoir de problème de de santé.* »

Entretien 9 : « *...de ne pas avoir de problème de santé.* »

Entretien 11 : « *...d'être en bonne santé, de pas être malade, de pas avoir de problème au niveau, au niveau de ce côté-là.* »

1.1.4. Absence de trouble sexuel

Il paraît important pour les patients de n'avoir aucun trouble ou pathologie d'ordre sexuel.

Entretien 3 : « *C'est euh pas avoir de trouble sexuel, pas avoir de problème sexuel.* »

Entretien 7 : « *Je pense que pour l'homme, c'est que, c'est que ça marche, c'est que là, c'est que bah ouais, on arrive à bander hein comme on dit. Qu'on n'ait pas de problème de ce côté-là.* »

Entretien 8 : « *Alors j'imagine que chez les hommes, c'est tout ce qui concerne le le mécanisme bah de l'érection, euh chez les femmes, peut-être la gynécologie, peut-être de ne pas avoir, de ne pas avoir de problème au niveau gynécologique.* »

Entretien 12 : « *On va dire que c'est quand tout marche, quand tout marche dans le le corps, dans le le sexe. Et que ça marche aussi pour l'homme, que il y ait pas de (silence) de problème, que tout fonctionne.»*

1.1.5. Bonne santé

Les patients ont parlé de la notion de bonne santé dans 3 domaines différents : physique, psychique et sexuel.

- *Physique*

Entretien 4 : « *Je la définirais comme, bah comme la santé physique, c'est-à-dire on est bien, on n'a pas de maladie, on est bien dans son corps.* »

Entretien 9 : « *Je définirais la santé sexuelle comme un comme de se sentir bien dans sa vie sexuelle, d'être en forme.* »

Entretien 11 : « *C'est d'abord le le physique.* »

- *Psychologique*

Entretien 6 : « *de se sentir bien dans son corps et bien aussi euh dans sa dans sa tête. »*

Entretien 8 : « *La santé sexuelle, euh, c'est déjà d'être en bonne santé d'être en bonne santé physiquement et aussi psychologiquement je dirais. »*

Entretien 11 : « *et puis c'est sûr que ce qu'il y a dans la tête ça joue aussi. Donc euh quand on est, généralement, quand on n'est pas bien dans la tête, bah on n'est pas bien aussi dans le corps. Et euh oui le moral, ça joue beaucoup là-dessus effectivement. »*

- *Sexuel*

Entretien 8 : « *...d'être en bonne santé et, mais au niveau, au niveau de la sexualité. »*

Entretien 10 : « *J'imagine que c'est la santé euh mais des, du sexe. »*

Entretien 11 : « *Je dirais que que la santé sexuelle c'est euh je sais pas, c'est euh, c'est la bonne bonne santé euh pendant, quand on fait l'amour, quand on a des rapports avec avec sa copine. »*

Entretien 12 : « *Je dirais que tout aille bien dans le dans ce cette partie-là de de la vie. »*

Entretien 14 : « *...la santé de de tout ce qui concerne la vie sexuelle. »*

1.1.6. Domaines

Différents domaines et pathologies ont été mentionnés par les patients en définissant la santé sexuelle : les troubles érectiles, les pathologies prostatiques, les IST, la gynécologie...

Entretien 8 : « *Il doit y avoir aussi les infections, le SIDA ou les les infections, peut-être les les cancers aussi.»*

Entretien 9 : « *que la santé sexuelle, c'est ce qui englobe tout ce qui peut concerner la sexualité. Oh que ce soit au niveau, au niveau gynécologique euh au niveau peut-être de la grossesse, euh chez les hommes, au niveau de la prostate ou de de des problèmes d'érection. »*

Entretien 13 : « *Ah aussi les pannes chez les hommes ????? »*

1.1.7. Place du couple

Le rôle et la place du partenaire sont un point important de la définition de la santé sexuelle par les patients. Être bien dans son couple, en harmonie avec son partenaire semble nécessaire dans la vie sexuelle.

Entretien 4 : « *On est bien dans, dans son couple aussi. »*

Entretien 4 : « *Pour moi voilà, c'est être bien dans son couple et, et dans ses relations sexuelles des deux côtés. Ça marche, ça marche en duo, en binôme, en couple quoi. »*

Entretien 5 : « *...de de pas avoir de de de problème vis-à-vis de son couple et euh et de son mari. »*

Entretien 6 : « *Quand on a un copain et que, qu'on voilà, qu'on qu'on veut aller plus loin, c'est d'être bien euh d'être en accord avec avec lui, avec avec soi aussi, que lui soit d'accord avec avec moi. »*

Entretien 7 : « *... que la femme elle soit contente, qu'on arrive à la satisfaire comme il faut. Qu'on soit tous les deux contents. »*

Entretien 13 : « *C'est tout ce qui concerne euh la vie sexuelle non ? Euh les relations euh, les euh le couple, euh bah les enfants, euh. Tout ce qui euh touche aux relations sexuelles. »*

Entretien 14 : « *d'avoir une, un couple stable qui nous satisfait et euh d'être satisfaite au moment des relations intimes. »*

1.1.8. Consentement

Le consentement, décision de ne pas s'opposer, est un thème qui est mis en évidence dans certains entretiens, notamment à l'évocation des rapports intimes.

Entretien 4 : « *Et euh bien dans bah, dans les relations sexuelles, c'est-à-dire bah c'est comme euh comme euh, comme euh on veut, comme euh on décide.»*

Entretien 4 : « *Euh c'est d'être d'accord quand il y a des relations sexuelles ou quand on parle de sexualité ou quand on le fait bah il faut être d'accord et euh et c'est le principal. »*

Entretien 5 : « *...de se sentir libre et à l'aise. »*

Entretien 6 : « *Quand euh quand on a des rapports, c'est d'être d'être d'accord, de pas être forcé. »*

1.2. Après définition de l'OMS donnée

L'enquêtrice a donné la définition de la santé sexuelle selon l'OMS²² : « *la santé sexuelle 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, c'est-à-dire sans contrainte, discrimination ou violence. »*

Les patients ont alors été invités à commenter cette définition.

Le fait d'avoir donné la définition de la santé sexuelle aux patients a permis de mettre en évidence d'autres thématiques, non abordées auparavant.

1.2.1. Intérêt

Les patients ont porté un réel intérêt à l'énonciation de la définition de la santé sexuelle par l'OMS.

Entretien 1 : « *Bah c'est une définition qui est assez intéressante.* »

Entretien 14 : « *C'est c'est très intéressant comme définition.* »

1.2.2. Compréhension difficile

La définition a été difficile à comprendre pour un patient, devant la complexité de certains termes.

Entretien 12 : « *C'est c'est des mots compliqués, je connais pas pas tout.* »

1.2.3. Méconnaissance

La définition de la santé sexuelle par l'OMS n'est pas connue.

Entretien 1 : « *Après je savais pas qu'il y avait une définition de la santé sexuelle.* »

1.2.4. Liberté

La liberté, ou possibilité d'agir selon ses propres choix sans avoir à en référer à une autorité quelconque, est un terme qui paraît important pour les patients.

Entretien 2 : « *... le fait d'être libre, sans violence, je trouve que c'est une bonne définition.* »

Entretien 3 : « *Je trouve que c'est important de mettre euh libre...* »

Entretien 5 : « *Euh la liberté, c'est c'est une bonne chose.* »

Entretien 6 : « *C'est bien de de de dire que voilà il faut que ce soit, que ce soit libre.* »

1.2.5. Sans violence

On note, lors de l'analyse de ces entretiens, que l'absence de violence dans la vie sexuelle semble primordiale pour définir la santé sexuelle.

Entretien 3 : « ... et sans violence parce que euh, parce que euh voilà en ce moment, euh, y'a beaucoup de violence, et même parfois dans les relations de couples et les relations sexuelles. Et euh c'est important de le préciser. »

Entretien 3 : « La violence, ça fait pas partie de la santé sexuelle. »

Entretien 5 : « Bah pas de violence, euh oui bien sûr. »

Entretien 7 : « ... que que tu tapes pas ta femme. »

Entretien 8 : « C'est bien dit sans violence »

Entretien 9 : « Le mmm le fait de parler de de contrainte, de violence, effectivement, ça me paraît important. Avoir des, être en en couple et avoir des relations sexuelles, il est nécessaire de de pas être forcé, de de pas être violenté non plus. »

Entretien 10 : « Qu'il y ait pas de violence, du plaisir, pas de violence, c'est important. »

1.2.6. Respect

Le respect dans la sexualité, dans le couple, envers son partenaire, lors des relations sexuelles, est également une valeur non négligeable.

Entretien 3 : « Il faut qu'il y ait du respect, voilà, du respect dans la santé sexuelle, c'est important. »

Entretien 4 : « Mais l'important, c'est le respect et que euh c'est d'être d'accord quand il y a des relations sexuelles ou quand on parle de sexualité ou quand on le fait bah il faut être d'accord et euh et c'est le principal. Dans les meilleures conditions possibles, dans le respect et la liberté effectivement. »

Entretien 8 : « J'avais pas vu le côté respectueux et et et le, comment vous dire, oui le respect mutuel qu'un qu'un qu'un partenaire doit avoir vis-à-vis de son ou sa partenaire. »

Entretien 8 « L'envie et le le, la tolérance, c'est bien dit. »

1.2.7. Consentement

Les patients interrogés ont rebondi sur la notion de consentement, déjà mentionnée précédemment, avant d'avoir donné la définition de la santé sexuelle par l'OMS.

Entretien 6 : « *C'est bien de de de dire que voilà il faut que ce soit, que ce soit libre et que ce soit consenti des des deux côtés. »*

Entretien 7 : « *... que tu la forces pas oui, donc oui bah c'est dit avec des grands mots mais c'est bien, c'est bien. »*

Entretien 8 : « *et avec euh avec l'accord des des deux partenaires. Effectivement c'est une part plutôt importante de cette définition et et de la santé sexuelle. »*

1.2.8. Absence de pathologies

L'absence de maladie garde une place importante dans la définition de la santé sexuelle.

Entretien 7 : « *...quand t'as pas t'as pas de maladies. »*

1.2.9. Santé physique et psychologique

Pendant les entretiens, les patients se sont attardés à définir le terme de « bonne santé ». Ils se sont appuyés sur les aspects physiques, mentaux et sociaux de la définition de l'OMS.

Entretien 1 : « *Pour moi, être en bonne santé, c'est pas forcément être en bonne santé sexuelle. C'est plutôt être en bonne santé euh euh voilà, physique. Ne pas avoir de douleurs, ne pas être enrhumé et euh pour moi, voilà, la définition de la santé c'est ça. »*

Entretien 1 : « *Mais euh ça permet de euh de ben voilà, de définir les choses et de poser des limites euh voilà aux problèmes de sexualité qui peuvent en être ou pas. »*

Entretien 2 : « *... surtout le le fait euh bah euhhh un état physique et mental euh bah c'est vrai que la sexualité généralement c'est quelque chose qui doit nous, nous, nous procurer du du bien-être. »*

Entretien 11 : « *Bah oui voilà, je pense que la bonne santé c'est euh c'est d'abord le le physique, et puis c'est sûr que ce qu'il y a dans la tête ça joue aussi. »*

1.2.10. Place du couple

Le couple a une place essentielle dans la définition de la santé sexuelle. Le partenaire a un rôle majeur dans le couple et dans la vie sexuelle du patient.

Entretien 11 : « *Je pense que c'est important de d'être bien, bien là-dedans et pour pouvoir être bien, bien dans son couple et puis bien dans les rapports sexuels aussi. »*

Avant d'en connaître la définition, les patients ont défini la santé sexuelle comme un épanouissement, un bien-être sexuel, sans problème de santé, sans pathologie d'ordre sexuel. Ils ont mis en évidence trois domaines importants de la santé : physique, psychique et sexuel. Le couple a une place majeure dans la vie sexuelle des patients, avec la nécessité de consentement mutuel.

Après avoir entendu la définition de la santé sexuelle par l'OMS, les patients s'accordent à noter l'importance de la liberté, du respect, du consentement et de l'absence de violence. L'absence de pathologie dans les différents domaines de la santé reste primordiale.

2. Abord de la sexualité

2.1. Interlocuteurs

Lors des entretiens, les patients ont été questionnés sur les personnes avec lesquelles ils aborderaient la sexualité en cas de difficultés.

2.1.1. Amis

Les patients interrogés expliquent aborder la sexualité plus fréquemment avec leurs amis. Ils s'appuient sur les expériences personnelles de leur entourage amical et sur leur relation de confiance.

Entretien 1 : « *Alors je pense que si j'avais un problème d'ordre sexuel, j'en parlerais d'abord euh à mes amies.* »

Entretien 1 : « *...parce que bah les amies c'est bien, enfin voilà, on peut s'expliquer nos, on peut se euh donner nos expériences.* »

Entretien 2 : « *Oui quand j'ai eu ce problème boh j'en ai parlé avec mes, avec mes copains, enfin avec quelques-uns de mes, de mes très bons copains parce que je me suis dit que peut être que eux aussi ils avaient déjà eu ça, savoir euh savoir ce qu'ils avaient fait.* »

Entretien 2 : « *On partage des expériences euh entre nous avant de, pour savoir voilà euh si si c'est grave ou pas, si, si s'il faut que je sois obligé d'aller voir le médecin ou pas.* »

Entretien 2 : « *Euh j'en ai discuté avec mes amis mais c'était que des, que des hommes, parce que bah voilà ils peuvent me dire s'ils ont déjà eu les mêmes sensations et les mêmes douleurs euh après des rapports ou après avoir fait un peu n'importe quoi. Mais euh pfff sinon, sinon ouais j'en parlerais avec*

mes potes et puis c'est tout. Quand j'ai des problèmes, c'est avec voilà, mes mes mes amis proches et c'est tout.»

Entretien 4 : *« Maintenant, j'en ai parlé euh à mes amies. J'en avais parlé à mes amies proches, parce que béh on se confie pas mal de choses et euh et je me disais que peut-être elles aussi, elles avaient déjà eu ce problème.»*

Entretien 4 : *« Beh j'en avais déjà parlé avec mes amies, qui avaient elles aussi déjà accouché, qui avaient eu une épisiotomie elles aussi, savoir beh comment elles avaient fait. »*

Entretien 6 : *« Bah j'crois que j'en parlerais d'abord euh avec euh mes copines je pense. Pour savoir si c'est normal ou pas. C'est ouais je crois que, je crois que j'en parlerais avec mes copines parce que parce que on se dit tout, parce que on se confie beaucoup de choses. »*

Entretien 6 : *« Je peux je peux avoir l'expérience de mes copines par rapport à ça, par rapport à ça et parfois, voilà on se pose des questions pour savoir si c'est normal ou pas ou si si c'est bizarre ou ouais. »*

Entretien 11 : *« Après j'en avais parlé avant avec mes amis, avec mon meilleur ami parce que je savais pas si c'était normal ou pas, si ça lui était déjà arrivé, si euh si il avait déjà eu ça donc euh donc ouais je lui en ai parlé pour euh pour savoir si lui il avait déjà eu ça et si il y avait des choses à faire, si c'était normal, si ça passait, si s'il fallait que je vienne voir le docteur. »*

2.1.2. Partenaire

La place du partenaire dans la discussion à propos de sexualité semble essentielle. Le partenaire partage généralement la vie sexuelle du patient interrogé et apparaît comme un interlocuteur privilégié pour aborder ce sujet.

Entretien 1 : *« Je pense que si j'avais un problème d'ordre sexuel, j'en parlerais d'abord euh à mes amies et éventuellement à mon copain. »*

Entretien 3 : *« Peut-être que euh, peut être que j'en parlerais à euh... euh, à mon compagnon je pense. Parce que euh bah notre activité sexuelle, on la fait ensemble, euh, je pense que j'en parlerais à mon compagnon parce que il sera forcément au courant de mes problèmes. »*

Entretien 5 : *« Ou alors à mon, à mon mari. »*

Entretien 7 : *« ... à la première concernée, à la femme avec qui je vis parce que (rire), c'est elle qui s'en rendrait compte, elle s'en rendrait compte aussi si ça marche plus. »*

Entretien 8 : *« La première informée, c'était ma femme qui a bien vu que ça ne marchait plus, que ça ne fonctionnait plus. »*

Entretien 10 : *« Bah sûrement à à ma femme. »*

Entretien 12 : « *bah j'en parlerais d'abord avec mon mari. C'est le premier concerné par ça.* »

Entretien 13 : « *A ma compagne d'abord, ouais. On se dit tout alors euh je lui dirais. Je lui dirais si j'ai des problèmes.* »

2.1.3. Personnel médical

Les patients interrogés ont cité également certains membres du corps médical, avec qui il est possible d'aborder la sexualité lors d'une consultation : médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes pour les femmes, urologues pour les hommes.

- *Médecin généraliste traitant*

Le médecin généraliste est, souvent, le médecin de premier recours, le médecin traitant, celui qui suit les patients avec des connaissances dans les différents domaines de la médecine. Le médecin généraliste peut, selon sa pratique médicale, faire le suivi de la femme, le suivi de grossesse. Il peut aussi être amené à suivre des patients masculins pour des problématiques d'ordre génital. Il a également un rôle majeur de prévention et d'éducation dans de nombreux domaines (IST, diabète, cardiovasculaire...)

En cas de difficultés d'ordre sexuel, certains patients pourraient se diriger vers leur médecin généraliste pour aborder ce problème.

Entretien 5 : « *Bah j'en parlerais peut-être à à euh mon médecin peut-être.* »

Entretien 5 : « *Donc peut-être que j'en parlerais avec mon médecin euh pour euh pour euh ces problèmes-là.* »

Entretien 14 : « *J'en parlerais si ça, si ça dure longtemps, à mon médecin.* »

- *Médecin généraliste remplaçant*

Une patiente a évoqué le fait de préférer consulter un médecin généraliste remplaçant plutôt que son médecin généraliste traitant en cas de problème d'ordre sexuel.

Entretien 3 : « *Je sais que si j'ai un problème, je vais voir mon gynéco ou alors, une remplaçante hein, mais on ne sait pas quand il a des remplaçants et des remplaçantes.* »

Entretien 3 : « *Si jamais j'ai besoin je sais que je peux éventuellement aller voir un autre médecin juste pour une consultation euh si je suis trop embêtée.* »

- *Gynécologue*

Le gynécologue a un rôle essentiel dans l'abord de la sexualité chez les femmes. Son domaine d'exercice touche de près la santé sexuelle avec un rôle médical d'éducation, de prévention et de dépistage.

Entretien 1 : « ...ou peut-être avec ma gynécologue qui au moment des consultations demande euh si tout va bien enfin voilà sur le plan sexuel. »

Entretien 3 : « Si je suis vraiment gênée, je pense que je pourrais, j'pourrais en parler à euh à ma gynéco. »

Entretien 5 « ...la gynécologue je pense hein. Au début de de de, à la à la, après mes accouchements on en avait dit... parlé un petit peu »

Entretien 9 « Je j'en parlerais euh (silence) à ma gynéco. C'est bah c'est le médecin que que que je vois, c'est ma gynéco »

Entretien 12 « ...alors bah peut-être avec le le gynéco »

- *Urologue*

L'urologue est spécialisé dans l'appareil urinaire, féminin ou masculin. Sa place dans l'abord de la sexualité est centrale notamment pour les hommes, qui n'ont pas de suivi génital spécifique.

Entretien 8 : « J'ai pu en parler avec l'urologue qui m'a qui m'a opéré et qui m'a suivi après l'intervention. »

Entretien 8 : « C'est l'urologue qui m'en a parlé quand j'étais retourné le voir après l'opération. Il m'a posé plein de questions, savoir si je faisais bien pipi, si j'avais pas de sang quand j'urinais, si j'avais pas de douleurs et puis il m'a également demandé si au niveau des rapports intimes, ça fonctionnait. »

- *Sage-femme*

Depuis quelques années, le rôle des sages-femmes a évolué. Elles possèdent de plus en plus de compétences, notamment en matière de suivi gynécologique : prescription de contraception, pose et retrait d'implant ou de DIU, frottis....

Les sages-femmes ont également de nombreuses compétences dans le suivi de grossesse, pendant l'accouchement et en post-partum.

Entretien 4 : *« J'en avais discuté avec la sage-femme qui m'avait suivie, bon qui euh voilà qui m'expliquait deux trois choses et puis après, c'est passé assez rapidement. »*

Entretien 14 : *« J'en ai parlé avec euh la sage-femme qui qui m'avait suivie après mes grossesses. Elle me posait des questions, savoir si j'avais repris une activité sexuelle ou pas, comment ça se passait. »*

2.2. Médias / Internet

Avec l'évolution numérique, les patients ont accès bien plus rapidement aux informations via les médias : télévision, radio, internet.... Cependant, il est difficile d'évaluer la qualité des informations à partir desquelles les patients se renseignent, notamment sur Internet.

On note, sur ses entretiens, l'âge plutôt jeune des patients qui s'informent sur le sujet de la sexualité via Internet ou la télévision.

Entretien 4 : *« Après bah forcément, je suis allée regarder sur internet et euh j'ai vu des conseils, j'ai vu euh, j'ai vu des choses à faire, des choses à pas faire mais euh mais c'est sûr que bah sur internet on trouve de tout et de rien hein. »*

Entretien 4 : *« J'ai, j'ai plus confiance en ma médecin qu'en internet. »*

Entretien 4 : *« Quand on connaît pas, quand c'est la première fois, on sait pas ce qui est bien, ce qui est mal, ce qui est vrai, ce qui est faux et au bout d'un moment, voilà moi j'étais un peu perdu par tout ce qui était écrit et je savais plus. »*

Entretien 6 : *« Après je lui ai pas posé de question non plus parce que parce que je sais que que que je peux trouver plein de choses, plein de choses bah sur internet (rire) même si c'est pas toujours bien. »*

Entretien 6 : *« Par exemple pour ma contraception, je sais que quand je l'oublie bah je je, faut que je regarde sur internet ce que je dois faire et euh plutôt que voilà que de l'appeler, que de prendre rendez-vous pour savoir. Quand je regarde sur internet, et je sais ce que je dois faire. »*

Entretien 11 : *« voilà avec tout ce qu'on entend aussi à la télé ou qu'on voit sur internet ou des choses comme ça, on sait que c'est important, on sait que c'est important le le préservatif quand on a des rapports, des rapports au début . »*

2.3. Abord en médecine

2.3.1. Motifs

Les motifs d'abord de la sexualité en consultation sont multiples, ayant un lien direct ou indirect avec la sexualité.

- *IST/dépistage*

Entretien 2 : « *Oui je l'ai déjà abordé euhh parce que euhh j'avais eu une, j'avais fait n'importe quoi avec euh avec les filles euh j'avais eu une infection.* »

Entretien 6 : « *... et il m'a dit que c'était important de se protéger pour éviter d'avoir des maladies qu'on peut transmettre quand on fait l'amour. Ça, il m'en a parlé.* »

Entretien 7 : « *Voilà je suis déjà venu voir L pour faire des tests de dépistage.* »

Entretien 13 : « *Ça a commencé à me brûler, et puis ça me brûlait de plus en plus. Là je suis allé voir le médecin.* »

- *Gynéco obstétrique*

Entretien 4 : « *J'avais eu un problème euh surtout après, après mon deuxième accouchement. Beh j'avais une grosse épisiotomie et ça avait été compliqué de, après de bah de reprendre une vie sexuelle.*»

Entretien 5 : « *...la gynécologue je pense hein. Au début de de de, à la à la, après mes accouchements on en avait dit... parlé un petit peu mais c'était pour savoir voilà si si j'avais repris et comment mais c'était c'était très bref, très très bref.* »

Entretien 6 : « *Bah il m'expliquait comment ça marchait la pilule.* »

Entretien 9 : « *Quand je viens, on parle un peu de de ma vie hormonale, de la ménopause, je suis en plein de, dedans donc euh quand euh je viens la voir pour le contrôle gynécologique pour les frottis, on discute euh de la ménopause.* »

- *Incontinence*

Entretien 5 : « *Après j'avais abordé, j'avais des problèmes de d'incontinence et j'en avais parlé avec euh avec mon médecin.* »

- *Conjugopathie*

Entretien 4 : « *C'était toujours compliqué quoi avec mon compagnon, donc euh, donc euh beh au bout d'un moment, ça peut créer des tensions dans le couple, ça peut créer pas mal de problèmes.* »

- *Urologie*

Entretien 8 : « *Je le savais, l'urologue qui m'a opéré m'avait bien averti des risques de l'intervention mais oui, moi j'ai j'ai eu des problèmes à ce niveau-là.* »

- *Certificat*

Entretien 11 : « *Avec avec le docteur B. quand j'étais plus jeune, euh il discutait bien de ça quand euh quand euh j'étais adolescent, euh que je que je venais pour pour mes certificats pour des choses comme ça, il parlait de de préservatifs, de de choses comme ça.* »

Entretien 11 : « *Voilà avec le docteur B., j'en avais déjà parlé mais quand j'étais plus jeune.* »

2.3.2. Qui aborde le sujet de la sexualité ?

- *Abordé par le patient*

Certains patients interrogés rapportent avoir abordé le sujet de la sexualité ou pouvoir l'aborder spontanément avec leur médecin, en cas de problème.

Entretien 2 : « *J'ai pas vraiment de euh de gêne avec lui, je sais qu'il est là pour ça.* »

Entretien 2 : « *ça me pose pas de problèmes pour euh pour en parler avec lui si jamais j'ai d'autres problèmes un jour.* »

Entretien 5 : « *Donc parler de la sexualité euh, je crois que j'aurais pfff, ça me dérangerait pas, ça me dérangerait pas.* »

Entretien 7 : « *c'est moi qui lui en parle en fonction de mes aventures et de ce qui se passe dans ma vie.* »

Entretien 7 : « *Si jamais ça marche pas, bah j'en parlerais aussi, si jamais...* »

- *Abordé par le médecin*

On note dans ces entretiens que la sexualité a été parfois abordée par le médecin.

Entretien 6 : « *Euh, oui, oui. Bah il m'expliquait comment ça marchait la pilule, pourquoi, pourquoi ça pouvait être bien de de prendre la pilule, pour éviter de de tomber enceinte quand euh quand on fait l'amour et et puis et il m'a dit que c'était important de se protéger pour éviter d'avoir des maladies qu'on peut transmettre quand on fait l'amour. Ça il m'en a parlé.* »

Entretien 9 : « *Elle me pose une ou deux questions et puis s'il y a pas de problèmes, elle passe à autre chose.* »

Entretien 11 : « *Bah avec avec le docteur B quand j'étais plus jeune, euh il discutait bien de ça quand euh quand euh j'étais adolescent euh que je que je venais pour pour mes certificats pour des choses comme ça, il parlait de de préservatifs de de choses comme ça.* »

Entretien 11 : « *Voilà on parle de tout, il m'a parlé de ça très jeune.* »

2.3.3. Manière d'aborder

- *Abordé librement*

Certains patients arrivent à parler de sexualité librement avec leur médecin.

Entretien 2 : « *Je sais que je peux j'peux lui en parler assez librement.* »

Entretien 7 : « *J'étais, j'en parlais normalement, librement.* »

- *Ne pas rentrer dans les détails*

Il paraît important pour les patients d'aborder ce thème sans trop rentrer dans les détails. Les patients expriment l'idée de ne pas vouloir s'étendre sur leur sexualité. Les médecins évoquent le sujet, en s'adaptant aux patients, à l'aide d'une ou deux questions, puis passent à un autre thème s'il n'y a pas d'éléments retenant leur attention.

Entretien 2 : « *Je lui en ai déjà parlé, mais c'est vrai que enfin voilà je lui raconte pas ma vie sexuelle, je parle euh quand j'en ai besoin, je je le dis mais c'est tout quoi, ça s'arrête là.* »

Entretien 9 : « *Quand on parle de gynécologie ou de sexualité, je rentre pas dans les détails, elle me pose pas des questions euh pour savoir euh comment est ma sexualité euh, si euh tout ce que je fais avec mon euh compagnon.* »

Entretien 9 « *Elle me demande une fois si ça va dans mon couple et puis après on discute de d'autres choses au niveau gynécologique* »

Entretien 14 « *C'est pas, enfin ma médecin c'est pas ma copine. Je lui réponds mais je vais pas, si tout va bien, j'ai pas de raison de lui en parler* »

- *Patient satisfait de l'abord*

Les entretiens réalisés montrent que les patients sont satisfaits de l'abord de la sexualité et se sentent souvent libérés après avoir amené le sujet dans la consultation.

Entretien 2 : « *...et puis après une fois que, une fois que c'est dit, pfff ça va mieux.* »

Entretien 4 : « *...et voilà je me sentais soulagé d'en avoir parlé à un médecin.* »

Entretien 6 : « *C'est plutôt bien parce que, parce que je suis jeune que il y a des choses que je sais il y a d'autres choses que bah que que je sais sûrement pas par rapport à ça donc euh donc c'est bien qu'il qu'il m'en ait parlé.* »

Entretien 7 : « *Moi ça me fait plaisir et et ça me libère de parler de ça et voilà.* »

Entretien 11 : « *Mais c'est bien de, d'en parler, de de connaître, de connaître ça, de connaître le préservatif, savoir qu'il faut en mettre pour être protégé de du SIDA, de choses comme ça.* »

2.3.4. Quand l'aborder ?

- *Moment de consultation*

Le sujet de la sexualité peut être le motif principal de la consultation et être abordé directement lors de la consultation.

Entretien 2 : « *Oui je l'ai déjà abordé euh parce que euh j'avais eu une, j'avais fait n'importe quoi avec euh avec les filles euh j'avais eu une infection et j'avais eu un petit peu peur donc euh j'en avais discuté avec euh mon médecin généraliste.* »

Entretien 2 : « *Mais de toute façon, je viens pour ça donc euh, donc euh j'ai pas le choix, il faut que je l'aborde.* »

Entretien 11 : « *Bah oui ça m'est déjà arrivé bah la voilà je venais un peu pour ça.* »

Cependant, il arrive que le sujet soit abordé en second lieu, en fin de consultation ou lors d'une consultation d'un proche.

Entretien 3 : « *ça m'est déjà arrivé de lui dire entre deux portes, à la fin de la consultation bah en fait bah voilà j'étais sous antibiotiques, j'ai fait une mycose vaginale.* »

Entretien 4 : « *J'étais venue pour euh pour le vaccin de mon petit [...] et là voilà, je lui ai glissé que ça allait mais que j'avais des petits soucis euh par rapport à l'épisiotomie.* »

- *Si le problème persiste*

L'abord d'un problème ou d'une pathologie d'ordre sexuel lors d'une consultation est parfois différé en fonction de la persistance des symptômes.

Entretien 1 : « *Si c'est un problème un peu plus, un problème de euh un peu plus grave ou qui passe pas, je pense que je finirai par en parler avec mon médecin.* »

Entretien 2 : « *J'en parlerais avec mes potes.* »

Entretien 3 : « *Si je suis vraiment gênée, je pense que je pourrais, j'pourrais en parler à euh à ma gynéco.* »

Entretien 4 : « *J'étais revenue euh, j'en avais parlé après au, au docteur parce que bah parce que j'en pouvais plus.* »

Entretien 10 : « *Je consulterais un médecin, si ça passe pas.* »

Entretien 13 : « *Si de toute façon si j'ai un problème trop gênant, je vais voir le médecin et euh je dis tout. Je me pose pas de questions, j'y vais.* »

Entretien 14 : « *Mais je oui, j'attendrais de voir si ça passe. Si ça passe pas, j'irais voir le médecin.* »

2.4. Place du médecin généraliste dans l'abord de la sexualité

2.4.1. Pas en premier recours

Il apparaît fréquemment que le médecin n'est pas la première personne à qui les patients vont s'adresser directement lors de problèmes d'ordre sexuel. Ils préfèrent souvent aborder ce sujet avec d'autres interlocuteurs, faisant partie de leur entourage proche.

Entretien 1 : « *Euh, mon médecin, c'est pas celui qui viendrait euh en premier.* »

Entretien 2 : « *...et puis après j'irais lui en parler si ça persiste, si j'ai toujours ce problème. Je sais qu'il pourra m'apporter une aide euh une aide médicale qui pourra me trouver ce que j'ai, me traiter, me donner à nouveau des conseils euh si s'il estime que que j'en ai besoin.* »

Entretien 8 : « *Peut-être qu'il aurait agi de la même façon, qu'il m'aurait examiné, il aurait regardé ce que l'urologue a fait mais je j'ai pas jugé utile de lui en parler. J'y ai pas forcément pensé quand je l'avais vu, parce que parce que l'urologue était était là et me prenait en charge. Donc je pense que si si l'urologue n'avait pas été là, j'en aurai certainement parlé au docteur, très certainement.* »

Entretien 10 : « *Oui je consulterais un médecin, si ça passe pas. J'essaierais d'abord de faire en sorte que ça passe, que ça aille mieux.* »

Entretien 13 : « *Et si j'ai trop de problèmes euh j'en parlerais au médecin. Si ça me gêne dans ma vie, toute façon, j'aurais pas bien le choix quoi.* »

2.4.2. Connaissances médicales

Les entretiens mettent en évidence l'importance des connaissances médicales du médecin généraliste. Il acquiert ses connaissances tout au long de son cursus universitaire et professionnel et continue à se former tout au long de sa carrière.

Le fait de s'adresser à une personne compétente dans le domaine médical semble indispensable.

Entretien 1 : « *C'est vrai qu'on n'a pas forcément aussi les connaissances nécessaires pour, pour répondre de manière médicale au problème qui pourrait être posé par la sexualité.* »

Entretien 1 : « *c'est un médecin donc il a des connaissances médicales que moi j'ai pas, que mes amies n'ont pas, que mon copain n'a pas, donc euh, c'est sûr que il apporterait une grande aide à ce niveau-là.* »

Entretien 1 : « *C'est que lui, il pourrait, il pourrait soigner euh mon problème médical, d'ordre médical, purement médical.*»

Entretien 1 : « *Mais en tout cas, voilà, sur le côté purement médical, physique, je pense qu'il pourrait apporter quelque chose.* »

Entretien 2 : « *Il m'explique avec euh voilà avec ses mots euh que c'est mal et que bah que ça peut être grave, que là ça mais mais que ça peut être grave.* »

Entretien 4 : « *...et voilà je me sentais soulagé d'en avoir parlé à un médecin, qui connaît la médecine, qui connaît les problèmes médicaux.* »

Entretien 11 : « *Pour moi c'est pareil, c'est un médecin, il est là et il connaît son travail, il sait ce qu'il fait donc euh.* »

Entretien 12 : « *Si j'avais eu quelque chose, oui, sûrement, parce qu'il est pas mauvais.* »

Entretien 14 : « *Bah il essaie de, bah ses connaissances médicales. Si j'ai quelque chose, j'irai le voir et je lui explique. Pour moi euh c'est ça qui peut faire.* »

2.4.3. Education, prévention et conseils

Le médecin généraliste doit avoir des compétences en matière d'éducation et de prévention dans le domaine sexuel. Les patients, en particulier les jeunes, décrivent bien ce rôle notamment pour la première prescription de contraception ou les dépistages d'IST.

Entretien 2 : « *On en a discuté et il m'a rappelé les règles, les règles de base que euh je connaissais mais que bah j'ai pas appliquées.* »

Entretien 2 : « *...me donner à nouveau des conseils euh si s'il estime que que j'en ai besoin.* »

Entretien 6 : « *Mais ouais non parler d'autre chose bah c'est plutôt bien parce que parce que je suis jeune que il y a des choses que je sais, il y a d'autres choses que bah que que je sais sûrement pas par rapport à ça donc euh, donc c'est bien qu'il qu'il m'en ait parlé et que et que voilà.* »

Entretien 11 : « *Il me dit voilà j'ai appris des choses, je savais, je savais les préservatifs il fallait les mettre mais il me rappelait, et puis après il a arrêté.* »

2.4.4. Examen clinique, paraclinique et traitements

L'examen clinique, parfois couplé à la prescription d'examens paracliniques, biologiques ou radiologiques guide le médecin vers le diagnostic. Vient ensuite le temps de l'instauration de traitement si l'indication est présente.

Entretien 1 : « *Il peut me donner des traitements, il peut me prescrire des examens, il peut euh m'examiner.* »

Entretien 2 : « *Il a traité mon problème qui était en lien avec euh qui était en rapport avec euh bah avec euh le fait que j'ai des rapports sans protection.* »

Entretien 2 : « *Après, il... voilà, il m'apporte aussi l'aide médicale avec les traitements, bah il a traité mon infection.* »

Entretien 7 : « *J'ai toujours toujours été satisfait de ça. Peut-être que le jour où ça m'arrivera, j'espère que ça m'arrivera jamais, peut-être que bah je demanderai le médicament qui va bien, je prendrai un Viagra et puis ça sera reparti pour un tour.* »

Entretien 7 : « *J'ai déjà eu voilà je suis déjà venu voir L. pour faire des tests de dépistage parce que j'avais eu beaucoup de rapports, pas mal d'aventures on va dire donc je voulais vérifier que que j'ai j'ai pas de maladies à cause de ça. Mais c'est tout.* »

Entretien 7 : « *Bah bah il m'a prescrit des prises de sang quand je faisais, oh des des choses pas très pas très bien hein, dirons-nous.* »

2.4.5. Prise en charge psychologique

La part psychologique de la médecine, notamment lors de l'abord de la sexualité n'est pas négligeable.

Entretien 1 : *« Peut-être que euh sur le côté psychologique, aussi il pourrait m'apporter une aide mais euh voilà je peux pas enfin, sûrement. »*

2.4.6. Relation de confiance

Le médecin généraliste doit essayer progressivement, au fil des consultations, de construire une relation de confiance avec ses patients pour qu'ils puissent aborder plus facilement la sexualité.

Entretien 4 : *« Mais voilà, ça m'a fait du bien d'en parler avec mon médecin parce que bah euh j'ai confiance. Je pense euh que, j'ai confiance en lui. »*

Entretien 4 : *« J'ai, j'ai plus confiance en ma médecin qu'en internet. »*

Entretien 4 : *« Mais voilà, j'ai, j'ai confiance en elle et euh je me dis que j'ai pas de honte à avoir, que c'est une femme, on est des femmes et on peut toutes avoir des problèmes sexuels et l'important beh voilà, c'est d'en parler quand on est en confiance et quand on, quand on voilà, quand on a la confiance, qu'on n'est pas trop gêné »*

Entretien 5 : *« J'en parlerais avec mon médecin, je le connais bien et euh et j'ai confiance en lui alors euh il devrait pas y avoir de souci. »*

Entretien 5 : *« Je pense que le docteur J., il peut aider, aider ces gens-là. Je, moi je lui fais, je lui fais confiance, j'ai confiance. Il m'a toujours bien soigné, il a bien soigné mon mari jusqu'à la fin, il s'en est bien occupé. »*

Entretien 7 : *« Il me connaît, je le connais un peu, je sais que je peux lui dire beaucoup de choses. »*

Entretien 11 : *« Quand euh c'est le, ton docteur qui qui te parle de ça, peut-être tu l'écoutes un peu plus parce que tu le connais, parce que il te, il te soigne, et euh et puis c'est bien qu'il en parle, c'est bien. »*

2.4.7. Ecoute

Il apparait important pour les patients de se sentir écoutés par leur médecin généraliste.

Entretien 5 : *« Il est très très à l'écoute hein. »*

Entretien 5 : « *Je parle de tout avec lui, il est, il écoute tout et puis il est, il est bien donc donc c'est important.* »

2.4.8. Discussion et ouverture

Pouvoir parler de tous les sujets avec son médecin est une idée qui revient fréquemment dans les différents entretiens. La discussion lors d'une consultation permet au médecin d'orienter son diagnostic et permet au patient d'exprimer ses questions, ses plaintes, ses ressentis...

Entretien 1 : « *Voilà voir ce qui va pas, euh en discuter avec moi et euh et pour ça, bah forcément, ça pourrait être une aide du côté médical.* »

Entretien 5 : « *Je crois qu'il a pas de, pas de gêne, il parle de tout hein.* »

Entretien 5 : « *Je crois pas parce que comme je vous dis on parle vraiment de tout hein, il a il a toujours été là, il euh notre médecin pour pour moi, pour mon mari, pour mes enfants, il soigne toute la famille donc euh donc je le connais, je le connais bien depuis depuis des années et des années et il a toujours toujours été là pour parler de de tout.* »

Entretien 7 : « *Je parle de tout avec lui voilà.* »

Entretien 9 : « *je suis contente de d'avoir ce suivi et de pouvoir parler de de de ça plutôt librement avec euh le docteur euh OB.* »

Entretien 11 : « *ça m'est égal de lui parler de de ça, de de d'autres choses. Pour moi c'est pareil, c'est un médecin, il est là et il... il connaît son travail, il sait ce qu'il fait donc euh. Moi je ça me gêne pas.* »

2.4.9. Absence de moralisation

On note dans cette analyse l'intérêt du patient de pouvoir s'adresser à un médecin qui n'a pas le rôle de moralisateur.

Entretien 2 : « *Il m'a remis, pas dans le droit chemin mais il m'a réexpliqué les règles, un peu ce que je risquais aussi, que bah l'infection que j'avais c'était pas euh, que ça se traitait bien mais euh que ça pouvait être plus grave et qu'il fallait vraiment faire attention, qu'il fallait pas rigoler avec ça. Donc euh ça m'a permis, voilà, de me remettre un petit peu un cadre et euh et puis voilà mais sans que, sans que ça soit une leçon de morale.* »

Entretien 2 : « *Voilà c'est pas mon père donc il il me gronde pas. C'est, c'est mon médecin, il me donne des conseils et il me dit ce qu'il, ce qu'il faut faire et ce qu'il faut pas faire, mais de manière compréhensive.* »

2.5. Différences d'abord en fonction du sexe

- *Patient femme / Médecin femme*

Dans la configuration patient femme / médecin femme, il semble que l'abord de la sexualité est plus aisé avec un médecin du même sexe que le patient.

Entretien 3 : « Avec vous par exemple, qui êtes une femme, bah j'aurais pas de problème à euh vous parler de mes problèmes si j'en avais. Mais euh à euh (inaudible), au niveau intime bah parce que vous êtes une femme et euh que ça me dérange moins. »

Entretien 4 : « Beh je suis tombée sur un médecin femme et euh en qui euh voilà j'ai confiance, ça fait plusieurs années qu'elle me suit, elle suit mes enfants aussi. Et euh, je sais pas, si, je crois pas que ce soit difficile, parce que beh c'est une femme. »

- *Patient femme / Médecin homme*

Les patientes femmes semblent avoir plus de difficultés pour aborder la sexualité avec un médecin homme. Il ressort d'un entretien une identification personnelle au corps non féminin du médecin, ne permettant pas au médecin homme de comprendre ce que le corps féminin peut ressentir.

Entretien 1 : « Et après, bah il y a aussi le fait que, que ce soit un homme. »

Entretien 4 : « En fait à ce moment-là, mon médecin traitant c'était euh un homme et j'en n'avais pas parlé avec lui parce que c'était un homme. »

Entretien 4 : « il peut pas le vivre donc euh mais voilà je me disais qu'il pouvait pas que il euh il était pas capable de répondre à mes questions ou de, ou de voilà de m'examiner ou de regarder parce que il a pas le même corps et que euh il sait pas ce que c'est des douleurs comme ça. »

Entretien 6 : « C'est un (rire) parce que c'est un homme et que, et que je sais pas on parle pas de, j'ai pas trop envie de lui parler de ça. »

Entretien 9 : « ...parce que c'est un homme. Je pense que je serais pas à l'aise, je serais pas à l'aise. J'ai toujours vu des gynécos femmes et je serais pas à l'aise avec un homme pour euh qu'il m'examine et pour lui parler de ce qui se passe euh à l'intérieur. »

- *Patient homme / Médecin femme*

Les patients hommes peuvent être gênés d'aborder la sexualité avec un médecin femme.

Entretien 11 : « ...parce que vous êtes une femme, pas que, j'ai rien contre les femmes mais je préfère je préfère montrer ça à un homme. »

Entretien 11 : « ... mais là là oui c'était... j'étais gêné parce que vous étiez une femme. »

- *Patient homme / Médecin homme*

Il ressort d'un entretien que le patient homme est plus à l'aise pour aborder la sexualité avec un médecin homme.

Entretien 11 : « Bah parce que le docteur B., bah c'est c'est mon médecin et puis parce que bah (rire) parce que c'est un homme aussi. Ces choses-là, j'suis plus, j'suis plus à l'aise pour en parler avec les avec les hommes. »

2.6. Causes du non abord de la sexualité

2.6.1. Pas de nécessité

Les patients expriment plusieurs raisons au fait de ne pas aborder la sexualité avec leur médecin.

- *Tout d'abord, l'absence de pathologie d'ordre sexuel*

Entretien 1 : « ...mais voilà j'ai pas eu de problèmes graves qui aient nécessité que j'en parle à un médecin. »

Entretien 7 : « Je vois pas, je vois pas l'intérêt de de parler de ça si tout va bien. »

Entretien 7 : « Je... j'ai jamais eu de problèmes de ce côté-là euh alors euh j'ai jamais abordé ça avec euh avec un médecin. »

Entretien 10 : « Si j'en ai jamais parlé c'est que j'ai jamais eu de problème. J'ai jamais eu besoin d'en parler parce que j'ai jamais eu de problème. J'espère que ça restera comme ça. J'ai jamais eu, je me suis jamais posé la question. »

Entretien 12 : « Euh parce que j'avais pas de problème. »

Entretien 12 : « E : Pour vous, si tout va bien, on n'a aucune raison d'aborder la sexualité avec vous ?

P12 : Exactement, exactement. »

Entretien 12 : « J'ai jamais eu de souci donc euh j'ai pas eu la raison de parler de ça avec lui. »

Entretien 13 : « Si j'ai pas de problème euh je vais pas en parler. »

Entretien 14 : « Bah c'est que j'en ai jamais ressenti le besoin. J'en, non j'en ai jamais ressenti le besoin. Si j'avais un souci, une anomalie qui passait pas, j'irais lui en parler. Mais si j'en ai pas parlé c'est que j'avais rien. »

- *Ensuite l'évolution hormonale physiologique du corps liée à l'âge (ménopause, DALA)*

Entretien 5 : « ...que j'ai pas eu de souci si ce n'est la ménopause mais je je, pour moi c'est quelque chose de normal et toutes les femmes je pense qu'elles passent par là à partir d'un certain âge. »

Entretien 5 : « ça je l'ai pas abordé mais je voyais pas l'intérêt de de l'aborder parce que parce que ça m'a pas dérangée plus que ça. »

Entretien 5 : « C'était quelque chose de de normal et c'était lié à cause de mon âge la ménopause. On y passe toutes. Et et je voyais pas de, pas vraiment d'intérêt de de venir et parler de ça. »

- *Enfin l'absence d'activité sexuelle.*

Entretien 5 : « J'ai plus de rapport donc j'ai donc j'ai pas de souci. »

Entretien 5 : « ...et puis après on n'avait plus de rapport parce que donc euh c'était pour moi il y avait pas besoin, pas besoin d'en parler parce que je voyais pas l'intérêt de d'en parler et de et de et de venir voir le médecin juste pour ça. »

Entretien 5 : « Il y avait pas, plus de rapport donc j'étais pas, pas vraiment gênée par euh par ça. »

Entretien 12 : « La santé sexuelle euh hein, vous savez à mon âge, on n'a plus de santé sexuelle hein. C'est c'est un peu un peu fini. »

2.6.2. Pas abordé par le patient

Les entretiens mettent en avant l'absence d'abord de la sexualité par certains patients lors des consultations

Entretien 1 : « J'ai jamais eu l'occasion d'aborder la sexualité avec, avec un médecin. »

Entretien 5 : « Je crois que j'ai jamais jamais trop trop abordé. »

Entretien 6 : « Pour moi il est pas, il est pas spécialisé là-dedans et puis et puis je sais pas. Je viens, je viens jamais pour ça, je viens parce que, parce que je suis enrhumée, parce que je j'ai de la fièvre mais mais je viens pas pour ça. Ça je le garde, je le garde pour moi. »

Entretien 8 : « Hummm non, je... à mon médecin généraliste je ne lui en ai pas parlé. »

Entretien 9 : « Avec mon médecin généraliste traitant, avec le Dr B, jamais. J'ai jamais parlé de sexualité avec lui il me semble. »

2.6.3. Pas abordé par le médecin

Dans certains cas, les patients indiquent que le sujet de la sexualité n'a jamais été abordé par leur médecin généraliste.

Entretien 7 : « *Non il a jamais abordé avec moi.* »

Entretien 8 : « *J'ai pas pensé à lui en parler et il m'a pas posé la question non plus.* »

Entretien 8 : « *Je n'crois pas qu'il ait abordé le sujet de la sexualité. Je suis rarement malade. Quand je viens, c'est pour mes médicaments parce que je n'en ai plus. Mais il me semble pas que, qu'on ait abordé ensemble ce sujet. L'hypertension, ça oui, le cholestérol, ça oui, mon poids, ça aussi, mais la sexualité non, je crois qu'on l'a, qu'on l'a jamais abordé ensemble.* »

Entretien 10 : « *On n'a jamais abordé la sexualité.* »

Entretien 12 : « *Il m'a jamais demandé comment, comment ça se passait dans la sexualité, jamais, jamais.* »

Entretien 14 : « *Mais avec mon médecin euh, elle s'est jamais trop penchée sur la question hum. En tout cas, ça m'a pas marqué.* »

Entretien 14 : « *Avec mon médecin ? Il me semble pas.* »

La sexualité peut faire l'objet d'une discussion avec différentes personnes, du corps médical ou non. Les patients accordent une place substantielle aux médias, notamment avec le développement et l'utilisation d'Internet dans la recherche d'information médicale.

Le sujet de la sexualité peut être abordé en consultation à travers des motifs divers et variés, que ce soit par le médecin ou par le patient. Les compétences du médecin généraliste dans de nombreux domaines (connaissances médicales, prise en charge psychologique, écoute, relation de confiance...) sont primordiales pour permettre une approche plus globale.

Cependant, le thème de la sexualité peut ne pas être évoqué lors des consultations, si le médecin ou le patient jugent qu'il n'y a pas de nécessité à en parler ou s'ils n'en ont pas l'envie. On remarque également dans ces entretiens qu'il existe une différence pour évoquer le sujet en fonction du sexe du médecin et du patient, pouvant influencer sur l'abord de la sexualité.

3. Difficultés

Dans cette partie, les difficultés pour aborder la sexualité en médecine générale exprimées par les patients lors des entretiens sont classées par thématique.

3.1. Liées au patient

3.1.1. Honte, peur, jugement

Les patients semblent gênés par certaines émotions, certains sentiments, rendant l'abord de la sexualité plus compliqué.

- *Honte*

Entretien 2 : « *On est un peu gêné parce que enfin, moi en tout cas, je savais que j'avais fait n'importe quoi et que c'était de ma faute et que j'avais, et que j'avais voilà, enfin j'ai chopé une infection mais, je savais que euh que c'était de ma faute bah et du coup bah on est toujours gêné parce qu'on sait qu'on a fait quelque chose de mal.* »

Entretien 2 : « *... petite gêne au début parce que bah euh j'ai plutôt euh j'avais plutôt honte de ce que j'avais fait.* »

Entretien 13 : « *J'avais jamais rien attrapé et je me disais que c'était, j'étais super fort. J'étais ouais ah oui non maintenant je me souviens, j'étais pas, je faisais pas le fier. Quand elle me demandait ohhh oh la la Hmm.* »

- *Peur du jugement*

Entretien 3 : « *La peur d'être jugée parce qu'on a tel ou tel problème.* »

- *Mal à l'aise*

Entretien 6 : « *Avec avec mon médecin je crois que je serais, j'oserais pas. Je serais, je sais pas j'aurais peur.* »

Entretien 6 : « *Mais non avec mon médecin je crois que je me sentirais pas très à l'aise.* »

3.1.2. Pudeur / tabou

Les patients peuvent avoir de la pudeur à aborder la sexualité, qu'ils considèrent comme un sujet tabou.

Entretien 14 : « *Peut-être la la pudeur, euh que ce soit un peu un sujet tabou.* »

Entretien 14 : « *E : Oui, il y a, ce serait ce qui vous gênerait le plus pour vous la pudeur, votre pudeur à vous, de pas oser vous dévoiler de ce côté-là parce que la sexualité, c'est un sujet tabou ? C'est bien ça ? P14 : Oui, c'est complètement ça.* »

3.1.3. Intimité

Aborder la sexualité lors d'une consultation peut embarrasser le patient, en entrant dans son intimité.

Entretien 3 : « *Mais euh, voilà c'est que c'est à propos de de d'ordre intime bah ça me gêne.* »

Entretien 12 : « *Mais euh mais c'est pas... il est pas, on n'est pas intime donc je veux pas lui montrer ça.* »

3.1.4. Intrusion

Les patients peuvent parfois avoir une impression d'intrusion dans leur vie sexuelle lors de l'abord du sujet.

Entretien 12 : « *Mais oui on en a peut-être, peut-être parlé oui mais après, est ce que ça le regarde ? Ça, j'en sais rien. Est-ce que ça le regarde ?* »

Entretien 12 : « *... parce que je, ça le regarde pas ce qu'il se passe là-dedans. Sauf si il y a je sais pas s'il y a une maladie mais j'ai jamais rien eu alors je dis que ça le regarde pas.* »

Entretien 13 : « *Je vais pas en parler comme ça, je vais pas lui raconter ma vie comme ça.* »

3.1.5. Image sociétale masculine

La représentation sexuelle de l'homme dans la société, image d'une personne puissante, forte, n'ayant pas de trouble de l'érection, peut engendrer une certaine retenue pour aborder certains sujets.

Entretien 7 : « *Le jour où ça marchera plus, je serais peut-être gêné de venir en parler à L. parce que euh je me sentirais euh faible.* »

3.1.6. Gêne de l'examen génital

Les personnes interrogées déclarent éprouver une certaine gêne au moment de l'examen clinique de l'appareil génital. Il persiste cette notion d'intimité, en lien avec le fait de se dévêtir et de montrer ses organes génitaux au médecin.

Entretien 3 : « *J'ai fait une mycose vaginale euh, voilà. Il me donne le traitement mais il va pas m'examiner parce que j'ai pas envie qu'il m'examine parce que voilà.* »

Entretien 3 : « *Euh mais si j'peux éviter euh voilà, je lui dis que j'ai une mycose ou que ça m'brûle et euh il me donne le traitement et après on n'en parle plus.* »

Entretien 10 : « *J'ai pas envie de de parler de ça, juste pour lui montrer mon mes attributs.* »

Entretien 10 : « *Je serais pas à l'aise, je me sentirais pas très bien. J'ai jamais fait ça, j'ai jamais montré mon sexe à euh un médecin, ou quelqu'un que je connais pas bien on va dire, pas intimement, bah je l'ai jamais fait.* »

Entretien 10 : « *...le fait de pas être à l'aise, pas me sentir bien à montrer vos organes, votre organe génital.* »

Entretien 12 : « *Je serais gênée de lui montrer, de lui montrer mes parties parce que j'ai jamais fait avec lui.* »

Entretien 12 : « *On le voit souvent, il fait comme, il fait partie de notre vie. Mais euh mais c'est pas, il est pas, on n'est pas intime donc je veux pas lui montrer ça.* »

3.1.7. Ne pas savoir à qui s'adresser

Les patients ne savent pas toujours à qui s'adresser pour évoquer le sujet de la sexualité ou un éventuel problème dans ce domaine.

Entretien 3 : « *Bah j'ai attendu 6 mois, parce que bah parce que je savais pas à qui en parler d'autres.* »

Entretien 6 : « *Je sais pas à qui d'autres je pourrais en parler.* »

Entretien 10 : « *A qui j'en parlerais ? J'en sais rien. J'en sais rien.* »

3.2. Liées au médecin

Les difficultés à l'abord de la sexualité peuvent être en lien avec certaines caractéristiques du médecin : âge, sexe, installé ou remplaçant.

3.2.1. Sexe du médecin

- *Médecin homme / Patient femme*

Entretien 3 : « *Après, ce qui est difficile, c'est que bah mon médecin généraliste euh bah je le connais depuis euh depuis euh longtemps et c'est un homme. »* »

Entretien 3 : « *Avec vous par exemple, qui êtes une femme, bah j'aurais pas de problème à euh vous parler de mes problèmes si j'en avais. Mais euh à euh (inaudible), au niveau intime bah parce que vous êtes une femme et euh que ça me dérange moins. »* »

Entretien 6 : « *c'est un (rire) par ce que c'est un homme et que et que je sais pas on parle pas de, j'ai pas trop envie de lui parler de ça.»* »

Entretien 9 : « *Je suis pas très à l'aise, ça me bloque. Je suis bloquée par le fait que ce soit un homme. »* »

Entretien 9 : « *...parce que c'est un homme. Je pense que je serais pas à l'aise, je serais pas à l'aise. »* »

- *Médecin femme / Patient homme*

Entretien 11 : « *J'étais pas très à l'aise. Parce que vous êtes une femme, pas que, j'ai rien contre les femmes mais je préfère, je préfère montrer ça à un homme ? »* »

Entretien 11 : « *C'est surtout parce que vous êtes une femme que que ça me gêne, ça me gêne. »* »

- *Médecin femme / Patient femme*

Entretien 1 : « *Peut-être qu'avec une femme, c'est plus facile d'en parler, parce que, parce que on a le même corps. »* »

Entretien 6 : « *J'irais peut être plus voir une gynécologue si j'avais, si j'avais des problèmes, peut être que je serais plus à l'aise si c'était une femme. »* »

3.2.2. Âge du médecin

Il peut être plus compliqué pour les patients de parler de sexualité avec un médecin jeune, souvent en raison du manque d'expérience et de connaissance.

Entretien 4 : « A ce moment-là, mon médecin traitant c'était euh un homme et j'en n'avais pas parlé avec lui parce que c'était un homme et que euh il était jeune en plus »

Entretien 4 : « Je voulais pas en parler euh avec mon ancien médecin traitant par ce que beh, ouais je le trouvais jeune et je me disais que lui il pouvait pas comprendre. »

Entretien 11 : « Après c'est bête même parce que vous êtes médecin et euh mais euh mais oui je crois que c'est parce que vous êtes une femme, vous êtes jeune. Et euh, peut être que si vous aviez eu vingt ans de plus, ça aurait été différent. »

Entretien 11 : « Après vous êtes jeune, donc je me dis euh elle sait pas. »

3.3. Liées à la relation médecin - patient

3.3.1. Lien avec le médecin

La proximité avec le médecin, que ce soit un proche du patient ou de la famille du patient, est une des difficultés majeures de l'abord de la sexualité pendant la consultation.

- *Le médecin est proche du patient*

Entretien 3 : « Après, ce qui est difficile, c'est que bah mon médecin généraliste euh bah je le connais depuis euh depuis euh longtemps et c'est un homme et donc euh voilà, on fait partie d'association ensemble. Et c'est vrai que euh je me vois pas euh je me vois pas lui parler de mes problèmes à ce niveau-là. »

Entretien 3 : « Euh voilà, je le vois en tant que médecin, et je le vois aussi en tant que collègue d'association donc euh bah voilà, enfin, c'est difficile de, euh voilà, de montrer son intimité à son médecin qu'on voit en dehors je trouve. »

Entretien 3 : « On se fait la bise quand je rentre dans le cabinet, parce que bah je le tutoie, parce que voilà, je sais pas si voilà. C'est sûr que mes problèmes de couples, je sais pas si je pourrai lui en parler par ce que il connaît mon couple. »

Entretien 3 : « Il connaît ma vie de couple en tant que « Prénom du médecin traitant », et pas en tant que docteur. Et je trouve que ça, ça fait des fois une barrière importante. »

Entretien 3 : « Voilà, il me connaît donc en tant que J. C. (prénom du médecin traitant), mais après c'est le docteur et euh effectivement il pourrait, je pourrais avoir une autre image de lui mais c'est difficile

quand euh quand euh on côtoie les gens, comme il y a 30 ans que voilà, c'est une personne qui fait partie de la même association et se dire que le lendemain, on verra son médecin, c'est pas évident. »

Entretien 3 : *« C'est toujours compliqué d'être ami et de parler de ses problèmes intimes avec quelqu'un qu'on connaît et qui est notre médecin traitant à la fois. Par la proximité, par la connaissance de tout son entourage. »*

- *Le médecin est proche de l'entourage du patient*

Entretien 1 : *« Je pense que euh ce qui me gênerait le plus, c'est que je le connais depuis que je suis enfin voilà il me suit depuis que je suis née. Et euh il connaît très bien mes parents, euh... C'est peut-être la proximité. »*

Entretien 1 : *« C'est peut-être la proximité qui ferait que euh que je pourrais être gênée. »*

Entretien 1 : *« Je pense que c'est le fait que ça soit vraiment un.... proche de la famille. »*

Entretien 3 : *« C'est toujours compliqué d'être ami et de parler de ses problèmes intimes avec quelqu'un qu'on connaît et qui est notre médecin traitant à la fois. Par la proximité, par la connaissance de tout son entourage. »*

3.3.2. Durée de suivi

Le fait de connaître son médecin depuis de nombreuses années peut être un problème pour certains patients pour parler de sexualité.

Entretien 6 : *« J'étais un peu gênée parce que, parce que ça fait bizarre que mon médecin il il, je le connais depuis longtemps et ça fait bizarre quand il parle de ça. »*

Entretien 12 : *« C'est que je le connais depuis depuis des des années et des années, et que il a soigné mes enfants, il nous soigne tous. Je me, je me vois pas lui montrer mes parties. »*

Entretien 12 : *« On le voit souvent, il fait comme, il fait partie de notre vie. »*

3.3.3. Absence de relation médecin/patient

A l'inverse, l'absence de relation médecin-patient, notamment avec un médecin nouvellement installé ou avec un remplaçant, peut entraîner des réticences sur l'abord de la sexualité.

- *Médecin nouvellement installé*

Entretien 4 : *« Il venait juste de s'installer et euh et euh je euh voilà j'étais pas, j'étais pas à l'aise. »*

- *Remplaçant*

Entretien 11 : « *J'ai j'ai été surpris que ce soit, que ce soit vous. Je pensais que c'était le docteur B.* »

Entretien 11 : « *Bah finalement, il m'a dit que c'était pas très normal, qu'il fallait mieux que je vois le médecin. Bon, je suis tombé sur vous. J'étais euh j'étais euh. J'aurais préféré que ce soit le docteur B. mais euh c'est comme ça.* »

Entretien 11 : « *J'ai rien contre vous mais c'est juste que ça m'a surpris et que et que j'ai été un peu gêné parce que parce que c'était pas le, c'était pas le docteur B.* »

3.4. Caractéristique de la consultation

En fonction du type de consultation, il peut exister certaines difficultés pour évoquer ce thème.

3.4.1. Moment de l'abord

Tout d'abord, il est parfois difficile pour le patient d'introduire le sujet.

Entretien 2 : « *Ce qui me gêne le plus c'est au tout début, c'est d'aborder, d'aborder mon problème mais de toute façon, je viens pour ça donc euh, donc euh j'ai pas le choix, il faut que je l'aborde et je le dis et puis après une fois que, une fois que c'est dit, pfff ça va mieux et voilà.* »

3.4.2. Routine de consultation

La manière du médecin de conduire la consultation peut être un frein à l'abord de la sexualité. Cela peut parfois ne pas laisser assez de place pour évoquer certains sujets, pouvant être importants pour le patient.

Entretien 8 : « *... aussi parce que je sais comment vont se passer les consultations. Pour les médicaments, on fait toujours la même chose, il me pose quelques questions, euh je, il prend ma tension, il écoute mon cœur, il écoute mes poumons, je me pèse et puis je prends l'ordonnance et je m'en vais. C'est voilà, j'ai l'habitude, je viens j'attends une heure et puis et puis en dix quinze minutes, c'est fait. Je repars avec ma liste, je vais à la pharmacie, j'achète tout ça. Il y a comme une routine de la consultation. Je viens juste pour ça tous les trois mois.* »

Entretien 8 : «... à mon médecin généraliste je ne lui en ai pas parlé. Je le vois pour pour qu'il renouvelle mes médicaments de la tension, bah mes médicaments du cholestérol aussi mais je lui en ai pas parlé parce que je me je me suis dit que j'avais pas de raisons de lui en parler. »

Entretien 8 : « J'ai pas pensé à lui en parler et il m'a pas posé la question non plus. Il me demande si je prends bien mes médicaments, si j'ai pas j'ai pas de douleur et puis on parle de choses et d'autres. Et c'est vrai que j'y ai pas pensé non plus à lui en parler. »

Entretien 8 : « Peut-être le la, l'espèce de de routine qu'on peut avoir pendant la consultation. De venir, de de faire toujours la même chose tous les trois mois et d'être habitué à ça. Et de pas penser à parler ça, de sexualité parce que on ne va pas me poser la question.»

Entretien 8 : « C'est l'espèce de de oui de routine qui s'instaure et qui fait que on n'y pense pas, on n'y pense pas. »

3.5. Idées des patients

Les patients peuvent s'imaginer les réactions potentielles du médecin, son éventuelle incompréhension face à certains problèmes, engendrant une difficulté supplémentaire à l'abord de la sexualité.

3.5.1. Peur de l'incompréhension du médecin

Certains patients expliquent avoir des difficultés pour évoquer la sexualité, craignant que le médecin ne puisse pas comprendre ou répondre à leurs plaintes et interrogations.

Entretien 4 : « Je me disais que lui il pouvait pas savoir ce que c'est une épisiotomie, il pouvait pas savoir ce que c'est les douleurs de l'épisiotomie. »

Entretien 4 : « Il peut pas le vivre donc euh mais voilà je me disais qu'il pouvait pas que il euh il était pas capable de répondre à mes questions ou de ou de voilà de m'examiner ou de regarder par ce que il a pas le même corps et que euh il sait pas ce que c'est des douleurs comme ça. »

Entretien 6 : « Je me sentirais gênée de de parler de ça de je me dis que je sais pas ce qu'il pourrait faire pour moi. »

Entretien 6 : « Je me dis qu'il qu'il pourrait pas comprendre. »

Entretien 6 : «... puis j'oserais pas lui en parler parce que je sais pas si, je sais pas si il saurait quoi me dire. »

3.5.2. Gêne du médecin

Les patients craignent d'être confrontés à une gêne du médecin s'ils étaient amenés à aborder la sexualité au moment d'une consultation.

Cette gêne du médecin pourrait embarrasser les patients et les rendre moins à l'aise.

Entretien 3 : *« Mais euh c'est vrai que voilà, avec le docteur Q., bah euh ,on se connaît beaucoup et euh je me demande si lui ne serait pas gêné par ce que on a une relation, euh une relation, voilà une relation de collègue , on travaille ensemble le weekend et euh je me demande si lui, il ne serait pas gêné, hum. »*

Entretien 10 : *« Euh bah que lui soit gêné, ça me gênerait encore plus. Et ouais, oui, ouais ouais, que lui il soit pas à l'aise et que moi je sois pas à l'aise. Le combo des deux, de deux personnes pas à l'aise, c'est c'est pas super euh dans la vie de tous les jours déjà donc euh avec un médecin qui soigne son patient, je suis pas sûr que ce soit bien, et pour lui et pour moi. »*

3.5.3. Appréhension des demandes du médecin

Un patient a évoqué un épisode de consultation, dans lequel il s'est imaginé que le médecin pourrait lui demander de faire une action, de l'ordre de l'intime.

Entretien 11 : *« J'avais peur qu'il me demande de mettre un préservatif devant lui (rire). »*

3.6. Autres spécialistes

3.6.1. Prise en charge par un autre spécialiste

Un patient pris en charge par un urologue, pour une pathologie prostatique, a expliqué n'avoir jamais abordé la sexualité avec son médecin généraliste, car il en parlait avec son urologue.

Entretien 8 : *« Parce que parce que l'urologue était était là et me prenait en charge. Donc je pense que si si l'urologue n'avait pas été là, j'en aurais certainement parlé au docteur, très certainement. »*

Entretien 8 : *« Je savais que que je voyais mon urologue assez régulièrement donc je me suis dit que voilà j'en parlerai avec le spécialiste. »*

3.6.2. Délai de consultation avec un autre spécialiste

Une autre difficulté peut être le délai de consultation pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste, notamment un gynécologue ou un urologue.

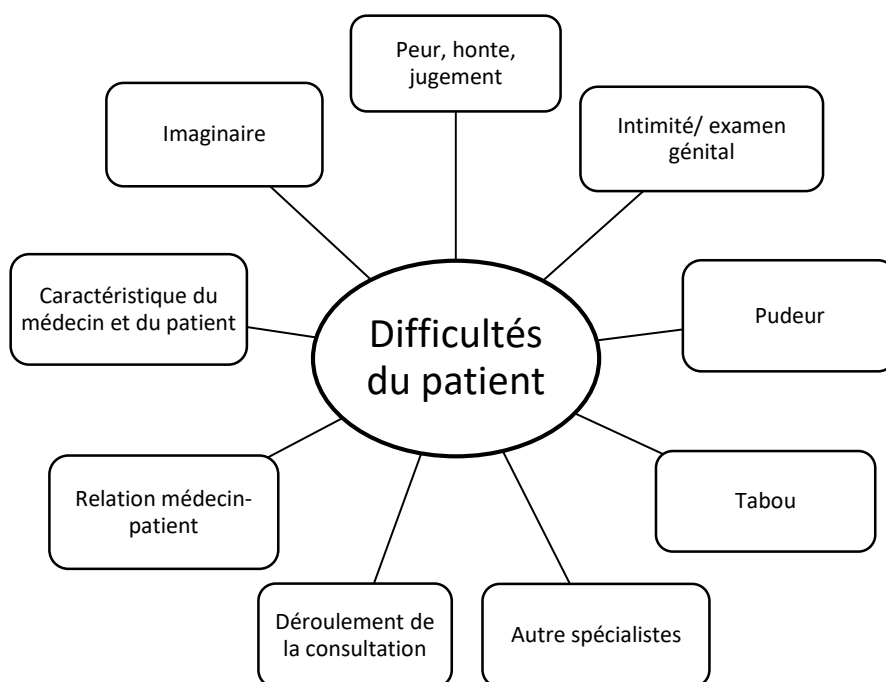
Entretien 3 : « Bah oui mais après ma gynéco je la vois une fois par an donc euh [petit rire], si j'ai un problème euh, voilà, c'est difficile parfois d'attendre un an. »

Entretien 3 : « Mais euh, quand j'ai eu, euh, ça m'est arrivé d'attendre hein, quand j'avais des douleurs au moment des rapports avec euh bah euh avec mon compagnon. Bah j'avais rendez-vous avec ma gynéco bah 6 mois plus tard, bah j'ai attendu 6 mois. »

On note différents types de difficultés, pouvant être liées aux patients, aux médecins, à la relation médecin/ patient, au type de consultation.

Un autre frein à l'abord de la sexualité est en relation avec les idées que peuvent avoir les patients sur la réaction des médecins, en évoquant le sujet.

La prise en charge par un spécialiste, autre qu'un médecin généraliste, peut parfois être source de difficulté, en raison du suivi réalisé hors du cabinet ou du délai de consultation souvent long.



4. Solutions

Les entretiens réalisés ont permis de mettre en évidence différentes pistes pour améliorer et faciliter l'abord de la sexualité en médecine générale.

4.1. Par le patient

4.1.1. Consulter un autre médecin

Les patients expliquent qu'en cas de problème d'ordre sexuel, certains préféreraient consulter un autre médecin que leur médecin traitant.

Entretien 3 : *« Y'a le gynécologue qui est là et puis si jamais j'ai besoin je sais que je peux éventuellement aller voir un autre médecin juste pour une consultation euh si je suis trop embêtée. »*

Entretien 6 : *« J'irais peut-être plus voir une gynécologue si j'avais, si j'avais des problèmes. »*

Entretien 8 : *« Comme c'est l'urologue qui m'a opéré, c'est à lui de régler, de régler ça et de me dire quoi faire. Parce que c'est mon mon spécialiste, qu'il est spécialisé là-dedans et je pense que c'est pour ça. »*

Entretien 9 : *« Avec le Docteur B., je parle de de de mes problèmes euh de tendinite, je vais le voir quand euh j'ai de la fièvre mais pas pour la gynécologie. Vraiment la gynécologie c'est le docteur O. B.»*

4.1.2. Caractéristiques du médecin

Le fait que le médecin soit de sexe masculin ou féminin, en fonction du sexe du patient, peut faciliter la discussion et l'abord de la sexualité. De plus, il apparaît que l'âge du médecin, plus ou moins jeune, peut influencer sur la décision du patient d'aborder la sexualité. Les patients pensent que plus un médecin est âgé, plus il a d'expérience et mieux il prendra en charge le patient.

Le choix du médecin du patient, en fonction de son sexe et de son âge, peut améliorer l'évocation du sujet en consultation.

- Sexe

Entretien 4 : *« Euh je me dis que j'ai pas de honte à avoir, que c'est une femme, on est des femmes et on peut toutes avoir des problèmes sexuels et l'important beh voilà, c'est d'en parler quand on est en confiance et quand on, quand on voilà quand on a la confiance. »*

Entretien 6 : « *Peut-être que je serais plus à l'aise si c'était une femme.* »

Entretien 9 : « *...que je lui avais demandé s'il avait des noms de gynéco femme parce que le fait que ce soit un homme ça me bloque et j'ai du mal euh à parler de de ce qui se passe à ce niveau-là avec un homme. Je préfère être avec une femme je suis plus à l'aise euh quand elle m'examine, je suis plus à l'aise pour discuter bah de mes problèmes actuels de ménopause.* »

- **Âge**

Entretien 4 : « *Et euh, je sais pas, si, je crois pas que ce soit difficile, parce que beh c'est une femme, qui est un peu plus âgée que moi.* »

Entretien 4 : « *Je me dis qu'elle a de l'expérience aussi et que beh elle pourra répondre à mes interrogations.* »

4.1.3. Consultation dédiée

Il peut être utile de prévoir, avec le médecin traitant, une consultation dédiée à l'abord de la sexualité, afin de prendre le temps de parler.

Entretien 4 : « *elle m'a dit de reprendre rendez-vous, qu'on referait le point. Donc j'avais repris rendez-vous, je l'ai vue euh quoi dix jours après et là j'ai pu en parler, elle savait que je venais pour ça.* »

4.2. Par le médecin

4.2.1. Orienter

Les patients souhaitent être orientés vers un médecin compétent, par leur médecin traitant, si ce dernier ne se sent pas capable de prendre en charge le patient.

Entretien 1 : « *Puis s'il estime qu'il sait, qu'il peut pas y répondre, il peut voilà, dire d'aller voir un médecin femme pour qu'elle puisse répondre à nos questions voilà.* »

Entretien 4 : « *Si elle peut pas répondre bah je me dis qu'elle pourra peut-être m'adresser vers d'autres médecins qui pourront répondre, si jamais, euh elle sait pas.* »

4.2.2. Mettre le patient à l'aise

Il semble important pour les patients que le médecin puisse les mettre à l'aise, au moment de l'abord du sujet.

Entretien 10 : « ...essayer de me mettre à l'aise pour que j'en parle avec lui si un jour ça m'arrive. »

Entretien 11 : « C'est ce que vous m'avez dit, c'est votre métier, c'est pas la première fois que que que vous voyez ça et euh donc je vous fais confiance. »

4.2.3. Humour

L'humour peut être un outil pour faciliter les discussions autour de la sexualité.

Entretien 2 « Et puis parfois voilà on rigole un peu et avec l'humour souvent ça passe, ça passe un peu mieux aussi. »

4.2.4. Education sexuelle

Un patient a précisé dans un entretien se souvenir d'avoir abordé la sexualité pendant son adolescence avec son médecin généraliste au moment d'une consultation pour un certificat médical. Le rôle d'éducation sexuelle et de prévention du médecin généraliste débute à partir de l'adolescence et semble important, car il permet d'ouvrir la discussion. Les patients savent ensuite qu'ils peuvent, si besoin, aborder ce sujet avec leur médecin.

Entretien 11 : « J'ai fait l'éducation sexuelle qu'on a quand on est, quand on est petit au collège, mais là on rigole plus qu'on écoute parce que ça nous fait rire et que, et que on est un peu bête aussi. »

Entretien 11 : « C'est des choses que j'avais, que j'avais entendues déjà au collège mais euh ça fait jamais de mal de de le réentendre et après quand c'est le médecin, c'est le médecin qui me suit depuis euh bah depuis que je suis tout petit, c'est peut-être que j'écoute plus que quand c'était des des des personnes que je je savais pas qui c'était. »

Il existe différents axes d'amélioration pour faciliter l'abord de la sexualité en médecine générale. Le patient peut décider de consulter un autre médecin, avec lequel il aura moins de difficultés, il peut prévoir une consultation uniquement pour parler de sexualité.

Le médecin peut orienter le patient vers un médecin plus adapté pour la prise en charge, il peut tenter d'évoquer le sujet avec une touche d'humour, en essayant de mettre à l'aise le patient. Il peut également aborder le sujet dès l'adolescence avec ses patients, afin d'avoir un rôle d'éducation et de prévention et d'ouvrir une porte à la discussion.

IV. DISCUSSION

1. Les forces et limites de notre étude

1.1. L'expérience des enquêtrices

Il s'agit là de la toute première expérience de travail qualitatif pour les deux enquêtrices, nécessitant une période de progression dans la qualité de la conduite des entretiens. Les guides d'entretiens ont été reformulés, des questions ont été rajoutées au fur et à mesure des premières discussions et de l'émergence de nouvelles notions nous paraissant intéressantes à développer.

Les enquêtrices se sont formées à l'aide de lecture concernant le travail qualitatif, la réalisation de guide d'entretien et l'analyse de données qualitatives.^{45 46 47 46}

Il leur a été difficile dans un premier temps :

- d'apprendre à poser des questions ouvertes
- de laisser le temps aux participants d'aller au bout de leur réflexion et d'exprimer toutes leurs idées
- de demander aux participants de développer leurs pensées quand celles-ci ne l'étaient pas suffisamment.

1.2. L'échantillonnage

1.2.1. Des médecins

Le recrutement des médecins s'est fait via les différents stages réalisés et sur le conseil des médecins déjà interrogés qui nous recommandaient d'autres noms de médecins généralistes.

Nous avons voulu donner une bonne représentativité de tous les médecins généralistes avec différentes caractéristiques (âge, sexe et mode d'exercice) qui sont rapportées dans le tableau suivant :

Médecins	Sexe	Âge	Mode d'exercice	Formation
1	Masculin	42 ans	Rural	MSU
2	Féminin	27 ans	Remplaçante	x
3	Masculin	62 ans	Semi-rural	MSU, DU Gériatrie et Sport

4	Masculin	34 ans	Semi-rural	DU Sport
5	Féminin	45 ans	Rural	DU Sport, Gynécologie
6	Féminin	34 ans	Rural	x
7	Féminin	55 ans	Semi-rural	DU Gynéco, Formation PNL
8	Masculin	29 ans	Remplaçant	x
9	Masculin	35 ans	Rural	x
10	Féminin	56 ans	Semi-Rural	MSU
11	Féminin	48 ans	Rural	x
12	Masculin	36 ans	Ville	x
13	Masculin	35 ans	Ville	x
14	Masculin	32 ans	Ville	x

1.2.2. Des patients

Les patients ont été recrutés par l'enquêtrice, au cours de ses différents remplacements. Après discussion avec la seconde enquêtrice et notre directrice de thèse, le choix de recrutement a été effectué en interrogeant le 2^{ème} patient de la matinée, répondant aux critères d'inclusion.

Patients	Sexe	Âge	Mode d'exercice du médecin	Sexe du médecin
1	Féminin	30 ans	Rural	Masculin
2	Masculin	24 ans	Rural	Masculin
3	Féminin	53 ans	Rural	Masculin
4	Féminin	37 ans	Semi-rural	Féminin
5	Féminin	68 ans	Rural	Masculin
6	Féminin	19 ans	Rural	Masculin
7	Masculin	55 ans	Rural	Masculin
8	Masculin	72 ans	Rural	Masculin
9	Féminin	59 ans	Semi-rural	Masculin
10	Masculin	42 ans	Semi-rural	Féminin
11	Masculin	36 ans	Semi-rural	Masculin
12	Féminin	79 ans	Semi-rural	Masculin
13	Masculin	31 ans	Urbain	Féminin
14	Féminin	41 ans	Urbain	Féminin

1.3. Les entretiens

Quatorze entretiens ont été réalisés auprès de médecins généralistes et de patients. Le nombre d'entretiens a été arrêté dès lors qu'une redondance des données a été observée.

Il s'agit d'entretiens individuels semi-dirigés, que les enquêtrices ont trouvés plus adaptés afin de permettre aux participants de s'exprimer librement et sans crainte de jugement sur un sujet pouvant être à l'origine de tabous.

1.3.1. Méthode de recueil

Les entretiens ont été enregistrés, permettant une retranscription précise des paroles des participants. Il a pu y avoir une perte de données au niveau du non-verbal du fait d'une réécriture intervenant parfois plus de 48 heures après les entretiens.

1.3.2. Les entretiens avec les médecins

Les entretiens avec les médecins ont été assez riches. L'enquêtrice étant considérée comme une homologue et les médecins connaissant le principe des entretiens anonymisés pour le travail de thèse, il a été plus facile de leur demander de développer des représentations parfois intimes.

1.3.3. Les entretiens avec les patients

Les entretiens avec les patients ont souvent été moins longs et moins développés que ceux des médecins. Les patients étaient moins enclins à entrer dans les détails. De par son rôle de médecin remplaçant et le lieu des entretiens (dans le cabinet médical), l'enquêtrice pouvait être considérée par les patients non pas comme un équivalent mais comme un personnel médical pouvant avoir un regard potentiellement désapprobateur sur ce qui était dit. Ce statut a pu restreindre les patients dans leurs paroles. De plus, les entretiens ont été réalisés en fin de consultation, ce qui a pu limiter la durée de certains entretiens.

1.4. Le mode d'analyse

L'analyse a été faite avec triangulation des données. Le codage des différents entretiens a été réalisé par les deux enquêtrices permettant l'obtention de la saturation des données.

2. Discussion comparée à la littérature

De nombreuses études ont déjà été réalisées concernant l'abord de la sexualité en médecine. Notre travail s'est attaché à étudier les difficultés actuelles à aborder la sexualité et à les comparer aux études déjà réalisées. Cela afin d'en déduire des solutions à proposer par la suite pour essayer d'améliorer le dialogue entre le médecin et le patient concernant la sexualité.

2.1. La santé sexuelle

Le terme de santé sexuelle a été défini par l'OMS en 2002 ²² comme « un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité nécessitant une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles avec la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. »

Les patients ont plutôt bien défini ce terme en parlant d'épanouissement, de bonne santé, d'absence de pathologie, en mettant en avant la place du couple.

Les entretiens ont révélé la méconnaissance des praticiens généralistes concernant cette notion qui a pourtant plus de quinze ans. Leur bon sens leur laisse entrevoir une définition assez juste mais incomplète. La santé sexuelle est donc une notion peu voire pas connue des médecins généralistes. L'étude a pourtant montré que la sexualité avait été évoquée lors de motifs de consultation nombreux et variés. Cela laisse à penser que les médecins généralistes, sans connaître réellement les objectifs en terme de santé sexuelle, la prennent déjà en compte dans leur pratique quotidienne.

2.2. L'abord de la sexualité

2.2.1. Du point de vue du médecin

L'étude a montré des conduites très différentes d'un médecin à l'autre. La posture d'évitement est très fréquemment retrouvée car rattachée à plusieurs problématiques (manque de temps, manque de formation, gêne, pas la priorité...). Certains médecins prennent en charge la sexualité sous un aspect purement médical, et d'autres disent avoir une approche plus globale. Il s'agit des mêmes postures que celles décrites par A. Giami dans « Singuliers généralistes ». ²⁷

Les médecins s'accordent pour dire que l'abord de la sexualité est légitime en consultation de médecine générale et que la prise en charge des problématiques sexuelles peut améliorer la qualité de vie de leurs patients, d'autant plus qu'ils pensent que leurs patients ne feraient pas forcément la démarche d'en parler d'eux-mêmes. Ce qui est en accord avec une étude déjà réalisée en 2015 sur le non-dit du patient en médecine générale. ⁴⁸ De ce fait, ils vont chercher à aborder le sujet soit de manière détournée, soit de manière directe en fonction du contexte. Les patients peuvent parfois en parler, mais ce sera souvent au milieu d'autres motifs ou en fin de consultation. Ces observations sont similaires à celles retrouvées par S. Oriol dans sa thèse en 2009. ⁴³

Malgré une réaction parfois de gêne ou de surprise des patients, les médecins évoquent souvent de bons retours de ces consultations où la sexualité a pu être abordée, ce qui conforte l'idée que les patients sont enclins à parler de sexualité avec leur généraliste. ^{29 29 49}

Ils utilisent différentes méthodes afin d'ouvrir le dialogue avec leurs patients à des moments propices de consultation, lorsque le contexte le permet. Certains auront des phrases-types ou utiliseront l'humour. D'autres s'attacheront à rappeler leur absence de jugement, et qu'ils sont soumis au secret médical afin d'instaurer un climat propice à l'échange sans réserve.

2.2.1.1. *Le cas du médecin remplaçant*

On remarque que le médecin remplaçant peut avoir une place particulière dans l'abord de la sexualité. La relation entre un patient et un médecin-remplaçant étant moins intime que celle entre un patient et son médecin traitant, cela peut favoriser l'ouverture du dialogue sur la sexualité. Le patient peut se sentir gêné d'avoir à évoquer ses problèmes d'ordres intimes et aura plus de facilités à s'exprimer avec quelqu'un d'extérieur, qui ne connaît pas sa famille ou ses amis. A contrario, certains patients, attachés à leur médecin traitant et au lien de confiance qui les unit, préféreront toujours en parler avec eux. Ces considérations sont retrouvées dans d'autres travaux de thèses. ^{43 50}

De plus l'abord du sujet avec le médecin remplaçant peut être une bonne façon de faire connaître son problème au médecin traitant de manière détournée via le dossier informatique.

2.2.2. Du point de vue du patient

Dans notre travail, de nombreux patients avouent ne jamais avoir parlé de la sexualité avec leur médecin généraliste. La thèse d'A. Barbaroux confirme cette observation, 13% des patients seulement l'abordent spontanément et dans 80% des cas pour une plainte somatique.⁵¹

Les raisons sont multiples, comme nous avons pu le mettre en évidence lors de l'analyse de données. Certains patients n'en éprouvent pas le besoin ou la nécessité. Dans d'autres cas, le patient est conjointement suivi par un médecin d'une autre spécialité (urologie, gynécologie).

La majorité des patients a mentionné le fait que leur médecin généraliste n'avait jamais abordé la sexualité avec eux. Une thèse réalisée sur 122 médecins et 200 patients confirme cette analyse. Elle montre que 87% des médecins interrogent rarement les femmes et 84.4% les hommes sur la sexualité. De plus, cette étude indique que 86% des médecins attendent que le patient aborde le sujet.⁵²

Concernant la question de « Qui aborde le sujet ? », d'après une étude, les patients semblent divisés : 58% des patients préfèrent aborder la sexualité eux-mêmes, alors que 29% préfèrent que le médecin l'aborde.²⁹

Une autre étude a montré que la majorité des hommes interrogés anonymement dans la salle d'attente de leur médecin généraliste considérait qu'il était important de parler des dysfonctions sexuelles avec son médecin et la moitié d'entre eux préférerait que le médecin initie la discussion.⁵³

Les patients interrogés ayant déjà abordé la sexualité l'ont tous fait dans un contexte pathologique de troubles sexuels. Cependant, notre travail révèle que quelques patients n'ont pas parlé de leur problème. Ces résultats rejoignent ceux d'une étude sur l'attitude des français face aux problèmes sexuels. 32.9% des hommes et 26.4% des femmes présentant des troubles d'ordre sexuels n'avaient entrepris aucune démarche pour résoudre leur problème. Chez les patients ayant cherché des solutions, seul 1/3 en avait discuté avec leur médecin.⁵⁴ Le faible abord de la sexualité semble assez contradictoire avec la prévalence tout de même importante de troubles sexuels chez l'homme et chez la femme.

Les patients consultent peu pour le motif de troubles sexuels, comme le souligne cette seconde étude, réalisée sur une population masculine. Elle révèle que 80% des personnes interrogées ont déclaré

souffrir occasionnellement au moins de troubles sexuels mais seulement 12% d'entre eux ont consulté pour ce motif.⁵³ Le constat est le même dans la population féminine qui montre que seulement 21% de femmes ayant un trouble sexuel ont demandé de l'aide.

De nombreux patients, dans notre étude, semblent préférer discuter de troubles sexuels avec leurs amis ou leurs partenaires. Ils l'expliquent par la relation de confiance qui existe entre eux et la possibilité de recueillir les expériences personnelles de leur entourage. Ils précisent qu'en cas de persistance du problème, ils pourraient être amenés à en parler avec leur médecin.

2.3. Les facteurs influençant l'abord de la sexualité

Nous avons pu constater que les difficultés étaient multiples et avaient déjà été décrites dans des études auparavant.

2.3.1. La consultation

Concernant la consultation, les médecins évoquent surtout le facteur « chronophage » lié au fait que la sexualité est rarement le seul motif de consultation et qu'ils choisissent de prioriser d'autres questions médicales.

Les patients, quant à eux, peuvent être gênés par le côté routinier des consultations de renouvellement d'ordonnance ou de suivi de pathologies chroniques. Ils n'osent pas dévier du rituel mis en place par le médecin.

Entretien 8 : « *Je sais comment vont se passer les consultations. Pour les médicaments, on fait toujours la même chose, il me pose quelques questions, euh je il prend ma tension, il écoute mon cœur, il écoute mes poumons, je me pèse et puis je prends l'ordonnance et je m'en vais (...) Il y a comme une routine de la consultation.* »

En consultation, la perception du médecin par son patient peut être modifiée par le port d'une blouse blanche. Lors d'un des entretiens, un médecin interrogé évoque plusieurs notions intéressantes concernant la blouse blanche. Pour lui, celle-ci permet d'endosser son rôle de médecin et lui confère un « super-pouvoir ».

Entretien 14 : « *Quand je sais que j'ai la blouse, c'est un peu comme un super-pouvoir, je me sens beaucoup plus à l'aise que si j'étais en civil, comme je suis. Parce que du coup j'ai cet habit-médecin, que je quitte en sortant. Et du coup je sais qu'avec le patient, quand il est là, il est dans mon cabinet, c'est ma blouse. Et je me cache beaucoup derrière ça, et moi ça m'aide beaucoup à aborder ces sujets un peu délicats...* »

Ce « super-pouvoir » lui donne la possibilité d'être à l'aise pour évoquer des sujets intimes avec ses patients, ce qui ne serait pas forcément le cas en civil. Il se « cache » derrière cette blouse pour se revendiquer en tant que personnel médical et s'effacer du point de vue personnel. Lorsqu'il enlève cette blouse, il peut quitter son travail et redevenir lui-même.

La blouse a donc comme avantage de faire valoir son statut en tant que médecin. Le sujet s'efface en tant que personne pour devenir un professionnel et se sentir plus légitime à poser certaines questions intimes. Ces notions sont déjà retrouvées dans la littérature traitant de la relation patient-médecin.⁵⁵

56

2.3.2. La formation

Les patients évoquent souvent l'importance des connaissances et compétences médicales du médecin, leur permettant d'aborder certains problèmes dont ils souffrent.

Les médecins ont très largement mentionné leur manque de formation et de connaissance du réseau et sont demandeurs d'outils afin d'améliorer leur savoir. Ces lacunes sont évoquées par des professionnels de santé de tous âges. Elles sont retrouvées dans les précédentes études.^{43 57 58}

Ce manque de formation semble encore plus délétère pour le médecin homme car il est restreint dans sa pratique en cabinet comme nous avons pu le constater dans l'entretien 14. Ce médecin ne pratique pas les frottis car il n'a pas eu l'occasion d'en faire suffisamment lors de son stage chez le praticien.

On peut alors s'interroger sur le fait que le médecin n'ait pas accédé à cet apprentissage à un autre moment de sa formation universitaire. Est-ce une volonté de sa part de prioriser d'autres spécialités ou y-a-t-il un manque de possibilités durant la formation ? Cette question fait écho aux observations d'une étude en 2015 sur la formation universitaire des internes concernant la sexualité.⁵⁹

Les patients peuvent ressentir le manque de connaissances du médecin mais gardent cependant à l'esprit que s'il n'a pas les compétences pour les prendre en charge ou ne s'en sent pas capable, il peut les orienter vers un praticien plus adapté.

2.3.3. L'âge

2.3.3.1. Âge du médecin

L'âge du médecin peut être une cause du non abord de la sexualité. Certains patients ont des représentations concernant la capacité à prendre en charge des troubles sexuels, en fonction de l'âge du praticien. La jeunesse peut signifier le manque de connaissance, d'expérience et de compétence. Au contraire, les patients pensent que plus un médecin est âgé, plus il a de l'expérience et mieux ils seront pris en charge.

2.3.3.2. Âge du patient

L'abord de la sexualité se fait aussi plus rare avec les personnes âgées car les médecins y songent moins ou pensent que la sexualité est peu ou pas investie chez cette catégorie de patients. Une thèse réalisée en 2014 révélait que les médecins ne portaient pas suffisamment attention aux conséquences que pouvaient avoir certaines pathologies sur la sexualité chez les plus de 50 ans. Et ce malgré le fait qu'il s'agissait d'une préoccupation importante de cette population de patients.⁶⁰

Nos observations rejoignent également celles de l'étude publiée en 2016 dans la revue *Sexologies* concernant les représentations des médecins qui initient beaucoup moins le sujet qu'avec des catégories d'âges plus jeunes et considèrent la sexualité des plus de 80 ans comme très restreinte, voire inexistante.⁶¹

Pourtant les patients âgés souhaiteraient en parler plus avec leur médecin d'après une étude sur la sexualité chez les personnes de plus de 70 ans.⁶²

2.3.4. Caractéristiques du patient

La classification des dysfonctions sexuelles masculines et féminines est basée sur la réponse sexuelle décrite par Master et Johnson⁹, en 4 phases : phase d'excitation, plateau, orgasme et résolution.

« Au moins 11.7% des femmes et 9% des hommes déclarent être « souvent » confrontés à au moins une des difficultés au cours de l'année passée ». ⁵

L'enquête CSF corrobore ces études, en montrant qu'en présence d'une difficulté dans la vie sexuelle, les patients hommes et femmes consultent peu. Le fait de cumuler des troubles sexuels pousse néanmoins les patients à plus consulter.

Le faible abord de la sexualité semble assez contradictoire avec la prévalence tout de même importante de troubles sexuels chez l'homme et chez la femme.

2.3.4.1. *Femme*

Chez les femmes, il existe quatre catégories majeures de dysfonctions sexuelles féminines : troubles du désir/intérêt, troubles de l'excitation, troubles de l'orgasme, douleurs incluant dyspareunie et vaginisme.^{63 64} Les dysfonctions sexuelles féminines les plus fréquentes sont : le manque de désir sexuel (20.9%), l'absence de plaisir (17.8%), l'incapacité à atteindre l'orgasme (15.8%), les difficultés de lubrification (14.3%), la dyspareunie (10%).⁵⁴ En France, 55% des femmes en France rapportent connaître ou avoir déjà connu des difficultés sexuelles au cours de leur vie. Ces chiffres varient en fonction de l'âge et du statut hormonal et augmentent avec l'âge et l'apparition de la ménopause.

Le suivi de la femme peut être réalisé par le médecin généraliste. A travers ces consultations, les patientes peuvent parler ou être questionnées sur la sexualité. Cela peut être au moment de la prescription d'un contraceptif, de la réalisation du frottis, d'une consultation pré-conceptionnelle ou du suivi post-partum.

Une patiente interrogée a pointé du doigt les difficultés qu'elle avait pu rencontrer à la suite d'une épisiotomie et a indiqué ne pas en avoir parlé avec son médecin généraliste. Il semble important de préciser aux patientes que les médecins généralistes ont les compétences pour mener des consultations post-natales. Une étude réalisée par une étudiante sage-femme dans le cadre d'un mémoire sur la prise en charge de la sexologie en post-partum a révélé que peu de médecins réalisaient la visite post-natale (2 sur 17 sur son échantillon). De plus, ils étaient moins à l'aise pour parler de la sexualité après un accouchement, probablement par manque d'expérience et de connaissance.⁶⁵

Une seconde patiente a expliqué avoir été gênée par un trouble de sécheresse vaginale dans un contexte de ménopause, mais n'en a pas parlé avec son médecin. Elle considérait que la sécheresse vaginale due à la ménopause était physiologique, liée à son âge et à son statut hormonal. C'est pour cette raison qu'elle ne l'a jamais évoqué.

Certains patients ne souhaitent donc pas aborder le sujet pour résoudre leurs difficultés, pensant que leurs problèmes sont liés à l'âge, normaux, et sans importance.

2.3.4.2. *Hommes*

L'étude de Buvat⁵⁴ a permis de classer les dysfonctions sexuelles en France. Les dysfonctions sexuelles masculines les plus fréquentes sont : l'éjaculation précoce (16%) et la dysfonction érectile (15%), Viennent ensuite un manque d'intérêt sexuel (13%), une anorgasmie (10%), une absence de plaisir (7.5%). Une enquête, réalisée sur 5099 hommes de 18 à 70 ans, a déterminé la prévalence des

dysfonctions érectiles (DE), qui est de 25% en moyenne, avec 15% chez les patients de moins de 45 ans et 44% chez les patients de plus de 45 ans. Chez les patients présentant une DE, moins d'1/4 consulte un médecin.⁶⁶

Dans notre étude, quelques patients, tous masculins, ont consulté leurs médecins généralistes pour une IST. Les patients venaient en consultation pour ce motif. L'enquête CSF note tout de même que 13% des hommes ne consultent personne en cas d'IST, contrairement aux femmes.⁵

Les médecins (hommes ou femmes) abordent peu le sujet de la sexualité avec les patients masculins. Or lorsque les patients sont interrogés, on remarque que ceux-ci souhaiteraient en parler d'avantage et voir une attitude plus proactive de la part de leur médecin.^{53 67}

Malgré ces attentes, notre étude a mis en évidence une plus grande difficulté à évoquer le sujet. Celle-ci est due en grande partie à l'absence d'examen de suivi régulier et à la honte ressentie par l'homme concernant sa dysfonction sexuelle. Les médecins expliquent que le patient éprouve une fierté masculine concernant sa sexualité. Le terme de "puissance" masculine associée à la capacité d'avoir une érection étant encore fortement ancrée dans la culture et dans les écrits, l'homme avec une dysfonction sexuelle se sentirait rabaissé. Dans le livre « Sexualité et vieillissement », un homme interrogé par l'auteur illustre cette pensée en déclarant « Moi j'ai ma définition de ce qu'est un homme : je bande, donc je suis. Le jour où je ne banderai plus, je ne serai plus digne du nom d'homme. »³⁷ De même, un des patients interrogés déclarait :

Entretien 7 : « Peut-être que voilà euh le jour où ça marchera plus, je serais peut-être gêné de venir en parler à L. parce que euh je me sentirais euh faible. »

Cela reviendrait donc à reconnaître son infériorité que de parler de ses difficultés avec un médecin. Concernant les dysfonctions érectiles, il s'agit d'un problème de santé publique qui a souvent un retentissement négatif sur la qualité de vie des patients. Une échelle permet d'évaluer l'impact psychologique des DE : l'échelle PIED (Psychological Impact of Erectile Dysfunction). Une étude montre l'importance de la prise en charge médicale et psychologique des DE, afin d'améliorer l'état de santé du patient.³⁶

Les patients peuvent être amenés à consulter pour des troubles de l'érection, afin de réaliser un bilan et éventuellement de traiter le problème. Un patient, dans nos entretiens, a expliqué ne pas avoir consulté son médecin traitant pour ses troubles, car il était déjà suivi par un urologue.

Nous avons également remarqué que certains médecins proposaient spontanément de procurer au patient une ordonnance à part pour les traitements de la dysfonction sexuelle, dans l'hypothèse qu'il souhaite les récupérer dans une autre pharmacie que celle habituelle.

Entretien 1 : « *Je leur propose moi-même spontanément de leur faire l'ordonnance sur une ordonnance séparée* ».

Cette proposition, bien que partant d'une bonne intention, peut entretenir le patient dans son sentiment de honte puisque le médecin lui-même lui renvoie cette image que son problème sexuel doit être dissimulé. La prise en charge de la dysfonction sexuelle est devenue banale, mais il demeure des problématiques de gêne et de honte à en parler de la part du patient qui peut se sentir diminué.

2.3.5. Relation médecin – patient

D'après les patients, le fait d'avoir une relation de confiance est importante pour aborder un sujet tel que la sexualité, souvent difficile à évoquer car cela est en lien avec l'intimité du patient. Cette relation de confiance se construit au fil des consultations, au fil du temps. C'est un mélange de confiance, de communication, d'écoute, de discussion et d'empathie en s'adaptant au patient. Une relation de qualité permet de favoriser le rôle d'éducation, de prévention, de dépistage et rend plus aisés l'interrogatoire et l'examen physique. De plus, elle renforce l'adhésion du patient à la prise en charge proposée.

Pour les patients, le fait de ne pas connaître le médecin à qui ils vont parler de sexualité ou ne pas avoir une relation médecin – patient adaptée peut être un frein. Cependant, nous avons remarqué dans les entretiens que quelques patients préféreraient parler de sexualité avec un médecin qui n'est pas forcément leur médecin traitant.⁶⁸

Les médecins utilisent déjà des outils appris lors de formations ou par l'expérience pour parler de sexualité avec leurs patients. Ils insistent beaucoup sur la relation médecin-patient et le fait de savoir appréhender la bonne distance. Cette relation de confiance permet par la suite au médecin d'aborder des sujets plus sensibles ou intimes comme la sexualité.

2.3.6. Proximité et lien avec le médecin

Ce lien de confiance ne doit néanmoins pas entraîner une trop grande proximité dans la relation patient-médecin. Les praticiens s'efforcent de conserver une certaine distance avec leur patientèle par différents moyens pour prévenir une intrusion dans leur propre intimité et éviter une gêne occasionnée par un contact aux limites de la relation strictement professionnelle. Le patient, ainsi que le médecin peuvent se sentir mal à l'aise d'évoquer un sujet aussi tabou que la sexualité avec quelqu'un de trop proche. C'est ce que l'on retrouve dans les entretiens lorsque les médecins

évoquent les relations amicales ou extra-professionnelles (loisirs, associations) qu'ils peuvent entretenir avec certains patients et la retenue qu'ils peuvent ressentir alors à aborder la sexualité.

Pour les patients, le fait de connaître de manière plus rapprochée le médecin peut aussi entraîner une gêne à l'abord de la sexualité en consultation. Le médecin n'est plus uniquement médecin, mais il est également copain, proche de la famille ou collègue dans certains cas. Les patients peuvent faire un amalgame lors de la consultation en se demandant qui est le médecin : est-ce un ami, un proche, ou bien est-ce mon médecin ? Ce lien unissant deux personnes peut être difficile à mettre de côté lors de consultation au cabinet médical, et peut, pour le patient, rendre l'abord de certains sujets délicat. Cette trop grande proximité peut entraîner un manquement dans la qualité du soin et être à l'origine de dérives non adaptées au cadre de la consultation.⁶⁹

Certains patients rapportent qu'il leur est parfois difficile d'aborder la sexualité car leur médecin est le médecin de toute la famille. On ressent la peur que le soignant révèle la pathologie aux autres membres de la famille ou juge le patient.

Pour résumer, la relation de confiance qui lie le patient et le médecin ne doit pas être confondue avec un excès de proximité et une intrusion dans la sphère personnelle du médecin. En d'autres termes : la distanciation des médecins « se justifie autant par l'exigence d'objectivité que requiert leur pratique, que par le désir de protéger leur vie privée et leur propre sensibilité »⁷⁰. Plusieurs articles et documents officiels sont rédigés pour aider le médecin dans cette démarche.^{71 72}

2.3.7. Genre du médecin

Le genre du médecin est une caractéristique pouvant influencer l'abord de la sexualité du fait des représentations qu'ont les patients. La différence de sexe entre patients et médecins, par exemple un médecin homme et une patiente femme, est une des difficultés les plus citées dans notre étude. Dans son étude⁷³, WL. Maurice met en avant l'idée que le sexe du médecin et du patient est déterminant dans les éléments médicaux recueillis et que ces éléments peuvent différer en fonction du sexe des deux personnes. En revanche, lorsque les deux personnes sont du même sexe, cela est parfois plus facile.

2.3.8. L'ambiguïté

Il existe toujours une barrière à évoquer la sexualité d'un patient du sexe opposé. Pour le médecin, ce frein est attribuable à la peur de se retrouver dans une situation ambiguë. Certains médecins adoptent d'ailleurs une posture d'évitement pour écarter tout risque d'érotisation durant la consultation.

Comme vu plus haut, le fait d'être un médecin homme est donc un désavantage lors de la formation car cela peut entraver l'apprentissage de certaines techniques réalisées en médecine générale (frottis, examen gynécologique). Ce défaut de formation est dû dans un premier temps à la gêne souvent ressentie par les patientes à devoir être examinées sur le plan génital par des hommes. Il est également causé par la propre gêne du médecin à réaliser cet examen ou à aborder la sexualité avec des femmes. La peur d'être mal interprété et d'être accusé d'agression à caractère sexuel est une représentation retrouvée seulement du côté des médecins hommes.

Concernant les médecins femmes, on retrouve également un embarras lorsque le sujet doit être abordé avec des patients hommes. Contrairement aux médecins hommes, celles-ci se placent plutôt dans la position de victimes potentielles. Elles redoutent elles aussi une mauvaise interprétation de la part des patients entraînant des situations de séduction non voulues, d'érotisation ou d'agression sexuelle. Leurs réticences sont d'autant plus fortes que certaines ont déjà été la cible de tels événements.

Certains médecins (hommes ou femmes) émettent une réserve à évoquer la sexualité avec leurs patient(e)s de la même tranche d'âge. La potentielle identification de ces patient(e)s en tant que partenaires sexuel(le)s les limite dans leur discours. En effet, si les médecins peuvent identifier ces patient(e)s en tant que partenaires sexuel(le)s, l'inverse est aussi vrai.

2.3.9. Examen génital

La pratique médicale est composée de l'examen physique, parfois sur des zones intimes notamment les organes génitaux, et les seins, sur des patients parfois dénudés. Certains patients expriment une appréhension à l'idée d'être examiné. Les organes génitaux sont dévoilés généralement lors de moments intimes avec le partenaire. Le fait de montrer cette partie du corps au médecin et de le laisser examiner cette zone peut entraîner une gêne pour le patient. Le médecin doit essayer de respecter certaines règles, certains codes, notamment avoir un comportement adapté au moment de l'examen, faire déshabiller le patient par partie (d'abord le haut, puis ensuite le bas), accompagner ses gestes de paroles explicatives, en respectant la pudeur du patient...⁷¹

2.3.10. Le comportement et la personnalité des patients

Les médecins mettent un frein à parler de sexualité avec certains patients ayant une personnalité particulière. Une des médecins évoque les patientes « hystériques », dont on peut comprendre ici qu'il s'agit de personnalités histrioniques. La réticence se porte sur la perte de temps occasionnée par des entretiens confus, désorganisés et fatigants.

D'autres encore rapportent des incidents venant de personnalités pathologiques avec des agressions sexuelles. Ont également été mentionnées des consultations gênantes avec des patient(e)s souhaitant provoquer un rapprochement avec le médecin et donc cherchant à déborder du cadre professionnel de l'entretien. Il ne s'agit pas là de situation ambiguë, mais bel et bien de tentative d'intrusion dans la vie personnelle du médecin voire même de faits répréhensibles par la loi. On retrouve les mêmes constatations dans les thèses déjà réalisées.^{43 52}

2.3.11. Emotions

Les émotions et sentiments de chaque patient peuvent être un frein à l'évocation du sujet. Certains patients ont parlé de honte, de peur du jugement à l'idée de parler de sexualité. Cette gêne peut naître, chez les patients interrogés, surtout dans un contexte d'IST, lors de pratiques à risque ou d'une mauvaise utilisation des moyens de contraception. Les patients peuvent être embarrassés à l'idée d'avouer à leur médecin leurs erreurs, en appréhendant un jugement de la part du médecin. Le sujet de la sexualité peut également être un tabou. Le rapport à l'intimité peut parfois limiter le patient à en parler, par peur d'une intrusion du médecin dans sa vie privée intime et sexuelle.

2.3.12. L'orientation sexuelle

Les comportements des médecins face à un patient ayant une orientation sexuelle différente sont assez divers concernant l'abord de la sexualité. Certains ne posent pas de question sur l'orientation, tandis que d'autres estiment que la bonne prise en charge du patient nécessite de la connaître.

Les études montrent que les patients LGBT présentent des facteurs de risque supérieurs à la population en termes d'addiction, dépression et suicide.¹⁷ Dans ce contexte, aborder la sexualité et la question de l'orientation pourrait être bénéfique pour un suivi optimal du patient.

Les entretiens réalisés laissent entrevoir que les médecins sont plutôt ouverts à la discussion et n'émettent pas de jugement quant à la sexualité de leur patient. Un des médecins fait d'ailleurs la remarque que l'évocation de l'homosexualité en consultation et l'attitude ouverte du praticien ont un effet libérateur sur le patient. Cette constatation se retrouve dans la thèse de S. Oriol.⁴³ Pour la plupart, la prise en charge ne diffère pas et ils ne considèrent pas l'orientation sexuelle comme une difficulté supplémentaire.

Néanmoins, nous avons pu noter deux réactions de gêne concernant ce sujet. Chez un médecin femme, tout d'abord, craignant d'être mal interprétée et de paraître ambiguë auprès de patientes homosexuelles. Chez un médecin homme, ensuite, ne souhaitant pas être mis face à des situations où l'homosexualité était abordée, sans toutefois émettre de jugement lorsqu'il y était confronté.

En 2010, le « Rapport annuel sur l'homophobie », rédigé par SOS homophobie, décrivait « l'absence totale d'évolution des mentalités »⁷⁴ concernant l'homosexualité masculine ou féminine. Les médecins interrogés lors de notre étude n'ont pas rapporté de propos homophobes ou discriminants envers la population LGBT. Malgré cela, le Rapport annuel sur l'homophobie de 2017 mettait « en lumière un important besoin de formation du personnel médical, aussi bien dans la connaissance de la réalité des personnes LGBT que dans la prise en charge bienveillante et non discriminante de ces patient-e-s. » Les témoignages d'homophobies dans le domaine de la santé sont encore présents et restent relativement stables dans le temps (2% du total des discriminations rapportées en 2010 contre 1.5% en 2017).⁷⁵

2.3.13. Le couple

Il ressort des entretiens que les médecins se sentent peu compétents pour gérer un problème de couple. Pour la plupart, le manque de formation à ce sujet et la rareté de ce type de consultation expliquent l'embarras qu'ils ressentent. De plus, la gestion du secret médical est complexifiée lorsque les deux patients sont pris en charge séparément. Le médecin traitant est alors l'intermédiaire et est confronté à deux discours différents. Il doit savoir gérer les informations au profit de chacun sans porter atteinte au secret médical de l'un ou l'autre.⁷⁶

Lorsque les patients viennent ensemble, les médecins ont tendance à orienter vers un sexologue ou un thérapeute de couple.

2.3.14. La place de l'imaginaire

Lors des entretiens réalisés, les enquêtrices ont remarqué que les patients comme les médecins ont de nombreuses représentations de l'abord de la sexualité en médecine générale. Ces représentations peuvent être à l'origine de certaines difficultés à parler de sexualité en consultation. Elles ont été relevées afin de comparer ce que s'imaginent patients et médecins et d'observer leurs interactions.

Concernant l'abord du sujet, certains médecins pensent que les patients ne souhaitent pas parler de sexualité avec eux ou qu'ils en parleraient s'ils avaient un problème. Les praticiens supposent que les patients seraient mal à l'aise à l'évocation du sujet. Ils s'imaginent également que les patients pourraient ressentir leur manque de compétence, ou se questionner sur leurs motivations et mal interpréter leurs propos. De plus, ils anticipent la peur du patient de devoir se faire examiner. Ils se représentent que les patients ne veulent pas parler de sexualité car ceux-ci pensent devoir se contraindre à un examen médical qu'ils ne souhaitent pas. Lorsque le sujet est abordé avec un(e)

patient(e), ils sont parfois mal à l'aise devant certaines paroles et se demandent si celles-ci ne sont pas ambiguës.

D'un autre côté, certains patients appréhendent la réaction de leur médecin vis-à-vis de la sexualité. Cette appréhension peut les empêcher d'évoquer le sujet, ou de moins bien définir leur trouble. Elle induit une peur du jugement. D'autres patients ont parlé de la peur d'une incompréhension de la part de leur médecin. On remarque que le fait d'avoir un médecin du sexe opposé majore cette peur. Cela peut laisser penser au patient que son médecin ne sera pas apte à comprendre ses troubles, ses douleurs. Pour le patient, le moyen le plus simple est donc de ne pas aborder le sujet.

2.4. Les solutions proposées

Les constatations concernant les difficultés à aborder la sexualité de notre étude ne diffèrent pas de celles déjà réalisées jusqu'alors. Les conclusions concernant les améliorations à apporter sont également similaires.

Nous pouvons classer ces propositions en plusieurs catégories en fonction de la difficulté rencontrée.

2.4.1. Liées à la consultation

Actuellement, le temps consacré à l'abord de la sexualité semble faible, souvent réduit à cause d'autres problématiques mentionnées durant ces consultations. Il apparaît donc nécessaire de prévoir des entretiens dédiés à ce sujet. Le médecin peut inviter le patient à prendre un nouveau rendez-vous. Il a aussi été suggéré de prévoir une consultation annuelle pour aborder divers thèmes, en dehors du suivi habituel, dont la sexualité. De plus, certains moments sont plus propices à l'évocation du sujet et le médecin doit essayer de saisir ces opportunités.

Dans une étude réalisée en 2014 sur l'abord des troubles sexuels, il apparaît que 69% des patients interrogés pensent qu'il est possible d'en parler pendant l'interrogatoire, au moyen d'une ou deux questions.²⁹

De plus, nous pouvons nous appuyer sur une publication récente de 2017 portant sur la réaction des patients à qui a été posée la question : « Comment va la sexualité ? » pendant la consultation de médecine générale. Une large majorité des patients a eu un ressenti neutre ou positif. 81% étaient pour que la sexualité soit une partie intégrante de la consultation, 35% des patients ont été surpris et

seulement 7% ont trouvé la question déplacée. Cette étude montre que, malgré le faible abord de la sexualité en consultation, les patients sont plutôt favorables à parler de ce sujet, dans un environnement approprié.⁷⁷

2.4.2. Liées à la relation médecin-patient et à la gêne

Pour favoriser une atmosphère propice à l'échange, il faut apprendre à mettre le patient en confiance. La construction d'une relation médecin – patient de qualité passe également par le respect d'une certaine distance, en adoptant un comportement et un discours adapté (distance physique, port d'une blouse...).

Concernant les dysfonctions érectiles, le médecin devrait s'attacher à ne plus utiliser les termes de « puissance » et « d'impuissance », encourager le dialogue et dédramatiser la dysfonction sexuelle afin de permettre au patient homme d'évoquer précocement et sans honte ses difficultés.

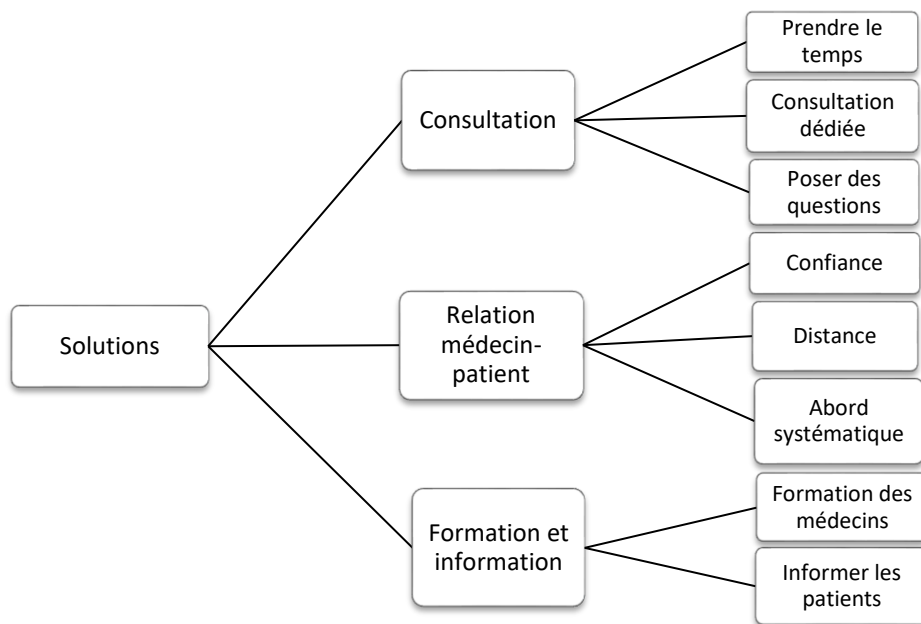
Un abord systématique de la sexualité a comme avantage d'éviter l'oubli de cette thématique et d'habituer le patient, comme le médecin, à évoquer ce sujet, souvent source de gêne.

L'idée de faire remplir un questionnaire aux patients avec, entre autres, des questions sur leur santé sexuelle, a été émise par plusieurs médecins. Elle est déjà réalisée par certains d'entre eux et semble être intéressante.

2.4.3. Liées à la formation et l'information

Chez de nombreux médecins, le manque de connaissances se fait sentir pendant les consultations, les empêche de mener à bien la prise en charge et peut même entraîner des comportements d'évitement face à ces situations. La nécessité de se former est primordiale durant le cursus universitaire et tout au long de sa carrière professionnelle. Ces formations, déjà existantes, peuvent porter sur la sexualité, mais également sur la manière de communiquer et de développer une relation médecin-patient de qualité.

De plus, il est important que l'information aux patients soit bien transmise via différents supports de communication. Les médecins peuvent déposer des affiches ou des plaquettes dans leur cabinet pour faire savoir aux patients que la sexualité peut être abordée durant la consultation. Il existe également d'autres outils tels que la presse, la publicité, les livres, Internet, permettant aux patients de se documenter sur le sujet.**Erreur ! Signet non défini.**⁶⁶



V. CONCLUSIONS



Nom, prénom du candidat : Bellaton, Noëlie

CONCLUSIONS

Malgré la place importante de la sexualité pour la qualité de vie de chacun, ce sujet reste peu abordé en consultation de médecine générale. Ce constat s'explique par différentes raisons que nous avons tentées de développer.

Nous avons réalisé deux études qualitatives par entretiens semi-dirigés dans les régions Auvergne-Rhône-Alpes et Provence Alpes Côte d'Azur. Nous avons interrogé quatorze patients et quatorze médecins généralistes sur les difficultés à aborder la sexualité en consultation. L'enquête avait pour but de déterminer les facteurs en cause. L'objectif secondaire était de proposer des solutions afin d'améliorer le dialogue sur ce sujet.

Les deux études ont fait apparaître des difficultés en lien avec le déroulement de la consultation, les caractéristiques du médecin et du patient, l'imaginaire et les représentations de chacun, la gêne sur le plan physique et émotionnel. Nous avons également mis en évidence des obstacles propres au médecin et au patient tels que le manque de connaissance et de formation professionnelle chez les médecins, et une peur du jugement et de l'examen médical chez les patients.

Par ailleurs, la qualité de la relation médecin-patient favorise une bonne approche du sujet : le maintien d'une distance appropriée, le comportement adapté et un dialogue ouvert permettent de traiter de la sexualité plus facilement.

Nous avons identifié différents axes afin d'améliorer l'abord du sujet : prévoir une consultation dédiée, évoquer systématiquement la sexualité ou remettre un questionnaire aux patients, améliorer l'information aux patients et la formation des médecins, notamment pour la prise en charge des personnes de sexe opposé, développer la communication pour favoriser le lien de confiance.

Ces solutions proposées par les médecins et les patients lors de notre étude sont déjà connues. En 1972, un article faisait déjà état du manque de connaissance et de formation, de l'abondance des manières de procéder en fonction du patient, de la possibilité de brochures, de l'utilité de la blouse blanche.



Chaque médecin décide de sa manière de mener une consultation et s'adapte en fonction du patient et du contexte. Les différentes études réalisées confirment la singularité de l'abord de la sexualité, déterminée par la relation entre le médecin et son patient.

De ce constat, on peut penser qu'une amélioration des pratiques doit s'effectuer en amont de ces propositions afin de les développer ensuite plus facilement. Comme nous l'avons observé, médecins comme patients ne connaissent pas ou peu le terme de santé sexuelle. Cette branche de la médecine n'est pas beaucoup développée ni mise en avant. Il serait bénéfique d'avoir un impact sur les nouvelles générations de patients et de médecins afin de promouvoir cette partie de la médecine générale et de rendre l'abord de la sexualité plus naturel avec son praticien.

Pour cela, pourraient être envisagées une amélioration concernant l'éducation et la prévention chez les adolescents et jeunes adultes et la promotion des compétences du médecin généraliste, qui est apte à aborder la sexualité. Il serait intéressant de proposer également un cours d'initiation sur la santé sexuelle avant l'internat, puis de poursuivre les ateliers portant sur l'abord de la sexualité et la communication au cours de l'internat.

Le Président de la thèse,

Nom et Prénom du Président

Signature P. Naim Foni

Vu :

**Pour Le Président de l'Université
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est**



Signature
Professeur Gilles RODE



Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **15 MAI 2018**



Nom, prénom du candidat : Chambost Amandine

CONCLUSIONS

Malgré la place importante de la sexualité pour la qualité de vie de chacun, ce sujet reste peu abordé en consultation de médecine générale. Ce constat s'explique par différentes raisons que nous avons tentées de développer.

Nous avons réalisé deux études qualitatives par entretiens semi-dirigés dans les régions Auvergne-Rhône-Alpes et Provence Alpes Côte d'Azur. Nous avons interrogé quatorze patients et quatorze médecins généralistes sur les difficultés à aborder la sexualité en consultation. L'enquête avait pour but de déterminer les facteurs en cause. L'objectif secondaire était de proposer des solutions afin d'améliorer le dialogue sur ce sujet.

Les deux études ont fait apparaître des difficultés en lien avec le déroulement de la consultation, les caractéristiques du médecin et du patient, l'imaginaire et les représentations de chacun, la gêne sur le plan physique et émotionnel. Nous avons également mis en évidence des obstacles propres au médecin et au patient tels que le manque de connaissance et de formation professionnelle chez les médecins, et une peur du jugement et de l'examen médical chez les patients.

Par ailleurs, la qualité de la relation médecin-patient favorise une bonne approche du sujet : le maintien d'une distance appropriée, le comportement adapté et un dialogue ouvert permettent de traiter de la sexualité plus facilement.

Nous avons identifié différents axes afin d'améliorer l'abord du sujet : prévoir une consultation dédiée, évoquer systématiquement la sexualité ou remettre un questionnaire aux patients, améliorer l'information aux patients et la formation des médecins, notamment pour la prise en charge des personnes de sexe opposé, développer la communication pour favoriser le lien de confiance.

Ces solutions proposées par les médecins et les patients lors de notre étude sont déjà connues. En 1972, un article faisait déjà état du manque de connaissance et de formation, de l'abondance des manières de procéder en fonction du patient, de la possibilité de brochures, de l'utilité de la blouse blanche.



Chaque médecin décide de sa manière de mener une consultation et s'adapte en fonction du patient et du contexte. Les différentes études réalisées confirment la singularité de l'abord de la sexualité, déterminée par la relation entre le médecin et son patient.

De ce constat, on peut penser qu'une amélioration des pratiques doit s'effectuer en amont de ces propositions afin de les développer ensuite plus facilement. Comme nous l'avons observé, médecins comme patients ne connaissent pas ou peu le terme de santé sexuelle. Cette branche de la médecine n'est pas beaucoup développée ni mise en avant. Il serait bénéfique d'avoir un impact sur les nouvelles générations de patients et de médecins afin de promouvoir cette partie de la médecine générale et de rendre l'abord de la sexualité plus naturel avec son praticien.

Pour cela, pourraient être envisagées une amélioration concernant l'éducation et la prévention chez les adolescents et jeunes adultes et la promotion des compétences du médecin généraliste, qui est apte à aborder la sexualité. Il serait intéressant de proposer également un cours d'initiation sur la santé sexuelle avant l'internat, puis de poursuivre les ateliers portant sur l'abord de la sexualité et la communication au cours de l'internat.

Le Président de la thèse,

Nom et Prénom du Président

Signature Ph. Alain Fourni

Lyon Est



Vu :

**Pour Le Président de l'Université
Le Doyen de l'UFR de Médecine**

Professeur Gilles RODE



Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 15 MAI 2018

VI. ANNEXES

Guide d'entretien des médecins

1°) Quels étaient les motifs de consultation au cours desquels vous pensiez à aborder la sexualité ?

2°) Comment faites-vous pour aborder le sujet ?

3°) Comment semblent réagir vos patients à l'évocation du sujet ? Quelles sont les différences lorsqu'on en parle avec un homme ou une femme ?

4°) Comment abordez-vous le sujet avec des patients n'ayant pas la même orientation sexuelle que vous ? Quels sont les difficultés supplémentaires ?

5°) Que pensez-vous de la place de l'abord de la sexualité dans l'exercice de la profession ?
(légitimité, aisance, formation, chronophage)

6°) Comment serait-il possible, selon vous, d'intégrer l'abord de la sexualité en consultation ?

7°) Quel est votre sentiment sur votre manière d'aborder le sujet actuellement (modifications à apporter) ?

8°) Penseriez-vous vouloir modifier votre façon d'aborder le sujet ?

Guide d'entretien des patients

Question de recherche : Quelles sont les difficultés à aborder le sujet de la sexualité en médecine générale ? Etudes qualitatives du point de vue des médecins et des patients.

Âge:

Sexe: M F

Votre médecin généraliste est

Un homme

Une femme

1/ L'OMS a donné une définition de la santé sexuelle. Comment définiriez-vous la santé sexuelle ?

Définition de la santé sexuelle par l'OMS : « La santé sexuelle 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, c'est-à-dire sans contrainte, discrimination ou violence ».

Qu'en pensez-vous ?

2/ Si vous deviez rencontrer des difficultés d'ordre sexuel, à qui penseriez-vous en parler ?

3/ Avez-vous déjà abordé le sujet de la sexualité avec un médecin ?

Quels étaient les sujets abordés ? Avez-vous été satisfait des réponses apportées ?

Quels sujets n'avez-vous pas abordés ? Comment expliquez-vous le fait de ne pas avoir abordé ce sujet ?

Votre médecin a-t-il déjà abordé ce sujet ?

4/ Quelle(s) aide(s) pourrai(en)t vous apporter votre médecin généraliste sur ce sujet ?

5/ Qu'est ce qui pourrait vous gêner pour aborder ce sujet avec votre médecin généraliste ?

Formulaire de consentement du médecin

L'étude à laquelle vous participez aujourd'hui est réalisée dans le cadre d'une thèse d'exercice. Ce travail est sous la direction du Dr Sylviane BIOT-LAPORTE, le promoteur est la Faculté de Médecine de Lyon et l'investigateur principal est Amandine CHAMBOST.

Cette étude porte les difficultés à aborder le thème de la sexualité en consultation de médecine générale.

L'investigateur principal s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Il s'engage également à fournir aux participants tout le soutien permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette recherche.

Pour cela, les entretiens sont enregistrés par dictaphones puis retranscrits sur informatique et anonymisés pour être ensuite analysés. Les données enregistrées seront ensuite détruites. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberté (le droit d'accès et de rectification n'est pas recevable).

Je soussigné(e) _____ déclare accepter librement, et de façon éclairé, de participer comme sujet à l'étude intitulée : *Les difficultés à aborder le thème de la sexualité en médecine générale*.

- Autorise par la présente à enregistrer en audio l'entretien du
- Autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur forme transcrite et anonymisée (cf.infra) : à des fins de recherches scientifiques (mémoires ou thèses, articles scientifiques, exposés à des congrès, séminaires).
- Prends acte que les données ainsi enregistrées seront anonymisées, et qu'elles seront détruites une fois anonymisées et retranscrites sur informatique.
- Prend acte que le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence.
- Prend acte que j'ai la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, dans les limites des contraintes du plan de recherche

Fait àLe(en 2 exemplaires)

Signature du participant

Signature du promoteur principal

Formulaire de consentement du patient

Madame, Monsieur,

Je suis interne en médecine générale, et je prépare actuellement une co thèse de fin d'étude dirigée par le Dr BIOT LAPORTE. Je travaille sur la question de recherche « Quelles sont les difficultés à aborder le sujet de la sexualité en médecine générale ? Etudes qualitatives du point de vue des médecins et des patients ».

L'objectif de cette étude est de comprendre quelles sont les difficultés à aborder la sexualité en consultation chez le médecin généraliste à la fois du point de vue des patients et du point de vue des médecins (partie de la thèse réalisée par Amandine CHAMBOST).

Pour réaliser cette étude, j'ai besoin d'interroger des patients, hommes et femmes, volontaires, majeurs, afin d'essayer de répondre à cette question.

Les entretiens sont individuels, anonymes, durent entre 10 et 20 minutes. Avec votre autorisation, ils sont enregistrés pour permettre une analyse approfondie. Les données sont d'abord retranscrites mot à mot, puis analysées afin de dégager les thèmes principaux.

Le participant pourra refuser de répondre à certaines questions ou d'aborder certains thèmes. Il pourra aussi mettre fin à sa participation à l'étude, et ce, sans qu'aucun préjudice ne lui soit causé. Les propos recueillis seront utilisés aux seules fins de cette étude, les données enregistrées seront anonymisées et détruites une fois retranscrites sur informatique.

CONSENTEMENT

Je soussigné (e), _____ (Nom, Prénom en majuscules), agé(e) de _____ ans certifie avoir reçu et lu la fiche de présentation de l'étude concernant le travail de recherche de Mademoiselle BELLATON Noëlie.

J'accepte librement de participer à cette étude de recueil d'avis et de ressentis des patients qui consiste à recueillir des idées, comprendre et créer des outils afin de permettre au médecin et au patient de créer un lieu d'échange sain et confiant sur le sujet à partir d'entretien et de récit de situation.

J'accepte que les informations issues de cet entretien soient utilisées, de façon anonyme, pour rendre compte des résultats à la communauté scientifique.

Je suis parfaitement conscient(e) que je peux retirer à tout moment mon consentement de participation à cette recherche sans avoir à me justifier et sans qu'aucun préjudice ne me soit causé.

Fait à

Le

Signature du participant

Signature du promoteur principal

Partage du travail de thèse

- Entretien médecins et retranscription : Amandine
- Entretien patients et retranscription : Noëlie
- Codage médecins et patients : Amandine et Noëlie
- Introduction : Amandine et Noëlie
- Matériel et Méthode : Amandine et Noëlie
- Analyse de données médecins : Amandine
- Analyse de données patients : Noëlie
- Discussion : Amandine et Noëlie
- Conclusion : Amandine et Noëlie
- Bibliographie : Amandine et Noëlie
- Résumé : Amandine
- Powerpoint : Noëlie

VII. BIBLIOGRAPHIE

-
- ¹ Petit Larousse illustré, Ed. Larousse, 2017
 - ² Bozon M, Sociologie de la sexualité : Domaines et approches, Armand Colin, 3^{ème} ed, Paris, 2013
 - ³ Housseau B, Amsellem Y, Les manières d'aborder les questions liées à la sexualité, La santé de l'homme Hors-Série, septembre 2012 ; 420 : 20-23
 - ⁴ Charpentier C, L'abord de la sexualité dans le cadre de la prévention et du dépistage du Virus de l'Immunodéficience Humaine en cabinet de médecine générale. Représentations du médecin, [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine] Paris, Université Paris Descartes Faculté de médecine, Paris 5, 16 octobre 2012
 - ⁵ Bajos N, Bozon M, Beltzer N, Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé, La Découverte, Paris, 2008
 - ⁶ Faix A et membres du comité d'Andrologie et Médecine sexuelle de l'association française d'Urologie, Histoire de la médecine sexuelle, Prog Urol, 2014 ; 24(supp3) : 1-3
 - ⁷ Oosterhuis H, Sexual Modernity in the Works of Richard von Krafft-Ebing and Albert Moll, Medical History, avril 2012; 56(2): 133-55
 - ⁸ Foucault M, Histoire de la sexualité, tome 1 : La volonté de savoir, Gallimard, 1994
 - ⁹ Masters WH, Johnson V, Les réactions sexuelles, Ed Robert Laffont, Paris, 1968
 - ¹⁰ Ashford M, Masters of Sex, Showtime, Etats-Unis, 2013 - 2016
 - ¹¹ Maier T, Masters of Sex: The Life and Times of William Masters and Virginia Johnson, the Couple Who Taught America How to Love, Basic Books, Etats-Unis, 2009
 - ¹² Giami A, De Colomby P, Profession sexologue ?, Sociétés contemporaines, 2001 ; 41-42: 41-63
 - ¹³ Giami A, Santé sexuelle: la médicalisation de la sexualité et du bien-être, Le Journal des psychologues, 2007 ; 250 : 56-60
 - ¹⁴ Grémy I, Les comportements d'adaptation aux risques de transmission du VIH dans différentes populations, Médecine et maladies infectieuses, Elsevier, mai 2005 ; 35(5) : 306-313
 - ¹⁵ Campillo R, 120 battements par minute, France, 2017.
 - ¹⁶ Broqua C, Pinell P, Une épidémie politique. La lutte contre le SIDA en France 1981-1996, Presses Universitaires de France, 2002
 - ¹⁷ Beck F, Firdion JM, Legleye S, Schiltz MA, Les minorités sexuelles face au risque suicidaire : acquis des sciences sociales et perspectives, Saint-Denis, INPES, 2010
 - ¹⁸ Garcia Nunez D, Jäger M, Comment aborder la question du sexe dans l'anamnèse des personnes homo ou bisexuelles, Forum Med Suisse, 2011 ; 11: 213-17
 - ¹⁹ Direction Générale de la Santé, Bureau VIH, IST, Hépatites, Normes et Valeurs : le respect des identités sexuelles dans la pratique professionnelle, 29 mai 2013
 - ²⁰ Institut de veille sanitaire, Velter A, Enquête presse gay 2004: rapport, Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2007
 - ²¹ OMS, Communication brève relative à la sexualité : recommandations pour une approche de santé publique, 2015
 - ²² OMS, Santé sexuelle et reproductive - Compétences de base en soins primaires, 2012
 - ²³ Conrad P, Medicalization and Social Control, Annual Review of Sociology, 1992; 18 : 209-32
 - ²⁴ Dunn KM, Croft PR, Hackett GI, Sexual Problems: A Study of the Prevalence and Need for Health Care in the General Population, Family Practice, décembre 1998; 15(6) : 519-24
 - ²⁵ Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H, "Opening a can of worms" : GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care, Family practice, 2004; 21(5): 528-36
 - ²⁶ Yolanda H. Wimberly et al, Sexual history-taking among primary care physicians, Journal of the National Medical Association, décembre 2006; 98(12): 1924-29

-
- ²⁷ Giami A, La spécialisation informelle des médecins généralistes: l'abord de la sexualité. In: Bloy G, Schweyer FX, Singuliers généralistes, Sociologie de la médecine générale, EHESP, Rennes, 2010 : 147-167
- ²⁸ Meystre-Agustoni G et al, Talking about Sexuality with the Physician: Are Patients Receiving What They Wish?, Swiss Medical Weekly 141, 8 mars 2011
- ²⁹ Clark R, Williams A, Patient preferences in discussing sexual dysfunctions in Primary Care, Family Medicine, février 2014; 46(2): 124-28.
- ³⁰ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Gautier A, Baromètre santé médecins généralistes 2009, INPES éd, 2011
- ³¹ Matthews P, Sexual health in general practice: history and the partner history, Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, 2011; 37 : 68-70
- ³² Petitjean L, Analyse multifactorielle des consultations en médecine générale à Paris : étude portant sur 2140 consultations pour 1200 patients. Sciences du Vivant [q-bio]. Université Pierre et Marie Curie, Paris 6, 2000
- ³³ Denantes M, Chevillard M, Renard JF, Flores P, Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale, Exercer 2009; (85) : 22-6
- ³⁴ Cour F, Droupy S, Giuliano F, Anatomie et Physiologie de la sexualité, Rapport « Médecine sexuelle » du 106è congrès de l'Association française d'urologie, 2012: 547-61
- ³⁵ Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED, Paik A, Gingell C, Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40 : the global study of sexual attitudes and behaviors, UROLOGY, 2004 ; 64(5): 991-97
- ³⁶ Lachowsky M, Grivel T, Lemaire A, Elia D, Couple, sexualité et santé sexuelle, Gynécologie Obstétrique et Fertilité 33(5), 2005: 326-30
- ³⁷ Ribes G, Sexualité et vieillissement : Comprendre et anticiper les évolutions, Chronique sociale 2^e Ed, 2014
- ³⁸ Costa P, Grivel T, Guiliano F, Pinton P, Amar E, Lemaire A, La dysfonction érectile : un symptôme sentinelle ? Urologie Santé, Progrès en Urologie, 2005 ; (15): 203-7
- ³⁹ Hedon F, Cour F, Ce qu'il faut savoir de la pratique sexologique pour l'exercice quotidien, Progrès en Urologie, Rapport AFU 2012. Médecine sexuelle, 1 juillet 2013 ; 29(9) : 822-31
- ⁴⁰ Szasz G, Sexualité et Médecine familiale, Canadian Family Physician, mars 1972 ; 18(3): 156-58
- ⁴¹ Simon P, Le comportement sexuel des Français (Rapport Simon), Paris, Julliard, 1972
- ⁴² Spira A, Bajos N, le groupe ASCF, Les comportements sexuels en France, La Documentation française, Paris, 1993
- ⁴³ Oriol S, Abord de la sexualité en consultation de médecine générale, [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine], Université Claude Bernard Lyon 1, Faculté de médecine Lyon Est, 2009
- ⁴⁴ Brenot P, Coryn L, Une histoire du sexe, Ed Les arènes BD, 2017
- ⁴⁵ Touboul P. (page consulté le 11/05/2017). Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative [Internet]. Disponible sur : <https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
- ⁴⁶ Lejeune C, Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer, De boeck, 2014
- ⁴⁷ Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone, Introduction à la recherche qualitative, Exercer 2008 ; 19(84): 142-45
- ⁴⁸ Vignon E, Le Non-dit du patient en consultation de médecine générale, [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine], Université Claude Bernard Lyon 1, Faculté de médecine Lyon Est, 2015
- ⁴⁹ INPES, Santé sexuelle : à quels professionnels s'adresser, La Santé en action, mars 2013 ; 423: 10-43.

-
- ⁵⁰ Fievet C, Comment aborder le sujet de la sexualité en consultation de médecine générale, Enquête qualitative auprès de patientes à la Réunion, [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine], Université de Nice-Sophia-Antipolis, UFR de Médecine, 2014
- ⁵¹ Barbaroux A. Prise en charge des dysfonctions sexuelles en soins primaires: enquêtes auprès de 88 médecins généralistes et 253 patients, [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine], Université d'Aix Marseille II UFR de Médecine, 2010
- ⁵² Sonzini L, Le Dépistage des dysfonctions sexuelles en médecine générale: enquête auprès de 200 patients et 122 médecins généralistes, [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine], Université Claude Bernard Lyon 1, Faculté Grange Blanche, 2004
- ⁵³ Aschka C, Himmel W, Ittner E, Kochen MM, Sexual problems of male patients in family practice, *J Fam Pract* 50, 2001 :773-8
- ⁵⁴ Buvat J et coll, Sexual problems and associated helpseeking behavior patterns: Results of a population-based survey in France, *International Journal of Urology*, 2009 : 632-8
- ⁵⁵ Beltran L, Giami A, Processus d'interaction dans la consultation médicale. Différents abords de l'impuissance masculine, *Sexologies*, 21 octobre 2009 ; 18(4): 284-90
- ⁵⁶ Hocquet JC, Tomber la tenue, *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie XVIII*, 2011
- ⁵⁷ Godet S, Prise en charge médicales des dysfonctions sexuelles, quelle place pour une spécialité de médecine en santé sexuelle ?, *Sexologies*, avril 2019 ; 22(2): 56-64
- ⁵⁸ De Andrade J, Dysfonctions sexuelles et parcours de soin. La place du sexologue. Enquête auprès de 105 médecins généralistes, [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine], Université Paris Val de marne, Faculté de Médecine de Créteil, 2008
- ⁵⁹ Chambelland L, Exploration des difficultés des internes en médecine générale pour communiquer en santé sexuelle avec les patients, [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine], Université de Poitiers, UFR de Médecine, 2015
- ⁶⁰ Carrin D, Quelles sont les divergences de points de vue entre médecins généralistes et patients de plus de 50 ans concernant les préoccupations sexuelles et les attentes de ces derniers ?, [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine], Université de Poitiers, UFR de Médecine, 2014
- ⁶¹ Cousseau L et al, Des représentations aux résistances des médecins généralistes à aborder la sexualité avec leurs patients âgés. », *Sexologies*, avril 2016 ; 25(2) : 69-77
- ⁶² Smith LJ, Mulhall JP, Devenci S, Monaghan N, Reid MC, Sex after seventy : a pilot study of sexual function in older persons , *The Journal of Sexual Medicine* 4, septembre 2007; (5): 1247-53.
- ⁶³ Anastasiadis A, Salomon I et al, Female sexual dysfunction: state of the art, *Curr Urol Rep* 2002 ; 3 :484-491
- ⁶⁴ Hatzimouratidis K, Hatzichristou D, Sexual dysfunctions: classifications and definitions, *Journal of Sex Medecine*, janvier 2007 ; 4(1) : 241-50
- ⁶⁵ Hostachy F, Etat des lieux de la prise en charge sexologique des femmes en post partum, [Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme], Ecole des Sages-femmes de Clermont Ferrand, Université d'Auvergne, Faculté de Médecine, 2014
- ⁶⁶ Costa P, Avances C, Wagner L, Dysfonction érectile. Connaissances, souhaits et attitudes, *Progrès en Urologie*, 2003 ;(13): 85-91
- ⁶⁷ Bartoli S, Aborder la sexualité. Attentes, opinions et représentations des hommes, [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine], Université de Poitiers, UFR de Médecine, 2015
- ⁶⁸ Brandenburg U, Bitzer J, The challenge of talking about sex: the importance of patient-physician interaction, *Maturitas*, 2009 ; 63(2) : 124-7
- ⁶⁹ Mathieux N, La bonne distance dans la relation médecin-patient : travail à partir de 17 cas de plaintes en lien avec des pratiques relationnelles inadaptées, [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine], Université de Poitiers, UFR de Médecine, 2013

-
- ⁷⁰ Grand E, La relation médecin-patient ou le problème de la juste distance. Evaluation dans un réseau de soin, [Mémoire du DEA d’Ethique Médicale et Biologique], Université René Descartes, Faculté de Médecine, Paris 5, 2004
- ⁷¹ Hoerni B, Conseil National de l’Ordre des Médecins, Pratique médicale et sexualité, 2000. [Internet]. Disponible sur <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/sexuelles.pdf>
- ⁷² Boulé R., Girard G., L’intimité dans la relation patient-médecin, *Le Clinicien*, février 2003, 115-23
- ⁷³ Maurice WL, Sexual Medicine in Primary Care, Mosby, 1999
- ⁷⁴ SOS Homophobie, Rapport sur l’homophobie, Paris, 2010
- ⁷⁵ Deumier J, SOS Homophobie, Rapport sur l’homophobie 2017: lutte contre la lesbophobie, la gayphobie, la biphobie et la transphobie, 2017
- ⁷⁶ Martinot-Nouet I, Huez JF, Haxaire C, Médecin généraliste et suivi de couple, *Exercer*, 2009 ; 85(supp1) : 20S-1S
- ⁷⁷ Zeler A, Troadec C, Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : Etude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, *Sexologies*, 2017 ; 26(3):136-45

BELLATON Noëlie et CHAMBOST Amandine

Quelles sont les difficultés à aborder le sujet de la sexualité en médecine générale ? Etat des lieux en 2017. Études qualitatives du point de vue des médecins et des patients.

RESUME :

La santé sexuelle tient une place non négligeable dans la vie de chaque patient. Elle influe sur sa qualité de vie et sur sa santé globale. Le médecin généraliste doit être en capacité de prendre en charge son patient dans le champ de la sexualité. Or, les difficultés à aborder ce sujet en médecine générale sont nombreuses et variées.

L'objectif principal de cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés est de classer et d'analyser les différents obstacles des médecins et des patients pour parler de sexualité. L'objectif secondaire est de proposer des solutions afin d'améliorer le dialogue sur ce sujet entre le médecin et son patient.

Les résultats obtenus chez les deux groupes ne diffèrent pas de ceux retrouvés dans les précédentes études. Les médecins rapportent surtout le manque de temps, d'intérêt, de formation et une gêne. Les patients évoquent notamment de la gêne, une routine de consultation peu propice à l'abord du sujet, ou encore le manque d'intérêt pour la question. L'abord du sujet peut être difficile en raison du sexe et de l'âge de l'interlocuteur, qu'il soit patient ou médecin. L'imaginaire tient une place importante dans les deux groupes, produisant des représentations pas toujours conformes à la réalité.

Les propositions soulignées par les deux populations ont déjà été énoncées dans différents travaux. Il s'agit surtout d'avoir une relation médecin-patient de qualité, d'être plus systématique, de se former davantage et de proposer des supports informatifs aux patients. Nous avons mis en évidence que ces solutions ne sont pour le moment pas suffisamment efficaces pour améliorer l'abord. De ce fait, l'intérêt serait d'agir en amont de ces propositions en se concentrant davantage sur la formation des médecins en devenir et l'information aux jeunes patients afin de briser les tabous autour de la santé sexuelle et de faciliter l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale.

MOTS CLES : sexualité, aborder, médecine générale, difficultés, médecin, patient

JURY : Président : Madame le Professeur FLORI Marie
Membres : Madame le Professeur DALIGAND Lilliane
Monsieur le Professeur DUBOIS Jean Pierre
Madame le Docteur BIOT-LAPORTE Sylviane
Invité d'honneur : Monsieur le Docteur RIBES Gérard

DATE DE SOUTENANCE : 12 juin 2018

ADRESSE : Amandine CHAMBOST 46 avenue de Chabeuil 26000 VALENCE a.chambost@hotmail.fr

Noëlie BELLATON 3 rue Alain Savary Résidence St Robert Bâtiment C3 13090 AIX EN

PROVENCE noelie.bellaton@hotmail.fr