

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2015

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
Le 22 janvier 2015 à Poitiers
Par Madame Sandra BARTOLI

Aborder la sexualité en médecine générale : Attentes, opinions et représentations des hommes

Enquête qualitative menée par seize entretiens semi-directifs
en Charente-Maritime et en Côtes d'Armor

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame le Professeur Virginie MIGEOT

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON
Monsieur le Professeur Luc CHRISTIAENS

Directeur de thèse : Madame le Docteur Stéphanie GRANCOLIN

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE
Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- | | |
|--|--|
| 1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie | 55. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique |
| 2. ALLAL Joseph, thérapeutique | 56. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire |
| 3. BATAILLE Benoit, neurochirurgie | 57. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique |
| 4. BENSADOUN René-Jean, cancérologie – radiothérapie (en disponibilité 1 an à compter de janvier 2014) | 58. POURRAT Olivier, médecine interne |
| 5. BRIDOUX Frank, néphrologie | 59. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique |
| 6. BURUCCA Christophe, bactériologie - virologie | 60. RICO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire |
| 7. CARRETIER Michel, chirurgie générale | 61. RICHER Jean-Pierre, anatomie |
| 8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire | 62. RIGAUD Philippe, neurochirurgie |
| 9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie | 63. ROBERT René, réanimation |
| 10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire | 64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales |
| 11. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation | 65. ROBLOT Pascal, médecine interne |
| 12. DEBIAIS Françoise, rhumatologie | 66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie |
| 13. DROUOT Xavier, physiologie | 67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (surnombre jusqu'en 08/2017) |
| 14. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie | 68. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie |
| 15. EUGENE Michel, physiologie (surnombre jusqu'en 08/2016) | 69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie |
| 16. FAURE Jean-Pierre, anatomie | 70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale |
| 17. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique | 71. TOUCHARD Guy, néphrologie |
| 18. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique | 72. TOURANI Jean-Marc, cancérologie |
| 19. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie | 73. WAGER Michel, neurochirurgie |
| 20. GILBERT Brigitte, génétique | |
| 21. GOMBERT Jean-Marc, immunologie | |
| 22. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques | |
| 23. GUILLHOT-GAUDEFROY François, hématologie et transfusion | |
| 24. GUILLET Gérard, dermatologie | |
| 25. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale | |
| 26. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques | |
| 27. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire | |
| 28. HERPIN Daniel, cardiologie | |
| 29. HOUETO Jean-Luc, neurologie | |
| 30. INGRAND Pierre, biostatistiques, Informatique médicale | |
| 31. IRANI Jacques, urologie | |
| 32. JABER Mohamed, cytologie et histologie | |
| 33. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes | |
| 34. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire | |
| 35. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie | |
| 36. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (en détachement 2 ans à compter de janvier 2014) | |
| 37. KITZIS Alain, biologie cellulaire | |
| 38. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale | |
| 39. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire | |
| 40. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile | |
| 41. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie | |
| 42. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques | |
| 43. MACCHI Laurent, hématologie | |
| 44. MARECHAUD Richard, médecine interne | |
| 45. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire | |
| 46. MEURICE Jean-Claude, pneumologie | |
| 47. MIGEOT Virginie, santé publique | |
| 48. MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique | |
| 49. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation | |
| 50. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie | |
| 51. NEAU Jean-Philippe, neurologie | |
| 52. ORJOT Denis, pédiatrie | |
| 53. PACCALIN Marc, gériatrie | |
| 54. PAQUEREAU Joël, physiologie | |

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
2. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
3. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
4. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
5. BILAN Frédéric, génétique
6. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
8. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
9. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
11. DIAZ Véronique, physiologie
12. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
13. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
14. HURET Jean-Loup, génétique
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. SAPANET Michel, médecine légale
17. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
18. THILLE Amaud, réanimation
19. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

BINDER Philippe
VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BIRAULT François
BOUSSAGEON Rémy
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
PERKINS Marguerite, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

1. DORE Bertrand, urologie (08/2016)
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie (08/2015)
3. GIL Roger, neurologie (08/2017)
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
5. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
6. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
12. CAVELIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
16. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
17. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
18. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
19. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino-Laryngologie (ex-émérite)
20. GOMBERT Jacques, biochimie
21. GRIGNON Bernadette, bactériologie
22. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
23. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
24. KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
25. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
26. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
27. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
28. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
29. MARILLAUD Albert, physiologie
30. MORIN Michel, radiologie, Imagerie médicale
31. POINTREAU Philippe, biochimie
32. REISS Daniel, biochimie
33. RIDEAU Yves, anatomie
34. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
35. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
36. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
37. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Virginie MIGEOT

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail et de présider cette thèse. Recevez mes sincères remerciements et soyez assurée de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail. Je vous remercie de l'enthousiasme manifesté pour faire partie de ce jury.

À Monsieur le Professeur Luc CHRISTIAENS

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail et de siéger parmi le jury. Veuillez recevoir ma reconnaissance et mes sincères remerciements.

À Madame le Docteur Stéphanie GRANDCOLIN

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger et de juger ce travail. Vous m'avez accordé votre confiance et avez toujours été présente pour me conseiller et me guider durant toutes ces étapes de mon internat. Je vous en suis très reconnaissante.

À mes maitres de stages hospitaliers, en particulier aux Docteurs Anabela Janela, Lhoucine Naamane, Sophie Noé et à tout le bloc médical de l'hôpital Marius Lacroix à La Rochelle.

À mes maitres de stages ambulatoires, les Docteurs Laure Moreau, Carine Caron, Valérie Vinet, Christophe Bonnet et Didier Lapègue.

Je vous remercie de m'avoir donné goût à l'exercice de la médecine générale et pour la confiance que vous m'avez accordée.

Aux seize hommes ayant accepté de participer à cette enquête.

À toutes les personnes m'ayant apporté leur aide et leur soutien pendant ce travail.

À Madame Lecoq, pour avoir accepté de relire ces pages, je vous suis très reconnaissante.

À Lucille, pour tes relectures et tes encouragements durant cette année de préparation de thèse. À Aurore et Perrine, pour vos conseils. À Laurence, pour le temps que tu m'as consacré pendant ce travail, pour ton écoute et ton soutien : un grand merci. À mes autres relectrices : Céline, Lucie, Camille et Marie.

À mes amies internes, pour votre soutien et votre amitié.

À mes amies de toujours Cécile, Annabelle et Marie, pour avoir toujours été là pour m'encourager, et pour votre amitié depuis les bancs de l'école, merci !

À ma belle-famille, pour votre compréhension et votre soutien.

À ma famille, pour avoir toujours eu confiance en moi et pour m'avoir soutenu pendant ces neuf années.

À mes parents, pour m'avoir transmis cette ouverture d'esprit qui fait que j'exerce aujourd'hui une médecine qui me ressemble.

À mon grand-père qui serait fier de me voir franchir cette étape aujourd'hui.

À toi, pour ton aide précieuse ainsi que pour tout le reste...

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	10
I.1. Société, santé et sexualité	11
I.1.1. Évolutions sociétales de la sexualité	11
I.1.2. Santé sexuelle : un enjeu de santé publique.....	12
I.2. Place de la médecine générale en santé sexuelle	12
I.2.1. Dysfonctions sexuelles	12
I.2.2. VIH et IST	13
I.2.3. Identité sexuelle et de genre.....	13
I.3. Une problématique : des difficultés pour aborder la sexualité	14
I.3.1. Apports de la littérature	14
I.3.2. Propositions de stratégies de communication.....	15
I.3.3. Le point de vue des hommes.....	16
II. METHODE.....	17
II.1. Recherche bibliographique	17
II.2. Méthodologie de l'enquête.....	18
II.2.1. Type d'étude.....	18
II.2.2. Sélection des participants	18
II.2.3. Mode de recueil de données.....	19
II.2.4. Analyse qualitative des données	21
II.2.5. Considérations éthiques.....	22
III. RESULTATS	23
III.1. Caractéristiques des hommes interrogés.....	23
III.2. Techniques d'abord de la sexualité par le médecin généraliste : attentes des hommes	25
III.2.1. Techniques générales.....	25
III.2.2. Technique spécifique : Utiliser des questions standardisées et systématiques	33
III.3. Opinions des hommes sur la légitimité du médecin à aborder la sexualité en consultation	39
III.3.1. Aperçu schématique des résultats	39
III.3.2. Les hommes qui pensaient que c'était légitime.....	40
III.3.3. Les hommes qui pensaient que ce n'était pas légitime	43
III.3.4. Interroger le patient sur son identité sexuelle.....	46
III.4. Santé sexuelle : Représentations, attitudes et expériences des hommes.....	50
III.4.1. Aperçu schématique des résultats	51

III.4.2.	Sexualité : différentes définitions	52
III.4.3.	Sexualité et société.....	52
III.4.4.	Sexualité et santé	55
III.4.5.	Sexualité et médecine générale : attitudes et expériences	57
IV.	DISCUSSION	65
IV.1.	Rappel des principaux résultats	65
IV.2.	Forces et faiblesses de l'étude	67
IV.3.	Discussion des résultats	70
IV.3.1.	Comment aborder la sexualité d'après les hommes ?	70
IV.3.2.	Place des représentations socio-culturelles.....	72
IV.3.3.	Abord de la sexualité par le médecin généraliste : une légitimité sociale ?	74
IV.3.4.	Des résultats contradictoires, à approfondir	75
V.	CONCLUSION	77
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	78
	ANNEXE 1 : Guide d'entretien	83
	ANNEXE 2 : Formulaire d'information	86
	ANNEXE 3 : Formulaire de consentement.....	87
	ANNEXE 4 : Avis du comité d'éthique de La Rochelle	88
	ANNEXE 5 : Modèle PLISSIT.....	89
	RESUME	90
	SERMENT	91

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Schéma III.2.1.1 . Techniques générales pour aborder la sexualité.....	25
Schéma III.2.2.1 . Opinions des hommes sur l'utilisation de questions standardisées par le médecin généraliste	34
Schéma III.2.2.2 . Questions types pour aborder la sexualité : propositions des hommes	37
Schéma III.3.1 . Opinions des hommes sur la légitimité du médecin généraliste à aborder la sexualité	39
Schéma III.3.4.1 . Opinions des hommes sur l'interrogation des patients sur leur identité sexuelle par le médecin généraliste	47
Schéma III.4.1 . Santé sexuelle : représentations et attitudes des hommes	51
Schéma IV.1 . Algorithme pour aborder la sexualité avec les hommes	66

LISTE DES ABREVIATIONS

CCNE : Comité Consultatif National d’Ethique

CSF : Contexte de la Sexualité en France

DE : Dysfonctions érectiles

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension Artérielle

INPES : Institut National de Prévention et d’Education Pour la Santé

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

VIH : Virus de l’Immunodéficience Humaine

WAS : World Association of Sexology

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

I. INTRODUCTION

La santé sexuelle est une problématique de santé publique et de soins primaires. Aborder la sexualité fait partie des compétences de prise en charge globale du médecin généraliste[1,2]. Selon l'OMS, le médecin généraliste doit promouvoir et préserver la santé sexuelle de ses patients pour leur garantir un bon état de santé en tant « qu'état de complet bien-être physique, mental et social » ainsi qu'une bonne qualité de vie[3].

Il est important pour le médecin de dépister tout ce qui peut nuire à la santé sexuelle. La forte prévalence des dysfonctions érectiles rend indispensable leur dépistage[4]. Ce trouble sexuel peut, en effet, altérer la qualité de vie et les relations interpersonnelles et être le symptôme révélateur de pathologies non négligeables (cardio-vasculaires, diabète, dépression)[5]. De même, le dépistage et le traitement du VIH et des IST constituent toujours un enjeu de santé publique majeur[6]. Considérer l'identité sexuelle des patients lors de leur prise en charge permet aussi d'adapter les mesures préventives[7].

Le processus de légitimation de la médicalisation de la sexualité s'est également déroulé dans un contexte de libération des mœurs et d'évolutions sociétales de la sexualité[8]. Les représentations sociales de la sexualité, les pratiques et trajectoires de vie sexuelles se sont diversifiées[9]. Dans notre société, la santé, le bien-être, le plaisir et l'épanouissement personnel sont devenus des valeurs centrales[10]. Chacun doit pouvoir vivre une sexualité épanouie en toute liberté[11].

Il en résulte des exigences de performance, certainement favorisées par l'existence du VIAGRA®, pour lesquelles le médecin a également un rôle à jouer[12]. La littérature montre que les patients jugent qu'ils ne reçoivent pas assez d'aide de la part de leur médecin traitant en ce qui concerne leurs troubles sexuels[13-16]. Souvent, ils craignent d'aborder le sujet de la sexualité et attendent de lui qu'il le fasse davantage[17,18].

Cependant, en pratique, les médecins se sentent en difficulté pour aborder le sujet, surtout avec les hommes[13,19]. Des stratégies de communication sont proposées dans la littérature internationale[20]. Elles consistent à adopter certaines attitudes et à utiliser des questions standardisées pour faciliter l'approche du sujet. Malgré cela, le sujet reste insuffisamment abordé par les médecins[9,14]. Pour l'élaboration de ces outils de communication, peu d'études considèrent le point de vue des hommes sur la façon dont ils souhaiteraient être interrogés par leur médecin sur la sexualité.

Pour combler ces lacunes et faciliter la discussion autour de la sexualité avec les hommes grâce à des outils de communication adaptés et acceptés, nous nous sommes posé cette question : comment les hommes souhaitent-ils que le médecin aborde la sexualité en consultation ?

Nous avons mené une étude qualitative par analyse d'entretiens semi-directifs réalisés auprès d'hommes sélectionnés au sein de la population générale.

Notre objectif principal était de mettre en évidence leurs attentes sur la façon d'aborder la sexualité par le médecin généraliste et d'obtenir leurs opinions sur l'utilisation de questions standardisées issues de la littérature.

Nos objectifs secondaires étaient de :

- Connaître les opinions des hommes sur la légitimité du médecin généraliste à les interroger sur leur sexualité ainsi que sur leur identité sexuelle.
- Dégager leurs représentations de la sexualité et la santé sexuelle.

I.1. Société, santé et sexualité

I.1.1. Évolutions sociétales de la sexualité

Les mœurs, croyances, valeurs et représentations autour de la sexualité sont très diversifiées et évoluent selon les époques, les cultures et les religions[8]. Pour promouvoir la santé sexuelle des individus, le médecin doit considérer leurs représentations et le contexte dans lequel la sexualité est vécue[10].

✓ Modernisation de la sexualité et libération sexuelle

Le concept de sexualité a subi une modernisation, au milieu du XX^{ème} siècle, avec la découverte de la physiologie du rapport sexuel. De nouveaux modèles théoriques ont contribué à la dissociation de la procréation et de la sexualité[8]. Il devient légitime d'avoir des rapports sexuels uniquement pour le plaisir et l'épanouissement personnel[21]. Il s'en suit une véritable évolution des mœurs et une libération sexuelle favorisée par l'apparition de la contraception[8].

✓ Diversification des représentations et des pratiques sexuelles

Dans les années 1980, la pandémie du sida a influé les comportements sexuels et les représentations des risques liés à la sexualité. Les campagnes de santé publique font alors la promotion du *safer sex* et incite à l'utilisation des préservatifs[22]. L'enquête *Contexte de la sexualité en France* (CSF) de 2006, réalisée auprès de 12000 hommes et femmes, analyse l'évolution des comportements sexuels dans ce contexte épidémiologique et social[9]. Les premiers rapports sexuels sont actuellement plus précoces et la période de vie sexuelle préconjugale s'allonge. Les codes sociaux du couple se modifient : les individus, y compris de même sexe, vivent de plus en plus en couple sans être mariés[10]. Le nombre de séparation augmente. Par conséquent, le nombre de nouveaux partenaires et donc de situations potentiellement à risque se multiplient. Les pratiques sexuelles se sont également diversifiées et parfois même banalisées. On note un allongement de la vie sexuelle active chez les sujets âgés.

✓ Normes sexuelles et attentes sociales

Malgré cette diversification des représentations et des pratiques sexuelles, il persiste une vision normative de la sexualité en France. En effet, la norme du « rapport pénétratif, hétérosexuel et monogame » prédomine[9]. La vie sexuelle a longtemps été considérée comme faisant parti de l'intime et reste encore taboue de nos jours. Paradoxalement, la société est de plus en plus sexualisée et les médias contribuent à véhiculer l'injonction d'une sexualité performante[10,23].

I.1.2. Santé sexuelle : un enjeu de santé publique

Ce contexte de libération sexuelle mais également de problèmes de santé publique a amené les instances internationales à prendre conscience de l'importance de la santé sexuelle. Un groupe de professionnels sexologues (WAS) définit le concept de santé sexuelle en 1975, sous l'égide de l'OMS : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction 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. »[24]. En 2002, la définition précise que « les droits sexuels de tous les individus soient reconnus et soutenus »[11,21]. Ce concept de santé sexuelle légitime la sexualité non procréative et garantit à chaque individu le bien-être et l'épanouissement personnel. Son objectif réside dans « l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le counseling et les soins concernant la procréation ou les Maladies Sexuellement Transmissibles. »[24].

I.2. Place de la médecine générale en santé sexuelle

La santé sexuelle implique une prise en charge globale du patient, son éducation et la promotion de la santé. Elle s'inscrit ainsi dans les compétences du médecin généraliste définies par la WONCA (organisation mondiale des médecins généralistes)[2]. En tant qu'acteurs de premiers recours, les médecins généralistes doivent répondre aux « problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle »[2].

I.2.1. Dysfonctions sexuelles

La médicalisation des dysfonctions sexuelles a contribué à la normalisation de la sexualité en décrivant le fonctionnement sexuel normal et pathologique[8,12]. Si prendre en charge la santé sexuelle ne consiste pas qu'au traitement de la dysfonction érectile, elle est, cependant, considérée comme le trouble sexuel le plus problématique pour les hommes[18]. Répertoriée dans la classification internationale des maladies, elle est définie comme « l'incapacité à obtenir et/ou maintenir une érection suffisante pour maintenir un rapport sexuel »[5,25]. Elle peut être prise en charge par le médecin généraliste et traitée depuis la mise sur le marché, en 1998, des inhibiteurs de phosphodiésthérases de type 5 (VIAGRA®)[12].

Le dépistage de la dysfonction érectile constitue un véritable enjeu de santé publique. D'une part, sa prévalence est très élevée dans le monde entier : environ 1 à 9% chez les hommes de moins de 50 ans et supérieure à 20% chez les hommes de plus de 60 ans[4]. D'autre part, elle peut être le premier symptôme d'une affection sous-jacente : pathologie cardio-vasculaire (HTA, coronaropathie, dyslipidémie), diabète de type 2, dépression, déficit androgénique, hypertrophie ou carcinome prostatique. Elle peut aussi être la conséquence d'une iatrogénie médicamenteuse qu'il paraît légitime de rechercher[5,9].

L'existence d'une dysfonction érectile entraîne fréquemment une grande souffrance psychique chez l'homme ainsi que chez sa partenaire : sentiment de dévalorisation, perte de l'estime de soi et culpabilité[26]. Ses conséquences dépassent largement la sphère sexuelle. La qualité de la vie et des relations interpersonnelles s'en trouvent souvent altérées et peuvent ainsi conduire à des conflits au sein du couple et à des difficultés professionnelles[9,18,26].

Malgré la prévalence des dysfonctions érectiles et leurs conséquences délétères, les hommes sont peu nombreux à consulter (environ 22%) et à pouvoir bénéficier d'un traitement améliorant leur qualité de vie[18]. Il paraît donc légitime pour le médecin de les dépister en interrogeant son patient sur la qualité de ses rapports sexuels[4]. L'enjeu est de ne pas surmédicaliser le trouble ni de lui attribuer excessivement une origine psychogène[27]. Il convient de contextualiser la plainte sexuelle et d'analyser le ressenti face au trouble pour garantir une prise en charge optimale et centrée sur le patient[9].

I.2.2. VIH et IST

La chronicisation de la pandémie du VIH a également contribué à médicaliser la sexualité. Le rôle du médecin est d'informer, de dépister et de prévenir les comportements sexuels à risque[9]. Ce rôle est d'autant plus d'actualité que les précautions face aux risques sexuels connaissent un relâchement[9]. Cela explique en partie l'augmentation de la prévalence des IST (Gonococcies, Syphilis, infection à *Chlamydiae Trachomatis*)[6]. L'étude CSF en 2006 montre que les IST sont insuffisamment diagnostiquées et traitées chez les hommes : 13,6% des hommes présentant une IST ne consultent jamais. Ils les déclarent également quatre fois moins que les femmes à leur partenaire[9].

Le dépistage et le traitement des IST sont un enjeu majeur de santé publique en raison de la morbidité des infections aiguës et des conséquences néfastes à long terme (infertilité pour le *Chlamydiae*)[6,9].

I.2.3. Identité sexuelle et de genre

Pour un individu homo-bi-transsexuel, l'identité sexuelle et de genre est, de nos jours, « un déterminant de santé et d'exclusion sociale »[28]. Pouvoir affirmer son identité sexuelle et vivre sa sexualité librement contribue à la santé et au bien-être définis par l'OMS[3]. En mai 2013, le Ministère des Affaires sociales et de la Santé incite les

professionnels de santé à prendre en compte l'identité sexuelle ou de genre de leurs patients[29]. L'enquête *Presse Gay* de 2004 met, en effet, en évidence les problématiques de santé auxquelles sont confrontés les individus homosexuels : risques accrus d'IST et de contaminations par le VIH du fait de pratiques sexuelles à risque, consommations de substances psychoactives quatre fois plus élevées que chez les hétérosexuels[7]. Malgré une acceptation progressive de l'homosexualité en France, il persiste des stigmatisations. L'homophobie, intériorisée ou non, peut avoir des conséquences psychiques telles que des états de stress, des syndromes dépressifs, et une tendance accrue au suicide[7,28,30].

Adopter une approche holistique en interrogeant son patient sur son identité sexuelle permet d'adapter au mieux les mesures préventives.

I.3. Une problématique : des difficultés pour aborder la sexualité

Malgré l'enjeu de santé publique majeur résidant dans la prise en charge de la santé sexuelle, le sujet de la sexualité reste trop peu abordé en consultation tant par les médecins que par les patients[14]. Depuis plusieurs années, à travers la littérature internationale, des auteurs mettent en évidence les difficultés de communication autour de la sexualité en médecine générale et tentent de trouver des solutions facilitant l'approche du sujet. Cependant, en pratique, cela semble toujours aussi difficile, surtout avec les hommes[31]. Les médecins n'interrogent pas suffisamment leurs patients sur leur histoire sexuelle ni sur la qualité de leur vie affective et sexuelle[9,13,14].

I.3.1. Apports de la littérature

✓ Les freins des médecins et des patients à l'abord de la sexualité

Pour résoudre cette problématique, de nombreuses études médicales et sociologiques internationales ont étudié les représentations des médecins et des patients ainsi que les freins à initier la discussion autour de la sexualité[19,32-35].

Les principaux freins chez les médecins, mis en évidence dans ces études, sont : le manque de temps, le manque de formation, la gêne à évoquer un sujet encore tabou ainsi que la différence d'âge et de genre avec le patient. Les médecins se disent également gênés par les représentations que peuvent avoir les patients de la sexualité. Ils ont souvent peur d'être intrusifs ou de les offenser surtout s'ils sont âgés et que le médecin présuppose l'absence de relations sexuelles. Certains médecins adoptent donc des postures d'évitement et n'abordent quasiment jamais la sexualité[36]. D'autres éprouvent le besoin de médicaliser la sexualité pour légitimer la discussion. Rares sont ceux qui adoptent une approche holistique autour de la sexualité[36].

Du côté des patients, la gêne, la crainte d'être jugés, le manque de temps, l'âge et le genre du médecin sont les principaux obstacles pour aborder la sexualité[19,34]. Les individus plus âgés considèrent souvent que ces troubles sont normaux pour leur âge et n'osent pas déranger le médecin. D'autres manquent de sensibilisation sur les recours

possibles en cas de problèmes sexuels et jugent qu'il s'agit plus d'une affaire de spécialistes[18,34].

✓ Une difficulté plus importante avec les hommes

Le suivi gynécologique standardisé est une porte d'entrée utile pour le médecin pour aborder le sujet de la sexualité avec les femmes. Elles rapportent également plus souvent leurs problèmes sexuels que les hommes[9,37]. Le fait que ceux-ci consultent moins souvent, de façon générale, complexifie la tâche du médecin[9,18,38]. Les hommes se privent ainsi des conseils de prévention et de dépistage pouvant leur être proposés. Ils accordent, toutefois, de l'importance à leurs troubles comme en témoigne une étude française dans laquelle 94% des hommes interrogés iraient consulter si le trouble se répétait[9,18].

✓ Selon les hommes, le médecin devrait aborder plus souvent la sexualité

Tandis que les femmes abordent plus aisément leurs problèmes sexuels avec leur gynécologue, le médecin généraliste est l'interlocuteur privilégié pour les hommes[8,9,18]. Cependant, ils préfèrent taire leurs difficultés et attendre que le médecin initie la conversation[18,38]. Des études anglo-saxonnes et allemandes montrent que les hommes trouvent en effet légitime que le médecin généraliste s'intéresse à la qualité de leur vie sexuelle et pensent d'ailleurs qu'ils ne reçoivent pas assez d'aide quant à leurs problèmes sexuels[13-16]. Une étude suisse de 2011 révèle aussi que 90% des hommes interrogés souhaiteraient que leur médecin les interroge davantage sur leur sexualité afin d'obtenir notamment des conseils de prévention[17].

I.3.2. Propositions de stratégies de communication

Pour répondre aux attentes des patients et assurer leur responsabilité de santé publique, les médecins doivent donc adopter une attitude proactive et aborder davantage le sujet de la sexualité[9,18,20,38]. La féminisation de la profession médicale est un argument supplémentaire pour justifier la nécessité de trouver des stratégies facilitant l'abord de la sexualité avec les hommes[39,40].

Pour les aider dans cette démarche, des modèles de consultations standardisées pour le recueil de l'anamnèse sexuelle du patient ont été élaborés[20,41-43]. Une étude américaine, publiée dans *The Journal of sexual medicine* en 2013, a proposé, par exemple, d'adopter certaines attitudes et d'utiliser quatre questions ouvertes, systématiques, utilisables dès une première consultation[20]. Ces questions étaient les suivantes : *Êtes-vous actuellement sexuellement actif ? Êtes-vous satisfait de votre vie sexuelle ? Y-a-il des problèmes sexuels dont vous souhaiteriez me parler ? Certains patients présentant certaines pathologies telles l'hypertension artérielle, le diabète ou prenant certains traitements peuvent présenter des difficultés sexuelles. Avez-vous des soucis particuliers dont vous aimeriez parler ?* Elle proposait également une question permettant de s'enquérir de l'identité sexuelle du patient : *Vous identifiez-vous plutôt hétérosexuel, homosexuel, ou bisexuel ?*

Une étude qualitative française menée auprès de médecins généralistes a mis en évidence les stratégies utilisées pour aborder la sexualité. Ils ne semblaient pas utiliser de tels outils de communication en pratique courante[44]. Aucune étude validée n'a d'ailleurs permis de vérifier la faisabilité ni l'acceptation de telles questions standardisées dans la pratique courante en France.

I.3.3. Le point de vue des hommes

Pour l'élaboration de ces outils, les études internationales se sont basées essentiellement sur le point de vue des médecins. Parmi celles menées auprès de patients, aucune ne semble s'être intéressée précisément à la façon dont les hommes avaient envie d'être interrogés sur leur sexualité par leur médecin généraliste. De la même façon, peu d'études françaises ont permis de confirmer que les hommes jugeaient légitime que le médecin aborde la sexualité en consultation.

II. METHODE

II.1. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été effectuée en langues française et anglaise à partir de :

- Bases de données internautes :
 - Medline (site de la National Library of Medicine).
 - Sciences direct.
 - CISMef (Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française).
 - BDSP (Banque de Données en Santé Publique).
 - INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale).
 - SUDOC (Service de Documentation Universitaire).
 - Revues en lignes via le Service Commun de Documentation de l'université de Poitiers.
- Sites officiels : HAS, INPES, Conseil national de l'ordre des médecins, Légifrance.
- Moteurs de recherche : Google, Google Scholar.
- Littérature grise :
 - Bibliographies des articles collectés.
 - Rapports de congrès de recherche en médecine générale (WONCA), d'organismes internationaux (OMS) et du CCNE.
 - Thèses et mémoires.
 - Échanges bibliographiques entre thésards et avec la directrice de thèse
 - Ouvrages empruntés dans les sections « sciences humaines », « sociologie », « sexualité » des bibliothèques universitaires de Poitiers et de médiathèques.

Les recherches de littératures francophones ont été principalement réalisées à partir des mots clés suivants : « Santé sexuelle », « Sexualité », « Médecine générale », « Médecin généraliste », « Hommes ».

Les recherches de littératures anglo-saxonnes ont été réalisées à partir des mots-clés suivant : « Sexual Health », « Sexuality », « Sexual behavior », « Sex counseling », « History sexual taking », « Family practice », « General practitioner », « Males ».

Les mots-clés ont été déterminés à partir de mots-clés de référence intitulés mots MeSH (Medical Subject Heading) qui s'utilisent pour réaliser des recherches dans Pubmed[45-47]. Ils ont été utilisés seuls ou liés ensemble par des opérateurs booléens (« ET », « OU », « SAUF » en français et « AND », « OR », « NOT » en anglais) pour respectivement élargir, affiner ou restreindre la recherche[45].

II.2. Méthodologie de l'enquête

II.2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête qualitative transversale, par analyse d'entretiens semi-directifs, réalisée auprès d'hommes sélectionnés au sein de la population générale[48-50].

II.2.2. Sélection des participants

✓ Population étudiée

La sélection des participants a été réalisée auprès d'hommes issus de la population générale répondant aux critères d'inclusion : homme majeur et volontaire pour participer à l'entretien.

Les critères de non-inclusion étaient les personnes sous tutelle ou curatelle et/ou ne parlant ou ne comprenant pas le français. Le seul critère d'exclusion était la volonté du participant de se retirer de l'étude à tout moment.

✓ Stratégie d'échantillonnage

Le mode de recrutement choisi consistait à interpellier les hommes de la population générale en « micro-trottoir ». La doctorante, en position d'enquêtrice, les abordait dans des lieux publics, en leur expliquant l'objectif et le principe de l'entretien.

Une stratégie d'échantillonnage en « variation maximale », encore appelée « raisonnée » ou « théorique » a été utilisée pour la sélection des participants[49-51]. Pour cela, l'enquêtrice a sélectionné les personnes jugées intéressantes pour l'enquête pour certaines caractéristiques permettant la diversité de l'échantillon et non la représentativité[49,52]. La seule caractéristique accessible du fait du mode de recrutement était l'âge estimé des sujets. Afin d'obtenir une diversité des points de vue, la sélection des participants a donc été effectuée en veillant à ce que toutes les tranches d'âge soient représentées.

Le nombre d'hommes sélectionnés fut déterminé à saturation des données[49,51]. L'inclusion de nouveaux participants a cessé lorsqu'il n'apparaissait plus aucune nouvelle donnée pertinente dans les entretiens. La saturation des données a été confirmée par deux entretiens complémentaires avant d'arrêter le recueil.

✓ Lieux et horaires de recrutement

L'enquête a été menée par la doctorante dans deux galeries marchandes d'hypermarchés, à La Rochelle (en Charente-Maritime, 17) et à Languueux (en Cotes-d'Armor, 22) ; ses principaux lieux de résidence.

Le créneau horaire choisi pour sélectionner et interroger les hommes était entre midi et quinze heures, en jours ouvrables. La galerie possédant de nombreuses cafétérias et sandwicheries, le recrutement s'est essentiellement fait auprès de personnes faisant leur

pause déjeuner. Les moments de forte affluence (soirs et week-end) ont été évités pour limiter les nuisances sonores et le manque de confidentialité.

✓ **Durée de l'enquête**

Les entretiens ont réalisés entre le 21 mai 2014 et le 12 septembre 2014.

II.2.3. Mode de recueil de données

Le mode de recueil de données qualitatives le plus adapté pour répondre à la question de recherche était l'entretien individuel, semi-directif. Le principe était de s'entretenir en face à face avec le participant et le laisser s'exprimer sur un certain nombre de thèmes proposés par l'enquêtrice à partir de son guide d'entretien[49,53,54].

✓ **Guide d'entretien**

Le guide d'entretien initial a été élaboré à partir des principaux objectifs de l'étude et des données de littérature (ANNEXE 1). Il reformulait la question de recherche et les objectifs en questions d'enquête pour les participants[48,55,56]. Il a été utilisé comme trame souple lors de la réalisation des entretiens semi-directifs. Les questions reprenaient les grands thèmes devant être abordés. Des stratégies de relance du discours ont été intégrées au guide, utilisables en cas de manque d'inspiration ou de mauvaise compréhension des participants[53]. L'introduction était entièrement pré-rédigée pour faciliter l'approche du sujet avec les participants.

Comme cela est autorisé en méthode qualitative, le guide d'entretien a été modifié au fil de la réalisation des entretiens et de l'analyse, afin d'être plus pertinent par rapport aux objectifs de recherche[48,49,53,55].

Ainsi le guide d'entretien final était composé de cinq thèmes principaux :

- Les éléments facilitant la discussion sur la sexualité en médecine générale
- Les techniques d'abord de la sexualité par le médecin généraliste
- Les représentations des hommes sur la sexualité et la santé sexuelle
- La place du médecin et sa légitimité dans l'abord de la sexualité
- Les expériences vécues discussion autour de la sexualité avec leur médecin généraliste.

Les grands thèmes comprenaient des sous-questions : dix questions ouvertes et six questions fermées. Elles n'étaient pas obligatoirement posées dans le même ordre ni de façon systématique. Elles servaient uniquement de trame à l'entretien et de relance si les participants n'apportaient pas spontanément leur point de vue sur les principaux thèmes.

✓ **Déroulement des entretiens**

L'enquêtrice abordait les hommes en se présentant et en expliquant l'objectif du travail. Elle expliquait les principes de l'entretien (enregistrement, anonymat, possibilité de

retrait de l'étude, durée approximative d'une dizaine de minutes) et leur demandait s'ils acceptaient de participer. L'enquêtrice visait d'emblée à mettre à l'aise les participants en expliquant qu'il n'y avait pas de bonnes ou de mauvaises réponses et que seul leur point de vue l'intéressait. Elle insistait sur le fait que son but n'était pas de les questionner sur leur propre sexualité mais de connaître la façon dont ils aimeraient que le sujet soit abordé par leur médecin afin de faciliter la communication. Un exemplaire d'information écrit ainsi qu'un formulaire de consentement signé par l'enquêteur et par le participant étaient remis avant le début de l'entretien (ANNEXES 2 et 3).

L'enquêtrice veillait à ce que le lieu de déroulement de l'entretien soit approprié : calme et suffisamment isolé pour garantir la confidentialité. Le plus souvent, l'entretien se déroulait en face à face, assis sur un banc. Il était enregistré par un enregistreur numérique. Cela a permis à l'enquêtrice de ne pas avoir à prendre en note les propos du participant et d'être ainsi plus attentive et active dans le déroulement de l'entretien. Seules les expressions non verbales du participant utiles à l'analyse (gêne, incompréhension etc.) étaient annotées. Le guide d'entretien était mémorisé pour une bonne fluidité du dialogue.

L'entretien débutait par des questions « brise-glace » permettant de recueillir certaines caractéristiques sociodémographiques des participants avec leur accord : l'âge, la nationalité, le lieu d'habitation, la profession, le statut matrimonial (célibataire, marié, pacsé) et la déclaration d'un médecin traitant ou non. Ces données personnelles ont permis la description précise de l'échantillon sélectionné. Le nom des participants n'était pas demandé. La seule donnée nominative recueillie avec leur consentement était une adresse mail pour leur envoyer la retranscription de l'entretien pour validation[53].

Ensuite, l'enquêtrice abordait les différents thèmes sous formes de questions ouvertes pour laisser le participant s'exprimer librement sur le sujet. Des thèmes plus généraux étaient abordés initialement pour terminer par des questions plus sensibles sur les représentations ou l'expérience personnelle des participants sur le sujet. L'enquêtrice devait adopter une position neutre, bienveillante, sans jugement, à l'écoute[53,56,57]. Les silences étaient respectés. Des techniques de relance, notamment de reformulation (l'écho, le reflet) étaient utilisées lorsque le participant répondait trop brièvement, ou pour éclaircir ses propos[53].

✓ **Retranscription par verbatim et rétroaction des participants**

Après leur réalisation, les entretiens ont immédiatement été retranscrits par *verbatim*, c'est-à-dire rédigés intégralement ; mots par mots, sous le logiciel Word® par l'enquêtrice[58]. L'intégralité du discours y compris les marqueurs d'hésitation (« Heu... ») et les éléments paralinguistiques a été conservée[59]. L'absence d'éléments permettant d'identifier les participants a été vérifiée. Les retranscriptions ont été relues attentivement pour s'imprégner du texte. Elles ont ensuite été soumises à une autocritique ainsi qu'à une critique de la directrice de thèse. L'objectif était d'évaluer les techniques d'entretien et de prévoir les modifications à effectuer pour les interventions suivantes.

L'anonymisation des données a été garantie par l'attribution, à chaque participant, d'un code associant la lettre H comme « Homme » suivi d'un chiffre par ordre croissant en fonction de la date de réalisation de l'entretien (Ex : H1, H2...). Lors de la retranscription, cette codification a permis de distinguer les interventions des participants de celle de l'enquêtrice identifiée par le préfixe I (comme « Investigatrice »).

Les retranscriptions accompagnées du code d'identification correspondant ont ensuite été communiquées par mail aux participants pour valider leurs propos[53].

II.2.4. Analyse qualitative des données

✓ Les étapes de l'analyse

L'analyse a été un processus évolutif et continu qui a démarré dès le premier entretien[55]. Elle a été effectuée au fur et à mesure du recueil des données, afin de pouvoir réajuster le guide d'entretien en cours d'étude et repérer la saturation des données.

Dans un premier temps, une analyse de contenu par analyse thématique transversale a été effectuée en deux étapes [48,51,54,55,60]:

- La « dé-contextualisation » par codage axial : les verbatims ont été fragmentés et codés par des mots ou expressions appelés « thèmes » résumant l'idée que l'extrait de verbatim véhiculait. L'intitulé du thème devait respecter le principe d'inférence (niveau de correspondance au réel) pour éviter les généralisations et les interprétations excessives. Un relevé de thèmes de tous les entretiens a ainsi été réalisé.
- La « re-contextualisation » par regroupement thématique transversal : les thèmes ont ensuite été regroupés par niveaux de récurrence ou de similitude dans des catégories plus générales correspondant aux problématiques de recherche. Ce travail a abouti à la création d'un arbre thématique, ensuite schématisé sous le logiciel Word® pour une meilleure visualisation.

Dans un second temps, une analyse descriptive a mis en évidence les relations et les interactions entre les différents thèmes.

Pour finir, une analyse plus interprétative a été réalisée et détaillée dans la partie discussion. Elle a permis la formulation d'hypothèses et de théories à partir des résultats et la comparaison avec les données de la littérature[60-62].

Pour rendre l'analyse thématique plus efficace et reproductible, un logiciel d'analyse de données qualitatives intitulé N VIVO version 10® a été utilisé[63]. Il a permis de faciliter la collecte, l'organisation ainsi que l'analyse des données en mettant en évidence des connexions subtiles.

✓ **Triangulation**

Les verbatims ont été doublement codés. Un premier codage a été effectué par l'enquêtrice. Puis, un second a été réalisé par un médecin généraliste remplaçant. Cette étape, appelée triangulation des données, a permis de renforcer la validité interne de l'étude[49,53,58].

II.2.5. Considérations éthiques

✓ **Principes fondamentaux**

Une information claire, loyale et appropriée sur les objectifs de l'étude et le déroulement des entretiens a été donnée à tous les hommes sélectionnés[64,65].

La liberté des participants a été respectée par le recueil d'un consentement libre, éclairé, et signé avant le début de l'entretien et par la possibilité pour les participants de se retirer de l'étude à tout moment. Ils avaient, pour cela, la possibilité de contacter les responsables de l'étude via des coordonnées inscrites sur le formulaire d'information[64]. Ils ont également eu un droit de rectification sur la retranscription de leurs propos.

Les participants ont été informés de l'anonymisation des données par l'attribution d'un code d'identification. Il leur a été précisé que les données recueillies (enregistrements et adresses mail) seraient utilisées uniquement dans le cadre de l'étude et détruites à la fin de celle-ci[66].

Enfin, la balance bénéfice-risque de l'étude était acceptable. En effet, les risques psychologiques ont été maîtrisés par l'absence de questions susceptibles d'être considérées par le participant comme personnelles ou confidentielles ou pouvant avoir des conséquences négatives (humiliation, discrimination)[65].

✓ **Saisine du comité d'éthique de La Rochelle**

Le comité d'éthique de La Rochelle a été saisi pour un avis consultatif sur le protocole de recherche et les conditions de réalisation de l'enquête[64,65,67]. Ces membres ont mis en avant une démarche éthique par le souci des personnes sélectionnées et un respect des critères déontologiques requis pour la réalisation de ce type d'étude (ANNEXE 4).

III. RESULTATS

III.1. Caractéristiques des hommes interrogés

Seize entretiens semi-directifs ont été réalisés par l'enquêtrice entre le 21 mai 2014 et le 12 septembre 2014. Treize se sont déroulés à La Rochelle et trois à Langueux.

Cinq hommes ont refusé de participer à l'étude. Les principaux motifs de refus étaient : le manque de temps pour quatre d'entre eux (avant que le sujet ne leur soit explicité) et le fait de ne pas se sentir concerné par le sujet pour un homme âgé, veuf. Les entretiens ont duré de 3 à 29 minutes, avec une moyenne de 13 minutes. La saturation des données a été atteinte au quatorzième entretien et confirmée par la réalisation des quinzième et seizième entretiens. Aucune contestation de la part des participants n'a été reçue suite à l'envoi des verbatims.

Les âges des participants variaient de 18 à 67 ans. Toutes les catégories socioprofessionnelles définies par l'Insee, à l'exception d'une seule (agriculteur exploitant), étaient représentées[68]. Quinze hommes étaient de nationalité française et un était de nationalité portugaise résidant et travaillant en France.

Le détail des caractéristiques de la population étudiée et des entretiens figure dans le tableau 1.

	Âge (années)	Origine	Domiciliation (Département)	Profession	Statut matrimonial	Lieu entretien	Durée entretien (minutes)	Médecin traitant déclaré
H1	27	F	17	Infirmier	Pacsé	LR	16	Oui
H2	40	F	17	Professeur d'anglais	Divorcé, en concubinage	LR	6	Oui
H3	18	F	17	Etudiant	Célibataire	LR	3	Oui
H4	36	F	17	Technicien	Célibataire	LR	14	Oui
H5	30	P	22	Cadre	Célibataire, en concubinage	L	12	Non
H6	50	F	22	Vendeur	Divorcé, en concubinage	L	13	Oui
H7	59	F	22	Cadre	Marié	L	9	Oui
H8	33	F	17	Peintre	Célibataire, en concubinage	LR	21	Oui
H9	62	F	17	Ingénieur	Marié	LR	12	Oui
H10	29	F	17	Chauffeur- livreur	Marié	LR	29	Oui
H11	25	F	85	Professeur d'EPS	Célibataire	LR	14	Oui
H12	23	F	85	Conseiller - vendeur	Célibataire	LR	8	Oui
H13	21	F	17	Menuisier- plaquiste	Célibataire	LR	22	Oui
H14	67	F	56	Retraité	Marié	LR	13	Oui
H15	66	F	77	Retraité	Marié	LR	14	Oui
H16	33	F	17	Menuisier	Célibataire	LR	11	Oui

Tableau 1. Caractéristiques de la population et des entretiens.

F : Française, P : Portugaise, LR : La Rochelle, L : Languèux

III.2. Techniques d'abord de la sexualité par le médecin généraliste : attentes des hommes

Pour répondre à l'objectif concernant la façon dont les hommes souhaitaient que leur médecin généraliste aborde la sexualité, nous avons, dans un premier temps, décrit les techniques générales qu'ils proposaient. Dans un second temps, nous avons recueilli leurs opinions sur l'utilisation des questions standardisées proposées dans la littérature.

III.2.1. Techniques générales

III.2.1.1. Aperçu schématique des résultats

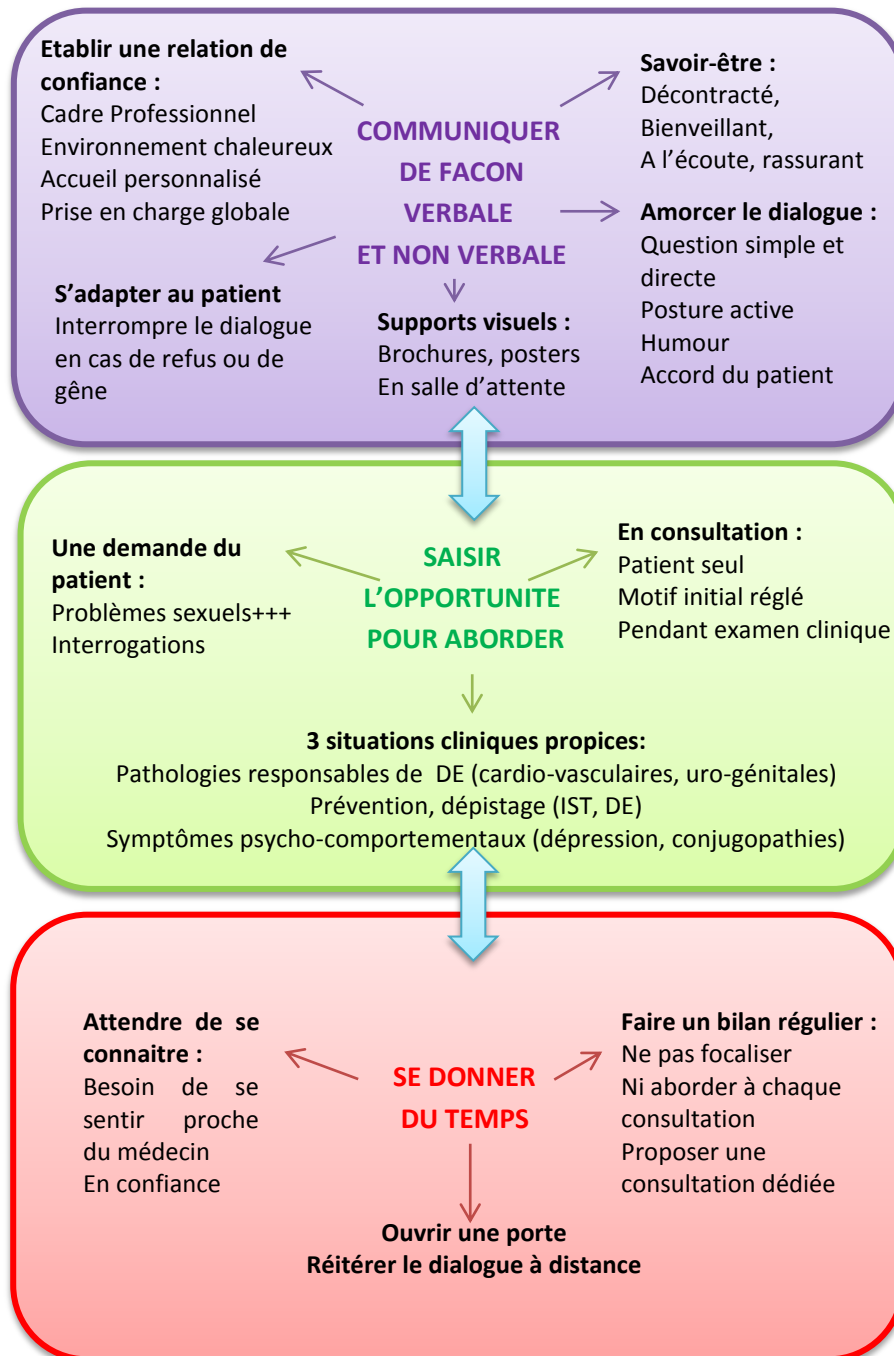


Schéma III.2.1.1 . Techniques générales pour aborder la sexualité

DE : Dysfonctions érectiles

III.2.1.2. Communiquer de façon verbale et non verbale

✓ Etablir un cadre, une relation de confiance (H1 à H8, H10 à H14, et H16)

- Les hommes jugeaient nécessaire l'établissement d'une relation de confiance pour pouvoir parler de sujets comme la sexualité (H1, H9 et H11).

H9 : « [...] il faut qu'il y ait un peu plus qu'une relation médecin patient entre les deux. »

H11 : « Etablir un rapport de confiance avec lui [...]. C'est la confiance qui fait que, bah, je sais que je pourrais lui parler et qu'il saura, je l'espère, répondre à mes questions [...] Moi je sais que j'ai la relation de confiance avec mon médecin traitant donc on peut en parler comme parler de sport, comme parler de tout donc... »

- Ils ressentait le besoin que le médecin les mette à l'aise, crée un environnement chaleureux (H1, H11, H13).

H13 : « Il faudrait que le médecin mette à l'aise son patient. Qu'on se sente pas dans un euh... dans un truc de médecin [...] Mon médecin [...] quand on arrive dans son bureau, c'est pas... *médecin-médecin*, c'est pas vraiment fermé médecin, je veux dire, y a des tableaux de partout qui sont jolis, y a des dessins de ses enfants qui sont partout aux murs, c'est plus agréable, c'est plus détendu, quoi [...] Je trouve ça plus détendu qu'un truc où c'est des murs blancs, avec le stéthoscope... le machin. »

- Ce qui les mettait en confiance était aussi de savoir que l'abord de la sexualité se faisait de façon anonyme dans le cadre professionnel (H1, H2, H4, H8, H10, H11 et H14).

H11 : « A partir du moment où il y a un professionnel de santé ET cette notion de confiance entre le généraliste et soi-même... »

H2 : « [...] le fait que ce soit ouais, anonyme. »

- La manière dont le médecin accueillait le patient et introduisait la consultation paraissait également importante pour certains hommes pour se sentir en confiance. Ils apprécieraient qu'il ne se focalise pas d'emblée sur le motif de consultation. Ils souhaitaient que le médecin personnalise davantage la prise en charge et les considère de façon plus globale en s'attachant par exemple à prendre de leurs nouvelles ou celles de la famille (H8, H13 et H14).

H8 : « Moi mon médecin m'appelle [par] mon prénom... »

H14 : « Déjà euh... la première chose quand vous allez chez le médecin, c'est que le médecin avant de... de vous poser la question : *c'est pourquoi ?... Docteur, ça va pas, je ne me sens pas bien... Ah ? [...]*

I : *Vous pensez qu'il doit poser plus de questions sur la vie privée ?*

H14 : Un peu plus [...] Disons que s'il parle déjà de la famille, à ce moment-là si y a quelque chose il va le sentir. »

H13 : « [...] c'est un peu comme si c'était des montages en série, c'est-à-dire qu'on dit : *bonjour, voilà, Quel est votre problème ?* BAM. D'emblée. Y a pas... après c'est

peut-être pas leur rôle non plus, mais y a pas de dialogue euh... un peu plus cool genre : *Alors comment allez-vous ? Tout se passe bien ?* »

✓ **Savoir-être (H4, H6, H8, H10 à H13, H15 et H16)**

- Les hommes se sentaient effectivement plus à l'aise pour parler de sexualité si le médecin se montrait décontracté (H8, H12 et H13).

H12 : « Après c'est assez facile d'aborder [...] s'il est détendu, s'il n'est pas... pas vieux jeux ou chose comme ça ; de notre époque quoi. »

H12 : « En blaguant, en étant agréable, en ayant le sourire, en ayant pas l'air endormi. »

H13 : « Après, quand on est détendu, on va lâcher plus d'info, plus de choses et peut-être que ça marcherait plus. »

- Certains souhaitaient que le médecin adopte une attitude bienveillante(H10).

H10 : « [...] sans avoir de préjugés derrière, d'arrières pensées. »

- D'autres ressentait le besoin de se sentir écoutés et rassurés (H14, H16).

H16 : « [...] les solutions que j'attendais : une écoute, une orientation, des explications, il m'a rassuré, il m'a accompagné pour que ça aille mieux, voilà quoi.»

✓ **Amorcer le dialogue de façon simple et directe et adopter une posture active dans la discussion (H1 à H6, H8 à H14 et H16)**

- Pour eux, le médecin devait aborder la sexualité de la manière la plus simple et la plus naturelle possible, c'est-à-dire de façon directe notamment pour éviter les confusions (H1 à H6, H8, H10, H12 à H14 et H16).

H3 : « Bah, franchement. Enfin, qu'il n'y aille pas par quatre chemins, qu'il aborde franchement et puis voilà. »

H6 : « Ah bah, le plus simplement possible ! Je crois que les choses plus elles sont simples plus ça facilite les choses [...] D'y arriver par des moyens détournés, euh... un peu alambiqués, comme souvent les clients des médecins n'ont pas le même niveau d'études que les toubibs, euh... ça peut prêter à confusion je pense de la part des patients. »

H16 : « Je pense qu'il peut le faire directement. Voilà, c'est quand même son rôle... Le rôle du médecin c'est quand même de s'occuper de son patient. »

- Le médecin pouvait initier la discussion par des questions ouvertes incitant le patient à parler de ses problèmes (H1, H2, H4 H8 et H13).

H2 : « Ça pourrait être une petite question discrète, voilà, pour lancer la conversation... »

H4 : « Des petites questions comme ça, des petites questions légères pour aborder le sujet [...] pour amener sur le terrain c'est très bien. »

H13 : « Il lance une pièce en l'air pour que je lui réponde quoi. »

- Parfois sur le ton de l'humour (H11).

H11 : « [...] partir sur ce ton de l'humour, moi ça me mettrait davantage à l'aise et on en rigolerait. »

- D'autres préféreraient effectivement que le médecin justifie un minimum l'abord de la sexualité et/ou leur demande leur accord avant d'entamer la discussion (H1, H2, H5, H6, H9, H10 et H16).

H1 : « Ça me paraîtrait plus logique d'en parler s'il le justifie un minimum, pas forcément avec des raisons médicales, mais voilà : *pour faire un point* ou des choses comme ça... »

H9 : « Peut-être qu'il demande... si j'ai envie d'en parler [...] qu'il me demande mon accord. »

- Certains aimeraient que le médecin soit actif dans le dialogue, que le patient ne soit pas le seul à parler (H10).

H10 : « Déjà que le médecin soit euh... entreprenant, et... pas d'attendre que le patient [...] pose des questions pour régler son problème [...] que la conversation soit mixte. »

✓ **S'aider de supports visuels (H1, H2, H4, H10 et H11)**

- L'affichage de supports visuels (brochures, affiches, posters) dans la salle d'attente ou le recueil d'informations par le biais de questionnaires pouvaient selon eux contribuer à favoriser l'initiation de la discussion autour de la sexualité (H1, H2, H4, H10 et H11).

H4 : « Ce qu'il pourrait faire, avoir sur son bureau par exemple, des petites brochures, en donner une comme ça. »

H10 : « Brochures ou peut-être, posters dans la salle du médecin... dans la salle d'attente... »

H1 : « [...] ça peut peut-être montrer justement que le médecin qu'on va voir est ouvert sur le sujet et du coup permettre d'aborder le sujet plus facilement. »

H11 : « Pourquoi pas des questionnaires, des forums d'informations ; des choses comme ça. »

✓ **S'adapter au patient (H2, H4, H6, H8, H10, H12, H13 et H16)**

- Il semblerait que les réactions face aux questions sur la sexualité posées par le médecin soient différentes en fonction de la personnalité et des souhaits du patient (H8).

H8 : « Il y a des personnes qui le prendront très bien, d'autres personnes qui le prendront très mal. Ça dépend du comportement de la personne [...] de la nature des gens [...] s'ils sont plus timides, moins timides. »

H4 : « [...] Après il y a des gens qui ont des problèmes mais qui veulent pas se faire soigner. »

- Le médecin devrait savoir reconnaître les patients qui ont envie ou non de parler de sexualité.

H6 : « Après il y a beaucoup une question de feeling, savoir cerner tout de suite la personne que l'on a en face de soi. Mais à mon avis ça fait partie du boulot du médecin ça ! [...] Profiler la personne qu'ils ont devant eux rapidement quoi [...] savoir ce qu'ils peuvent dire, ce qu'ils ne peuvent pas dire. »

H2 : « On sent si la personne veut ou peut... ou ne veut pas en parler. »

- Des participants proposaient que le médecin amorce le dialogue spontanément, puis, qu'il adapte son attitude en fonction de la réaction du patient (H4, H6, H8, H10, H12, H13 et H16).

H4 : « [...] On l'amène sur le terrain avec des petites questions et après c'est aux gens de dire s'ils veulent en parler ou pas. »

H10 : « La réaction de la personne en face fera office de euh... d'une réponse. »

H12 : « Après il tempore. »

H16 : « [...] Bah oui, je pense qu'il faut qu'ils parlent [les médecins]¹ spontanément de ça après s'ils voient qu'il y a une gêne, bon à eux d'adapter aussi peut-être leur comportements. »

- Certains déclaraient que le médecin devait savoir aussi interrompre le dialogue en cas de réactions négatives du patient (gêne, refus). Pour H16, le médecin ne devait pas rentrer dans le vif du sujet s'il voyait que le patient était trop gêné pour en parler, et pouvait proposer de l'adresser à un confrère spécialiste.

H4 : « [...] si justement le patient veut pas trop en parler il faut arrêter le sujet. »

H13 : « [...] à la limite qu'on lui décrive le problème au médecin généraliste et qu'il ne creuse pas plus profond parce qu'il va peut-être comprendre que c'est un peu gênant ou quoi et qu'il dise : *Ecoutez je vais vous envoyer voir un spécialiste.* »

III.2.1.3. Saisir l'opportunité pour aborder la sexualité

Pour certains hommes interrogés, aborder la sexualité semblait acceptable, mais cela dépendait toutefois du contexte dans lequel le médecin l'abordait. H4 : « *Qu'il aborde ça ouais. Alors après forcément, il y a des situations [...] ça dépend du cas de figure, c'est pas évident* ». Par ailleurs, deux hommes signalaient qu'ils consultaient très rarement leur médecin traitant (H5 et H10), ce qui diminuait les opportunités d'aborder la sexualité. H10 : « *Moi le médecin, j'y vais quasiment une fois par an [...] pour une licence sportive* ». Dans notre enquête, les hommes interrogés mettaient ainsi en évidence des moments appropriés pour initier une conversation autour de la sexualité.

¹ Les annotations entre crochets ont été ajoutées par la rédactrice pour clarifier l'extrait de *verbatim*.

✓ **Reconnaitre le moment propice lors d'une consultation (H1, H2, H4, H7 à H9, H11 et H14)**

- Une des situations idéales pour parler de sexualité, où les hommes se sentaient à l'aise, était le fait d'être seul en consultation (H1, H2, H4, H7, H9 et H11).

H2 : « C'est plus facile d'en parler seul je pense. »

- Ou bien également que le médecin aborde la sexualité seulement une fois que le motif de consultation initial était réglé (H1).

H1 : « Je pense que si à la base je vais voir le médecin c'est pour un problème médical donc d'abord régler mon problème médical [...] Si après le médecin veut me parler d'autre chose il n'y a pas de souci. »

- Pour d'autres, le moment jugé adapté pour initier la discussion sur la sexualité était l'examen clinique. Pour H7, la réalisation d'un toucher rectal, par exemple, était une occasion de parler de la sexualité. La prostate, par sa proximité anatomique avec les organes génitaux et son lien avec l'éjaculation favorisait les questions sur la sexualité.

H7 : « [...] les problèmes de la prostate, on doit faire un contrôle, c'est à ce moment-là en faisant le toucher rectal qu'on en parle [de la sexualité], la prostate faisant partie du système, d'en parler voir s'il y a pas de problèmes d'érection, de douleurs pendant l'éjaculation des trucs comme ça. »

- Pour H9, le médecin pouvait profiter de l'examen clinique, lorsque le patient était déshabillé, pour aborder des sujets plus intimes.

H9 : « Bon, ben je sais pas, dans le cadre d'une consultation euh... où on... (Silence)... où on regarde les choses d'un peu plus proche... enfin où on est... je sais pas, c'est un peu idiot de dire ça... mais... [Rire gêné] [...] où on est à moitié déshabillés ou un peu comme ça quoi ! »

✓ **Quand la demande vient du patient (H2, H6, H8, H10, H11, H15 et H16)**

- Une des situations propices pour discuter de sexualité était quand la demande venait du patient, par exemple, lors d'une consultation pour *un problème sexuel*².

H13 : « Qu'est-ce qui pourrait amener à parler de sexualité avec le médecin ? Bah, déjà la chose principale, ça serait déjà d'en avoir des problèmes, ah ah ! »

H2 : « Je pense que j'irai le voir, et lui dire justement ce qui va et ce qui ne va pas [...] Après voilà, c'est un échange, mais je pense que ça partira de moi, c'est à la demande du patient, je pense. »

H6 : « [...] lorsque j'ai voulu du VIAGRA, j'ai demandé à mon médecin du VIAGRA. (Rires). »

² Terme fréquemment employé par les participants au cours de l'étude désignant généralement les troubles de l'érection, ou plus globalement les troubles de la sexualité relevant, selon eux, de la pathologie médicale.

✓ **Trois situations cliniques qui se prêtent à l'abord de la sexualité (H1, H6, H7, H10, H12 et H14)**

- Selon les hommes, certaines situations cliniques, dont trois en particulier, amèneraient le médecin à parler de sexualité avec son patient.
- Diagnostic et suivi de pathologies entraînant des troubles sexuels et notamment des dysfonctions érectiles. Les facteurs de risque et les pathologies cardio-vasculaires ainsi que les pathologies uro-génitales étaient principalement citées (H6 et H7).

H6 : « [...] Suite à une pathologie quelconque, qui peut entrainer des problèmes de sexualité [...] le diabète [...] et la clope aussi. »

H7 : « On a abordé le problème quand j'ai eu des problèmes d'artères et que j'avais des problèmes d'érections. »

H7 : « [...] quand ils font un contrôle prostate ou un truc comme ça. »

- Prévention et dépistage (IST, dysfonctions sexuelles etc.) (H6, H7, H10 et H14).

H10 : « [...] il y a peut-être des questions que le médecin peut poser pour prévenir, ou pour... peut être ouais, en prévention. »

H11 : « [...] sur les maladies qui sont possibles à 25-30 ans, quelles sont les précautions à prendre. »

- Troubles psycho-comportementaux (dépressions, conjugopathies etc.)(H1, H7, H10, H12 et H14).

H7 : « [...] s'il voit que son patient est [...] dépressif ou... s'il le connaît bien... un changement de comportement. »

H14 : « S'il y a quelque chose qui ne va pas, même en sexualité euh, la personne [...] va se renfermer sur elle-même. »

H5 : « Si un médecin consulte la femme et le mari quoi, s'il y a les deux [...] S'il s'aperçoit qu'il y a des problèmes au niveau de ça [...] il doit poser des questions. »

H8 : [...] [un patient qui] paraît un peu déprimé, [qui dit que] ça va pas très bien dans la vie de couple, donc là il peut faire un rapport à la vie sexuelle là-dessus. »

III.2.1.4. Se donner du temps

Une des spécificités de la médecine générale, grâce au suivi des patients sur du long terme, est la possibilité de s'accorder du temps.

✓ **Attendre de se connaître (H2, H8, H9, H11, H12, H14 et H15)**

- Certains participants jugeaient nécessaire de se connaître, de se faire confiance et d'avoir eu l'habitude de discuter pour parler de sujets intimes comme la sexualité :

H9 : « Enfin à mon avis, il faut qu'il y ait un peu plus qu'une relation médecin patient entre les deux [...] c'est aussi le connaître suffisamment [le médecin] [...] enfin l'avoir vu une dizaine de fois quoi [...] ça fait qu'on a peut-être plus l'habitude de discuter. »

H14 : « J'aurais plus de facilités avec un médecin dont j'ai l'habitude plutôt qu'avec une personne étrangère [...]. »

H13 : « Moi, il faut que je connaisse la personne, je peux pas parler de ça à n'importe qui. »

- La durée de la relation médecin-patient contribuait à se sentir à l'aise pour aborder tous les sujets, et à lever certains complexes.

H14 : « J'ai un médecin traitant que je consulte depuis des années, il ne doit pas y avoir de retenue entre lui et moi. »

H10 : « C'est mon médecin que je connais depuis dix ans, s'il me dit : *Déshabillez-vous, mettez-vous tout nu*, euh... pff, ça va pas me déranger du tout. »

- Parmi eux, certains ressentaient effectivement le besoin de se sentir proche du médecin, comme s'ils parlaient à un ami, pour oser aborder certains sujets intimes.

H1 : « Que ce ne soit pas un médecin qui mette une trop grande limite entre moi et lui, genre *relation médecin-patient*, qu'il y ait quand même une relation hum [réfléchit] [...] quelque chose d'assez proche, que je me sente à l'aise quoi. »

H13 : « [...] même si c'est un médecin traitant qu'on connaît, on va avoir un peu plus de mal [...] Qu'il y ait pas ce truc de se dire que c'est un médecin. Ce serait plus comme si on parlait à un bon copain. »

✓ **Faire un bilan régulier, proposer une consultation dédiée à la sexualité (H4, H7, H9 à H14 et H16)**

- Pour ces participants, le médecin ne devait pas focaliser sur le sujet (H4). Ils déclaraient que la sexualité devait cependant être abordée et que cela pouvait être fait de temps en temps (H4, H7, H9, H11 à H14).

H4 : « Pas focaliser, euh... parce que si c'est quelqu'un qu'il voit souvent, ne pas lui demander à chaque fois mais de temps en temps. »

H14 : « Bah disons que de temps en temps le médecin pourrait éventuellement aborder le sujet. »

- H10, qui avait déclaré consulter une seule fois par an son médecin traitant pour une licence sportive, jugeait acceptable que la sexualité soit abordée à ce moment-là. Selon lui, le médecin pouvait profiter de cette occasion pour proposer une nouvelle consultation uniquement dédiée à la sexualité.

H10 : « [...] Après si ça fait partie d'un suivi médical [...] si on vient une fois par an, autant la poser à ce moment-là. L'avantage du médecin, c'est qu'il connaît ses patients, il sait qu'il les voit tant de fois dans l'année [...] Est-ce qu'il est capable de

dire à son patient : *Prenez un RDV au mois de janvier, faut qu'on fasse un bilan autre que le bilan sportif ?* »

✓ **Ouvrir une porte, réitérer le dialogue à distance (H1, H10, H12 et H13)**

- Interroger spontanément le patient au sujet de sa sexualité, par le biais d'un bilan régulier, semblait être un moyen pour le médecin de l'informer sur ses compétences (H1, H10 et H12).

H10 : « Le fait d'en parler, et en posant des questions à ses patients tout en disant, qu'il n'y a pas forcément besoin d'aller voir un spécialiste, que lui peut être apte à lui donner des conseils [...]. »

H12 : « [...] c'est peut-être un petit plus du médecin, ça lui coûte pas non plus beaucoup de temps, et euh... il met en confiance, il dit au patient qu'il peut se confier s'il a un problème. »

- Pour d'autres, cela permettrait d'ouvrir une porte ; un nouveau dialogue. Il suffirait de laisser du temps au patient s'il n'est pas prêt pour en parler avant de réitérer le dialogue (H10 et H13).

H13 : « [...] ça va apporter un nouveau dialogue par rapport à des choses que le médecin n'aurait pas su tout de suite. »

H10 : « [...] demander au patient s'il est d'accord pour en parler ou s'il est d'accord pour que le médecin lui pose des questions [...] Et puis s'il est pas prêt, bah d'attendre que le patient soit prêt de lui-même à poser des questions ou bien attendre 2, 3 ans pour renouveler le contact. »

III.2.2. Technique spécifique : Utiliser des questions standardisées et systématiques

Durant l'entretien, nous avons recueilli les opinions des hommes concernant cette stratégie. Nous leur avons demandé comment ils réagiraient si le médecin leur posait ces quatre types de questions proposées dans la littérature :

- *Êtes-vous actuellement sexuellement actif ?*
- *Êtes-vous satisfait de votre vie sexuelle ?*
- *Y-a-il des problèmes sexuels dont vous souhaiteriez me parler ?*
- *Certains patients présentant certaines pathologies telles l'hypertension artérielle, le diabète ou prenant certains traitements peuvent présenter des difficultés sexuelles. Avez-vous des soucis particuliers dont vous aimeriez parler ?*

III.2.2.1. Opinions des hommes sur l'utilisation de questions standardisées et systématiques par le médecin généraliste

✓ Aperçu schématique des résultats

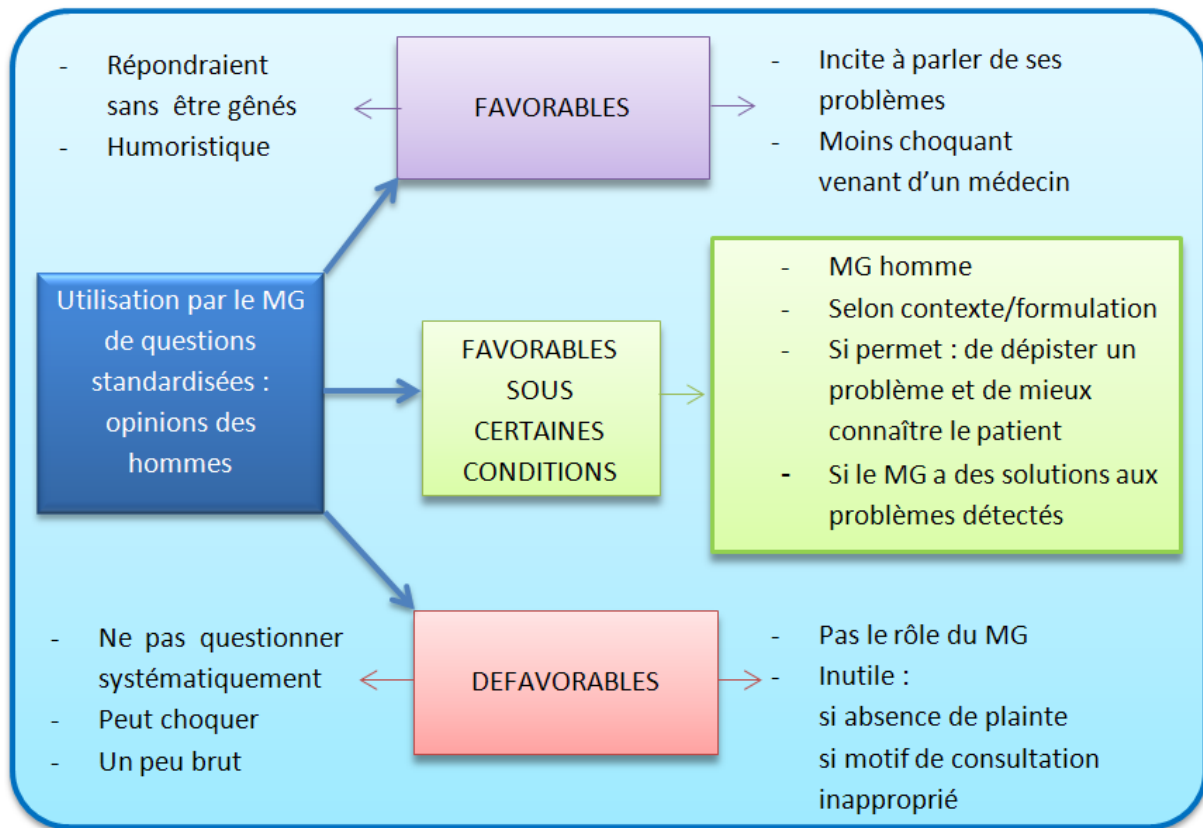


Schéma III.2.2.1 . Opinions des hommes sur l'utilisation de questions standardisées par le médecin généraliste

MG : Médecin Généraliste

✓ Les opinions favorables (H1 à H3, H5 à H16)

- Répondraient, sans être gênés (H1 à H3, H5, H6, H8, H9, H10, H14 à H16).

H1 : « Moi pas de soucis, je répondrai sans problème. »

H6 : « Ah non alors moi ça me pose aucun problème de parler de sexualité.»

H9 : « Il pourrait les poser d'emblée [...] »

- Le participant H12 trouverait cela humoristique.

H11 : « Ça risque d'être... enfin, assez... humoristique. Moi je prendrai ça sur le bon côté [...] après c'est mon tempérament. Moi, ça me ferait rire sur le moment et je dirais : *Pourquoi pas !* »

- Le fait que ces questions soient posées par un médecin paraissait moins choquant pour H13.

H13 : « Ouais. Bah, la 2ème question : *Êtes-vous satisfait de votre vie sexuelle ?*, c'est euh... c'est vrai que si c'est un médecin vous pose ces questions-là, ouais, ça paraît moins, disons, moins choquant que autre chose. »

- Certains trouvaient que ces questions avaient des intérêts: cela incitait les gens à parler de leurs problèmes et montrait que le médecin s'intéressait à l'état de santé de son patient (H10 à H13).

H10 : « Je pense que si c'est le médecin qui l'aborde et qui pose ces questions-là, je pense que c'est... pour certaines personnes ça serait plus facile que si ça devait être à elles d'en parler. »

H12 : « Ça pourrait être bien ouais [...] au moins il s'intéresse à nous, s'il y a au moins un problème et qu'on ne voulait pas en parler, moi c'est bon. »

✓ **Les opinions favorables sous certaines conditions (H4, H5, H8, H9, H11, H13 et H16)**

Parmi les hommes qui étaient favorables à l'utilisation de ces quatre questions, certains émettaient cependant quelques conditions à respecter pour les poser.

- Cela dépendait du genre du médecin qui posait les questions (H11).

H11 : « Si c'est un homme, ça passera peut-être mieux que si c'est une femme. »

- Cela dépendait du contexte et de la formulation des questions (H4 et H13).

H13 : « [...] Après ça dépend comment il tourne ses phrases. »

H4 : « C'est les façons de le dire quoi. »

- Ces questions devaient avoir un intérêt médical pour le médecin et pour le patient (H8, H9 et H16) :

- Détecter un problème chez un patient qui ne semble pas aller bien (H8) :

H8 : « Si à la fin de la consultation, il pose la question s'il voit que la personne n'est pas bien, qu'il la pose la question, à la rigueur ça va. Mais s'il la pose de but en blanc, alors que le patient est très bien, je ne vois pas pourquoi il l'a poserait. »

- Permettre au médecin de mieux connaître son patient (H16) :

H16 : « Je pense que le médecin il n'a pas de gêne à ressentir en posant ces questions, je veux dire c'est pas pour... s'il y a un intérêt pour la connaissance de son patient, je ne vois vraiment pas où est le problème. »

- Apporter des solutions au patient en cas de problème sexuel (H9) :

H9 : « [...] c'est pas seulement mettre à jour le problème, mais c'est arriver après à faire quelque chose quoi. Sinon [...] c'est pire d'en parler que de rien dire. »

✓ **Les opinions défavorables (H2, H4, H5, H8, H9, H10 et H13)**

- Certains hommes justifiaient leur désaccord par le refus d'être interrogés de façon systématique par ces questions (H2, H4 et H8).

H2 : « [...] Enfin, pas à chaque consultation »

H8 : « Bah c'est pas à lui pas systématiquement d'en parler. Si on a un souci, ben on en parle nous, mais que lui n'ai pas besoin d'aborder euh... »

H8 : « Je veux pas que ce soit lui qui les pose, si je dois y aller deux fois par semaine, je ne veux pas non plus qu'il pose la question deux fois par semaine ! C'est un peu dérangeant... »

- D'autres trouvaient inutile d'utiliser ces questions dans certains contextes (H2, H4, H8, H9 et H13) :

- Motif initial de consultation inapproprié ou banal (H2, H9 et H13) :

H9 : « Ça m'est déjà arrivé des fois d'aller chez le médecin et en fait juste venir chercher un papier ou un truc comme ça, donc d'être habillé, d'être assis à son bureau. Bon là je trouverais ça un peu moins... »

H2 : « Pas à chaque consultation parce qu'on a un mal de gorge, enfin voilà ; pas systématiquement peut être. »

H13 : « Si on va voir le médecin pour une grippe et qu'il vous pose des questions sur votre vie sexuelle... [...] c'est inutile. »

- Absence de plainte ou de problème médical (H8) :

H8 : « [...] parce que ça peut arriver que des personnes n'aient strictement rien donc je vois pas pourquoi il aborderait. Ça serait un peu ridicule, je trouve. »

- Ce n'est pas le rôle du médecin de poser ces questions (H8).

H8 : « Ben non, parce que le médecin c'est pas un psychologue, donc là-dessus, il n'a pas à poser la question de but en blanc à la personne [...] je vois pas en quoi ça regarde le médecin et c'est pas son rôle. »

- Cela pouvait aussi choquer certaines personnes (H4, H5 et H13).

H13 : « Je pense que ça, ça pourrait bloquer certaines personnes [...] en se disant il veut absolument que j'en parle. »

H4 : « Alors là, c'est un petit peu brut ! »

III.2.2.2. Exemples de questions types proposées par les hommes interrogés

Lors du recueil des attentes des hommes sur la façon de parler de sexualité et sur leurs opinions concernant les questions standardisées (cf. chapitres précédents), ceux-ci ont suggéré d'autres questions types utilisables par le médecin pour amorcer la discussion sur la sexualité.

✓ Aperçu schématique des résultats

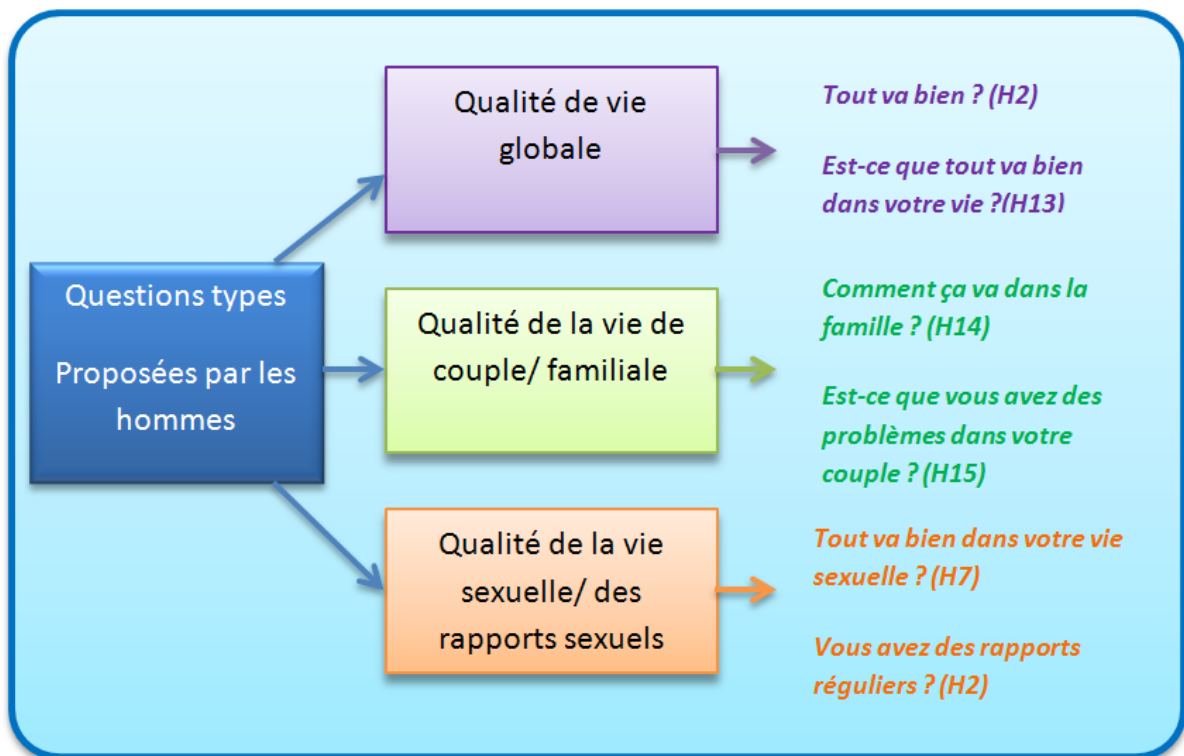


Schéma III.2.2.2 . Questions types pour aborder la sexualité : propositions des hommes

✓ Une question sur la qualité de vie globale (H1, H2, H8, H13 et H16)

- Il a été proposé d'amorcer la discussion sur la sexualité en posant une question très ouverte pour s'intéresser à la qualité de vie de façon globale.

H13 : « Le médecin pourrait très bien dire : *Vous êtes contents ?* [...] Bon sinon : *Est-ce que tout se passe bien dans votre vie ?* »

H2 : « Oui voilà : *tout va bien ?* Voilà. Pourquoi pas ? »

H8 : « [...] qu'il me dise : *Alors, vous n'avez pas de soucis par rapport à ça, ou par rapport à telle chose ?* »

✓ **Une question sur la qualité de la vie de couple ou familiale (H12, H14 et H15)**

- Il a été également suggéré que le médecin demande des nouvelles de la famille. Selon H14, le patient dévoilerait plus facilement des problèmes sexuels ou conjugaux s'il était interrogé sur la qualité de sa vie familiale.

H14 : « Avant le médecin quand il arrivait chez vous, la première chose qu'il vous demandait c'était : *Comment ça va dans la famille ?* [...] s'ils discutent de la vie familiale ou quoique ce soit, à ce moment-là ils vont lâcher la partie qui fait défaut. »

- Pour H15, questionner directement sur l'existence de problèmes conjugaux était un exemple d'amorce pour initier la discussion autour de la sexualité. Si le patient ne se plaignait d'aucun problème, il le faisait savoir au médecin et la discussion pouvait s'en tenir là.

H15 : « Il me demanderait : *Est-ce que vous avez des problèmes dans votre couple ?* [...] Je lui dirai : *J'ai aucun problème, ça s'arrêterait là.* »

✓ **Une question sur la qualité de la vie sexuelle ou des rapports sexuels (H1, H2, H6, H7, H9 et H10)**

- D'autres proposaient des questions évoquant d'emblée la vie sexuelle et les rapports sexuels :

- Cela allait des questions ouvertes, plus générales :

H1 : « [...] *j'aimerais aborder avec vous le thème de la sexualité, savoir où vous en êtes : Avez-vous des soucis ? Est-ce que vous voulez qu'on parle de certaines choses ?* »

H7 : « Je pense que de poser la question comme ça : *Tout va bien dans votre vie sexuelle ?* Je pense qu'un docteur peut la poser. »

H9 : « Bah : *Comment ça se passe ?* [...] *Tout va bien ?* [...] *Il y a des problèmes ?* »

- Aux questions plus fermées, plus directes :

H2 : « *Est-ce que cela se passe bien dans vos rapports ?* [Intensité de la voix diminuée] *Est-ce que tout va bien de ce côté-là ? Vous avez des rapports réguliers ? Est-ce que vous êtes épanoui ?* On peut partir de ça aussi, voilà ! »

H6 : « Bah de poser la question au patient savoir s'il n'a pas de problème de libido, d'érection... »

H10 : « Dire : *Est-ce que tu es actif ?* Voilà peut-être vers 16-18 ans : *Comment ça s'est passé ? Comment ça se passe ?* »

III.3. Opinions des hommes sur la légitimité du médecin à aborder la sexualité en consultation

Un de nos objectifs secondaires était de savoir si les hommes jugeaient légitime que le médecin interroge les patients sur leur sexualité. Le terme *légitimité* n'avait pas été prononcé tel que par l'enquêtrice. Elle les avait interrogés dans des termes simples pour savoir s'ils pensaient qu'aborder la sexualité avec le patient faisait partie du rôle du médecin. Voici quelques exemples de questions posées par l'enquêtrice : « *Est-ce que vous pensez que c'est le rôle du médecin d'aborder la sexualité ? Est-il en droit de parler de cela avec ses patients ?* » Ou bien encore : « *Vous pensez que c'est du ressort du médecin d'aborder la sexualité ?* ». Les points de vue des participants étaient très diversifiés. Il se détachait cependant deux catégories de personnes : ceux qui globalement pensaient que c'était légitime et ceux qui, au contraire jugeaient que cela ne l'était pas.

Une question spécifique leur était posée concernant l'interrogation sur l'identité sexuelle : « *Comment vous réagiriez si votre médecin vous interrogeait sur votre orientation sexuelle ?* » Ou bien : « *Est-ce que vous pensez que c'est une question qu'il est en droit de poser ?* ».

III.3.1. Aperçu schématique des résultats

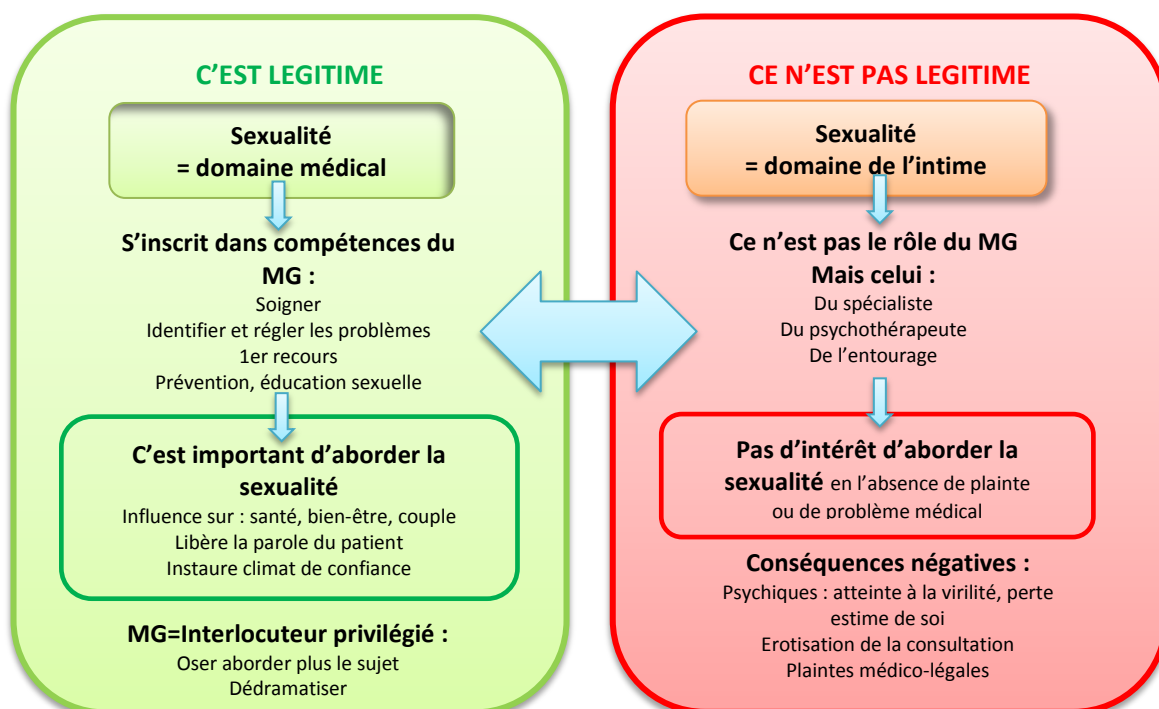


Schéma III.2.2 . Opinions des hommes sur la légitimité du médecin généraliste à aborder la sexualité

MG : médecin généraliste

III.3.2. Les hommes qui pensaient que c'était légitime

✓ Considéraient que la sexualité s'inscrivait dans le domaine médical (H1, H4, H9 à H13 et H16)

- Pour ces participants, la sexualité faisait partie du corps humain donc il leur semblait légitime que le médecin s'occupe des problèmes sexuels au même titre que d'autres pathologies. Pour H10, c'était important que le médecin fasse le point une fois par an pour détecter d'éventuels problèmes.

H10 : « Ça fait partie du corps humain, je pense donc que ça doit faire partie du cadre médical. A partir du moment où on a un problème physique [...] le fait d'en avoir parlé, que le médecin examine à cet endroit-là plus souvent, au moins une fois par an, bah, peut-être que ça peut prévenir d'éventuels problèmes à l'avenir. »

H16 : « Bah, oui, je pense que ça fait partie de la... santé [...] euh, c'est son rôle quoi ! »

H1 : « [...] c'est normal de l'aborder avec son médecin. »

✓ Jugeaient que la sexualité faisait partie des compétences du médecin généraliste (H1, H2, H4 à H14 et H16)

- Prendre en charge la sexualité du patient et les éventuels troubles associés relevait des missions du médecin généraliste :

- Soigner, assurer la santé et le bien-être du patient (H1, H4, H5, H8, H11, H12, H14 et H16) :

H16 : « Ça paraît logique, tout ce qui peut nuire au patient [...] ou à son bien-être, c'est le rôle du médecin d'y jeter un œil. »

H8 : « Il est médecin, il est là pour nous soigner [...] pour nous guérir, pour nous apporter que des bonnes choses. »

H14 : « A ce moment-là, s'il voit qu'il y a un problème c'est à lui d'essayer de... venir au secours de la personne. »

- Ecouter, rassurer son patient, rôle de confident (H8, H11 et H12) :

H8 : « Après c'est le patient qui se confie au médecin, donc euh... parce que le médecin est là pour écouter aussi. »

H11 : « [...] j'avais des questions, il a su me rassurer. »

H12 : « Après le médecin, c'est peut-être un confident [...] On ira peut-être plus facilement parler de ça à un médecin plutôt qu'à une tierce personne. »

- Identifier et régler les problèmes (H1, H4, H5 et H8) :

H1 : « Si le patient ne se sent pas bien, à partir de là le médecin doit identifier le problème et voir s'il peut le régler. »

H4 : « Il ne fait pas de l'information, hein, il soigne hein. Il y a un problème, on règle le problème. »

- Prévention, information, éducation sexuelle, conseils (H5, H10, H11 et H16) :

H16 : « Il s'est pas posé de question, ça rentrait dans ses compétences de médecin, c'était son rôle de me renseigner [...] c'est bien que le médecin aborde le sujet, en prévention même. »

H10 : « [...] si les enfants peuvent être sensibilisés à savoir que le médecin peut éventuellement aborder ces problèmes-là. »

H10 : « Je pense que si quelqu'un a un problème, il peut aller voir son médecin éventuellement pour avoir un début conseil. »

- Premier recours, première vision du problème (H4, H10, H13 et H16) :

H10 : « Oui, je pense que ça ferait partie de son travail... d'au moins d'être là en première... vision de problème [...] Maintenant, pour aller chez un spécialiste, il faut toujours passer par son médecin traitant. Donc euh... je pense que ça devrait faire partie [...] d'un premier sas, avant les examens supérieurs. »

- Il s'agissait même, parfois, d'un devoir pour le médecin d'interroger sur la sexualité (H12 et H16).

H16 : « Et c'est même un peu leur devoir aussi de... des fois d'aborder ça... justement si une grande majorité de patients ont du mal à aborder ça, peut-être que les médecins doivent plus se dire : *Amenons le sujet sur la table*, quoi ! »

✓ **Le médecin généraliste: un interlocuteur privilégié (H4, H7 et H9)**

- Le médecin généraliste semblait, pour certains, être la personne la mieux placée pour discuter de la sexualité et éventuellement des problèmes sexuels (H4, H9 et H12).

H12 : « On ira peut-être plus facilement parler de ça à un médecin plutôt qu'à une tierce personne. »

H4 : « Bah on a que le médecin de toute façon. »

✓ **Jugeaient important que le médecin interroge ses patients sur la sexualité (H1, H2, H4, H6 à H8, H10 et H13 et H16)**

- Les troubles sexuels pouvaient avoir une influence sur la santé, le bien-être, l'épanouissement du patient et sur l'équilibre du couple (H1, H2, H4, H6, H8, H10 à H12 et H16).

H8 : « S'il y a un souci, vaut mieux qu'il aborde cash [...] C'est pour notre bien-être. Dans tous les cas, c'est pour nous. »

H1 : « La sexualité fait partie du bien-être de la personne et effectivement avec l'âge, il y a des troubles de la sexualité qui peuvent apparaître et je pense que les gens, il faut qu'ils en parlent et qu'ils ne restent avec ça sans en parler ou soient bloqués et ne puissent pas s'épanouir, parce qu'on doit s'épanouir à tout âge sexuellement. »

- Cela permettrait également d'instaurer un climat de confiance en leur donnant aussi la possibilité de reparler de ce sujet à distance s'il en avait besoin (H10, H11, H12 et H13).

H11 : « On ne sait pas forcément à qui en parler et le fait de savoir qu'il y a un médecin qui puisse... voilà... sur lequel on peut se baser, lui faire confiance [...] ça montre qu'il ne s'intéresse pas qu'au niveau des maladies bénignes, et qu'il instaure un climat sur lequel on va pouvoir [...] lui faire confiance et pouvoir communiquer plus facilement. »

- Cela contribuait à libérer la parole des patients n'osant pas le faire (H4, H6, H7, H10 à H13 et H16).

H12 : « Si le médecin aborde de lui-même le sujet, c'est plus facile d'en parler. »

H16 : « [...] je pense que c'est important que le médecin aborde le sujet par rapport aux gens qui ont du mal eux à aborder ce sujet-là. »

H4 : « Vous savez, quand il y a quelque chose de grave, on ne parle pas, on est mal, alors s'il fait le premier pas, déjà ça peut débloquent complètement la situation. »

✓ **Souhaitaient que cela soit davantage abordé par les médecins (H1, H2, H4, H6, H10 à H14 et H16)**

Parmi les hommes interrogés, certains ont mis en avant leurs attentes envers leur médecin généraliste. Non seulement, pour eux, la sexualité était effectivement un sujet qu'il fallait aborder mais ils pensaient que cela devait être fait plus souvent. Du moins, ils attendaient de la part du médecin :

- Qu'il communique davantage de façon générale avec ses patients, qu'il rétablisse un dialogue (H14).

H14 : « Parce que... à l'heure actuelle [...] Il y a un manque de communication complet [...] euh, beaucoup de médecins ne travaillent qu'avec leur ordinateur, y a plus de dialogue avec le patient... »

- Qu'il les informe davantage en ce qui concerne la sexualité : les maladies possibles, les traitements etc. (H6 et H11). H6 regrettait, par exemple, que dans le cadre d'une prescription de VIAGRA®, ce soit le pharmacien, et non son médecin, qui lui ait expliqué le mécanisme d'action des différents traitements disponibles.

H6 : « [...] Bah [donner] un minimum d'informations, poser la question aux gens, savoir s'ils connaissent les produits qui existent sur le marché, les différents moyens d'action [...] »

- Qu'il soit capable d'aborder tous les sujets et qu'il ose davantage aborder le sujet avec ses patients. Selon H16, il devrait même arrêter de se demander si c'est légitime (H2, H6, H10, H12 et H16).

H10 : « [...] peut-être sensibiliser les médecins à peut-être oser aborder le sujet. »

H16 : « Peut-être dédramatiser un peu tout ça, arrêter de se poser des questions : *Est-ce que c'est dans le rôle du médecin ?* Ça paraît logique, tout ce qui peut nuire au patient, c'est le rôle du médecin d'y jeter un œil [...] »

- Selon H10, c'était l'évolution de la société qui légitimait le médecin à évoquer la sexualité avec ses patients. Il devait les informer davantage de son rôle dans ce domaine afin que cela soit davantage reconnu.

I : « *Est-ce que c'est vraiment au médecin de questionner ?* »

H10 : « Je pense que du coup, oui, oui. A partir du moment où tout évolue, la place du médecin doit évoluer aussi [...] Le fait d'en parler à ses patients tout en disant, qu'il n'y a pas forcément besoin d'aller voir un spécialiste, que lui peut être apte à lui donner des conseils, serait déjà un premier pas [...] »

III.3.3. Les hommes qui pensaient que ce n'était pas légitime

✓ Considéraient que la sexualité s'inscrivait dans le domaine de l'intime (H1, H4, H5, H8, H10 et H13)

- Pour ces hommes, la sexualité était un sujet encore considéré comme relevant de l'intime, de la vie privée et cela pouvait être gênant d'en parler avec son médecin. H1, H8 et H13, même s'ils connaissaient bien leur médecin, ne se voyaient pas lui parler de leur vie sexuelle.

H13 : « C'est des choses qui sont assez privées [...] en parler avec un médecin, c'est gênant. »

H4 : « Ah bah c'est toujours un peu tabou [...] personne en parle [...] A part avec sa partenaire, c'est un peu difficile d'en parler ailleurs. »

H13 : « C'est mon médecin je le connais, mais on n'a pas trop envie d'étaler le sujet, on n'a pas envie de dévoiler toute sa vie. Donc on en reste au rapport médecin donc j'ai un rhume ou quoique ce soit OK on va le voir et puis voilà. »

H1 : « Je n'irai pas voir le médecin pour discuter de ma sexualité. »

- Pour H4 et H10, parler de sa sexualité avec son médecin n'était pas socialement reconnu. Pour eux ce n'était pas un sujet médicalisable.

H10 : « Je suis pas sûr que les gens soient encore prêts justement [...] je pense que c'est quelque chose qui n'est pas encore très ancré... [...] En fait je crois que beaucoup de gens, ne voit pas la sexualité comme quelque chose de médicalisable [...] Après si ça rentre dans les mœurs, peut-être que le médecin serait suffisant [...] »

✓ **Jugeaient que cela ne faisait pas partie des compétences du médecin (H3, H4, H5, H6, H8, H10, H11, H13, 15 et H16)**

- Le rôle du médecin dans la prise en charge de la santé sexuelle ou plus précisément des troubles sexuels restait, parfois, assez flou. Certains, comme H10 par exemple, doutaient des compétences du médecin généraliste dans certaines problématiques en lien avec les problèmes de sexualité (H4, H8, H10 et H15).

H10 : « [...] les problèmes de couple, après je sais pas si ça rentre dans les compétences du médecin traitant. »

H8 : « [...] je vois pas en quoi ça regarde le médecin. »

H10 : « ils sont peut-être pas non plus forcément aptes à rentrer dans les détails [...] Est-ce que le médecin serait lui, de sa position justement de non-spécialiste pur, euh, de dire : *C'est sûr, c'est ça*, ou : *Faut faire si* ou : *Faut faire ça*. »

H10 : « [...] le médecin traitant doit rester le médecin traitant [...] et diriger vers un spécialiste qui est vraiment le médecin dans ce sujet ci. »

- Prendre en charge la sexualité, faire de la prévention et de l'éducation relevait alors plutôt du rôle :

- du spécialiste qu'ils jugeaient plus expérimentés et leur inspirait davantage confiance (H10, H13 et H15). H15, qui disait pourtant n'avoir aucun tabou avec son médecin traitant, avait préféré consulter un spécialiste pour ses problèmes urologiques :

H13 : « Bah après, je sais pas si c'est son rôle mais au pire à la limite ce qu'il peut faire c'est nous envoyer voir un spécialiste. »

H10 : « si lui n'est pas apte à prodiguer les soins ou le reste des conseils après le diriger vers un spécialiste [...] Un sexologue. »

H10 : « Je pense que le spécialiste du fait des différents patients, aura peut-être des conseils plus judicieux qu'un médecin traitant qui aura peut-être que deux, trois patients comme ça [...]. »

H15 : « Je... je l'ai shunté un petit peu le médecin. »

- d'autres professionnels (H6, H8 et H10) :

H10 : « En fait je crois que beaucoup de gens [...] pensent que ça serait plus à un psychothérapeute de les aider peut-être, dans un premier temps. »

H8 : « Ben non, parce que le médecin c'est pas un psychologue, donc là-dessus, il n'a pas à poser la question de but en blanc à la personne. »

H8 : « [le médecin] c'est pas une assistante sociale, mais après il peut toujours l'aborder. »

- de la famille, des parents, ou de l'éducation nationale ; responsables de l'éducation sexuelle des enfants (H3, H4, H6 et H16) :

H16 : « Je pense qu'on en parle d'abord à l'école et en famille avant d'en parler chez le médecin »

H3 : « J'irai d'abord voir mes parents puis j'irai voir le médecin. »

H4 : [concernant la prévention des IST, l'usage du préservatif] : [...] Après ça c'est le rôle des parents. C'est pas le rôle du médecin.»

✓ **Ne voyaient pas l'intérêt que le médecin en parle (H8, H13, H15 et H16)**

- H13 jugeait cela inutile. Pour d'autres, c'était au patient d'aborder la sexualité en cas de problèmes (H8).

H13 : « Sans avoir de problèmes ? Qu'il s'intéresse à ça ? Bah, j'y verrais pas l'utilité. »

H16 : « Enfin je vois pas pourquoi le médecin me suggérerait de parler de ça... »

H8 : « C'est la personne qui devrait en parler au médecin, mais pas au médecin qui devrait aborder l'histoire, je pense pas que ça serait une bonne idée. »

H15 : « [...] je dirai que c'est plutôt au patient d'aborder le sujet. »

✓ **Craignaient que cela ait des conséquences négatives : conséquences psychiques pour le patient, érotisation de la consultation et plaintes médico- légales (H7, H8, H10 et H13)**

- Pour H13, parler de ses problèmes de sexualité avec un médecin, surtout si c'était un homme, était considéré comme une atteinte à la virilité, à l'estime de soi. Il disait craindre le jugement d'un médecin homme face à d'éventuels troubles sexuels.

H13 : « Parler de sexualité avec un médecin déjà c'est gênant, parce que comment dire... [...] d'en parler avec une femme, c'est moins gênant que d'en parler à un autre homme, c'est peut-être une question de virilité [...] mais après bon on sait pas ce qu'il [le médecin homme] va faire après, le soir, s'il ne va pas repenser à cette histoire-là pour... je sais pas moi... se foutre de notre gueule ou quoique ce soit [...] Je prendrai [...] un coup dans mon estime, je pense. »

- Indirectement, H8 évoquait une des conséquences possibles de l'abord de la sexualité par le médecin : celui de l'érotisation de la consultation. Cela semblait favorisé par le rapport de genre et le rapport au corps.

H8 : « Je ne verrais pas une femme m'ausculter, me toucher euh... ça serait plus gênant. »

H8 : « [en évoquant les rumeurs] Moi j'ai jamais eu ce problème-là, j'ai toujours eu un médecin cool, clean [...] Je me suis déjà déshabillé, j'ai eu aucun souci, aucun problème. »

H8 : « [...] mettre en confiance, ouais. Pour dire qu'ils sont là pour nous aider justement et pas pour faire de voyeurisme, quoi ! »

- Pour H8, le comportement de certains médecins lors de l'abord de la sexualité pouvait être mal interprété et conduire à des plaintes médico-légales de la part des patients constituant alors un frein pour ces derniers pour parler de sexualité. Pour faire valoir sa légitimité, le médecin devait mettre en confiance ses patients.

H8 : « Il y a tellement eu de rumeurs comme quoi le médecin pourrait faire des attouchements, des machins, des si, des là. Donc vaut mieux rassurer la personne et comme ça y a pas de problème [...] après y a des gens qui sont un peu fous, un peu tarés, qui pourraient accuser le médecin de plein de choses [...]. »

III.3.4. Interroger le patient sur son identité sexuelle

Nous avons interrogés plus précisément les hommes sur leurs opinions concernant l'abord de l'identité sexuelle du patient. Comment percevaient-ils le fait d'être interrogés par un médecin sur leur identité sexuelle ? Etait-ce, selon eux, légitime ?

III.3.4.1. Aperçu schématique des résultats

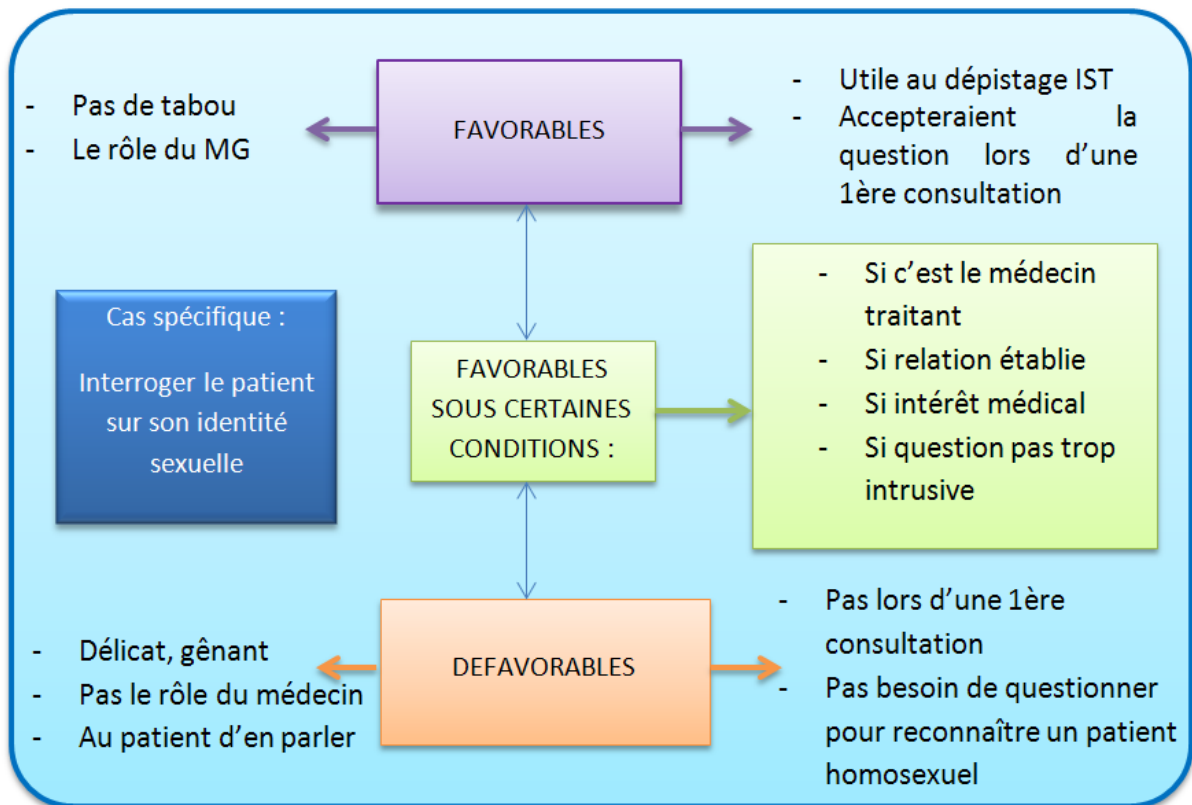


Schéma III.3.4.1 . Opinions des hommes sur l'interrogation des patients sur leur identité sexuelle par le médecin généraliste

MG : Médecin généraliste

III.3.4.2. Les avis favorables (H2, H5, H6, H8, H9, H10, H12 H13 et H16)

✓ Répondraient sans problèmes, pas de tabou (H5, H8, H9, H12 et H13)

- A la question « *Comment vous réagiriez si le médecin vous posait la question de votre identité sexuelle?* », des hommes ont répondu qu'ils ne seraient pas gênés, qu'ils répondraient, parfois même en riraient (H12).

H12 : « En rigolant. »

H13 : « S'il me demande avec qui je vis, moi je réponds simplement, enfin... si je suis avec une femme, je lui dis que je suis avec une femme. »

H8 : « S'il me demandait : *Au fait, est-ce que vous êtes avec un homme ou une femme ?* Je lui répondrai, de but en blanc. Je vois pas pourquoi je m'en cacherais, c'est mon médecin... »

✓ **Trouvaient que cela avait un intérêt médical pour le patient (H8, H12 et H16)**

- Identifier des comportements sexuels à risque et prévenir les IST.

H10 : « Dans des cas de suivi, peut-être de personnes, de savoir leur orientation, quand c'est des personnes qui sont pas en couple ou voilà, je pense que oui [...] pour le dépistage de certaines maladies sexuellement transmissibles [...]. »

✓ **Acceptaient d'être interrogés de façon systématique lors d'une première consultation (H2, H10, H13 et H16)**

- H2 et H10 soulignaient toutefois que cela devait avoir lieu dans le cadre professionnel.

H10 : « A partir du moment où ça reste dans le cadre médical, je pense que oui. Après, faudrait pas que ça rentre dans un cadre euh... de statistiques euh... »

H2 : « Ouais, pourquoi pas, oui. C'est de l'ordre médical et professionnel, il y a le secret professionnel, donc pourquoi pas. »

✓ **Jugeait que cela faisait partie du rôle du médecin (H8)**

H8 : « [...] il est dans son rôle de pouvoir demander si je suis avec un homme ou une femme. »

III.3.4.3. Avis favorables sous certaines conditions (H2, H5 à H7, H9, H10, H12, H13 et H16)

✓ **Que ce soit le médecin traitant qui pose la question (H16)**

H16 : « [...] si je voyais un nouveau docteur, par exemple en vacances, je vais voir un médecin pour une broutille [...] là j'y trouverai pas de sens. Après si c'est mon nouveau médecin traitant [...] qui me pose ces questions [...] ça me poserait pas de problèmes. »

✓ **Poser la question quand relation médecin-patient établie (H2, H9 et H12)**

- Il paraissait important que le médecin attende qu'une relation de confiance soit instaurée et de connaître le patient avant de poser la question de l'identité sexuelle.

H12 : « [...] peut-être la deuxième ou troisième fois. D'abord mettre en confiance au départ... et dans un deuxième temps, demander... »

H9 : « [...] attendre de la connaître suffisamment. »

H2 : « Ben, ça dépend du lien établi... »

✓ **Qu'il y ait un bénéfice médical pour le patient (H5, H6 à H8, H10 et H16)**

H7 : « S'il voit une raison médicale, oui ; c'est à lui d'aborder. »

H8 : « S'il pose la question, alors là oui ; parce que c'est bien pour moi, c'est pour des analyses de sang si ça se trouve ou pour des trucs. Alors là oui, je lui répondrai. »

✓ **Cela dépendait de la formulation et du contexte (H2, H5 et H13)**

- Pour H13, le médecin ne devait pas être trop intrusif.

H13 : « [...] Après s'il va plus loin dans les questions, aller plus dans le privé, après bah on lui dit : *STOP* quoi. »

H5 : « Après il y a des façons de poser [...]. »

III.3.4.4. Avis défavorables (H1, H2, H4, H6 à H9, H14 à H16)

✓ **Pas le rôle du médecin (H1, H6, H9 et H14)**

- Pour eux, l'identité sexuelle n'était pas une information médicale, cela ne regardait pas le médecin. Ils ne voyaient pas d'utilité à ce qu'il interroge le patient à ce sujet.

H14: « [...] ça ne le regarde pas. »

H9 : « Bah déjà cet aspect-là, je vois pas trop en quoi le médecin a vraiment à y voir. »

H9 : « Je suis pas sûr... qu'à priori... sauf s'il y a quelque chose de particulier mais à priori je pense pas que ça soit [...] indispensable. »

H1 : « [...] je vois pas à quoi cela servirait. »

✓ **Question délicate, gênante (H6 et H7)**

- H6 et H7 trouvaient que c'était gênant pour un patient de se voir poser cette question.

H6 : « C'est plus délicat hein... »

H7 : « S'il est homo... ça s'est vraiment délicat je trouve. »

✓ **Au patient d'en parler (H4 et H15)**

- Ce n'était pas au médecin mais plutôt au patient d'aborder ce sujet sauf si cela avait une importance dans la prise en charge médicale (conduites sexuelles à risque etc.).

H4 : « [...] je pense que c'est au patient d'en parler. »

H15 : « [En réponse à la question : *Est-ce le rôle du médecin d'interroger sur l'identité sexuelle ?*] Non. A moins que le patient arrive et lui dise : *Bon bah j'ai des gros problèmes, prise de sang et compagnie, vous voyez ou je veux en venir.* »

✓ **Pas besoin de questionner pour reconnaître un patient homosexuel (H9, H14 et H15)**

- Le médecin pouvait se douter de l'identité sexuelle du patient s'il connaissait suffisamment son mode de vie. Pour H14 et H15, il était possible de reconnaître un patient homosexuel.

H14 : « Écouter, l'orientation sexuelle, on voit tout de suite si vous avez à faire à un homo ou... [...] Bah, on les voit quand même hein ; on les reconnaît. »

H15 : « Moi je pense que le médecin il peut le découvrir tout seul [...] dans certaines façons de parler ou autre... »

H9 : « [...] Disons que s'il est au courant quand même de la façon dont vivent les gens, bon euh... »

✓ **Défavorables à l'abord systématique lors d'une première consultation (H2, H8, H15 et H16)**

H8 : « Je trouve que c'est un peu imposé [...] Je pense quand on fait un dossier médical, on demande le nom, l'adresse, il demande le numéro de sécurité sociale, il demande tout un tas de trucs, après qu'il demande ces choses-là, je sais pas si c'est vraiment... à lui répondre ou pas. »

H2 : « [...] pas systématiquement peut être. »

III.4. Santé sexuelle : Représentations, attitudes et expériences des hommes

La discussion avec les hommes autour de la légitimité du médecin généraliste à aborder la sexualité a mis en évidence certaines représentations qu'ils avaient du médecin généraliste, de son rôle et de sa pratique. Celles-ci ne s'interprétaient pas sans considérer également leurs représentations sur la sexualité en général ; les deux étant implicitement liées. Quelle importance la sexualité occupait-elle dans leur vie ? Était-ce important pour eux d'en parler ? Établissaient-ils un lien entre la sexualité et la santé ? Quelle vision et quelle expérience avaient-ils de l'abord de la sexualité en consultation en médecine générale ?

III.4.1. Aperçu schématique des résultats

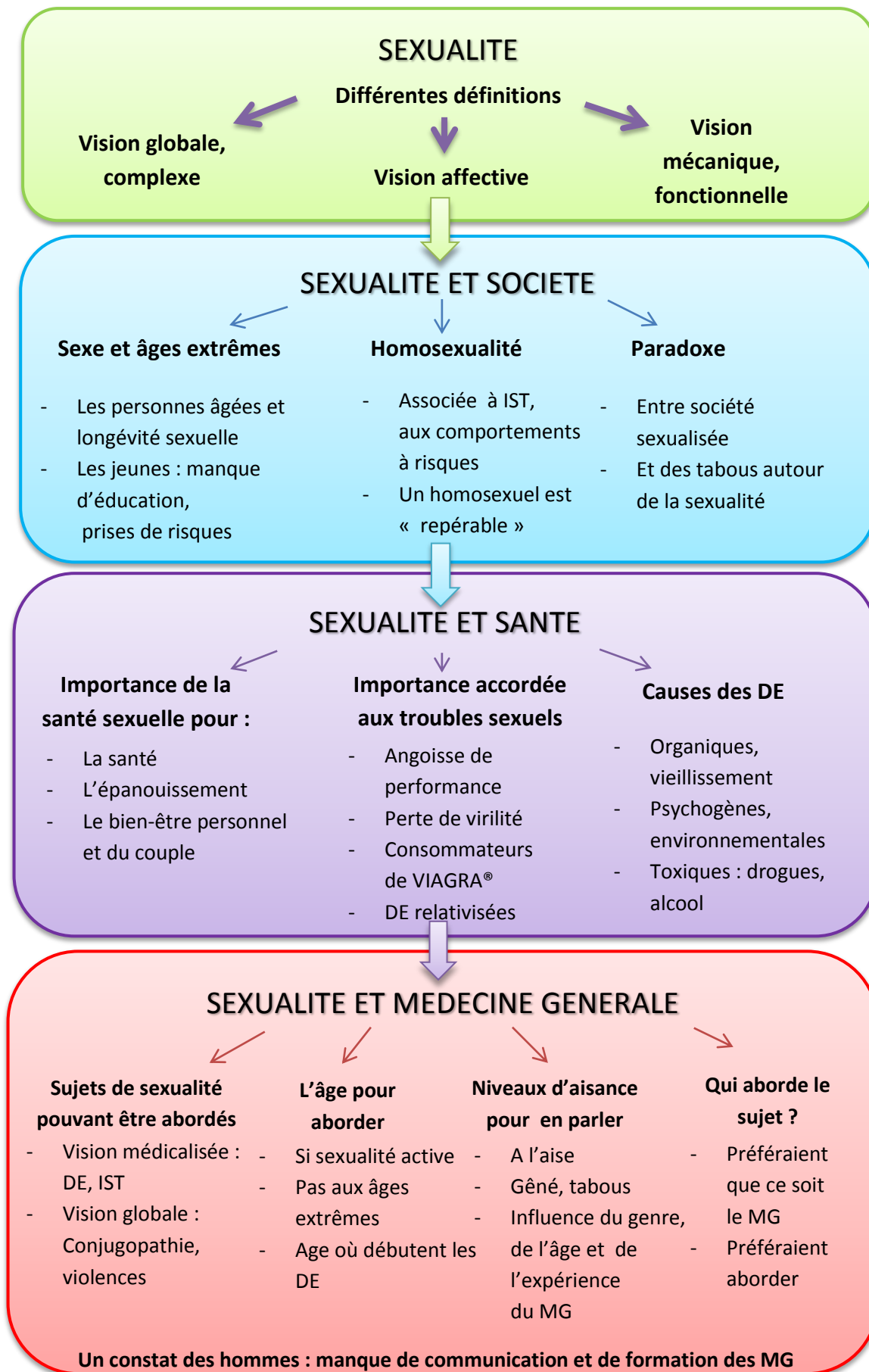


Schéma III.3.4.1 . Santé sexuelle : représentations et attitudes des hommes

DE : Dysfonctions érectiles ; MG : Médecin généraliste

III.4.2. Sexualité : différentes définitions

A la question « *La sexualité pour vous qu'est-ce que c'est ?* », les réponses des hommes étaient diversifiées.

III.4.2.1. Une vision globale, complexe (H1, H8, H10, H12, H14 et H16)

- Les réponses étaient parfois assez vagues. Pour ces hommes- ci, la sexualité semblait complexe à définir.

H14 : « Ça doit être un problème sans être un problème. C'est une question qui se pratique pour ainsi dire tous les jours. »

H8 : « [...] c'est pas que le rapport, ça n'a rien à voir avec que le rapport. Pour moi la sexualité, ça se résume pas qu'au sexe, il n'y a pas que ça... [...] Y a plein de choses dans la sexualité : la sexualité au niveau du regard, ça peut être la sexualité pratique, ça peut-être la sexualité désirée par l'un ou par l'autre. Ça peut définir plein de choses la sexualité. »

H12 : « C'est tout un ensemble. C'est pas juste pour les MST ou choses comme ça. C'est un ensemble. »

III.4.2.2. Une vision affective (H8, H12 et H15)

- La sexualité était aussi définie de façon plus affective à travers la notion de couple et des sentiments.

H15 : « La sexualité, c'est l'amour du couple, l'amour de la femme. Ça s'arrête là. »

H8 : « Bah ça comprend une relation à deux déjà, apprendre à se découvrir. »

III.4.2.3. Une vision fonctionnelle, mécanique (H10, H11, H13 et H16)

- Enfin, pour d'autres, la sexualité se restreignait à l'aspect physique, à l'anatomie et à la physiologie du rapport sexuel.

H11 : « C'est l'ensemble, du passage de la puberté à la vie adulte, ça peut être... enfin, c'est une notion générale [...] qui comprend le rapport sexuel jusqu'à l'anatomie masculine et comprendre son fonctionnement. »

H16 : « Tout ce qui touche aux [...] rapports sexuels. »

III.4.3. Sexualité et société

Le discours des hommes a mis en évidence des représentations sur la sexualité des personnes d'âges extrêmes (sujets âgés, adolescents) et sur l'homosexualité. Il se dégagait également des représentations sur la place de la sexualité dans notre société.

III.4.3.1. Représentations autour de la sexualité des personnes d'âges extrêmes (H6, H10, H11, H12, H14 et H15)

✓ Les jeunes et la sexualité (H11, H14 et H15)

- H11 constatait le manque d'information des jeunes concernant la sexualité et ses risques. En tant qu'enseignant, il constatait un manque d'éducation et de soutien des parents. Il faisait allusion aux violences sexuelles qui survenaient parfois dans les établissements scolaires. Pour lui, les médecins généralistes et les médecins scolaires avaient un rôle à jouer dans l'éducation sexuelle des enfants.

H11 : « Les enfants, garçons et filles sont de plus en plus précoces et ne savent malheureusement pas se protéger, et... ont une notion très vaste de ce domaine-là et par méconnaissance, pour moi, font d'énormes bêtises [...] Il y a tellement de choses que les parents ne voient pas et ne s'imaginent pas... »

- La sexualité des adolescents était souvent mise en relation avec les risques liés à la sexualité : les IST dont le sida.

H14 : « Si les jeunes ont des problèmes à l'heure actuelle avec le sida, parlons-en aux jeunes. »

- H10 notait une évolution des comportements des jeunes face à la sexualité. Il prenait pour exemple les habitudes vestimentaires de certaines pré-adolescentes.

H10 : « [...] les jeunes filles qui s'habillent de façon hum... plus ouverte qu'avant. Et c'est pas forcément signe de sexualité aboutie, de preuve sexuelle [...] La mode y joue pour beaucoup mais c'est pas... malheureusement je pense que ça a des effets néfastes. »

✓ Les sujets âgés et la sexualité (H6, H10, H12 et H15)

- H10 expliquait les différences entre la sexualité des personnes âgées et celle des jeunes générations par les évolutions sociétales.

H10 : « Maintenant, les générations de personnes âgées, entre 60 et 70 ans, n'ont pas eu la même éducation que leurs enfants, mais euh... On a pas les mêmes technologies, pas les mêmes... Avant, voilà, pour sortir, ils allaient au bal, maintenant... [...] Voilà. Ils n'avaient tout ça, pas la télé. »

- Pour H6, les personnes âgées avaient le droit d'avoir une sexualité :

H6 : « Il ne faut pas avoir de tabou sur la sexualité des vieux, moi je trouve que les vieux ont aussi le droit d'avoir une sexualité, hein ! [...] Et quand j'entends vieux, c'est à partir de 70 et 80 ans, quoi. »

III.4.3.2. Représentations autour de l'homosexualité (H3, H8, H12, H14 et H15)

- L'homosexualité était souvent mise en relation avec IST et comportements sexuels à risque, y compris par H8 qui avait d'emblée déclaré son homosexualité.

H8 : « C'est vrai que la dessus, on fait attention, on est des gens respectueux l'un envers l'autre, on est fidèle, voilà, c'est pas parce qu'on est deux garçons, qu'on se permet de faire plein de choses dégueulasses qu'on apprécie pas. »

H10 : « Les maladies sexuellement transmissibles... euh... voilà, je pense qu'il y a une période l'homosexualité n'était pas peut-être aussi protégée que... »

- Une personne homosexuelle était, selon H14 et H15, « repérable ».

H15 : « [...] Dans la façon dont le patient... dans certaines façons de parler ou autre... »

H14 : « Ecouter, l'orientation sexuelle, on voit tout de suite si vous avez à faire à un homo [...] On les voit quand même hein ; on les reconnaît. »

- Quelques discours témoignent d'une socialisation de l'homosexualité.

H10 : « [...] comme tout, on en parle de plus en plus [de l'homosexualité], donc ça doit faire partie de notre vie courante. »

H12 : « [...] il y a cinq ans, je ne connaissais personne, comment dire ? Je connaissais que des hétéros etc. J'ai un peu voyagé, et maintenant je connais de tout en quelque sorte. »

- Il persistait cependant une certaine vision normative et encore stigmatisée de l'homosexualité.

H15 : « Ce n'est pas mon cas, moi je suis normal. »

III.4.3.3. Les évolutions sociétales de la sexualité (H10 et H15)

- H15 affirmait que, pour lui, parler de sexualité n'était pas un problème. Il se disait à l'aise avec le sujet. Pour lui, c'était un sujet moins tabou que cela n'avait été il y a quelques années. Il constatait une libération des mœurs depuis mai 1968.

I : « [...] *Parce qu'en fait il y a des médecins qui se sont rendu compte que comme c'était un sujet un peu tabou...* »

H15 : « Hum. Moins aujourd'hui. »

I : « [...] *pour vous ça pose pas de soucis ?* »

H15 : « Non, moi je fais partie de la génération 68 ou ça s'est énormément diversifié hein [...] Beaucoup de libertés... »

- H10 faisait remarquer l'omniprésence de la sexualité dans la société actuelle.

H10 : « Maintenant, on est rentré dans une ère où... tout parle de sexe en fait. Dans la publicité, la télé, le cinéma, dans la rue... »

- Il mettait en avant un paradoxe assez fort : d'un côté une société où tout était de plus en plus sexualisé, et d'un autre côté la persistance de tabous pour parler de sexualité qui reste ancrée dans le domaine de l'intime.

H10 : « [...] c'est un paradoxe assez fort. Maintenant, tout est sexualisé, pourtant ça reste quelque chose dont on n'ose pas parler. »

- H15, se considérant pourtant ouvert, semblait critique par rapport à cette banalisation de la sexualité, notamment en ce qui concerne certains comportements chez les jeunes.

I : « [...] *Oui le sujet s'est banalisé...* »

H15 : « Oui, alors je ne suis pas d'accord [...] euh... une fille à 14 ans ou 15 ans, je te prends je te jette... un coup moi, un coup toi... moi, ça passe pas ça... »

III.4.4. Sexualité et santé

Dans le cadre de notre problématique, il était intéressant de mettre en évidence les représentations que les hommes avaient de la santé sexuelle.

III.4.4.1. Importance accordée à la santé sexuelle (H1, H2, H6, H9, H10, H13, H14, H15)

- A plusieurs reprises durant l'enquête, les hommes ont évoqué l'importance qu'ils attribuaient au fait d'être sexuellement en forme que ce soit pour leur santé, leur bien-être personnel ou pour celui du couple (H1, H2 et H6).

H6 : « J'ai une... bonne libido donc je ne veux pas qu'il y ait... de soucis de ce côté-là, quoi. Et puis, je pense que dans un couple, c'est important. »

III.4.4.2. Importance accordée aux troubles sexuels (H9, H13, H14 et H15)

- Les troubles sexuels étaient différemment vécus selon les hommes. H6, par exemple, craignait les pannes sexuelles et souhaitait satisfaire sa partenaire. Il avouait, sans tabou, consulter son médecin pour des ordonnances de VIAGRA®. H15 paraissait, au contraire, sceptique lorsqu'était abordée la question des thérapeutiques existantes en cas de troubles sexuels. Pour lui, la relation de couple et la demande de la partenaire influaient autant sur la qualité des érections. Il affirmait toutefois éprouver le besoin de consulter en cas de problèmes pour être rassuré sur ses performances sexuelles. De son côté, H16 relativisait les conséquences des troubles sexuels.

H15 : « [...] Ça dépend aussi de votre partenaire. Si vous avez votre compagne qui est demandeuse, parce qu'il y a des femmes c'est des nymphomanes [...] Mais, si vous arrivez, que vous lui faites un petit bisou, si elle reste comme de la glace, ça marche pas. »

H15: « Bon, on aime bien savoir un petit peu ce qu'il se passe donc on vous rassure, ça marche ou ça marche pas, voilà. »

H16 : « [...] parce qu'avoir des soucis sexuels, ça donne pas forcément des problèmes de santé quoi... c'est juste un malaise quoi... »

III.4.4.3. Représentations des causes des dysfonctions érectiles (H6, H9, H13 à H15)

✓ Facteurs organiques et liés au vieillissement (H6, H7, H14 et H15)

- Pour H14 et H15, les problèmes sexuels survenaient naturellement avec l'âge. H6, lui, mettait ses troubles d'érection sur le compte de sa pathologie chronique (Hépatite C). De même, H7 médicalisait son discours en évoquant en détail sa pathologie vasculaire et la résolution de ses troubles érectiles grâce à la chirurgie.

H14 : « [...] il y a des petites difficultés [...] quand on arrive à plus de 60 ans. »

H15 : « Bah quand on arrive à un certain âge, on est un peu fatigué ouais ! Voilà, c'est tout ! (Rires) [...] On régresse [...] avec l'âge ! »

H6 : « [...] suite à une pathologie quelconque, qui peut entraîner des problèmes de sexualité [...] J'ai une hépatite C, j'ai des périodes de gros stress physique, euh... de tonus. »

H7 : « Bah moi le problème c'était la pause de stent et puis ça a pas marché car j'ai fait une re-sténose et j'ai été ponté ; double pontage aorto-iliaque et prothéto-fémoral bilatéral, j'ai eu la totale. Et après ça a bien marché et ça marche bien depuis. »

✓ Facteurs environnementaux et psychogènes (H10 et H15)

- Pour H10 et H15, la vie quotidienne, le travail ainsi que le stress pouvaient influencer négativement sur la vie sexuelle.

H15 : « [...] vous avez le stress, vous avez le travail. »

H10 : « [...] Tout peut jouer sur la sexualité : le partenaire, le travail, la fatigue, je pense que tout est lié après. »

✓ Facteurs exogènes : Toxiques et alcool (H7)

- Pour H7, la consommation de toxiques ou d'alcool pouvait induire des dysfonctions sexuelles, notamment chez les jeunes.

H7 : « Si les jeunes ont un problème de ce côté-là, c'est soit l'alcool ou soit la drogue je pense. Ça, c'est plutôt le médecin qui voit si son patient a une addiction à l'alcool ou à la drogue, lui parler s'il n'a pas des problèmes... bah d'érection. »

III.4.5. Sexualité et médecine générale : attitudes et expériences

Au cours des entretiens, nous avons mis en évidence les représentations, les opinions et les expériences des hommes sur le fait de parler de sexualité avec un médecin.

III.4.5.1. Les thèmes concernant la sexualité pouvant être abordés avec un médecin

✓ Vision médicalisée de la santé sexuelle: aborder uniquement des problèmes sexuels (H1, H2, H5, H7 à H11, H13 à H16)

- Parler de sexualité avec son médecin, pour plusieurs d'entre eux, se résumait à aborder des problèmes sexuels. Cela pouvait avoir lieu soit dans le cadre d'une plainte du patient soit dans le cadre d'une consultation dédiée à la prévention. Pour eux, les discussions autour de la sexualité ne devaient pas déborder du champ médical.

H1 : « [...] je n'irai pas voir le médecin pour discuter de ma sexualité après [...] si je vais voir le médecin pour la sexualité, ce sera surtout pour un problème. »

- Globalement, les *problèmes sexuels* désignaient les dysfonctions érectiles et les IST. Ils jugeaient important d'aborder les dysfonctions avec les sujets âgés tandis que le dépistage et l'information autour des IST semblaient, selon eux, plutôt concerner les jeunes. H1 reconnaissait toutefois que l'usage du préservatif pouvait concerner tout le monde. Pour H15, les problèmes sexuels comprenaient également les problèmes de prostate.

- Parler des problèmes de fonctionnement sexuel (H1, H7 à H11, H13 à H15) :

[Extrait verbatim H10] :

I : « *Quand je vous ai dit : « aborder la sexualité avec votre médecin traitant », qu'est-ce qui est venu à l'idée ?* »

H10 : « Tout de suite, ce qui m'est venu, ce sont... les problèmes [...] Bah, impuissance... euh, voilà. »

[Extrait verbatim H9] :

I : « *Et pour vous, parler de sexualité avec son médecin, ça veut dire quoi finalement ?* »

H9 : « [...] Savoir si tout se passe bien, s'il y a des problèmes. C'est plus mécanique entre guillemets je dirai. »

I : « [...] C'est plus ce qui concerne les problèmes... »

H9 : « ... de fonctionnement, oui. »

- Parler des IST (H1, H5, H8, H11, H12 et H14) :

H14 : « [...] ça sera plus à la soixantaine qu'il faudra aborder le sujet avec les personnes de cet âge-là. Tandis qu'avec la jeunesse on va parler sida, protection et ainsi de suite. »

H1 : « Chez les adolescents, ça serait de parler de protection, enfin non, à tout âge il faut parler de protection sexuelle si le couple n'est pas stable ou la personne n'a pas une activité sexuelle stable. »

- Evoquer également les problèmes de prostate (H15):

H15: « Dans la sexualité, qu'est-ce qu'il y a ? [...] Le seul problème dont j'ai parlé à mon médecin, c'est mon problème de prostate [...] vous connaissez tous les symptômes de la prostate, il y en a plusieurs sortes. »

✓ **Vision plus globale de la santé sexuelle (H1, H10, H15 et H16)**

- Pour d'autres, évoquer la sexualité ne consistait pas à aborder uniquement des problèmes (H1 et H16).

H1 : « C'est pas des problèmes qu'on aborde, c'est plus discuter, c'est pas parler de problèmes, on peut parler de sexualité avec son médecin sans aborder forcément un problème. »

H1 : « Toutes les questions autour de la sexualité sont importantes [...] il n'y a pas de questions euh... qui gênent, de questions qu'il ne faut pas aborder par le médecin, à tout âge ou toute tendance sexuelle. »

H16 : « je pense que pour toutes interrogations du patient on peut en parler à son médecin. »

- Certains évoquaient ainsi la possibilité de parler de sujets plus vastes qui pouvaient également influencer sur leur santé : les problèmes psychologiques, les problèmes de violences, les conjugopathies. Pour H11, le médecin pouvait ainsi être un interlocuteur pour les victimes de violences sexuelles lorsque celles-ci n'osaient pas en parler à leurs proches. Il devait également faire de l'information à ce sujet et dépister les violences.

H11 : « Il y a des choses que des enfants [...] n'ont pas le droit de vivre et pour moi ça permettrait d'éviter des choses ce qui nous est arrivé, tout ce qui est viol en 5ème... Ça serait un des moyens, à mon avis, d'éviter ce genre de choses de bêtises [...] Plus tôt on informera [les enfants] [...] plus tôt on gagnera... »

I : « Et justement, est-ce que vous pensez que c'est au médecin d'intervenir dans ce cas-là ? »

H11 : « Bah, le médecin généraliste et à échelle plus professionnelle le médecin scolaire. »

H10 : « C'est beaucoup de psychologique je pense, faudrait peut-être aborder avant que ça puisse devenir un problème de couple, ou dans la vie de tous les jours. »

✓ **Une limite : ne pas trop rentrer dans l'intimité (H10, H12, H13 et H15)**

- Les hommes ne voyaient généralement pas de sujets sur lesquels ils n'aimeraient pas être interrogés, hormis, peut-être, des questions trop intimes.

H13 : « Ce serait des questions sur la vie privé. »

H10 : « Je pense que tout ce qui est lié au rapport même, avec la partenaire, ou ce qui touche à l'anatomie, c'est peut-être pas forcément décent d'en parler, après si la personne veut se confier ou en parler, oui. »

III.4.5.2. L'âge auquel on peut parler de sexualité avec un médecin (H1, H4 à H6, H9 à H16)

✓ **A tout âge (H8, H10, H12, H13, H15 et H16)**

- Pour certains, le médecin devait aborder la sexualité à tout âge, et le plus tôt possible. Il n'y avait, selon eux, aucune limite d'âge pour en parler.

H12 : « Dès le plus jeune âge. On va pas dire dès 8 ans mais je sais pas... à partir du collège... 5^{ème}, 4^{ème} à peu près, ouais. »

H15 : « Bah, à tout âge ! [...] vous avez des gars qui, à 20-25 ans ont des gros problèmes [...] Et vous avez des papis qui, à 70 ans [...] qui n'ont pas de problèmes ! »

I : « *Et jusqu'à quel âge a-t-on le droit d'en parler ?* »

H13 : « Oulala, on peut en parler tout le temps (Rires). »

✓ **Le médecin doit aborder la sexualité quand il suppose une sexualité active (H1, H5, H9, H10 à H12)**

H1 : « Moi je ne pense pas qu'il y ait d'âge [...] Pas chez les jeunes enfants, mais à partir de l'adolescence où on suppose une vie sexuelle active, il est tout à fait légitime d'en parler et après il n'y a pas d'âge pour arrêter. »

H9 : « [...] a priori autour de la majorité. »

H12 : « [...] si y a toujours un couple avec deux personnes. »

✓ **S'il suppose la possibilité de troubles sexuels notamment à partir d'un certain âge (H6, H7, H14 et H15)**

H14 : « Il doit pouvoir être capable de juger le patient quand le patient arrive à un certain âge [...] Vers la soixantaine, quand il y a risque d'avoir un petit problème. »

H6 : « Bah, ça dépend s'il y a des pathologies ou pas. S'il y a pas de pathologie, il faut commencer à en parler quand les gens commencent à vieillir. »

H6 : « Je sais pas à quel âge commencent à arriver les problèmes sexuels ? Je sais que pour les gens qui pratiquent régulièrement, il n'y a pas vraiment de limite d'âge. »

✓ **Il ne doit pas en parler aux âges extrêmes (H4, H6, H9 et H10)**

- Au contraire, certains jugeaient que ce n'était pas le rôle de parler du médecin de parler de sexualité aux jeunes. Et ils trouvaient cela indécent d'en parler aux personnes âgées.

H4 : « [...] un jeune de 18 ans, pour une consultation comme ça, je pense pas qu'il faille lui poser des questions [sur la sexualité]. »

H6 : « Bah les jeunes, c'est plus aux parents d'en parler. »

H9 : « Je sais pas, peut-être qu'après 90 ans, euh... c'est peut-être pas d'actualité, je sais pas encore [rires]. »

H10 : « Je pense par respect, euh après je pense qu'après à partir d'un certain âge oui c'est plutôt à la personne d'en parler plutôt que le médecin [...] Un âge de décence par rapport à certaines personnes âgées. »

III.4.5.3. Des différences d'aisance pour parler de sexualité lors d'une consultation médicale

✓ **Ceux qui se disaient à l'aise pour parler de sexualité avec leur médecin (H1, H2, H5, H6, H8, H9, H11, H12, H14 à H16)**

- Pour ces participants, parler de leur sexualité ne posait aucun problème. Ils justifiaient leur aisance soit par le fait que le médecin était avant tout un professionnel soit par le fait d'être ouvert d'esprit.

H11 : « Après c'est un professionnel de la santé donc à partir de ce moment-là il n'y a pas de tabou. »

H16 : « Euh, j'ai pas de problèmes pour parler de ma sexualité avec mon médecin traitant [...] je me sens à l'aise. »

H14 : « Y a pas de tabou [...] Rien ne me mettrait de barrière. »

H5 : « [...] je crois que si ça m'arrivait j'aurai pas de problème [...] je suis quelqu'un d'un peu ouvert. »

✓ **Ceux qui se disaient mal à l'aise pour en parler (H1, H4, H8, H10 et H13)**

- Ils n'avaient pas la même facilité pour aborder le sujet et trouvaient cela gênant d'en parler.

H10 : « Je pense pas que ce sont des problèmes qu'on ait envie d'en parler [...] peut-être par honte ou peut-être par gêne euh... »

H13 : « Euh... pff... parler de sexualité avec un médecin déjà c'est gênant. »

H13 : « [...] on se dit euh, on est dans la salle d'attente, on attend le médecin, on se dit aller on va lui parler et puis une fois devant lui on lâche pas un mot. »

✓ **Influence du genre, de l'expérience du médecin et de l'âge du médecin
(H1 à H6, H8 à H11, H13, H15 et H16)**

- Parmi les hommes se déclarant à l'aise avec le sujet, certains n'attribuaient pas d'importance au genre du médecin (H1, H2, H5, H10 et H16).

H1 : « Pour moi c'est plus un côté médical qu'autre chose donc que ce soit une femme jeune, ou vieille, ça me dérange pas. »

H10 : « J'aurais pas de... pas de préjugés sur le fait que ça soit un homme ou une femme. »

- La plupart des hommes se sentaient toutefois plus à l'aise avec un médecin de même genre (H3, H4, H8, H9, H10, H11 et H15).

I : « *Qu'est ce qui fait que vous sentiriez à l'aise ?* »

H3 : « Déjà que ce soit un homme. »

H4 : « Bah, déjà le même sexe, en face, la personne de même sexe hein ! »

H8 : « Vu qu'on est du même sexe, je pense que ça serait plus à l'aise de parler euh... sexualité [...] C'est pas parce que je suis avec un homme au jour d'aujourd'hui... mais, pour moi, ça serait plus logique. J'aurai moins d'appréhensions de parler à un homme qu'à une femme. »

- Au contraire, H13, pour une question de virilité, ne se voyait pas parler de ses problèmes avec un homme. H10 et H13 jugeaient qu'une femme médecin, devant des problèmes sexuels, serait plus compréhensive qu'un homme.

H10 : « J'ai un médecin femme, et j'ai toujours eu un médecin femme, ça fait 5 ou 10 ans [...] Maintenant, je pense le fait que ça soit une femme, me dérangerait pas plus que ça [...] je pense qu'il y a certains hommes qui seraient peut-être... plus aptes à parler de ça avec une femme, je pense qu'ils penseraient qu'elle comprendrait mieux qu'un homme. »

H13 : « Euh, moi je sais que j'ai plus de facilité à en parler avec une femme [...] Une femme comprend plus de choses déjà. »

- L'expérience du médecin était, parfois, source de confiance.

H4 : « On préfère toujours des gens un peu plus âgés... expérimentés... »

H15 : « [en parlant du remplaçant de son médecin traitant] J'irai pas le voir, parce que j'ai pas confiance. »

- Cependant, selon H10, les jeunes générations de médecins étaient plus à l'aise que les médecins plus âgés pour aborder la sexualité.

H10 : « [...] y a des générations de médecins qui ne voudront peut-être pas le faire. Voilà ; d'anciennes générations, qui seront peut-être gênées de poser les questions à

des jeunes personnes. Qui sont peut-être moins gênées d'en parler avec des personnes de leur âge ou de leur génération. Tandis que les jeunes médecins, enfin, les nouveaux médecins ; arrivés à 30 ans quand ils ont leur diplôme, je pense qu'ils seraient peut-être plus apte à aborder le sujet d'office plutôt que d'attendre la position de la personne en face. »

III.4.5.4. L'initiateur de la discussion : préférences

- Ceux qui préféraient que le médecin initie la discussion (H1, H5, H6, H8, H9, H12, H13 et H16).

Parmi eux, il y avait, d'un côté, les hommes plutôt à l'aise avec le sujet qui acceptaient que le médecin aborde le sujet car ils n'iraient pas d'eux-mêmes en parler, surtout en l'absence de problèmes médicaux :

I : « *Et vous préféreriez que ce soit lui ou vous qui aborde ?* »

H1 : « Il a le droit d'aborder le sujet, ça me dérangerait pas d'en parler, mais moi j'ne parlerai pas si je n'ai pas un problème médical. »

H5 : « Si y a un problème... Si j'ai un problème, et si c'est le médecin qui détecte le problème, bah je l'entends, je vais l'écouter. »

H12 : Peu importe. Si moi j'ai un problème ou si lui sent qu'il y a un problème. Moi ça m'est égal. »

H8 : « Je préfère qu'il aborde le sujet cash pour me dire : *au fait il y a tel problème, tel problème...* »

Et de l'autre côté, se détachaient ceux qui n'osaient jamais aborder le sujet et qui attendaient que le médecin fasse le premier pas. H13 expliquait les moyens détournés qu'il utilisait pour aborder un problème sans avoir à parler de lui :

H13 : « Je pense que... ce qui m'aiderait moi personnellement ce serait qu'il lance le sujet [...] Moi, me connaissant en tout cas, personnellement je vais pas oser lui dire, ou alors je vais parler comme si c'était pas moi quoi, je vais dire : *J'ai un ami*, les conneries habituelles : *C'est pas moi, c'est un ami qui a le problème...* »

- Ceux qui préféraient aborder d'eux-mêmes le sujet s'ils présentaient un problème sexuel (H2, H5, H7, H8, H10, H11 et H16).

H11 : « Bah, je pense déjà que si j'ai un souci, je vais faire la démarche d'aller le voir... »

H9 : « [...] Si j'ai une question, oui je peux la lui poser, ça m'est déjà arrivé. »

H5 : « C'est [...] à nous de rentrer en contact, et de dire au médecin : *j'ai un problème de ça ou ça ou ça. Je veux de l'aide !* »

III.4.5.5. Expériences des hommes concernant l'abord de la sexualité lors d'une consultation (H1 à H16)

- Les hommes qui déclaraient n'avoir jamais eu l'occasion de parler de sexualité avec leur médecin le justifiaient par l'absence de problème sexuel (H2 à H5, H9, H10, H12 et H15). H5 précisait également que le manque d'opportunité était certainement une des raisons pour laquelle il n'avait jamais eu cette expérience :

I : « Vous avez déjà été amené à parler de sexualité avec votre médecin ? »

H10 : Non jamais.

I : Pour quelles raisons ?

H10 : Parce que jusqu'à maintenant j'ai pas forcément eu de problèmes. »

H2 : « Non parce qu'il n'y pas eu lieu pour le moment d'en discuter. »

H5 : « La raison, c'est que je ne suis pas trop les médecins. Ça ne fait pas longtemps que je suis en France, et je n'ai jamais eu besoin d'aller chez le médecin. »

- Ceux qui déclaraient en avoir déjà parlé avec un médecin avaient eux-mêmes initié la discussion à l'occasion de problèmes sexuels, de demande de solutions thérapeutiques ou bien simplement pour des interrogations (H6 à H8, H11, H14 et H16).

I : « C'était vous ou lui qui avez abordé ? »

H7 : « [Rires] bah oui moi j'ai eu des gros problèmes artériels. »

H8 : « Euh oui, c'est moi qui ait abordé le sujet parce que après j'avais eu des petits soucis. »

H16 : « Ouais, j'étais allé le voir pour ça [...] j'ai mis un peu de temps à y aller mais... une fois que j'ai pris la décision d'en parler à mon médecin, j'ai pu en parler sans problème. »

- Seul H1 se rappelait avoir été interrogé spontanément par son médecin étant plus jeune.

H1 : « Je pense me souvenir d'une fois, même si je me souviens pas comment il l'a fait, mais en tout cas le jour où il l'a abordé, c'était une fois où j'étais suffisamment grand et où j'allais chez le médecin tout seul. »

- Certains hommes estimaient que si leur médecin n'abordait jamais de lui-même la sexualité, c'est parce qu'il savait qu'en cas de problème, ses patients lui en parleraient (H7 et H8).

H8 : « Si moi, j'ai un souci, il sait très bien que je lui en parlerai, parce que je suis euh... son patient, donc je lui en parlerai, moi spécialement, mais je ne pense pas qu'il aborderait le sujet. »

H7 : « [...] je pense pas qu'il aurait abordé le problème si moi j'avais pas fait le premier pas, je ne pense pas que lui l'aurait fait. »

III.4.5.6. Un constat des hommes : manque de formation des médecins généralistes (H4, H6 et H10)

- Les hommes considéraient que les médecins manquaient de formation en communication et concernant la prise en charge des troubles sexuels. Certains jugeaient nécessaire que les médecins se forment de façon continue pour être compétent dans tous les domaines (H4 et H6).

H4 : « Les médecins généralistes ne sont pas forcément formés à ça, là on parle de la sexualité mais il y a plein de domaines un peu graves... euh... sensibles... où ils sont pas formés [...] C'est vrai que ça choque un peu quoi ! [...] c'est hyper important, qu'ils aient une formation [...] justement sur la forme. »

H6 : « [...] je pense qu'il y a des lacunes de formation, et surtout de formation continue chez beaucoup de généralistes... qui se reposent sur leurs lauriers et que de toute façon ils ont leur clientèle et de toute façons ils n'ont pas besoin d'aller plus loin. »

H6 : « Maintenant le médecin généraliste il faut qu'il fasse tout, hein ! [...] il faut qu'il soit sexologue, qu'il soit psycho, qu'il s'occupe... qu'il soit prêt à aborder tous les sujets. »

IV. DISCUSSION

IV.1. Rappel des principaux résultats

Notre étude a permis de répondre à notre objectif principal en mettant en évidence les attentes des hommes concernant la façon pour le médecin d'aborder le sujet de la sexualité lors d'une consultation.

Les hommes mettaient tout d'abord l'accent sur l'importance de trois éléments facilitant la discussion : la relation de confiance, le cadre professionnel et l'attitude bienveillante du médecin. L'analyse a permis de dégager cinq étapes clés pour le déroulement d'une consultation où le médecin envisagerait de s'intéresser à la santé sexuelle de son patient. Les hommes ont également proposé des outils de communication pour le médecin tels que l'affichage en salle d'attente, trois questions types ainsi qu'une consultation uniquement dédiée à la santé sexuelle.

L'analyse de nos résultats a permis de mettre en évidence trois compétences que le médecin pourrait acquérir pour faciliter l'approche et la promotion de la santé sexuelle : communiquer, saisir l'opportunité pour aborder le sujet et enfin savoir utiliser le temps dont il dispose en médecine générale.

L'algorithme suivant permet de visualiser ces principaux résultats et pourrait être un support utile en pratique courante pour l'omnipraticien.

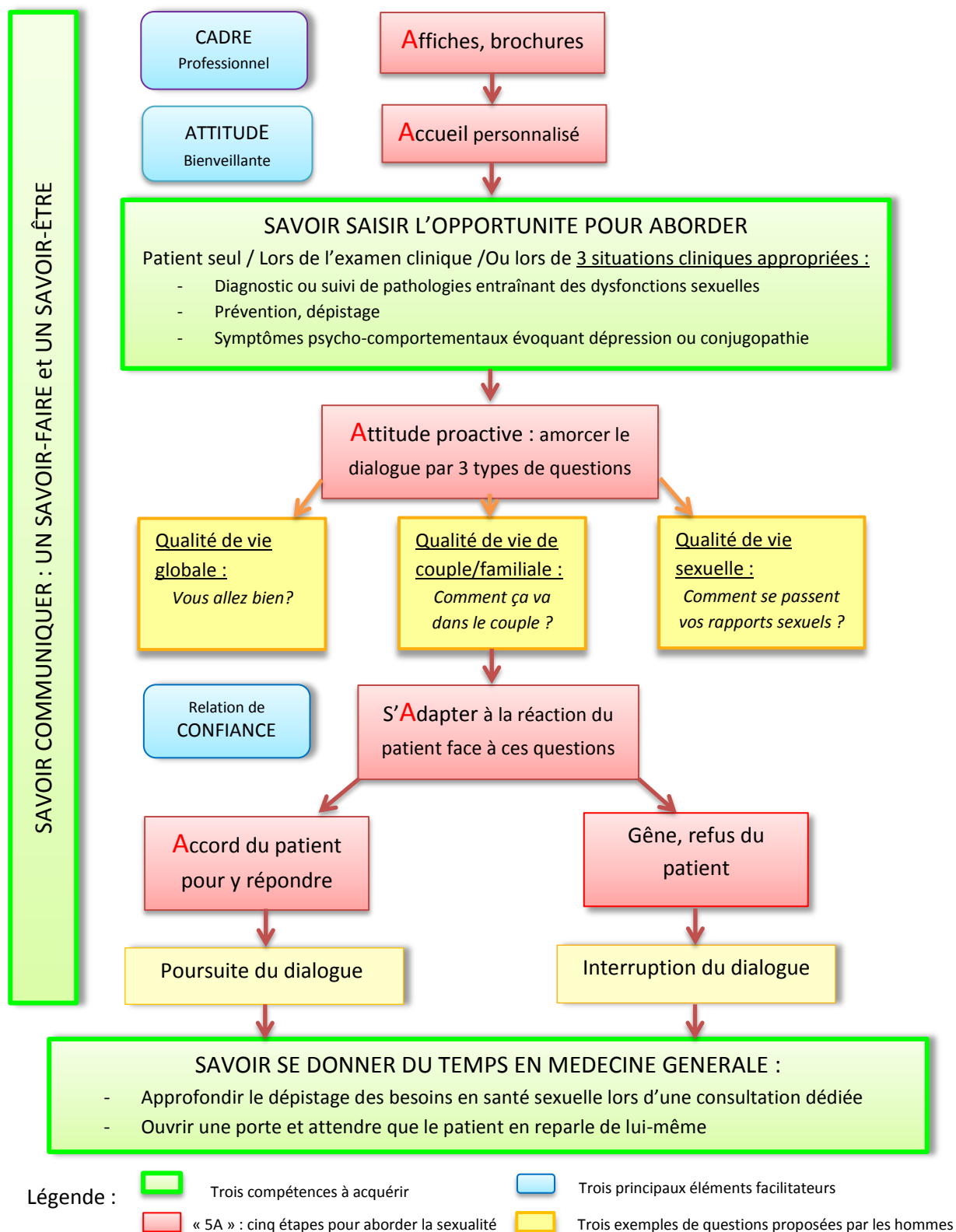


Schéma III.3.4.2 . Algorithme pour aborder la sexualité avec les hommes en médecine générale

Réalisé à partir des résultats de l'enquête et des références bibliographiques [20,43]

IV.2. Forces et faiblesses de l'étude

Pertinence de la méthode et originalité des résultats

Le choix d'une méthode qualitative était la méthode la plus adaptée pour recueillir des données subjectives que représentaient des attentes, des opinions et des représentations[47,48]. De plus, notre but n'était pas de quantifier des opinions mais de mettre en évidence des dynamiques de pensées et des comportements facilitant la compréhension des déterminants de soins[47]. Les entretiens semi-directifs ont été privilégiés aux focus groups pour faciliter l'expression des participants sur un sujet pouvant être jugé personnel et afin d'éviter les réponses « socialement valorisantes »[9,48,49].

Nos résultats sont originaux dans le sens où nous n'avons pas retrouvé de données bibliographiques sur les attentes des hommes concernant la façon d'aborder la sexualité en consultation de médecine générale.

Recherche de validité interne

La validité interne de l'étude a été recherchée par différentes méthodes. La *méthode par validation* a consisté à envoyer les verbatims aux participants[58,69]. L'absence de contestation de leur part nous a donc permis de valider nos retranscriptions et d'éviter les erreurs liées à une mauvaise compréhension de l'enregistrement audio.

Le *déroulement séquentiel de l'analyse*, c'est-à-dire l'alternance des périodes de collecte de données et d'analyse thématique, nous a permis à partir des résultats préliminaires de revoir leur pertinence[58,69]. Ceci a donné lieu à des modifications de la grille d'entretien afin de réorienter les entretiens sur le terrain et d'explorer de nouvelles pistes[53,55]. Cette adaptation a contribué à limiter des biais d'information et d'interprétation en évitant à l'enquêtrice d'avoir une vision soit trop réductionniste, soit trop éloignée de la problématique de recherche. En effet, les hommes réduisaient spontanément la sexualité aux problèmes sexuels. Or, leurs représentations générales de la sexualité nous intéressaient pour approfondir la question de recherche. Pour obtenir ces données, nous leur avons donc posé une question spécifique ajoutée à la grille initiale. Inversement, certains thèmes imprévus apparaissaient quasi systématiquement nous amenant à réajuster nos objectifs notamment en s'intéressant aux représentations du rôle du médecin. Les questions peu pertinentes et inutiles ont été supprimées.

La validité interne a également été recherchée par la *triangulation des données* réalisée par un médecin extérieur à l'étude[58]. Nous aurions pu effectuer une triangulation des sources en soumettant nos interprétations aux enquêtés. Cependant, nous ne tenions pas à les solliciter, plusieurs semaines après la réalisation des entretiens, du fait de la charge de travail que cela imposait.

Recherche de validité externe

La *saturation* de nos données, atteinte au quatorzième entretien et confirmée par les quinzième et seizième entretiens, a permis de renforcer la validité externe de notre étude [58,69]. Notre échantillon a donc, à ce stade, atteint une diversité suffisante pour répondre à notre problématique. Cela s’est confirmé par un panel de participants diversifié. Quasiment toutes les tranches d’âge entre 18 et 67 ans étaient représentées. La quasi-totalité des catégories socio-professionnelles était représentée. L’extension de l’enquête à Langueux, en Côtes-D’armor (22), a permis de diversifier l’échantillon en ce qui concerne la variable géographique. La période estivale a aussi permis d’étendre la sélection des participants au-delà des villes choisies par le recrutement de vacanciers.

Recherche de cohérence externe

Les modifications apportées en cours d’analyse ont été reportées dans un *journal de thématization* qui a contribué à la fiabilité de l’étude en retraçant le raisonnement de l’enquêtrice[55,58]. Une grande quantité de thèmes a été générée au début de l’enquête. L’utilisation du logiciel NVivo 10 ® a facilité cette étape de codage de données en permettant un relevé de thème linéaire. Cela a également permis d’uniformiser la méthode d’analyse.

Biais de sélection

Les entretiens ayant été effectués en grande majorité à La Rochelle, il était attendu que la plupart des participants provienne de Charente-Maritime.

D’autre part, l’enquêtrice était novice en ce qui concerne la réalisation d’entretiens semi-directifs. Interroger des hommes sur la sexualité, lorsque ceux-ci ne s’y attendaient pas, lui a complexifié la tâche lors des premiers entretiens. Ce mode de recrutement peut difficilement être neutre. Elle s’est certainement dirigée vers des personnes lui paraissant plus ouvertes et plus abordables.

Bien que le public fréquentant ces galeries marchandes soit très diversifié, nous n’avons pas pu accéder à certaines populations. Nous n’avons, par exemple, pas eu la possibilité d’inclure dans notre enquête des populations rurales, des populations défavorisées ou étrangères vivant souvent en communautés dans des zones isolées de La Rochelle. Cela nous aurait permis de prendre en compte d’autres variables pertinentes pour l’exploration de notre problématique telles que les différences socio-culturelles et religieuses. Pour des raisons de praticité et de sécurité, l’enquêtrice a cependant volontairement choisi de réaliser les entretiens dans cette galerie marchande, très fréquentée.

Concernant le lieu de recrutement, la galerie marchande a été privilégiée au cabinet médical pour limiter les biais liés aux représentations et à l’interprétation des participants[49]. Pour atteindre l’objectif de diversité de l’échantillon, il fallait pouvoir accéder à tout type de population y compris aux hommes qui ne consultaient jamais le

médecin généraliste. Par ailleurs, les lieux publics sont porteurs de significations sociales [48]. Le choix de la galerie marchande impliquait donc des biais liés à la sélection d'hommes fréquentant ce type de lieu. La sélection aurait pu se faire uniquement sur des hommes ayant l'habitude de faire les courses. Seulement, ce biais a été limité. Les travailleurs actifs étaient là pour déjeuner tandis que les vacanciers et les retraités attendaient souvent leurs proches faisant les boutiques au moment où l'enquêtrice choisissait de les aborder.

Biais d'information

Des facteurs environnementaux liés aux conditions d'entretiens ont été responsables d'une perte d'information[49]. Les nuisances sonores, le manque de confidentialité potentiel de la galerie ainsi que l'utilisation d'un enregistreur numérique ont pu perturber le déroulement de l'entretien et freiner les participants dans leurs réponses.

Le manque de temps des participants a pu limiter le développement de leurs opinions[48].

Certains participants, par gêne, par manque de temps, par oubli ou par mauvaise compréhension des questions, n'ont sûrement pas fourni certaines informations qui auraient pu être utiles pour approfondir la question de recherche. Il est possible que certains participants aient donné des réponses socialement valorisantes au lieu d'exprimer leurs opinions et leurs propres représentations[9,53]. Dès lors qu'une exigence de sincérité était exigée, le discours des participants devenait parfois labile et contradictoire.

Certaines caractéristiques personnelles de l'enquêtrice (âge, sexe, profession, statut social, traits de personnalité etc.) venaient se confronter à celles du participant avec lesquelles elles interagissaient[70,71].

L'enquêtrice a su utiliser ses qualités relationnelles et ses compétences en communication acquises durant son cursus universitaire et ainsi adopter une attitude respectueuse et sans jugement durant les entretiens. Le fait de préciser d'emblée aux participants qu'elle ne souhaitait pas les interroger sur leur sexualité les a mis de suite à l'aise. Malgré un apprentissage méthodologique par le biais d'ouvrages spécifiques, un biais d'investigation est issu du manque d'expérience de l'enquêtrice. Les nombreuses relances et reformulations nécessaires pour approfondir les opinions et les représentations des hommes ont pu influencer le discours des participants. Grâce à l'autocritique systématique des entretiens et à la supervision par la directrice de thèse, l'enquêtrice a nettement amélioré sa technique d'entretien au fil de l'enquête.

IV.3. Discussion des résultats

IV.3.1. Comment aborder la sexualité d'après les hommes ?

Importance des éléments facilitateurs pour aborder la sexualité

Au-delà des techniques pour aborder le sujet, c'était le type de relation médecin-patient instauré qui revêtait le plus d'importance pour les hommes. Ceci était un résultat original de notre étude. La confiance était quelque chose de primordial pour pouvoir parler de sexualité avec leur médecin. Cela sous-entendait souvent l'existence d'une relation ancienne, qui avait permis au médecin et au patient d'apprendre à se connaître. Cela permettait de laisser de côté certains tabous autour de la sexualité.

Les hommes accordaient aussi de l'importance au cadre professionnel de la consultation et plus particulièrement au respect du secret médical. Deux revues de la littérature américaine parues en 2002 et en 2013 mettaient en évidence cette nécessité de rappeler au patient la confidentialité de la discussion pour favoriser le dialogue[20,43].

L'importance attribuée au cadre environnemental notamment au décor et à l'ambiance détendue de la consultation n'a pas été retrouvée dans d'autres études.

Plusieurs hommes appréciaient lorsque le médecin débutait la consultation en les considérant de façon globale en prenant, par exemple, de leurs nouvelles, ou de celles de la famille. Cette relation de proximité, non citée dans la littérature, était souvent mise en avant dans notre étude ; comme si le fait de se sentir proche du médecin légitimait la discussion de sujets considérés intimes. Cette notion de prise en charge centrée sur le patient dans l'approche de la sexualité est évoquée dans l'article américain d'Althof et al. intitulé *Standard Operating Procedures for Taking a Sexual History*, paru en 2013[20]. Selon l'article, il était jugé nécessaire de s'enquérir, entre autre, du mode de vie du patient et de son état psycho-émotionnel afin de pouvoir contextualiser la plainte sexuelle.

Enfin, l'attitude générale du médecin contribuait aussi à faciliter le dialogue et à les mettre en confiance. Ils appréciaient que le médecin se montre ouvert et respectueux pour ne pas craindre un jugement négatif. Althof et al. soulignaient l'importance de cette posture neutre, empathique et sans jugement pour renforcer l'alliance thérapeutique[20]. Par ailleurs, l'attitude décontractée du médecin ainsi que sa capacité à utiliser l'humour sont des données originales qui mettaient les hommes à l'aise pour parler de sexualité.

Attitude proactive du médecin

Notre enquête a montré que les hommes souhaitaient que le médecin ait une attitude active et entreprenante pour entrer dans le vif sujet et questionner le patient sur sa sexualité. Dans leur étude qualitative parue en 2003 en Grande-Bretagne, M. Gott et S. Hinchliff mettaient en évidence cette nécessité pour les médecins généralistes d'adopter une attitude proactive dans l'approche des thématiques de santé sexuelle[34]. Ils espéraient, ainsi, que le sujet soit plus fréquemment et plus facilement abordé lors d'une consultation et que cette technique permette de pallier aux nombreux freins à l'abord du

sujet[34]. Cette notion d'attitude proactive a été évoquée dans de nombreuses autres études[9,18,20,38].

Fallait-il toutefois, selon les participants, demander la permission du patient avant de le questionner sur sa sexualité ? Les avis concernant cette question étaient plutôt partagés dans notre étude. Althoff et al. ainsi que de nombreux auteurs insistaient sur la notion de permission du patient avant de poser ces questions[20,42,43]. Toutes ces études se sont basées sur un modèle nommé *PLISSIT* proposant des étapes à respecter pour le dépistage de besoins en santé sexuelle[72](ANNEXE 5). Nous pouvons faire le parallèle entre ce modèle et les étapes clés pour aborder la sexualité dégagées de notre analyse. La plupart de nos participants considéraient cependant que l'accord du patient n'était pas obligatoire. C'était la confiance établie qui autorisait le médecin à poser des questions puis la réaction du patient qui l'amenait ou non à poursuivre.

Proposition d'amorces

La plupart des hommes souhaitaient que le médecin aborde la sexualité de la façon la plus simple possible, sans passer « par quatre chemins » (H3). Pour cela, ils proposaient des questions « discrètes » (H2), « légères » (H4) pour initier le sujet. Cette stratégie est comparable à celle proposée par Althof et al.[20]. Seulement, l'acceptabilité des questions suggérées par l'article américain était assez mitigée dans notre étude. Malgré tout, les hommes ont été nombreux à proposer spontanément d'autres alternatives en fournissant des exemples de questions types. Celles-ci allaient du général au particulier tout comme les questions proposées par Althof et al. ou par M. Nusbaum et C. Hamilton[20,43]. Il est intéressant de noter que, dans notre étude, le deuxième type de question visant la qualité de la vie de couple ou de la famille a été proposé par les hommes de plus de cinquante ans ayant une vision plutôt globale ou affective de la sexualité. Tandis que le troisième type de question, ciblant d'emblée la qualité de la vie sexuelle, était proposé, indépendamment de l'âge, par les hommes ayant une vision plutôt fonctionnelle et mécanique de la sexualité. Ces questions ouvertes laissaient la possibilité au patient de rebondir en cas d'existence de problèmes autour de la sexualité et de s'exprimer sur des sujets intimes ou non.

Les hommes ont enfin évoqué d'autres types d'amorces possibles : la distribution de questionnaires et l'accès à des forums d'information. La revue de la littérature de F. Giuliano, parue en 2013, a effectivement répertorié des questionnaires validés en français permettant de dépister et de suivre la dysfonction sexuelle et l'éjaculation précoce en médecine générale[73]. Ce type de questionnaire centré sur le dépistage des troubles sexuels n'apportent cependant pas d'éléments sur l'état de santé sexuelle global du patient[74].

Nécessité de s'adapter à chaque patient et au motif de consultation

L'abord de la sexualité semble difficile à standardiser car il n'existe pas une mais plusieurs façons de l'aborder. Le médecin doit adapter sa façon d'amener le sujet de la sexualité lors d'une consultation à chaque patient. Cette nécessité d'adaptation était

évoquée au travers des deux stratégies proposées pour aborder la sexualité selon l'existence ou non de plainte de la part du patient dans la revue de littérature de M. Nusbaum et C. Hamilton[43].

Pour nos participants, le médecin devait également s'adapter au motif de consultation qui devait faciliter l'approche de la sexualité. Pour Althof et al., la toute première consultation avec un patient était un moment approprié pour s'enquérir de l'histoire sexuelle et poser ce type de questions[20]. Cela s'oppose à l'avis des hommes dans notre étude qui préféraient une relation déjà établie avec leur médecin pour parler de sexualité. Ils trouvaient souvent inutile de questionner le patient en l'absence de plainte. Seules trois situations cliniques jugées appropriées ont été mises en évidence dans notre étude : une consultation en lien avec le dépistage et la prévention (notamment des IST ou des dysfonctions érectiles), une consultation de suivi d'une pathologie cardio-vasculaire ou uro-génitale ou lors d'une consultation où le médecin mettrait en évidence des signes indirects de problèmes sexuels (symptômes dépressifs, signes de conjugopathies). La nécessité d'utiliser un contexte médical pour aborder la sexualité est une stratégie adoptée par la plupart des médecins généralistes interrogés dans une étude qualitative française de 2011[44]. Enfin, comme dans la littérature, le fait d'être seul en consultation facilitait la discussion[42].

IV.3.2. Place des représentations socio-culturelles

Évolution des représentations et des normes sociales

Les diverses définitions attribuées, parfois difficilement, à la sexualité par les participants de notre étude témoignent de la subjectivité et de la complexité de ce phénomène. Une enquête sur la sexualité s'inscrit toujours dans un contexte historique et socio-culturel sans lequel elle ne peut s'interpréter[9]. Selon M. Bozon, il est, en effet, impossible d'étudier les comportements, notamment sur le plan de la sexualité, sans s'attacher aux significations que revêtent les pratiques de chacun[75]. Les représentations sociales sont « une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social »[76]. Elles engagent « l'appartenance sociale des individus avec l'implication affective et normative qui y sont liées »[76]. Ces sortes de « savoir commun », de « pensées sociales » sont diffusées au sein d'une société, par le biais des médias notamment[10,76,77]. H10 a effectivement constaté une omniprésence du sexe via les publicités, le cinéma ce qui conduisait selon lui à une sexualisation de la société.

Dans notre étude, certains discours ont confirmé l'existence de normes sociales, de stéréotypes ainsi que de préoccupations communes autour de la sexualité. Le fait qu'un individu homosexuel soit reconnaissable est un stéréotype que nous avons pu mettre en évidence (H14 et H15). Nous pouvons constater que l'homosexualité était souvent associée au VIH. Cette représentation est très probablement née dans le contexte épidémiologique du sida où les campagnes de santé publique ont véhiculé la notion de comportements sexuels à risque[8,9].

De la même façon, les différences d'acceptation d'une question sur l'identité sexuelle posée par le médecin généraliste peuvent être interprétées en lien avec les évolutions socio-culturelles. Les hommes de moins de cinquante ans semblaient moins réticents à ce que le médecin généraliste inclue cette question d'identité sexuelle lors d'un interrogatoire contrairement aux hommes plus âgés qui s'y opposaient. Cela coïncide avec les résultats de l'enquête CSF qui confirmait déjà en 2006 que l'homosexualité était mieux acceptée par les jeunes générations[9].

Un autre exemple de norme sociale concerne la sexualité des sujets âgés. En 2003, l'étude britannique qualitative de M. Gott et S. Hinchliff évoquait un des stéréotypes existant chez les personnes âgées et qui constituait un obstacle pour parler de sexualité : le stéréotype de l'*asexual older people*[34]. En 2006, dans l'étude CSF, N. Bajos, M. Bozon et N. Beltzer constataient, paradoxalement, un allongement de la vie sexuelle chez les sujets âgés[9]. Nous retrouvons cette notion d'évolution de comportements sexuels. L'injonction du droit au bien-être et à l'accomplissement de soi transmise par notre société, et l'existence de traitements permettant de pallier aux troubles sexuels ont très probablement contribué à ces évolutions comportementales[9,10].

Importance attribuée à la santé sexuelle

Dans notre étude, la sexualité était considérée comme quelque chose d'important dans la vie des hommes. En 2005, l'étude quantitative *The Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors (GSSAB)* de 2005 conduite auprès d'environ 26000 hommes et de femmes de 40 à 80 ans dans 29 pays différents retrouvait que 83 % des hommes estimaient que le sexe était important dans leur vie[78]. Dans une étude française de 2004, la sexualité était un sujet qui venait souvent à l'esprit de 63 % des hommes et qui était un élément important de leur vie dans 80 % des cas[79].

Comme dans la littérature, nos participants avaient une notion de l'influence de la sexualité sur la santé[78,80]. Les représentations que nous avons dégagées concernant les troubles sexuels, y compris sur leurs étiologies, nous ont aussi permis de mieux appréhender les avis sur la légitimité du médecin à prendre en charge la santé sexuelle. Les hommes de moins de quarante ans attribuaient les dysfonctions érectiles au stress et aux facteurs environnementaux tandis que les hommes de plus de quarante ans y associaient plutôt d'autres causes liées au vieillissement et aux causes organiques. Ce résultat est retrouvé dans l'étude quantitative de Costa et al. réalisée en 2003 auprès de 10000 hommes de 18 à 70 ans en France[18].

Par ailleurs, nous avons constaté que tous les participants ne semblaient pas attribuer la même importance à ces troubles. Certains avaient recours à une solution thérapeutique tandis que d'autres semblaient relativiser voire nier leurs troubles. Les auteurs de l'étude CSF affirmaient en effet que « ce serait une erreur de considérer que la DE est problématique pour tous les hommes qui sont concernés »[9]. Selon eux, les différences de ressenti et d'importance accordées aux troubles pouvaient avoir un impact sur les représentations qui y étaient liées.

Les facteurs socio-culturels seraient vraisemblablement à l'origine de certaines représentations des hommes sur la sexualité, notamment en ce qui concerne la genèse et l'entretien des dysfonctions érectiles. Il paraît en effet important que le médecin les considère afin d'optimiser la prise en charge globale en santé sexuelle[10].

IV.3.3. Abord de la sexualité par le médecin généraliste : une légitimité sociale ?

Notre analyse a mis en évidence une complexité dans les dynamiques de pensées à l'origine des différentes représentations, attitudes et comportements. Notre étude a ainsi révélé que les prises de position des hommes concernant la légitimité du médecin à aborder les thématiques de santé sexuelle variaient en fonction de leurs représentations du rôle du médecin généraliste et de la sexualité.

Pour certains, comme pour H4, le rôle du médecin se limitait au dépistage et au traitement des maladies et ne consistait pas en la prévention et en l'information du patient. Au contraire, d'autres avaient intégré ce rôle de santé publique et la mission qui revenait au médecin généraliste de promouvoir la santé et de prévenir l'apparition de maladies. Certains semblaient même croire qu'il était capable de deviner une plainte sans que le patient n'en parle. Un article suisse confirme que certains patients arrivent parfois en consultation avec un autre motif en espérant que le médecin découvre leurs problèmes sexuels[81].

Comme dans certaines études, le médecin généraliste était considéré par certains participants comme le seul interlocuteur pour parler de problèmes en lien avec la sexualité[9,18]. Cependant, pour une grande majorité, le spécialiste était considéré comme plus légitime que le généraliste pour prendre en charge la santé sexuelle ce que retrouvaient également M. Gott et S. Hinchliff[34]. Malgré une relation de confiance établie et l'aisance déclarée pour parler de sexualité, les hommes considéraient en effet que le médecin n'était pas compétent dans ce domaine et qu'il était uniquement là en premier recours pour ensuite adresser le patient vers le spécialiste. L'orientation vers un spécialiste semblerait être une manière pour le médecin et pour le patient de ne pas avoir à s'étendre sur le sujet de la sexualité en apportant toutefois une solution à la plainte.

La plupart des hommes paraissaient faire le lien entre santé et sexualité dans le sens où une bonne sexualité contribuait à leur bien-être. Cependant, tous n'étaient pas du même avis pour dire que le médecin avait sa place dans l'abord des thèmes de santé sexuelle. Comme dans la littérature on retrouve un manque de sensibilisation des hommes aux recours possible et des motifs encore reconnus comme « non médicaux »[18,20,34,82].

Par ailleurs, nous avons mis en évidence des données originales permettant de faire le parallèle entre les représentations de la sexualité et la légitimité accordée au médecin dans le fait d'interroger son patient sur sa sexualité. Ceux qui voyaient avant tout la sexualité de façon plus globale, c'est-à-dire comprenant le côté affectif, émotionnel et la relation de couple, ne voyaient pas en quoi le médecin était légitime dans ce domaine considéré intime. Parmi eux, certains craignaient, en abordant leurs problèmes sexuels, d'être atteints dans

leur estime de soi (H13). Le risque d'érotisation de la consultation évoqué implicitement par H8 est un frein n'ayant pas été retrouvé dans d'autres études. À l'opposé, ceux qui dissociaient la sexualité affective de la sexualité physiologique, avaient une vision de la santé sexuelle souvent réduite aux dysfonctions sexuelles. Ils jugeaient ainsi légitime que le médecin s'intéresse aux problèmes de fonctionnement sexuel. Ils y voyaient aussi un intérêt médical : cela facilitait le dialogue pour ceux qui se sentaient gênés. Cela contribuait également à montrer que le médecin s'intéressait à son patient de façon globale. L'âge auquel il était légitime pour le médecin de parler de sexualité avec ses patients était perçu différemment selon les représentations de chacun sur la sexualité.

D'autre part, les hommes considéraient nécessaire qu'il y ait une justification médicale pour parler de sexualité avec son médecin. Ceci n'apparaît pas dans la littérature. Les hommes ne jugeaient pas légitime que le médecin les interroge en l'absence de plainte ou de problèmes sexuels, sauf si cela avait un intérêt médical pour le patient. Certains sujets, notamment l'interrogation sur l'identité sexuelle, plutôt perçue par les hommes comme une donnée sociale, ne semblaient donc pas avoir leur place lors d'une consultation sans une justification médicale de la part du médecin. Nous avons constaté que l'abord de la sexualité sous l'angle de la pathologie sexuelle légitimait en effet le médecin aux yeux des hommes. Ceci est comparable aux attitudes de certains médecins interrogés dans l'étude qualitative d'A. Giami qui consistait en l'*appropriation médicale* des termes de sexualité pour en légitimer l'approche[36]. Or, c'est notamment cette posture adoptée par les médecins qui peut conduire à une certaine forme de surmédicalisation de la sexualité[83]. Dans notre étude, cette tendance des hommes à la médicalisation des troubles, lorsqu'ils proposaient, par exemple, l'utilisation d'un contexte médical approprié pour faciliter l'abord de la sexualité, n'est-elle pas le reflet d'une attitude adoptée par la plupart des médecins généralistes[36,44]?

Suite à l'étude CSF en 2006, N. Bajos, M. Bozon et N. Beltzer avaient proposé d'inclure une modification des représentations sociales dans les stratégies préventives de santé publique[9]. De la même façon, nous pourrions émettre l'hypothèse que l'information et l'éducation des patients sur le rôle du médecin dans la promotion de la santé sexuelle, comme le suggérait d'ailleurs H10, permettrait de légitimer l'abord de la sexualité. Cela pourrait contribuer à modifier certaines représentations ou fausses croyances sur la sexualité et la place du médecin.

IV.3.4. Des résultats contradictoires, à approfondir

Les hommes que nous avons interrogés déclaraient souvent n'avoir aucun tabou et se sentir à l'aise pour parler de sexualité lors d'une consultation. Ils souhaitaient rarement être interrogés spontanément par le médecin et préféraient aborder le sujet en cas de problèmes. Les hommes ayant déjà parlé de sexualité avec leur médecin généraliste déclaraient effectivement avoir entamé eux-mêmes la discussion. Ceux qui prétendaient ne pas encore l'avoir fait le justifiaient par l'absence de problèmes sexuels. Cela s'oppose clairement aux données bibliographiques montrant que la majeure partie des hommes se

sentaient gênés d'évoquer leurs problèmes et préféraient que le médecin fasse le premier pas. Dans l'étude française de Costa et al. de 2003, la majorité des hommes évoquaient en effet des difficultés pour en parler[18]. Dans l'étude allemande, menée en 2001 par Aschka et al., environ 45 % des hommes préféraient que ce soit le médecin qui entame le dialogue[16]. De même, une étude suisse parue en 2011, concernant l'abord de la sexualité en médecine générale, constatait qu'il s'agissait d'un « Rendez-vous manqué » entre le médecin et le patient[17]. Chacun attendait de l'autre qu'il prenne l'initiative. Une étude semble cependant aller dans notre sens en affirmant que 58 % des hommes interrogés pensaient que le médecin devait apporter son aide seulement si le patient en faisait la demande[84].

Le fait que nos participants aient déclaré consulter leur médecin en cas de problème sexuel est contradictoire avec les données de la littérature[9,82]. Une étude quantitative française de 2009 a révélé que 63,6 % des hommes déclarant un problème sexuel n'avaient pas consulté et que ce chiffre était plus élevé que dans les autres pays européens[85].

En plus des limites de notre étude déjà évoquées, quelques données bibliographiques nous permettent d'expliquer ces résultats contradictoires. La sexualité serait plus facilement abordée en France que dans le reste de l'Europe depuis ces dernières années. En effet, probablement du fait de la sexualisation de la société, les Français seraient de moins en moins gênés pour en parler[9,85]. Par ailleurs, tel que nous l'avons également mis en évidence, des auteurs ont distingué différentes typologies d'attitudes face aux troubles sexuels[82]. Ils ont décrit les facteurs amenant ou non les hommes à consulter pour leurs problèmes sexuels. Enfin, les évolutions du contexte social et du rôle du médecin généraliste depuis quelques années ont pu contribuer à modifier les représentations des hommes depuis les dernières études réalisées dans ce domaine. Or, l'absence de données récentes à ce sujet ne nous permet pas de comparer ces résultats de façon optimale. H. Leridon et M. Bozon confirment cette difficulté pour comparer les études menées sur la sexualité du fait de la « rareté de telles investigations à grande échelle » et du fait de différences de méthodologies, de contextes et de problématiques[75].

V. CONCLUSION

Pour satisfaire les attentes des hommes, les médecins généralistes pourraient adopter une attitude proactive pour aborder la sexualité lors d'une consultation, notamment par l'utilisation de questions ouvertes. L'instauration d'une relation de confiance, le respect de la confidentialité ainsi qu'une attitude bienveillante de la part des médecins faciliterait le dialogue.

Pour optimiser ainsi leur prise en charge en santé sexuelle, les médecins devraient acquérir trois compétences spécifiques : communiquer, repérer le moment approprié et se donner du temps pour aborder la sexualité. L'affichage de posters en salle d'attente informant des compétences du médecin généraliste en santé sexuelle pourrait être un outil intéressant montrant aux patients qu'il est possible d'en parler avec lui. Une formation spécifique en santé sexuelle pourrait être envisagée dans le cursus des études médicales afin que les médecins acquièrent plus aisément ces compétences communicationnelles et relationnelles. Ils pourraient informer et éduquer les patients sur leur rôle afin de légitimer l'abord de la sexualité et modifier au besoin les représentations socio-culturelles.

Enfin, une étude quantitative permettrait de tester un outil de communication élaboré à partir des amorces proposées par nos participants afin d'évaluer la pertinence et l'acceptabilité d'un tel outil à grande échelle.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] OMS. Santé sexuelle et reproductive : compétences de bases en soins primaires. 2012. [Consulté le 13 février 2013]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77743/1/9789242501001_fre.pdf
- [2] WONCA europe. La Définition Européenne de la Médecine Générale-médecine de Famille. [Consulté le 12 novembre 2014]. Disponible sur : <http://www.woncaeurope.org/content/france-la-definition-europeenne-de-la-medecine-generale-%E2%80%93-medecine-de-famille>
- [3] OMS | Questions-réponses. Comment l'OMS définit-elle la santé? [Consulté le 11 novembre 2014]. Disponible sur : <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/>
- [4] Giuliano F, Droupy S. Dysfonction érectile. Prog En Urol. Juil 2013;23(9):629-37.
- [5] Costa P, Grivel T, Giuliano F, Pinton P, Amar E, Lemaire A. La dysfonction érectile : un symptôme sentinelle. Prog Urol. 2005;15(2):203-7.
- [6] La Ruche G, Goulet V, Bouyssou A, Sednaoui P, De Barbeyrac B, Dupin N, et al. Épidémiologie actuelle des infections sexuellement transmissibles bactériennes en France. Presse Médicale. Avr 2013;42(4, Part 1):432-9.
- [7] Velter A. Enquête presse gay 2004: rapport. Institut de veille sanitaire; 2007.
- [8] Bozon M. Sociologie de la sexualité: Domaines et approches. Armand Colin; 2013.
- [9] Bajos N, Bozon M, Beltzer N. Enquête sur la sexualité en France: Pratiques, genre et santé. Paris: La Découverte; 2008.
- [10] Cour F. Évolution sociétale de la sexualité. Prog En Urol. 2013;23(9):832-7.
- [11] WHO | Gender and human rights. [Consulté le 9 novembre 2013]. Disponible sur : http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/#
- [12] Giami A. De l'impuissance à la dysfonction érectile. Destins de la médicalisation de la sexualité. Gouv Corps. 2004;77-108.
- [13] Humphery S, Nazareth I. GPs' views on their management of sexual dysfunction. Fam Pract. 2001 Jan 10;18(5):516-8.
- [14] Wimberly YH, Hogben M, Moore-Ruffin J, Moore SE, Fry-Johnson Y. Sexual history-taking among primary care physicians. J Natl Med Assoc. 2006 Dec 12;98(12):1924-9.
- [15] Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. Fam Pract. 1998 Dec;15(6):519-24.
- [16] Aschka C, Himmel W, Ittner E, Kochen MM. Sexual problems of male patients in family practice. J Fam Pract. 2001 Sep;50(9):773-8.
- [17] Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? Swiss Med Wkly [Internet] 2011 Mar; [Consulté le 27 février 2013].141:w13178. Disponible sur: <http://www.smw.ch/content/smw-2011-13178/>

- [18] Costa P, Avances C, Wagner L. Dysfonction érectile: connaissances, souhaits et attitudes. Résultats d'une enquête française réalisée auprès de 5099 hommes âgés de 18 à 70 ans. *Prog Urol*. 2003;13(1):85-91.
- [19] 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. *Fam Pract*. 2004 Jan 10;21(5):528-36.
- [20] Althof SE, Rosen RC, Perelman MA, Rubio-Aurioles E. Standard Operating Procedures for Taking a Sexual History. *J Sex Med*. 2013;10(1):26-35.
- [21] Giami A. Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. *J Psychol*. 1 Juil 2007;250(7):56-60.
- [22] Curtis H, Hoolaghan T, Jewitt C. *Sexual Health Promotion in General Practice*. Radcliffe Medical Press; 1995.
- [23] Lachowsky M, Grivel T, Lemaire A, Elia D. Couple, sexualité et santé sexuelle. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 5 Mai 2005;33(5):326-30.
- [24] WHO | Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. 2002 Jan 28-31; Geneva. [Consulté le 30 mars 2013]. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/index.html
- [25] WHO | International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). [Consulté le 12 novembre 2014]. Disponible sur: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- [26] Buvat J, Ratajczyk J, Lemaire A. Les problèmes d'érection: une souffrance encore trop souvent cachée. *Andrologie*. 1 Mar 2002;12(1):73-83.
- [27] Beltran L, Giami A. Processus d'interaction dans la consultation médicale : différents abords de l'impuissance masculine. *Sexologies*. 21 Oct 2009;18(4):284-90.
- [28] Lhomond B, Saurel-Cubizolles M-J. Orientation sexuelle et santé mentale : une revue de la littérature. *Rev Épidémiol Santé Publique*. Dec 2009;57(6):437-50.
- [29] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Dossier documentaire pour l'élaboration d'une formation des professionnels de santé. Le respect des identités sexuelles dans la pratique professionnelle. 2013. [Consulté le 27 août 2014]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_respect_des_identites_sexuelles_dans_la_pratique_professionnelle.pdf
- [30] Juster R-P, Smith NG, Ouellet É, Sindi S, Lupien SJ. Sexual orientation and disclosure in relation to psychiatric symptoms, diurnal cortisol, and allostatic load. *Psychosom Med*. 2013 Feb;75(2):103-16.
- [31] Gautier A, Berra N. Baromètre santé médecins généralistes 2009. St-Denis Inpes Coll Baromètres Santé. 2011 [Consulté le 24 octobre 2014]; Disponible sur: <http://www.inpes.fr/Barometres/BaroCancer2010/pdf/prevention-EPS-ETP.pdf>
- [32] Temple-Smith M, Hammond J, Pyett P, Presswell N. Barriers to sexual history taking in general practice. *Aust Fam Physician*. 1996 Sep;25(9 Suppl 2):S71-4.
- [33] Gott M, Hinchliff S, Galena E. General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Soc Sci Med*. 2004 Jun;58(11):2093-103.

- [34] Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Fam Pract*. 2003 Jan 12;20(6):690-5.
- [35] Vallée J. Enseigner la prise en charge de la plainte sexuelle. *Exercer*. 2008;(81):49-51.
- [36] Giami A. Chapitre 8: La spécialisation informelle des médecins généralistes: l'abord de la sexualité. In: Bloy G, Schweyer F-X. *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Rennes: EHESP;2010. p. 147-67.
- [37] Mercer C, Fenton K, Johnson A, Copas A, Macdowall W, Erens B, et al. Who reports sexual function problems? Empirical evidence from Britain's 2000 National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles. *Sex Transm Infect*. 2005;81(5):394-9.
- [38] Sadovsky R. The Role of the Primary Care Clinician in the Management of Erectile Dysfunction. *Rev Urol*. 2002;4(Suppl 3):S54-63.
- [39] Lapeyre N, Le Feuvre N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Rev Fr Aff Soc*. 1 Mar 2005;1(1):59-81.
- [40] La féminisation : une chance à saisir | Conseil National de l'Ordre des Médecins. [Consulté le 13 novembre 2014]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-feminisation-une-chance-saisir-588>
- [41] Jones R, Barton S. Introduction to history taking and principles of sexual health. *Postgrad Med J*. 2004 Aug;80(946):444-6.
- [42] Sinha A, Palep-Singh M. Taking a sexual history. *Obstet Gynaecol Reprod Med*. 2008 Feb;18(2):49-50.
- [43] Nusbaum MR, Hamilton CD. The proactive sexual health history. *Am Fam Physician*. 2002 Nov 1;66(9):170-22.
- [44] Barais M, Cadier S, Chiron B, Barraine P, Nabbe P, Le Reste J-Y. Ejaculation prématurée: stratégies pour aborder le sujet en médecine générale. *Exercer*. 2011;22(95):10-5.
- [45] Mouillet E. *La recherche bibliographique en médecine et santé publique*. Elsevier Masson; 2010.
- [46] Le MeSH bilingue anglais - français. [Consulté le 20 octobre 2014]. Disponible sur: <http://mesh.inserm.fr/mesh/>
- [47] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84):142-5.
- [48] Alami S, Desjeux D, Garabua-Moussaoui I. *Les méthodes qualitatives*. Édition : 2e édition. Paris: PUF; 2013.
- [49] Association française des jeunes chercheurs en médecine générale, Frappé P. *Initiation à la recherche*. Neuilly-sur-Seine; Paris : GM Santé ; CNGE; 2011.
- [50] Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : d'« Acteur » à « Interdépendance ». *Exercer*. 2009;20(87):74-9.
- [51] Mucchielli A. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. 3^{ème} édition revue et argumentée. Paris: Armand Colin;2009.

- [52] Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale*. 2002;3(2):81-90.
- [53] Blanchet A, Gotman A. L'entretien: L'enquête et ses méthodes. 2^{ème} édition. Paris: Armand Colin; 2010.
- [54] Lessard-Hébert M, Boutin G, Goyette G. La recherche qualitative: fondements et pratiques. De Boeck Supérieur; 1997.
- [55] Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris: Armand Colin; 2012.
- [56] Combessie J-C. II. L'entretien semi-directif. 5^{ème} édition. Repères. 1 Juil 2007;24-32.
- [57] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57.
- [58] Letrilliat L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». *Exercer*. 2009;20(88):106-12.
- [59] Beaud S, Weber F. Guide de l'enquête de terrain : Produire et analyser des données ethnographiques. 4^{ème} édition. Paris: Editions La Découverte; 2010.
- [60] Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol*. 1994;23(147):147-81.
- [61] Guillemette F. L'approche de la Grounded Theory; pour innover. *Rech Qual*. 2006;26(1):32-50.
- [62] Tavory I, Timmermans S. Two cases of ethnography: Grounded theory and the extended case method. *Ethnography*. 2009 Sep 8;10(3):243-63.
- [63] Logiciel NVivo pour la recherche qualitative : de l'analyse de contenu et de l'évaluation jusqu'à l'étude de marché. [Consulté le 26 octobre 2014]. Disponible sur: http://www.qsrinternational.com/other-languages_french.aspx
- [64] Code de la santé publique - Article L1122-1. (Version à jour au 04 Jan 2015).
- [65] Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine. (Version à jour au 23 Oct 2014).
- [66] Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. (Version à jour au 04 Jan 2015).
- [67] Code de la santé publique - Article L1123-6. (Version à jour au 04 Jan 2015).
- [68] Insee - Définitions et méthodes - Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS). [Consulté le 18 décembre 2014]. Disponible sur: <http://insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/pcs2003.htm>
- [69] Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Prat Psychol*. 2004;10(1):79-86.
- [70] Régnier J-C. L'enquête par entretien et quelques biais possibles. In: Méthodes qualitatives. Master 1 de sciences de l'éducation. [Consulté le 28 janvier 2014]. Disponible sur: http://jean-claude.regnier.pagesperso-orange.fr/joao_claudio/4PA16402/Entretien_biais.pdf
- [71] Neuman W-L. Social research methods : Qualitative and quantitative approaches. Boston: MA : Allyn and Bacon; 1991.

- [72] Annon JS. The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Ed Ther.* 1976;2(2):1-15.
- [73] Giuliano F. Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle. *Prog En Urol.* Juil 2013;23(9):811-21.
- [74] J.C Sierra et al. Detection of sexual dysfunction in Primary Care. 2013. p. 525-6.
- [75] Leridon H, Bozon M. Les constructions sociales de la sexualité. *Population.* 1993;48(5):1173-95.
- [76] Jodelet D. Les représentations sociales. Paris: PUF. 1994. p. 36-57.
- [77] Comment voit-on le monde ? Représentations sociales et réalité. *Sciences Humaines.* [Consulté le 11 décembre 2014]. Disponible sur: http://www.scienceshumaines.com/comment-voit-on-le-monde-representations-sociales-et-realite_fr_11718.html
- [78] Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res.* 2004 Jun 24;17(1):39-57.
- [79] M.H. Colson. Cardinal points of sexuality. A French 2004 survey. *J Sexual Med.* 2005;2 (Suppl.1):p.39.
- [80] Bozon M, Bajos N. La sexualité à l'épreuve de la médicalisation : le Viagra. *Actes Rech En Sci Soc.* 1999;128(1):34-7.
- [81] Meyer P, Rollini C. Troubles sexuels liés à l'âge : quelles spécificités dans la prise en charge ? *Sexol Clin.* 18 Mar 2009;195(11):630-4.
- [82] Lemaire A, Colson M-H, Alexandre B, Bosio-leGoux B, Klein P. Why is that patients with sexual difficulties do not consult a doctor more frequently? The results of a French survey by the French association for the development of information and research in the field of sexology (ADIRS). *Sexologies.* 2009 ;18(1):14-8.
- [83] Giami Alain. Chapitre 10: Les formes contemporaines de la médicalisation de la sexualité. In: Yaya S. Pouvoir médical et santé totalitaire: Conséquences socio-anthropologiques et éthiques. Montréal: Presse université laval; 2009. p. 225-49.
- [84] Price JH, Desmond SM, Losh DP. Patients' expectations of the family physician in health promotion. *Am J Prev Med.* 1991 Feb;7(1):33-9.
- [85] Buvat J, Glasser D, Neves RCS, Duarte FG, Gingell C, Moreira ED, et al. Sexual problems and associated help-seeking behavior patterns: results of a population-based survey in France. *Int J Urol Off J Jpn Urol Assoc.* 2009 Juil;16(7):632-8.

ANNEXE 1 : Guide d'entretien

Bonjour,

Tout d'abord, merci d'avoir accepté cet entretien. Je me présente, Sandra Bartoli, je suis actuellement en fin d'internat de médecine générale et je prépare ma thèse.

Le thème de cette thèse concerne l'abord de la sexualité par le médecin généraliste auprès des hommes. Nous cherchons à savoir comment faciliter le discours autour de la sexualité entre le patient et le médecin. C'est pour cela que je souhaite vous interroger car le point de vue des hommes nous intéresse.

Je vais vous poser quatre questions assez larges auxquelles je vous laisserai répondre librement, afin de me donner votre point de vue. Il n'y a donc pas de bonnes ou mauvaises réponses. Je ne suis pas non plus là pour émettre un jugement sur ce que vous serez amené à me dire. La totalité de l'entretien sera anonyme.

Celui-ci durera une dizaine de minutes. Si vous me l'autorisez, je vais nous enregistrer afin de pouvoir être entièrement disposée à vous écouter et pour faciliter la suite de mon travail. Une fois terminé, je vous l'enverrai pour valider la retranscription que j'aurai faite de cet entretien.

Avant de commencer, j'ai donc besoin de recueillir votre consentement signé.

THEMES :

- a) Les **éléments facilitant la discussion** autour de la sexualité en médecine générale.
- b) **Techniques d'abord** de la sexualité par le médecin traitant.
- c) **Représentations** des hommes sur la sexualité.
- d) **Questions autour de la légitimité** d'aborder la sexualité par le médecin généraliste.
- e) **Recueil des expériences** de situations vécues autour de l'abord de la sexualité.

CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS :

- Âge :
- Profession :
- Nationalité :
- Lieu d'Habitation :
- Médecin traitant déclaré : oui/non
- Statut marital : célibataire /pacsé/marié/divorcé
- Contact (messagerie électronique) pour envoi de la retranscription de l'entretien :

THEME 1 : Eléments facilitant la discussion autour de la sexualité :

1. Qu'est-ce qui vous mettrait à l'aise pour parler de sexualité avec votre médecin traitant lors d'une consultation ?

- Reformulation : Qu'est-ce qui pourrait vous aider à aborder ou à parler de sexualité avec votre médecin ?
- Relances : Relation médecin/patient-attitude du médecin-âge-genre-éléments dans la consultation/salle d'attente (affiches).

2. Au contraire, qu'est-ce qui vous gênerait ou vous empêcherait d'en parler ?
3. Préférez- vous que ce soit vous ou le médecin qui aborde le sujet ?

THEME 2 : Techniques d'abord de la sexualité :

4. **Comment aimeriez-vous que le médecin vous pose les questions autour de la sexualité ?/ aborde la sexualité ?**
5. Le médecin doit-il vous demander votre accord avant d'en parler ? Si oui, comment ?
6. Comment réagiriez-vous si le médecin vous posait ces questions? (Préciser : pas de réponses aux questions attendues) :
 - « Êtes-vous sexuellement actif actuellement? »
 - « Êtes-vous satisfait de votre vie sexuelle ? »
 - « Il y a-t-il des problèmes sexuels ou soucis dont vous aimeriez parler avec moi en consultation ? »
 - « Certains patients diabétiques, hypertendus rapportent des problèmes sexuels, avez- vous des soucis particuliers dont vous souhaiteriez parler ? ».
7. Est-ce que vous pensez que cela devrait être fait de façon systématique lors d'une première consultation ?
8. Selon vous, quelle raison (OU dans quelle circonstance) vous amènerait vous, ou votre médecin, à parler de sexualité ?

THEME 3 : Représentations des hommes sur la sexualité:

9. **C'est quoi pour vous la sexualité, au sens large du terme ?**
10. A quel âge la sexualité doit-elle être abordée avec le médecin?

THEME 4 : La place du médecin et sa légitimité dans l'abord de la sexualité :

11. **Est-ce que vous pensez qu'aborder la sexualité, au sens large du terme, fasse parti du rôle du médecin généraliste ? Justifiez.**
12. Le médecin doit-il aborder spontanément au moins une fois la question de la sexualité lors d'un suivi médical ?
13. Y-a-il des sujets que vous ne voudriez pas qu'il aborde concernant votre sexualité ?

14. Comment réagiriez-vous si votre médecin généraliste vous interrogeait sur votre orientation sexuelle? Comment voudriez-vous qu'il pose la question ?

15. Certains médecins ont peur de créer des « problèmes », des pathologies en abordant la sexualité de façon spontanée. Qu'en pensez-vous ?

THEME 5 : Situations vécues autour de l'abord de la sexualité :

16. Avez-vous déjà été amené à parler de sexualité avec un médecin ?

- Si oui, qui avait abordé le sujet ? Comment ?
- Que pensez-vous de la façon dont cela s'est déroulé ?
- Si le sujet n'a jamais été abordé : pourquoi ?

ANNEXE 2 : Formulaire d'information

ABORDER LA SEXUALITE EN MEDECINE GENERALE : ATTENTES, OPINIONS ET REPRESENTATIONS DES HOMMES

Enquête qualitative

Monsieur,

Je suis interne en médecine générale, et je prépare actuellement ma thèse de fin d'étude. Je travaille au sein du pôle de recherche « santé-sexualité » du département de médecine générale de Poitiers, sur un projet dirigé par le Docteur GRANDCOLIN. L'objectif de cette étude est de faciliter l'aborder de la santé sexuelle en consultation. Pour cela, nous avons besoin du point de vue de patients homme afin de savoir comment ils aimeraient que le médecin généraliste aborde la question.

Les patients homme volontaires sont interrogés sous la forme d'entretiens individuels, ayant lieu dans des lieux publics. Un entretien dure de 5 à 20 minutes en moyenne. L'enregistrement de l'entretien sera proposé au participant, comme cela se fait dans ce genre d'étude, pour faciliter la suite de notre travail. Les données sont d'abord retranscrites mot à mot, puis analysées à l'aide d'un logiciel afin de dégager les thèmes principaux.

Les entretiens seront anonymes et conservés de façon confidentielle avant d'être détruits après l'analyse. Une copie de la retranscription sera envoyée au participant pour qu'il valide ses dires.

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.

Un dossier concernant cette étude a été soumis au comité d'Ethique de la Rochelle.

Chaque participant pourra demander, si besoin, un complément d'informations en contactant la responsable de l'étude : Docteur Grandcolin Stéphanie au 05 49 03 00 72, ou l'interne en charge de l'étude sur thesesante17@yahoo.fr.

Fait à : Le :

Signature de la doctorante : BARTOLI Sandra

ANNEXE 3 : Formulaire de consentement

ABORDER LA SEXUALITE EN MEDECINE GENERALE : ATTENTES, OPINIONS ET
REPRESENTATIONS DES HOMMES

Enquête qualitative

Je certifie avoir reçu et lu la notice d'information de l'étude.

J'accepte librement et volontairement de participer à la recherche décrite et 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.

J'accepte que l'entretien soit enregistré sachant que les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif de cette étude.

J'ai été informé que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication.

Pour tous renseignements complémentaires, je pourrai contacter :

- Le responsable de l'étude : Docteur Grandcolin Stéphanie au 05 49 03 00 72
- L'interne en charge de la réalisation des entretiens : thesesante17@yahoo.fr.

Fait à , le / /

Signature du volontaire (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

Nom de l'animateur de l'entretien : BARTOLI Sandra

Signature de l'animateur de l'entretien :

ANNEXE 4 : Avis du comité d'éthique de La Rochelle



Président du Comité d'Ethique
Dr Didier LAMBERT

Secrétariat

Muriel CHAMPAGNAC

☎ 05 46 45 88 91

☎ 05 46 45 53 79

✉ muriel.champagnac@ch-larochelle.fr

COMMUNAUTE HOSPITALIERE DE TERRITOIRE ATLANTIQUE 17

Groupe Hospitalier de La Rochelle - Ré - Aunis

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

COMITE D'ETHIQUE

La Rochelle, le 1^{er} octobre 2014

ATTESTATION

Je soussigné Docteur Didier LAMBERT, Président du Comité d'Ethique du Groupe Hospitalier de La Rochelle – Ré – Aunis, certifie que **Madame Sandra BARTOLI, en TCEM3 à la Faculté de Médecine de Poitiers** a sollicité les membres du Comité d'Ethique du Groupe Hospitalier de La Rochelle/Ré/Aunis pour un avis concernant la préparation de sa thèse. Elle a participé activement à cette séance qui s'est tenue le **25 septembre dernier**.

Les membres de cette instance ont tous souligné sa démarche éthique caractérisée en particulier par le souci des personnes du panel, qu'elle avait interrogées. Aucun des membre n'a remis en question les aspects déontologiques de son travail.

Certificat remis en mains propres pour servir et faire valoir ce que de droit.

Docteur D. LAMBERT

ANNEXE 5 : Modèle PLISSIT

Permission: (1) For physician to discuss sex with the patient; (2) for patient to discuss sexual concerns now or in the future; and (3) to continue normal (i.e., not potentially harmful) sexual behaviors.

Limited Information: Clarify misinformation, dispel myths, and provide factual information in a limited manner.

Specific Suggestions: Provide specific suggestions directly related to the particular problem.

Intensive Treatment: Provide highly individualized therapy for more complex issues.

P.L.I.S.S.I.T. Model for Approaching Sexual Health Problems

Source: Nusbaum MR, Hamilton CD. The proactive sexual health history. Am Fam Physician. 2002 Nov 1;66(9):170-22.

RESUME

CONTEXTE

La promotion de la santé sexuelle en médecine générale constitue un enjeu de santé publique. La sexualité est difficilement abordée en consultation, surtout avec les hommes. Or, ces derniers souhaiteraient que le médecin initie davantage le sujet.

OBJECTIFS

Notre objectif était de savoir comment les hommes aimeraient que la sexualité soit abordée et de connaître leurs opinions sur l'utilisation de questions standardisées par les médecins généralistes. L'étude visait également à connaître la légitimité attribuée à ces derniers dans l'abord de la sexualité et de l'identité sexuelle ainsi qu'à dégager des représentations des hommes de la santé sexuelle.

METHODE

Seize hommes de 18 à 67 ans ont été recrutés en micro-trottoir dans deux galeries commerciales. Une analyse thématique et descriptive des entretiens semi-directifs a été réalisée jusqu'à saturation des données puis triangulée.

RESULTATS

Une relation de confiance, le cadre professionnel ainsi qu'une attitude décontractée et bienveillante du médecin facilitaient le dialogue. Les hommes proposaient des outils de communication: affiches en salle d'attente, consultation dédiée à la santé sexuelle ainsi que trois types de questions ouvertes. Via celles-ci, ils souhaitaient que le médecin adopte une attitude proactive et amorce le dialogue de façon simple et directe lors de situations cliniques appropriées. L'abord de la sexualité était légitimé lorsque celle-ci relevait du domaine médical, par le lien alors fait avec la santé, et non lorsqu'elle était jugée intime ou taboue. Pour les hommes, interroger sur la sexualité et sur l'identité sexuelle en médecine générale requérait une justification médicale. L'étude a paradoxalement montré que les hommes se déclarant à l'aise préféraient aborder la sexualité d'eux-mêmes en cas de problème.

CONCLUSION

Dans le cadre d'une relation de confiance, l'attitude proactive permettrait au médecin de faciliter et de légitimer l'abord de la sexualité en informant les hommes sur son rôle. Leurs représentations socio-culturelles pourraient être ainsi modifiées.

MOTS CLES

Santé sexuelle, sexualité, médecine générale, hommes, attentes.

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

