Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014 **Thèse n°**

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

présentée et soutenue publiquement
le 7 Novembre 2014 à Poitiers
par Mme Lucile PARTAUD

Stratégies utilisées par les médecins généralistes pour aborder la sexualité avec les hommes

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Bertrand DORE

Membres : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI
Monsieur le Professeur Marc PACCALIN

Directeur de thèse : Madame le Docteur Stéphanie GRANDCOLIN

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2014 - 2015

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, cancérologie – radiothérapie **(en disponibilité 1 an à compter de janvier 2014)**
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
12. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
13. DROUOT Xavier, physiologie
14. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
15. EUGENE Michel, physiologie **(surnombre jusqu'en 08/2016)**
16. FAURE Jean-Pierre, anatomie
17. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
18. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
19. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
20. GILBERT Brigitte, génétique
21. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
22. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
23. GUILHOT-GAUDEFFROY 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 t 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. ORIOT Denis, pédiatrie
53. PACCALIN Marc, gériatrie
54. PAQUEREAU Joël, physiologie
55. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
56. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
57. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
58. POURRAT Olivier, médecine interne
59. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
60. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
61. RICHER Jean-Pierre, anatomie
62. RIGOARD Philippe, neurochirurgie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes **(surnombre jusqu'en 08/2017)**
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

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 Arnaud, 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. BOINOTCatherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER 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. VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Bertrand DORE
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Recevez mes sincères remerciements et soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Marc PACCALIN
Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger cette thèse. Mon passage dans votre service m'a beaucoup appris tant sur le plan humain que professionnel. Veuillez trouver ici l'expression de ma grande considération.

A Madame le Docteur Stéphanie GRANDCOLIN
Je te remercie d'avoir dirigé cette thèse, de tes nombreux conseils, de ta grande disponibilité et de ton soutien tout au long de ce travail. Je te remercie aussi pour tout ce que tu m'as apporté au cours de mon stage et de nos échanges. Travailler avec toi est très enrichissant et toujours un réel plaisir. Reçois ici toute ma gratitude et mon profond respect.

A tous mes maîtres de stage, en libéral et milieu hospitalier,
Merci pour votre accueil et la richesse des enseignements reçus.

A tous les médecins ayant participé à ce travail,
Merci pour votre accueil et votre disponibilité.

A celles qui ont apporté leur aide à ce travail. Merci à Sandra, pour tes conseils, tes relectures et nos débriefings. Merci à Odile, pour ton aide très précieuse et tes encouragements. Merci à Aurore pour tes conseils de méthodologie. Merci à Estelle, Anaïs et Aude pour vos indispensables relectures.

A l'équipe de PMI de la Vienne, merci pour votre accueil et la confiance que vous m'avez accordée.

A mes co-internes, merci spécialement à Eloïse, Mathilde, Marie, Odile, Sophie, Nico pour tous ces supers moments passés pendant et en dehors de l'internat!

A ma grande (très grande) famille, merci de votre bienveillance.

A mes grands-parents, merci pour toutes les valeurs humaines que vous m'avez transmises et qui sont à mon sens essentielles à l'exercice de la médecine. Vous êtes un exemple de vie pour moi.

A mes parents, merci d'avoir su être toujours présents dans les différentes épreuves de ma vie tout en me laissant une grande liberté. Vous m'avez transmis de belles valeurs et la force de ne jamais abandonner, merci pour tout.

A mes « petits » frères, merci d'être vous.

A mes amies depuis les bancs du lycée, Anne-Lise, Aude, Claire, Gersende, Laure, Lucie, Marie et leurs petites familles. Merci d'être toujours là et de tout ce que vous m'apportez. Lucie, tu es beaucoup trop loin !

A mes amies depuis les bancs de la fac, Adèle, Caro, Claire, Jeanne, Lolita, Marine, Soazig et les garçons. Merci pour votre fidèle amitié, pour tous ces excellents moments partagés avec vous et pour tous ceux à venir !

A toi, merci pour tout.

TABLE DES MATIERES

ANNEE 2014 1
POUR LE DIPLOME D'ETAT 1
DE DOCTEUR EN MEDECINE 1
COMPOSITION DU JURY 1
I. INTRODUCTION 9
I.1. La santé sexuelle 10
I.2. Evolution sociétale et sexuelle 10
I.2.1 VIH et IST 11
I.2.2. Dysfonction sexuelle 12
I.2.3. Orientation sexuelle 12
I.3. Communication entre médecins et patients sur la sexualité 12
I.3.1. Point de vue des patients 12
I.3.2. Point de vue des médecins 13
II. MATERIEL ET METHODE 14
II.1. Méthode de l'enquête 14
II.1.1. Type d'étude 14
II.1.2. Méthode d'échantillonnage 14
II.1.3. Méthode de recueil des données 15
II.1.4. Méthode d'analyse des données 16
II.1.5. Considérations éthiques 16
II.2. Méthode bibliographique 17
III. RESULTATS 18
III.1. Caractéristiques des médecins interrogés 18
III.2. Aperçu schématique des résultats 18
III.2.1. Stratégies utilisées par les médecins 19
III.2.2. Acquisition des stratégies 20
III.2.3. Capacité déclarée des médecins à utiliser des outils de communication 21
III.3. Stratégies utilisées par les médecins 23
III.3.1. Attitudes, techniques de communication 23
III.3.2. Utilisation d'un contexte 25
III.4. Acquisition des stratégies 26
III.4.1. Formations sur la sexualité 27

III.4.2. Formations annexes 27
III.4.3. Expérience professionnelle 27
III.4.4. Exercice de la gynécologie 27
III.4.5. Avis sur la formation lors du cursus universitaire 27
III.5. Capacité déclarée des médecins à utiliser des outils de communication 28
III.5.1. Quatre questions types proposées 28
III.5.2. Question sur la santé sexuelle lors de la première consultation 29
IV. DISCUSSION 31
IV.1. Résumé des principaux résultats 31
IV.2. Forces et faiblesses de l'étude 31
IV.2.1. Le choix d'une méthode qualitative 31
IV.2.2. Le déroulement de l'enquête 31
IV.2.3. L'analyse thématique et descriptive 33
IV.2.4. La recherche de la validité interne et externe 33
IV.3. Discussion des résultats 34
IV.3.1. Stratégies utilisées et postures professionnelles 34
IV.3.2. Formations des médecins et leur vision de la santé sexuelle 37
V. CONCLUSION 39
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 40
ANNEXE 1 : Guide d'entretien 43
ANNEXE 2 : Verbatims 43
RESUME 44

LISTE DES ABREVIATIONS

CSF : Contexte de la Sexualité en France

DU : Diplôme Universitaire

DIU : Diplôme Inter Universitaire

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MFPF : Mouvement Français pour le Planning Familial

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

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

I. INTRODUCTION

Nous connaissons depuis plusieurs années l'importance de la santé sexuelle dans le bien-être personnel. Elle fait partie intégrante de la santé au sens même de sa définition selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »[1].

Les troubles sexuels retentissent négativement sur la qualité de vie [2-4]. Une part importante de la population est concernée et en plus grande proportion, celle atteinte de problèmes médicaux [4]. Bien que les professionnels et la population soient de plus en plus sensibilisés, les troubles sexuels restent encore sous-diagnostiqués [3]. Il est nécessaire d'interroger les patients afin de dépister les troubles et adapter les informations de prévention délivrées [4].

Malgré l'expression de plus en plus ouverte de la sexualité dans notre société, le sujet reste tabou. La sexualité fait partie de l'intime, du caché [5].

Pour les professionnels comme pour les patients, aborder la sexualité reste difficile [5-6]. De nombreux articles médicaux et sociologiques sont consacrés à la santé sexuelle et l'abordent sous divers angles. Les médecins généralistes étant les premiers interlocuteurs des patients, certains articles leur apportent des outils afin d'aborder ce sujet avec leurs patients [3-7].

La littérature montre que les femmes ont tendance à évoquer leurs problèmes sexuels lors de la consultation gynécologique, alors que les hommes vont plutôt le faire indirectement avec leur médecin généraliste [8-9].

Au vu de ses données nous avons émis l'hypothèse que les médecins utilisent certaines stratégies pour aborder la sexualité avec les hommes.

Nous avons mené une étude qualitative par entretiens semi-structurés auprès de médecins généralistes.

Notre objectif était d'identifier les stratégies qu'utilisent les médecins pour aborder la sexualité avec les patients hommes, lors de leur pratique courante. Nos objectifs secondaires étaient d'identifier le moyen d'acquisition de ces stratégies et de recueillir la capacité déclarée des médecins généralistes, à utiliser des moyens de communication issus d'un article de *The Journal of Sexual Medicine* [3].

I.1. La santé sexuelle

Le terme de santé sexuelle a été créé vers 1974 par un groupe de professionnels sexologues, sous couvert de l'OMS [10]. Cela a permis de promouvoir l'idée selon laquelle la sexualité contribue à une meilleure santé et au bien-être lorsqu'elle peut être vécue et pratiquée librement sans contrainte [10].

En 2002 l'OMS parle de la santé sexuelle comme étant « *un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité.* » [11]. La santé sexuelle fait donc partie intégrante de la santé et de la qualité de vie des personnes que peut rencontrer un médecin. Cela implique d'utiliser un modèle bio-psycho-social pour la prise en charge des patients. Cette prise en charge globale des patients est l'une des missions du médecin généraliste. L'adoption d'un modèle holistique est une des six compétences fondamentales décrites dans la définition européenne de la médecine générale selon la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (WONCA) [12].

I.2. Evolution sociétale et sexuelle

L'apparition du terme de santé sexuelle et de cette nouvelle vision de la sexualité correspond au début du processus de légitimation de dissociation entre activité sexuelle reproductive et non reproductive. La littérature prouve que cette dissociation correspond à l'évolution actuelle de la société. Depuis le début des années 1970, la fréquence des rapports sexuels reste stable mais les jeux amoureux et sexuels se déclinent sur un registre qui dissocie sexualité et procréation [9].

La vision du couple, et plus particulièrement du mariage, évolue. Dans la plupart des pays du monde, l'âge auquel les gens se marient recule et par là celui du nombre de partenaires sexuels avant le mariage augmente [13]. En France le nombre de personnes non mariées augmente ainsi que celui des divorces [14]. La vie sexuelle ne se limite plus à une relation qui dure toute une vie, il existe une multiplication des partenaires. Cette tendance à un renouvellement des partenaires ne concerne pas uniquement la jeunesse [9]. De plus, l'apparition des nouveaux modes de communication dans les années 2000, notamment les sites de rencontres via internet, permettent d'élargir le réseau personnel et ainsi augmenter le nombre de partenaires [9,14]. Le fait d'avoir plus de partenaires sexuels traduit un intérêt particulier pour l'activité sexuelle [9].

Prendre en charge la santé sexuelle des patients, c'est pouvoir leur faire bénéficier d'informations, de soutien et d'écoute leur permettant d'adopter une conduite en conformité avec leurs désirs et en toute sécurité [5]. Interroger les patients sur leur santé sexuelle c'est aussi pouvoir réaliser des dépistages adaptés (Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), hépatite, Infections Sexuellement Transmissibles (IST)), des vaccinations (*papillomavirus*, hépatite B), dépister les dysfonctionnements sexuels, les violences sexuelles, aborder l'orientation sexuelle [5].

I.2.1 VIH et IST

L'épidémie de VIH a modifié les comportements sexuels de manière considérable. En l'absence de traitement efficace, la lutte contre le VIH consiste à modifier les comportements sexuels et acquérir un comportement sexuel protégé. L'approche est centrée sur le patient pour l'amener à adopter ce comportement. Pour cela des méthodes de communication et de *counseling* vont se développer [5,10].

Le fait d'avoir de multiples partenaires sexuels était considéré comme un problème d'ordre moral, il devient alors un facteur de risque de contamination. La connaissance du nombre de partenaires et des pratiques sexuels des patients par les professionnels, permet d'adapter les dépistages et les informations de prévention [4].

Il existe depuis quelques années une recrudescence des IST, notamment gonococcies et syphilis, ce qui semble traduire une reprise de certaines pratiques sexuelles à risque, particulièrement lors des rapports homosexuels [9,15].

Les médecins généralistes ont un rôle essentiel, la grande majorité des IST étant dépistée par les praticiens libéraux [9].

Il persiste une insuffisance de dépistage des IST notamment des infections à *chlamydia trachomatis.* Cette insuffisance de dépistage concerne de manière prépondérante les hommes, les femmes jeunes et les femmes socialement défavorisées [9]. L'amélioration du dépistage des hommes pourrait entraîner une diminution de la contamination de leurs partenaires ; en association à une sensibilisation à l'importance de se traiter complètement, de prévenir ses partenaires et de réduire leurs comportements sexuels à risque [9]. Selon l'étude Contexte de la Sexualité en France (CSF) menée en 2006 , la majorité des hommes ne se traitent pas complètement et ils sont plus nombreux que les femmes à ne pas informer leurs partenaires sexuels [9].

I.2.2. Dysfonction sexuelle

Après des années marquées par le sida, une image plus positive de la sexualité apparaît avec la commercialisation du Viagra® en 1998 [10]. Les campagnes de communication s'adressent à un public différent de celui ciblé par les problématiques du VIH. Elles visent la sexualité des seniors et la sexualité conjugale, qui avaient été oubliées dans le contexte de lutte contre le sida [10]. La commercialisation du Viagra® s'inscrit dans le contexte particulier de médicalisation des comportements humains et notamment de la sexualité [16]. Le terme d'impuissance est remplacé par celui de dysfonction érectile et va entrer dans la pratique de la médecine générale. Des campagnes de publicité se développent et s'adressent autant aux consommateurs qu'aux professionnels, elles invitent les hommes à oser en parler à leur médecin [8].

Les dysfonctionnements sexuels sont multiples, il s'agit entre autres des troubles de l'érection, de l'absence de plaisir, des douleurs au moment des rapports. Les causes de ces dysfonctionnements sont aussi multiples. Des problèmes médicaux peuvent en être l'origine comme les maladies cardiovasculaires, le diabète, un état dépressif, la consommation excessive d'alcool, etc… Des facteurs environnementaux, les problèmes émotionnels, le stress ou des traumatismes passés comme des violences sexuelles peuvent aussi en être l'origine [9,17].

I.2.3. Orientation sexuelle

Pouvoir affirmer son identité sexuelle fait partie des éléments qui concourent au bien-être évoqué dans la définition de la santé sexuelle de l'OMS. Il est important que les médecins prennent en compte l'orientation sexuelle des patients pour que ceux-ci puissent se sentir en confiance afin d'aborder leur sexualité [3]. Si les personnes craignent un jugement sur leur orientation sexuelle ou leur identité de genre, cela peut les empêcher de consulter ou les dissuader de révéler leur homo-bi-transsexualité et priver les médecins d'éléments importants [5].

Les patients homosexuels nécessitent une attention particulière sur différents plans. Sur le plan infectieux, la chronicisation de l'infection à VIH dans les années 2000 est parallèle à un relâchement des comportements préventifs des hommes ayant des rapports homosexuels, et d'une recrudescence des IST. Cette augmentation des IST persiste dans les années 2010 [15]. Sur le plan psychique, l'homophobie qu'elle soit intériorisée ou non engendre un mal-être et une prédisposition accrue aux pathologies dépressives [9,18].

I.3. Communication entre médecins et patients sur la sexualité

I.3.1. Point de vue des patients

D'après l'étude CSF réalisée en 2006, 9% des hommes déclarent être « souvent » confrontés à au moins une des difficultés sexuelles (difficulté d'érection, éjaculation précoce, insuffisance de désir) survenues au cours de l'année passée. Les difficultés à obtenir une érection associées ou non à d'autres difficultés (éjaculation précoce, absence ou insuffisance de désir) semblent déterminantes pour motiver une consultation médicale [9].

Les personnes signalant avoir eu des troubles sexuels consultent peu. Lorsqu'un médecin est consulté c'est le médecin généraliste que les hommes choisissent en priorité. Les femmes se tournent principalement vers leur gynécologue. Dans les situations où les patients consultent pour un infection génitale, 55.3% des hommes ont recours à un généraliste alors que 64.3% des femmes à un gynécologue libéral [9]. Ces premiers interlocuteurs sont retrouvés pour les autres difficultés sexuelles [9,19].

Les patients évitent d'aborder leurs problèmes sexuels avec le médecin pour différentes raisons notamment la notion de tabou, de gêne, le manque de temps et l'incertitude que le médecin puisse répondre à ce type de questions [3,20].

Plusieurs études soulignent le fait que les patients aimeraient que leur médecin aborde spontanément la sexualité avec eux [3,19-22].

I.3.2. Point de vue des médecins

Il est difficile pour les médecins d'aborder le sujet de la santé sexuelle [5]. Parmi les freins repérés à aborder la sexualité, il y a le manque de temps, la crainte d'offenser le patient, le manque de formation [3]. Les études montrent que l'abord de la sexualité par les médecins est insuffisamment fait en consultation [4,20-21].

De la même manière que les femmes choisissent une consultation de gynécologie pour aborder leurs problèmes sexuels, les médecins utilisent un motif gynécologique pour interroger les femmes sur leur sexualité [4,8-9].

Plusieurs études, principalement américaines, proposent aux médecins des outils de communication pour aborder la sexualité [3-4,6]. Ces outils peuvent être des conseils d'attitude pour une prise en charge globale du patient mais aussi des questions types. Nous pouvons citer celles-ci à titre d'exemple : « Etes-vous sexuellement actif actuellement ? », « Etes-vous satisfait de votre vie sexuelle ? » ou encore « La santé sexuelle est une part importante de la santé globale donc j'interroge tous mes patients sur leur sexualité, puis-je vous poser quelques questions sur votre sexualité ? ».

Une étude souligne l'importance d'interroger les patients sur leur santé sexuelle afin de renforcer l'alliance thérapeutique et de renforcer le sentiment des patients d'être compris [3].

II. MATERIEL ET METHODE

II.1. Méthode de l'enquête

II.1.1. Type d'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par l'analyse d'entretiens semi-structurés auprès de médecins généralistes exerçant en Poitou-Charentes.

II.1.2. Méthode d'échantillonnage

Nous avons recruté un échantillon de médecins généralistes installés ou effectuant des remplacements au sein de cabinets de médecine générale, depuis plusieurs années, ayant une activité libérale et régulière.

Ce recrutement a été réalisé par la méthode de proche en proche aussi appelée échantillonnage en boule de neige [23]. Cette méthode consiste à demander à un premier participant de désigner d'autres participants potentiels et ainsi de suite [24].

Les trois premiers participants (entretiens A, B et C) étaient des connaissances de l'enquêtrice. Ils ont chacun nommé plusieurs médecins potentiellement volontaires pour participer à l'étude.

Selon les informations fournies par les médecins, les participants potentiels étaient contactés par mail ou par téléphone. Les informations fournies, par oral auprès du médecin ou par mail, concernaient :

- la présentation générale du sujet : l'abord de la sexualité en consultation avec les patients hommes.

-les modalités de l'entretien : durée approximative de 20 min, enregistrement audio, garanti de l'anonymat, possibilité de renoncer à tout moment.

Il était aussi précisé aux médecins qu'aucune formation ni connaissance particulière n'était requise. Puis un rendez-vous était pris au cabinet ou dans un autre lieu (faculté de médecine, domicile) selon les disponibilités des participants.

Le nombre de participants a été déterminé par le phénomène de saturation des données [25]. Les entretiens ont donc été arrêtés lorsqu' aucune nouvelle donnée pertinente n'était relevée après 3 entretiens consécutifs [23].

II.1.3. Méthode de recueil des données

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-structurés. Il s'agit de recueillir des informations lors d'un tête à tête avec la personne enquêtée. Les entretiens suivaient un guide (annexe 1) réalisé au préalable de l'enquête. Ce guide correspond à une trame souple de questions qui traduit les questionnements de la problématique et les hypothèses en questions concrètes, formulées simplement [26].

II.1.3.1 Réalisation du guide d'entretien

Le guide comportait une introduction pré-rédigée qui rappelait le sujet de l'entretien, les modalités de l'enquête, puis le consentement écrit des médecins était recueilli. Les questions étaient ensuite organisées de la manière suivante. Les premières questions servaient de « brise-glace » afin de mettre l'interlocuteur en confiance [23]. Ensuite les participants étaient invités à donner un exemple concret d'une consultation où la sexualité avait été abordée. Le but étant de recueillir les pratiques propres de chaque médecin [27]. Les questions suivantes permettaient de répondre aux objectifs primaires et secondaires de notre étude. Des techniques de relance et clarification pouvaient être utilisées. Le but était de reconstituer des pratiques en situation et d'éviter de recueillir une reconstruction générale et stéréotypée. L'opinion et les représentations personnelles des participants étaient également demandées [26].

II.1.3.2 Réalisation des entretiens

La qualité des entretiens dépend de la capacité de l'enquêteur à faire part d'empathie. Il doit aussi avoir une bonne qualité d'écoute et rester neutre [26]. Les conditions de réalisation de l'entretien ont une incidence directe sur la qualité des réponses [23]. Pour cela le lieu et l'horaire de l'entretien était choisi par le participant afin qu'il soit dans de bonnes conditions. La plupart des entretiens ont eu lieu dans les cabinets médicaux ce qui a permis aux participants de se remémorer plus facilement leurs pratiques professionnelles [24,26]. Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone.

II.1.3.3 Retranscription et anonymisation des données

A l'aide de l'enregistrement audio, l'enquêtrice a retranscrit mot à mot chaque entretien en incluant des éléments paralinguistiques entre parenthèses. Ainsi, un verbatim a été réalisé pour chaque entretien [25]. Les verbatims ont été renommés sous une lettre de l'alphabet par ordre chronologique de réalisation. Les données pouvant nuire à l'anonymat des médecins ont été discrètement modifiées. Les interventions ont pour préfixe la lettre d'entretien, pour celles du médecin, et le préfixe « LP » pour celles de l'enquêtrice. Les verbatims ont été envoyés à chaque médecin afin qu'il fasse part de ses remarques. Aucun participant n'a souhaité le modifier.

II.1.4. Méthode d'analyse des données

Au fur et à mesure de leur réalisation, les verbatims ont été soumis à une autocritique et à la critique de la directrice de thèse. La conduite des entretiens a été affinée et des modifications du guide ont été apportées afin d'améliorer la pertinence des questions.

Nous avons effectué une analyse thématique transversale de l'ensemble des données collectées. Ce type d'analyse consiste à découper transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère à un même thème [24]. Pour cela nous avons réalisé une grille d'analyse thématique qui a servi de trame au découpage des verbatims. Les thèmes de cette grille ont été conçus à partir des hypothèses descriptives de l'étude et de la relecture des verbatims [24].

Le codage des entretiens a été réalisé par l'enquêtrice et dans un deuxième temps par une interne de médecine générale travaillant également sur ce sujet. Ce double codage a permis la triangulation de l'analyse et a ainsi renforcé la validité interne de l'étude [23,25,27].

Afin de gagner en efficacité et d'être plus systématique, nous avons utilisé un logiciel spécifique intitulé NVIVO version 8. L'utilisation de ce logiciel a permis d'organiser les thèmes en constituant une représentation synthétique et structurée ainsi que d'identifier des connexions subtiles.

Les catégories ont été comparées entre elles, redéfinies et réduites en nombre au cours de l'analyse. Par la suite nous avons effectué une analyse descriptive afin de montrer les liens entre les différentes catégories [26].

II.1.5. Considérations éthiques

Le consentement des médecins a été recueilli lors du premier contact et juste avant de débuter l'entretien. Il a également été rappelé avant chaque entretien la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment.

L'anonymisation des données a permis de garantir l'anonymat des médecins. La relecture des verbatims par les participants leur a permis de s'assurer de leur anonymat et d'avoir un droit de rectification.

Le projet d'étude a été soumis au Comité de Protection des Personnes Ouest III. Après passage en commission, celui-ci a conclu que cette étude ne présentait pas de problème éthique. Les moyens mis en œuvre étaient adaptés, avec un rapport bénéfice risque favorable.

II.2. Méthode bibliographique

Les recherches bibliographiques ont eu lieu en langue française et anglaise. Elles ont été effectuées à partir :

- des bases de données : Pubmed, Cismef (Catalogue et Index des sites Médicaux de langue française), Science Direct, SUDOC (Système Universitaire de Documentation), SDC (Service Commun de Documentation de l'Université de Poitiers)
- du moteur de recherche Google
- de la littérature grise

Les mots clés utilisés pour les recherches francophones étaient : « sexualité », «santé sexuelle », « homme », « médecine générale »

Les mots clés utilisés pour les recherches anglophones étaient : « sexuality », « sexual behavior », « taking sexual history », « family practice », « family physician », « male ».

Ils ont été utilisés seuls ou associés par opérateurs booléens, « ou » ou « or » entre les termes relatifs à un même champ, « et » ou « and » entre les termes de champs différents.

III. RESULTATS

III.1. Caractéristiques des médecins interrogés

Nous avons réalisé 14 entretiens auprès de médecins généralistes. Tous les médecins contactés ont accepté de participer. Les entretiens ont été menés par l'enquêtrice de février à juillet 2014. La durée des entretiens variait de 11 à 25 minutes soit une moyenne de 17 minutes.

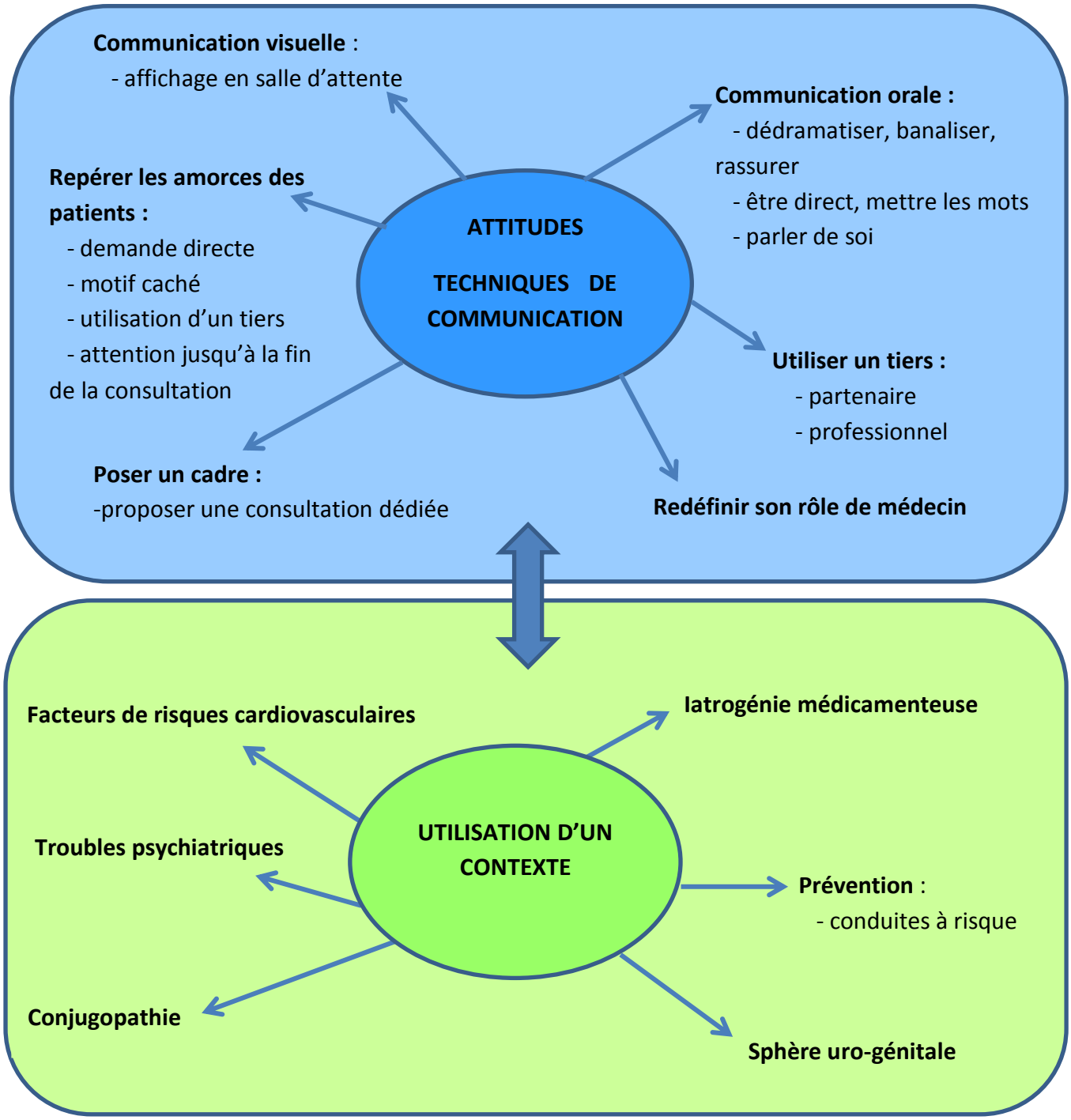
Parmi les 14 médecins il y avait 7 femmes et 7 hommes. Leurs âges variaient entre 29 et 65 ans, répartis de telle manière :

- de 29 et 39 ans : 3 femmes, 3 hommes
- de 40 et 49 ans : 1 femme, 1 homme
- de 50 et 59 ans : 2 femmes, 1 homme
- 60 et plus : 1 femme, 2 hommes

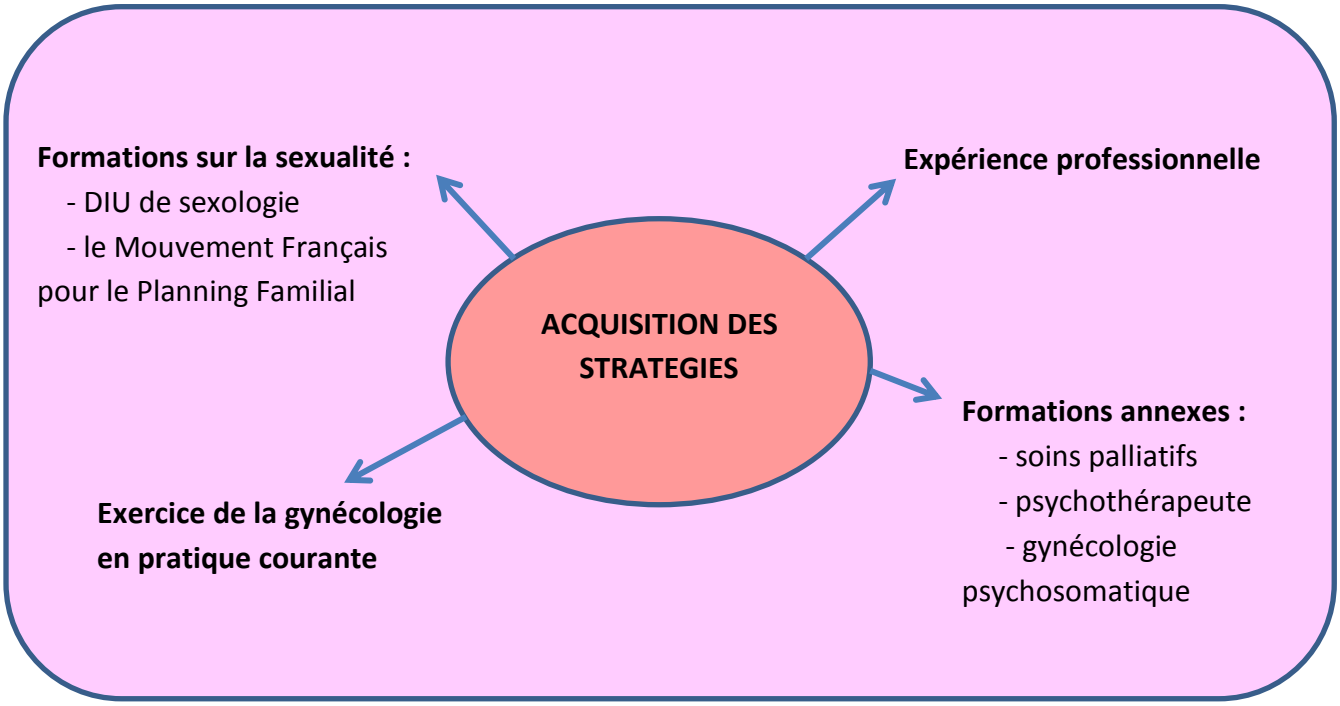
Trois d'entre eux effectuaient des remplacements depuis au moins deux ans, les autres étaient installés en cabinet.

III.2. Aperçu schématique des résultats

III.2.1. Stratégies utilisées par les médecins



III.2.2. Acquisition des stratégies



III.2.3. Capacité déclarée des médecins à utiliser des outils de communication

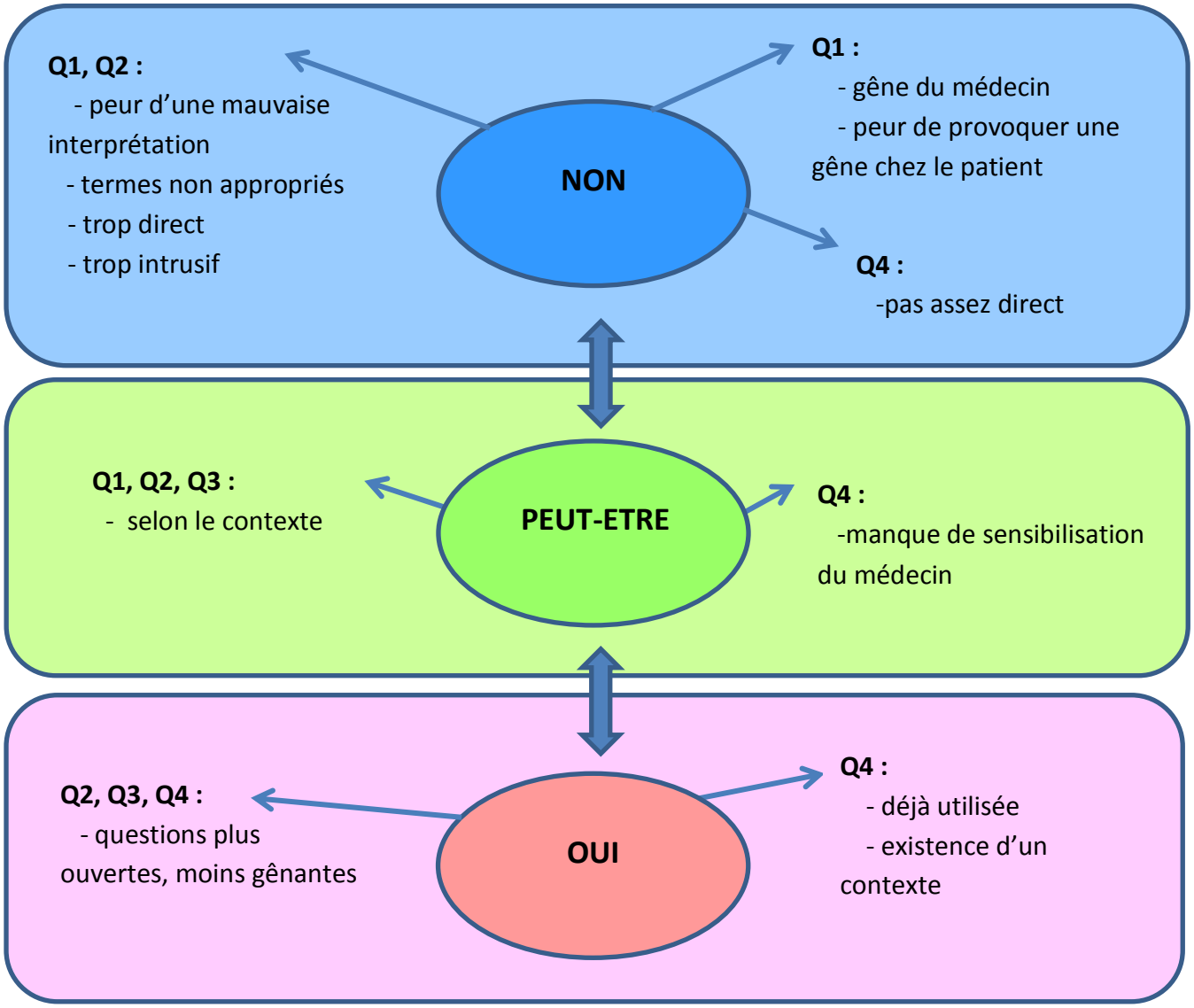
III.2.3.1. Quatre questions types proposées

Q1 : Etes-vous sexuellement actif actuellement ?

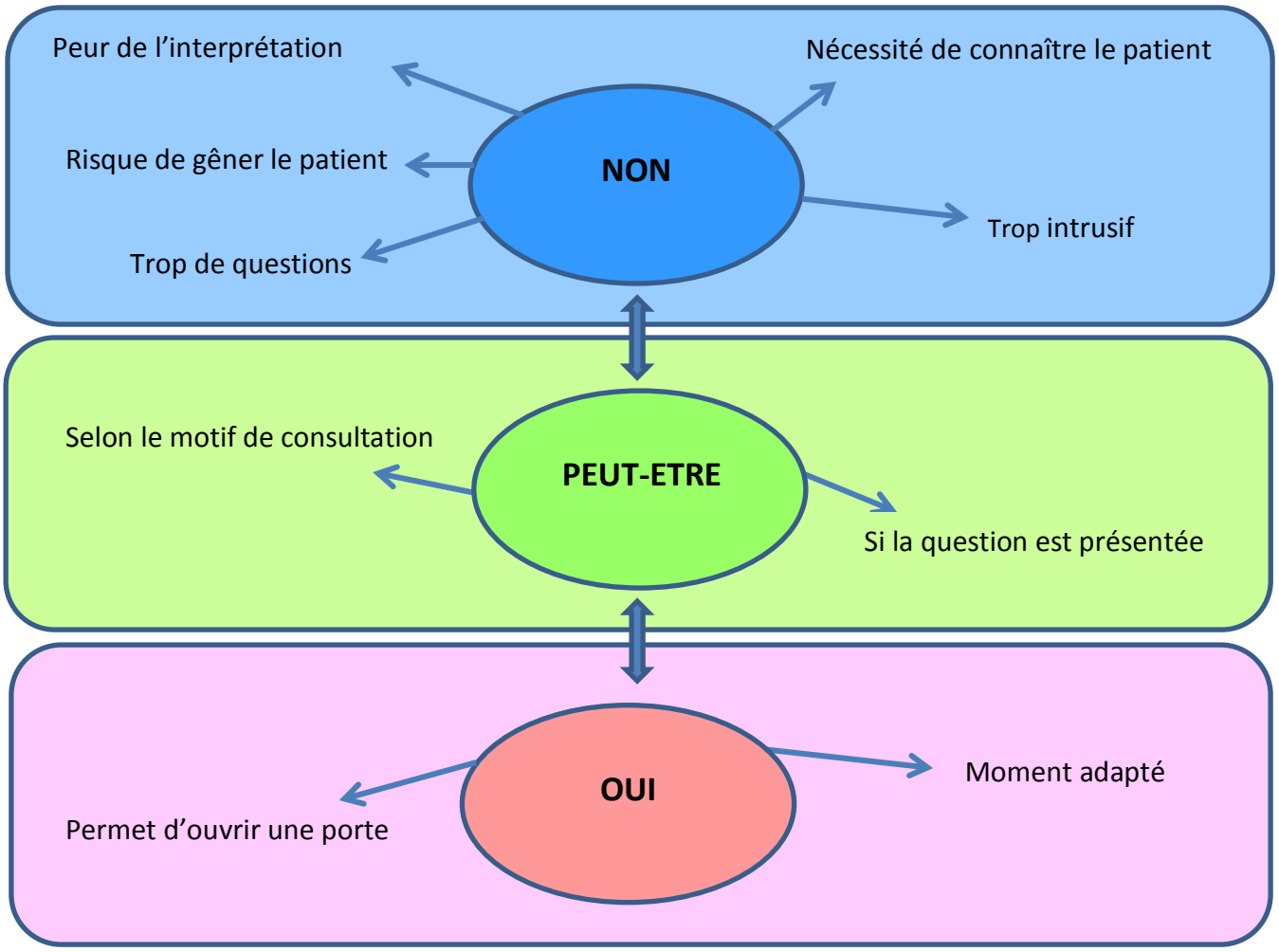
Q2 : Etes-vous satisfait de votre vie sexuelle ?

Q3 : Y a-t-il des problèmes sexuels ou soucis dont vous aimeriez parler ?

Q4 : Parfois les personnes souffrants de diabète/hypertension/dépression… ont des problèmes sexuels. Y a-t-il des préoccupations dont vous aimeriez discuter avec moi ?



III.2.3.2. Question sur la santé sexuelle lors de la première consultation



III.3. Stratégies utilisées par les médecins

Nous pouvons séparer les différentes stratégies retrouvées en deux grandes catégories. La première catégorie regroupe les différentes attitudes ou techniques de communication utilisées pour aborder la sexualité. La deuxième est l'utilisation d'un contexte clinique particulier pour aborder le sujet.

III.3.1. Attitudes, techniques de communication

III.3.1.1. Communication visuelle

- ✓ Utilisation d'affiche en salle d'attente (verbatims A, H, I)

I : *« Moi dans ma salle d'attente j'ai des affiches heu… voilà. Ca ça fait partie aussi de ma stratégie. Ils restent un peu de temps dans la salle d'attente heu… il y a une affiche sur la dysfonction érectile. Ils l'ont vue ou ils l'ont pas vue mais je pense qu'il y a des hommes qui osent m'en parler parce qu'ils ont vu l'affiche. »*

III.3.1.2. Communication orale

- ✓ Dédramatiser, banaliser, rassurer (A, E, F, G, I, L, N)

E : *« il y avait clairement un problème de qualité d'érection qui tenait pas bien dans le temps avec une libido qui fonctionnait bien heu... j'ai rapidement dédramatisé »*
G : *« J'ai vraiment cherché à la déculpabiliser de, de ça. Heu... et en lui disant que c'était pas un cas unique etc, que ça arrivait à tous les mecs »*
L : *« Il y a besoin de réassurance, de…de re-rapport à la norme en fait on va dire. Voilà, de ouais de réassurance »*

- ✓ Etre direct, mettre les mots : utiliser les termes en rapport avec la sexualité, mettre des mots sur les hésitations des patients (A, E, F, K, L)

A : *« ben en général je trouve qu'ils ont toujours du mal à trouver un peu leurs mots et je leur dit souvent qu'il faut appeler les choses comme elles sont »*
E : *« une directrice qui est commune à chaque fois c'est heu… la simplicité…, l'accès volontairement assez frontal et direct »*

- ✓ Parler de soi (A, G)

G : *« parfois je peux même parler de mon expérience personnelle si je sens que ça peut aider le patient »*

III.3.1.3. Redéfinir son rôle de médecin

Le praticien se met dans une position de professionnel neutre et asexué (A, C, F, I, L)

F : *« on arrive à adopter une attitude de médecin et de soignant… y compris dans les aspects psychologiques heu…et pas une attitude…je suis pas un homme face à un homme, je suis un…soignant heu…face à un patient. Et je crois, ça c'est vraiment une histoire d'attitude »*
I : *« quand on parle de ça, on est complètement neutre, on est sans jugement »*

Un médecin (C) a choisi d'adopter une position neutre lorsqu'il interroge sur le/la partenaire afin de ne pas sous-entendre l'orientation sexuelle du patient.
C : *« je l'aborderai en demandant s'ils ont un partenaire ou un conjoint mais c'est que c'est dur de trouver un terme qui justement ne bloque pas la question de l'homosexualité. Le ou la partenaire, le ou la conjointe. C'est pas évident. Etes-vous en couple ? ça pourrait être pas mal »*

III.3.1.4. Utiliser un tiers

- ✓ Interroger la partenaire (N)

- ✓ Adresser à un confrère : un urologue (k), un collègue généraliste (L)

III.3.1.5. Poser un cadre

- ✓ Proposer une consultation dédiée (I, J, N)

N : *« quand on n'a pas le temps ben, je sais pas comment font les autres mais moi je prends mon agenda et je donne un rendez-vous dédié quoi. En expliquant bien qu'on va parler que de ça »*

III.3.1.6. Repérer les amorces des patients

- ✓ Les demandes directes (B, D, E, F, H, I, J, K, L, M, N)

F : *« Donc là on était plus sur des troubles de l'érection heu…, heu… mais du coup comme il venait pour ça en fait je lui ai posé d'emblée toutes les questions »*
L : *« il voulait un renouvellement de Viagra® ou de Cialis® et donc du coup on a discuté heu... Viagra®,Cialis® et puis on a abordé un peu la sexualité heu… par ce biais-là »*

- ✓ Les motifs cachés (A, B, E, F, H)

B : *« ils venaient pour autre chose et puis ils en profitaient pour te glisser un… te glisser la perche et puis et puis… soit tu… soit tu entends soit t'entends pas. si t'es pas à l'aise ben t'entends pas (rire) si ça te pose pas de problème t'entends donc tu poursuis quoi. C'est souvent ça »*

✓ Utilisation d'un tiers : le patient parle de son/sa partenaire pour aborder la sexualité ou demande à son/sa partenaire de la faire (A, B, G, J, K)

B : *« un homme qui venait, alors je me rappelle plus pourquoi, et en fait il m'a parlé de sa femme […] elle avait pas de plaisir et que du coup elle assouvissait pas ses besoins à lui […] il m'a amené ça par l'intermédiaire d'une consultation présumée avec sa femme »*

J : *« si la conjointe m'en parle par exemple parce que le mari n'ose pas m'en parler, là j'amorce le sujet auprès du monsieur »*

✓ Etre attentif jusqu'à la fin de la consultation (A, D, E, H, I, M, N)

A : *« je fais un peu plus attention, je garde toujours heu…, j'attends toujours à la fin de la consultation qu'il y ait autre chose que le motif principal éventuellement de la sexo »*

M : *« c'est souvent des questions qui viennent en fin de consulte comme d'habitude. Et donc heu…, il faut prendre un petit temps quand même »*

III.3.2. Utilisation d'un contexte

La majorité des médecins expliquait avoir besoin de situations cliniques particulières pour amorcer une discussion sur la sexualité. Nous avons identifié six situations cliniques qui permettent aux médecins de poser des questions de santé sexuelle à leurs patients hommes.

III.3.2.1. Les facteurs de risques cardiovasculaires (A, C, D, F, H, I, K, N)

Les troubles sexuels sont ici repérés comme un élément associé aux facteurs de risques cardiovasculaires, aux maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle…)

I : *« C'est un peu peut-être en fonction du contexte où, oui je pose des fois la question, surtout la dysfonction érectile chez l'homme puisque c'est un marqueur de risque cardiovasculaire quand même »*

N : *« c'est des questions que je pose assez volontiers dans les pathologies cardiovasculaires, notamment des gens qui ont une artérite, ou des facteurs de risques cardiovasculaires notamment le diabète aussi, toutes ces pathologies dont on sait pertinemment qu'elles ont un retentissement sur la sexualité »*

III.3.2.2. Les troubles psychiatriques (C, D, F, H, M, N)

Les principaux troubles énoncés par les médecins pour lesquels ils abordent la sexualité sont les troubles anxieux et le syndrome dépressif.

F : *« Quand j'en parle spontanément c'est parce que heu… parce que ils viennent pour heu… souvent des troubles anxieux… et donc quand on creuse un peu sur les troubles anxieux, on en vient à parler de heu… de leur crainte, de leurs angoisses qui des fois sont liées à la sexualité, qui peuvent être liées à des violences »*

H : *« on va en parler parfois aussi dans le cadre des dépressions. Quand il y a des troubles dépressifs, j'essaie de voir si y a un retentissement sur… de la dépression sur la sexualité ou si c'est pas parce que y a des troubles sexuels qu'il y a un état dépressif. Mais enfin là aussi c'est parce que j'ai une pathologie à côté que je vais aborder le sujet »*

III.3.2.3. Les pathologies de la sphère uro-génitale (C, D, H, M, N)

H : *« chez les hommes c'est vrai que souvent on en parle à l'occasion de problèmes de prostate. Alors soit avant, soit postchirurgie parce que ça les inquiète et puis… donc c'est ce sujet qui arrive »*

N : *« c'est essentiellement centré sur la symptomatologie donc dès lors qu'il commence à y avoir des difficultés urinaires, c'est plus facile d'y apporter heu… une note sur la sexualité »*

III.3.2.4. La prévention des conduites à risque (A, B, C, F, L)

Ces médecins utilisaient les conduites à risque comme la consommation d'alcool, de drogue pour aborder les rapports non protégés et ainsi la sexualité. Ils peuvent le faire également de manière assez systématique en proposant un dépistage des IST chez les sujets jeunes ou chez les nouveaux couples, plus âgés.

B : *« des couples qui se forment, des gens d'une quarantaine d'années, divorcés qui viennent me voir, qui me confient qu'ils ont trouvé quelqu'un d'autre, du coup je propose le bilan de dépistage et par cet intermédiaire-là pareil j'arrive à parler de pratiques sexuelles »*

L : *« J'en parle si j'aborde le tabac, tabac-cannabis, en disant que ça peut avoir une répercussion sur heu...sur la qualité de l'érection, sur la sexualité »*

III.3.2.5. La iatrogénie médicamenteuse (B, D, F, G, J, L)

G : *« je peux leur poser des questions si heu… je sais qu'il y a un traitement qui peut être à l'origine d'une dysfonction. Donc ça je vais heu…je vais chercher le truc »*

L : *« c'est une préoccupation que j'essaie d'avoir, de pouvoir, est-ce qu'il y a des problèmes de… ou je l'aborde, je pense, je le glisse avec d'autres choses. Ben : « dans les effets secondaires, ça peut donner telle et telle chose et ça peut donner aussi des problèmes d'érection, est ce que il y a des choses à signaler par rapport à ça ?, si il y a des problèmes on peut en discuter » voilà »*

III.3.2.6. Les conjugopathies (D, N)

N : *« on en parle volontiers, enfin moi je pose volontiers la question […] dans les conjugopathies bien évidement. Parce que c'est parfois l'origine des difficultés »*

III.4. Acquisition des stratégies

Nous avons identifié quatre grandes conditions particulières qui ont été constatées par les médecins comme un apport, pour la mise en place de stratégies afin d'aborder la sexualité. Les formations sur la sexualité, les formations annexes, l'expérience professionnelle et la pratique de la gynécologie.

III.4.1. Formations sur la sexualité

- ✓ Diplôme Inter-Universitaire (DIU) de sexologie (I)

- ✓ Par le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) (A, B, F)

B : *« J'avais une gêne et en fait avec le stage, les stages que j'ai pu faire et surtout celui avec le planning familial, vu que pendant une semaine tu parles que de ça et ben (rire) ça débloque! ça enlève toute gêne donc ça moi ça a vraiment été un déclic, mais vraiment! »*

III.4.2. Formations annexes

- ✓ En soins palliatifs (F)

F : *« J'ai une formation en soins palliatifs. Et en soins palliatifs heu... comme en médecine générale on travaille beaucoup sur la prise en charge bio-psycho-social… donc déjà… donc ça renforce heu... l'idée de prendre en charge les gens de manière globale. Et finalement il y a aussi la sexualité dans la globalité »*

- ✓ Psychothérapeute (G)

- ✓ Diplôme Universitaire (DU) de gynécologie psychosomatique (L)

III.4.3. Expérience professionnelle (D, E, I)

D : *« j'ai ma petite expérience de 5 ans d'exercice qui fait que j'ai eu des profils de patients et puis finalement on calque un petit peu, on voit que certains problèmes sont redondants. Y en a qui abordent le sujet, d'autres pas donc heu…donc on se sert de ceux qui ont abordé pour aborder ceux… Pour ceux qui en parlent pas trop »*

Un médecin (I) parle de son expérience au Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit du VIH comme d'une ouverture sur la sexualité.

III.4.4. Exercice de la gynécologie (B, L)

B : *« faisant de la gynéco tu fais de la sexualité, donc de ce fait t'es sensibilisé de ce côté-là »*

III.4.5. Avis sur la formation lors du cursus universitaire (A, C, D, N)

Des médecins jugent que la sexualité a été abordée lors de leur cursus mais assez évasivement et centrée sur la part organique des troubles sexuels.

D : *« forcément t'as une petite formation théorique à l'internat pour l'ENC mais ça reste encore une fois des items, c'est pas la sexualité. Ça va être ce que je te disais, dysfonction érectile, problème prostatique… La sexo à proprement parler heu…non… »*

III.5. Capacité déclarée des médecins à utiliser des outils de communication

III.5.1. Quatre questions types proposées

Les médecins ont fait part de leur possibilité à intégrer ces questions dans leur pratique courante :

Q1 : Etes-vous sexuellement actif actuellement ?

Q2 : Etes-vous satisfait de votre vie sexuelle ?

Q3 : Y a-t-il des problèmes sexuels ou soucis dont vous aimeriez parler ?

Q4 : Parfois les personnes souffrants de diabète/hypertension/dépression… ont des problèmes sexuels. Y a-t-il des préoccupations dont vous aimeriez discuter avec moi ?

- ✓ Non, les raisons pour lesquelles les médecins ne souhaitent pas utiliser certaines questions :

- gêne du médecin (pour Q1: J, L)

J : *« là franchement je suis moyennement à l'aise »*

- peur de provoquer une gêne chez le patient (pour Q1 : E, J)

E : *« la première ne me plaît pas trop parce qu'elle mettrait tout de suite à mon avis un frein… elle mettrait plus facilement et plus souvent les gens mal à l'aise »*

- peur d'une mauvaise interprétation de la part du patient (pour Q1 : E, I, M), (pour Q2 : J, K)

M : « *bon, êtes-vous sexuellement actif actuellement, ben ce soir on se voit (rire)…est-ce que ça peut être agressif non? Pour la personne en face.* LP *: Vous pensez que ça peut être mal interprété ?* M *: Peut-être…je sais pas, je me pose la question quand même »*

K : *« c'est pas mon style non plus parce que c'est comme si je suis une demandeuse de quelque chose là »*

- utilisation de termes non appropriés (pour Q1 : I, K, L M, N), (pour Q2 : K)

K : *« ça ne m'intéresse pas s'il est actif ou pas, c'est pas… en quantité ou en quoi, c'est pas ça »*

- trop direct (pour Q1 : B, C, J, L, M), (pour Q2 : J, L)

J : *« Les deux premières me semblent heu… trop directes »*

- trop intrusif (pour Q1 : J, N), (pour Q2 : K)

N : *« la question 1 je ne la poserai pas comme ça. Ça me parait être excessivement intrusif »*

K : *«Non c'est parce que là j'ai l'impression de rentrer directement dans la vie de couple »*

- pas assez direct (pour Q4 : K)

K : *« Non c'est vague parce que s'il faut en parler, il le faut directement, je trouve que c'est pas mon style »*

- ✓ Peut-être, les questions pouvaient être envisagées sous certaines conditions :

- selon le contexte clinique (pour Q1: B, C, G, H), (pour Q2 : B, C, E, G, H, N), (pour Q3 : B, E, H, I, N)

C pour Q1 : *« faudrait que la question soit intégrée dans un cadre particulier »*
E pour Q3 : *« troisième, quatrième, assez facilement ensemble heu…plus spécifiquement par rapport à certaines pathologies »*
H : *« les poser elles-mêmes heu… ouais ça me parait assez simple, c'est pas compliqué. Le tout c'est finalement comment les amener dans la consultation, à quel moment…»*

- avec une meilleure sensibilisation du médecin (pour Q4 : G)

G : *« si j'étais peut-être plus sensibilisé à ça, je pourrai le faire sans difficulté »*

- ✓ Oui, les questions pouvaient être utilisées :

- questions plus ouvertes, moins gênantes (pour Q2 : E, D), (pour Q3 : J, M), (pour Q4 : J)

E : *« l'expression me semble plus adaptée pour rompre une glace très très vite et sur ce thème-là »*

- déjà utilisée (pour Q4 : F, H, L)

F : *« Ça revient à ce que je dis. La dernière je le dis pas forcément comme ça, mais ça correspond à ce que je fais, vraiment à ce que je fais »*

- du fait de l'existence d'un contexte (pour Q4 : E, M, N)

N : *«vous avez un substratum physique ou maladif qui sous-tend la question donc ça c'est probablement plus… plus facile d'aborder la sexualité à travers ça»*

III.5.2. Question sur la santé sexuelle lors de la première consultation

- ✓ Non, les médecins ne souhaitaient pas intégrer ce type de question lors d'une première consultation avec un nouveau patient :

- nécessité de connaître le patient pour aborder ce sujet (D, E, J, K, N)

J : *«je pense que c'est important d'en parler quand on connaît bien le patient enfin quand on a commencé à apprendre à le connaître»*
N : *« Il me semble que avant de poser ce genre de question, il faut établir quand même un rapport de confiance avec les patients avant de se lancer là-dedans »*

- peur de l'interprétation du patient (E, I, J)

E : *« je voudrais pas que ce soit pas mal interprété de la part du patient, peut-être encore une fois y a erreur… c'est peut-être lui aussi ce qu'il attend aussi à ce niveau-là, mais bon par précaution, sur l'ensemble de la population générale, je crois que c'est plutôt non sur une première consultation»*

- risque de gêner le patient (E, J, N)

E : *«dans la grande majorité des cas non, parce que je pense peut être… à tort heu... que ça peut mettre assez facilement le patient en difficulté »*

- trop de questions sur une première consultation (L, N)

N : *« Je pense que c'est tout simplement pas possible, d'abord parce que sur un premier entretien il y a plein de choses à demander »*

- trop intrusif (L)

L : *« J'aurais peur que ce soit intrusif en fait. Qu'ils perçoivent ça comme une heu….[…]oui voilà « pourquoi elle me pose cette question-là » »*

✓ Peut-être, sous certaines conditions :

- selon le motif de consultation (D, E, G, L)

G : *«Je le ferai sans difficulté s'il y a une pathologie qui peut induire un trouble sexuel »*

L : *« tout dépend peut-être de pourquoi il vient aussi. C'est le problème de toutes les check-lists. Est-ce qu'il faut poser tout »*

- si la question est présentée (B, F)

F : *«ça peut être assez facile de la poser à ce moment-là en disant ben voilà…. « puisqu'on parlait de votre santé etc, êtes-vous satisfait de votre vie sexuelle, parce que finalement la sexualité fait aussi partie de la santé ». Ça parait assez simple à glisser »*

✓ Oui, parler de sexualité lors de la première consultation pouvait être envisagé :

- moment adapté (M)

M : *« ça fait partie de la vie, donc oui. C'est une bonne part, même, de la vie donc si…..s'il y a souci à ce moment-là ça vaut le coup d'en discuter »*

- permet d'ouvrir une porte (G)

G : *«Ça veut dire qu'il y a une perche qui est tendue et qui pourra être saisie dans 6 mois, 1 an ou 10 ans »*

IV. DISCUSSION

IV.1. Résumé des principaux résultats

Nous avons identifié deux types de stratégies complémentaires utilisées par les médecins. Des attitudes et techniques de communication ainsi que des situations cliniques particulières nécessaires à l'instauration d'un dialogue sur la sexualité. Les médecins pouvaient utiliser ces deux types de stratégies simultanément et variaient de stratégies selon le profil de leurs patients.

L'acquisition de ces stratégies s'était faite par différents moyens, certains médecins avaient suivi des formations sur la sexualité ou des formations annexes qui les avaient aidés à aborder la sexualité. D'autres remarquaient que l'exercice de la gynécologie en pratique courante facilitait l'abord de la sexualité en général. Ceux n'ayant pas suivi de formation expliquaient avoir fondé leurs stratégies sur leur expérience.

Concernant la capacité déclarée des médecins à utiliser les outils de communication proposés, la majorité ne les trouvait pas adaptés à leur pratique quotidienne. La plupart des médecins pouvaient envisager de les utiliser mais uniquement dans le cadre d'une situation clinique particulière.

IV.2. Forces et faiblesses de l'étude

IV.2.1. Le choix d'une méthode qualitative

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative. La méthode qualitative permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé. Elle est la méthode de choix pour analyser des données non mesurables [28]. Les méthodes qualitatives s'intéressent plus à la diversité des comportements qu'à leur fréquence [26]. Elles sont parfaitement adaptées pour répondre à nos objectifs car permettent d'analyser en profondeur les attitudes, les pratiques, les stratégies ou encore les croyances de groupes d'individus [26,29].

IV.2.2. Le déroulement de l'enquête

IV.2.2.1. Le recrutement

Le sujet de l'enquête pouvant être difficile à aborder, nous avons choisi la méthode de recrutement de proche en proche afin de maximiser l'acceptation des entretiens [24].

Chaque médecin a donné deux ou trois noms de confrères pouvant être potentiellement intéressés. Les médecins contactés, pour réaliser un entretien, ont été choisis en fonction de leur sexe, leur âge, le secteur d'activité, leur degré d'intérêt pour la santé sexuelle, afin d'avoir un échantillon varié. Ce recrutement a permis d'avoir divers points de vue et ainsi une meilleure diversification des données [30].

Tous les médecins contactés ont accepté de participer à l'étude. Néanmoins, l'image du médecin intermédiaire aux yeux du médecin interviewé a pu entraîner un biais de censure [24].

IV.2.2.2. Le recueil des données

Nous avons écarté la méthode par focus groupe car elle s'attache aux opinions et représentations [31]. Elle est également à éviter lorsque l'on souhaite recueillir des informations sur un sujet sensible comme peut l'être la sexualité [31].

Le recueil des données par entretiens semi-structurés nous a semblé plus pertinent dans le cadre de notre étude. Les entretiens semi-structurés permettent de reconstruire des pratiques, des stratégies, d'obtenir des opinions sur un sujet donné [26]. Ils permettent d'aborder des sujets délicats tout en respectant l'anonymat des participants.

Pour conduire ces entretiens, un guide a été rédigé (annexe 1). Il permettait de ne pas oublier les grands thèmes et de disposer de questions de relance si les thèmes voulus n'étaient pas abordés [23].

Les biais internes et d'investigations ont été partiellement limités par la qualité de médecin généraliste de l'enquêtrice et des techniques de communication utilisées [23]. L'enquêtrice a essayé d'adopter une attitude empathique et flexible [24,26]. Elle a respecté les silences, a utilisé différents types de relance telles que la reformulation, l'écho, afin de faciliter l'expression des interviewés [26]. C'était la première fois que l'enquêtrice conduisait des entretiens semi-structurés, par conséquent des informations n'ont pas été suffisamment développées par manque d'expérience et de compétence en communication. De plus, la connaissance personnelle ou professionnelle de quelques médecins par l'enquêtrice a pu favoriser le dialogue ou au contraire le censurer, ou encore limiter les demandes d'explications [24].

Pour limiter les biais externes, l'utilisation d'un dictaphone pour l'enregistrement des entretiens a permis à l'enquêtrice de ne pas prendre de notes en continu et d'être plus attentive aux réponses données. Cela a permis également de capter les paroles des interviewés dans leur intégralité. Les médecins participants n'ont pas exprimé de gêne vis-à-vis du dictaphone. Un lieu calme avec une plage horaire fixe consacrée à l'entretien était décidé avec le médecin afin qu'il se sente à l'aise [26]. La majorité des entretiens a eu lieu au cabinet des médecins ce qui a favorisé le travail de mémoire sur les pratiques quotidiennes [24].

La retranscription des entretiens a été la plus fidèle possible, seules les données de lieu ou de nom ont été supprimées pour garantir l'anonymat des participants [24].

IV.2.3. L'analyse thématique et descriptive

Dans un premier temps nous avons choisi de réaliser une analyse thématique transversale, afin de mettre en avant une cohérence thématique inter-entretiens [24]. Nous avons affiné les sous-thèmes au fur et à mesure du codage pour de ne pas interpréter prématurément les données.

Une fois ce passage des données brutes à un corpus thématique organisé, nous avons réalisé une analyse descriptive afin de mettre en évidence les liens entre les différents thèmes et sous thèmes [26].

Pour optimiser le travail de codage et faciliter l'analyse nous avons fait le choix d'utiliser le logiciel NVivo version 8 [23].

IV.2.4. La recherche de la validité interne et externe

Nous avons choisi d'effectuer une triangulation par codage multiple. Une interne de médecine générale a codé tous les verbatims. La confrontation de nos différents résultats a permis de développer la réflexivité, de diminuer la subjectivité en discutant des divergences et de créer de nouveaux thèmes [32]. Cette triangulation a vérifié que les données observées étaient représentatives de la réalité, crédibles, et ainsi a assuré la validité interne de l'étude [25,30,33]. Cependant, nous aurions pu renforcer la validité interne en utilisant un deuxième mode de triangulation : la validation par les enquêtés [25]. Cette méthode implique de restituer les résultats aux médecins participants afin d'en confirmer, réfuter ou affiner les interprétations [25]. Elle est difficilement applicable en pratique du fait de la charge de travail supplémentaire demandée aux participants.

Nous avons veillé à obtenir un échantillon diversifié et suffisant pour nous permettre de généraliser les résultats et assurer la validité externe de l'étude [30,32-33]. Lors de l'échantillonnage, nous avons interrogé autant d'hommes que de femmes, d'âges différents. Nous avons choisi des médecins remplaçants, installés récemment ou depuis de nombreuses années, en milieu rural ou semi-rural. Nous avons également demandé aux médecins interrogés de nommer des confrères connus pour avoir une sensibilité particulière à la santé sexuelle et d'autres au contraire l'abordant peu. La taille suffisante de l'échantillon a été établie par la saturation des données, atteinte après 14 entretiens [25].

IV.3. Discussion des résultats

IV.3.1. Stratégies utilisées et postures professionnelles

Parmi les différentes stratégies retrouvées, certaines sont similaires à celles décrites dans la littérature, notamment l'attention jusqu'à la fin de la consultation pour repérer les amorces des patients, et l'évocation de signes que le patient pourrait avoir du fait de sa pathologie ou ses traitements [34]. Cette dernière correspond à la nécessité d'utiliser un contexte, ce qui a largement était évoqué par les participants. Les médecins utilisaient une situation clinique où le patient était susceptible d'avoir des troubles sexuels pour aborder ce sujet. L'abord par la iatrogénie médicamenteuse l'illustre parfaitement.

Les médecins ont décrit plusieurs contextes qui leur permettaient d'aborder la sexualité avec les hommes. Pourtant, plusieurs d'entre eux exprimaient trouver beaucoup plus facilement des supports avec les femmes qu'avec les hommes. Les consultations avec des patientes offrent aux médecins plus d'opportunité pour aborder la sexualité de par les motifs gynécologiques [8-9,19]. Tout au long de sa vie, la femme consulte pour des motifs gynécologiques différents. Le médecin D expliquait clairement que pour les hommes trouver un support lui paraissait plus compliqué : « *chez les femmes c'est vrai que ça on l'aborde plus souvent parce que on a toujours… le frottis, la contraception, y a des portes d'entrée. C'est peut-être la porte d'entrée qui me manque »*.

L'utilisation de situations cliniques particulières pour aborder la sexualité est retrouvée chez tous les médecins mais ils n'utilisaient pas tous les mêmes situations. Certains se servaient principalement des facteurs de risques cardiovasculaires ou des dépistages des IST, alors que d'autres utilisaient la plupart des supports retrouvés, ce qui leur permettaient de multiplier les occasions d'aborder la sexualité.

Nous pouvons différencier deux attitudes suite à l'abord de la sexualité. Soit la situation clinique sert de support pour dépister un trouble sexuel fonctionnel tel que la dysfonction érectile. Soit elle sert d'ouverture pour aborder la sexualité en général, en élargissant au bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité, comme est défini la santé sexuelle [11]. Ces différentes attitudes peuvent correspondre à des postures professionnelles décrites par Giami dans une étude réalisée en 2004. Il y a une posture située entre appropriation médicale des problèmes de la sexualité et évitement relatif, et une posture d'approche globale, holistique des problèmes de la sexualité [35].

IV.3.1.1. Entre appropriation médicale de la sexualité et évitement relatif

Cette posture correspond à *« une pratique qui fait entrer la sexualité dans le moule de la pratique médicale sous l'angle de la « pathologie sexuelle » et notamment sous l'angle des problèmes physiologiques, fonctionnels ou infectieux qui concernent les organes génitaux et les conduites sexuelles et reproductives »* [35]. Cette posture est adoptée par la majorité des médecins participant à notre étude. Elle est mise en évidence par le fait que la grande

majorité des interviewés exprimait la nécessité d'avoir un support médical pour aborder la sexualité.

Cette nécessité d'un contexte se retrouve dans leurs stratégies d'abord et dans leurs réponses aux outils de communication proposés. La plupart des médecins pouvait envisager d'utiliser ces outils à condition d'avoir le contexte clinique. Sur les quatre questions types (annexe 1), celle utilisant des pathologies était la mieux reçue et la seule déjà utilisée par les médecins.

La majorité des médecins abordait la sexualité par les facteurs de risques cardiovasculaires. Bien que le lien entre les facteurs de risques cardiovasculaires et la dysfonction érectile soit prouvé, c'est une vision organique et médicalisée de la sexualité [36]. La dysfonction érectile est perçue comme une maladie pour laquelle il existe un médicament qui doit être prescrit par un médecin [10].

La plupart des médecins n'abordait pas spontanément la sexualité avec leurs patients mais adoptait une attitude « passive », de réponse à un problème. Lorsque nous avons demandé aux médecins de raconter la dernière consultation où il avait été question de sexualité, la majorité a mentionné une consultation où la demande venait du patient. De même, la plupart des attitudes et techniques de communication étaient utilisées pour poursuivre une conversation sur la sexualité initiée par le patient et non pour introduire la conversation.

Un exemple d'évitement relatif est l'utilisation d'un tiers par les médecins, c'est-à-dire adresser les patients à un correspondant [35]. Les deux médecins (K, L) ayant expliqué adresser les patients à un confrère ou à un spécialiste disaient le faire lorsqu'elles ressentaient une gêne, et non pour des raisons de compétence. Pour le médecin L, la gêne est due à la différence de genre et d'âge avec le patient, des freins souvent mentionnés par les médecins [3,20,37-38]. L : *« c'est quelque chose que je peux être amené à verbaliser en disant : « si c'est compliqué pour vous qu'on en discute parce que je suis une femme et je suis jeune, ben il y a mon collègue c'est peut-être plus facile d'en parler avec lui »*. En disant cela le médecin cautionne le fait qu'il y ait une gêne à avoir par rapport à la différence de genre et d'une certaine manière, exprime aussi sa gêne.

Lorsque nous avons demandé l'avis des médecins sur les phrases types à utiliser en consultation, la plupart ont répondu ne pas pouvoir les utiliser pour différents motifs. Ces motifs correspondent aux freins décrits dans la littérature. Nous avons retrouvé la crainte d'offenser le patient en étant trop direct ou trop intrusif, la notion de tabou et par conséquent de gêne du médecin et la différence de genre entre médecin et patient [3,20,37-38]. La différence de genre entre médecin et patient entraîne la crainte de sexualiser la consultation [38]. Cette crainte a été exprimée par plusieurs médecins femmes. Elles avaient peur d'une mauvaise interprétation du patient si elles devaient utiliser certaines questions types ou aborder la sexualité lors d'une première consultation.

Ces freins sont dus à la posture des médecins que nous venons de définir mais aussi à certains termes utilisés dans les questions types. Ces questions étant la traduction d'un article anglais, certains termes en langue française sont peu utilisés dans notre société. Le terme « sexuellement actif » a été de nombreuses fois qualifié de non approprié et les médecins ne souhaitaient pas l'utiliser.

Une autre attitude qui est l'utilisation d'un cadre, c'est-à-dire proposer une consultation dédiée, peut être employée de deux manières selon la posture du médecin. D'une part cela permet au médecin d'avoir du temps pour approfondir la plainte. Cela montre au patient que c'est un problème à part entière, à ne pas négliger, nécessitant du temps. D'autre part, il existe le risque de repousser le problème, cela peut être une stratégie d'évitement relatif. Le patient peut ne pas oser revenir pour parler uniquement de ça. Un médecin (J) le dit très bien : *« on est déjà très en retard, ben on essaye de leur dire de reprendre rendez-vous que pour ça. Mais reprendre rendez-vous que pour ça quand ils ont déjà des difficultés à en parler c'est pas évident »*. Un autre frein est mis ici en avant c'est l'aspect chronophage, souvent mentionné [3,20,37-38]. On peut supposer qu'un médecin qui aborderait spontanément la sexualité aurait moins de situation où le patient attend la fin de la conversation pour oser en parler, et aurait ainsi le temps nécessaire pour écouter les patients.

IV.3.1.2. Approche globale, holistique, de la sexualité

Les médecins qui s'inscrivent dans cette posture manifestent un intérêt pour la sexualité dans ses dimensions psychologiques et relationnelles, mais cet intérêt dépasse le cadre de la sexualité et porte sur une approche plus globale et psychologique des patients [35].

Cette approche leur permet de décrypter les demandes sous-jacentes des patients, c'est-à-dire repérer les motifs cachés [35]. Ils se saisissent des « perches tendues » par les patients pour aborder la sexualité, ce qui nécessite d'être à l'aise avec le sujet de la sexualité comme l'illustre le médecin B : *« ils venaient pour autre chose et puis ils en profitaient pour te glisser la perche […] soit tu entends soit t'entends pas. Si t'es pas à l'aise ben t'entends pas (rire) si ça te pose pas de problème t'entends donc tu poursuis quoi ».*

Contrairement aux médecins dans la posture précédente, les médecins étant dans cette approche pouvaient dépasser les limitations imposées par l'identité de genre qui peut faire obstacle à l'abord de la sexualité et à la pratique des examens cliniques [35]. Un médecin homme l'expliquait très bien en disant qu'il posait des stérilets mais proposait aux patientes de voir ses consœurs si elles étaient gênées. Inévitablement les patientes allaient voir ses consœurs. Puis il a décidé de proposer de les poser sans évoquer une potentielle gêne et de cette manière les femmes revenaient le voir pour ça (annexe 2 : verbatim F).

Afin de lever cet obstacle dû au genre, certains médecins redéfinissaient leur rôle en verbalisant clairement que le genre ne rentrait pas en compte dans leur prise en charge. Ils se repositionnaient en tant que professionnel afin de lever la gêne du patient. Médecin I : *« Je leur dis « ben pourquoi vous ne m'en avez pas parlé avant ? » « ben heu… vous êtes pas… vous êtes une dame ». je dis « ben non je suis pas une dame, je suis un médecin » ».*

Pour Giami, les médecins adoptant ce type de posture ont conscience des difficultés de communication sur ces sujets et ont développé une attitude réflexive à cet égard, ce qui leur permet de ne pas subir leurs difficultés mais d'essayer d'en tenir compte et de les surmonter [35]. Ils ont ainsi participé à des formations en dehors de l'enseignement obligatoire.

Lorsque nous avons demandé aux médecins s'ils pouvaient envisager de poser une question sur la sexualité lors de la première consultation, une nouvelle notion est apparue dans les entretiens de deux médecins. C'était la possibilité de préparer le patient en lui expliquant que les questions suivantes allaient porter sur sa sexualité. Cela permettrait de lever une gêne et rappeler son rôle de médecin, soucieux du bien-être des patients. Cette attitude est également proposée pour faciliter l'abord de la sexualité dans la littérature [3]. Les deux médecins ayant proposé cette méthode ont participé à la formation sur la sexualité délivrée par le MFPF ce qui leur a probablement permis d'avoir une attitude réflexive sur leur approche de la santé sexuelle en consultation.

IV.3.2. Formations des médecins et leur vision de la santé sexuelle

La grande majorité des médecins interviewés a signalé le manque de formation lors du cursus universitaire. Certains mentionnaient l'existence de cours sur les dysfonctions érectiles ou autres troubles sexuels mais abordés principalement de manière organique et ceci lors de l'externat. Ce seul abord de la sexualité pourrait-il être lié à la vision organique et l'appropriation médicale de la sexualité d'une partie des médecins ? Pendant l'internat de médecine générale, il n'y a pas de formation uniforme sur ce sujet. Nous avons pu constater que les médecins n'ayant pas suivi de formation particulière avaient une vision plus organique de la sexualité.

Alors que nous interrogions les médecins sur la façon d'aborder la sexualité avec les hommes, nous avons principalement entendu parler de dysfonction érectile. Cet extrait de l'entretien avec le médecin D l'illustre bien : *« au niveau de la dysfonction érectile parce que là on parle de sexualité comme ça, comme si y avait que ça mais y peut y avoir autre chose je sais pas. C'est vrai que moi c'est la première chose qui me vient chez l'homme : dysfonction érectile […] qu'est-ce que ça peut être d'autre… La sexualité ça peut être plein d'autre chose, mais alors là c'est le néant, je vois pas trop »*

D'autres champs de la santé sexuelle comme les violences sexuelles ont été très peu mentionnées. Les rares médecins à l'avoir évoqué avaient suivi des formations annexes. L'identité sexuelle a aussi été très peu abordée. L'étude ayant été réalisée dans les mois suivant le débat du « mariage pour tous », le sujet aurait pu être plus présent. Un médecin a soulevé la difficulté d'interroger les patients en prenant en compte l'identité sexuelle. Il existe une réelle difficulté à utiliser un terme approprié pour laisser la possibilité au patient de faire part de son identité sexuelle et ne pas systématiquement sous-entendre que les patients sont hétérosexuels [3]. Il est reconnu que la question de l'identité sexuelle est encore trop peu abordée par les médecins et que les patients ayant des pratiques homosexuelles ne le signalent pas systématiquement [5,39]. Le ministère des affaires sociales et de la santé a donc créé en mai 2013 un dossier pour sensibiliser les professionnels à cette question et favoriser leur formation sur le respect des identités sexuelles [18].

Pour pallier le manque de formation, les médecins ayant un intérêt pour la santé sexuelle, ont participé à des formations annexes.

Nous avons retrouvé principalement une formation délivrée par le MFPF sur la sexualité. Cette formation se réalise sur six jours, il est abordé tous les domaines de la sexualité principalement chez la femme (la contraception, les violences, les Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG), etc…). La formation a pour but premier de libérer la parole. Les médecins l'ayant suivie exprimaient clairement son apport pour aborder la sexualité en général et pour lever leur gêne. Le médecin ayant réalisé le DIU de sexologie exprimait également son aisance à parler de sexualité, incomparable avant et après cet enseignement.

Des formations non spécifiques en santé sexuelle telles que les soins palliatifs, ont été suivies par certains médecins et semblent améliorer leur capacité à aborder les sujets tabous.

Le manque de formation en matière de santé sexuelle se retrouve au niveau national et international [35,40-41]. Il est mis en évidence que le malaise des étudiants à aborder la sexualité est davantage lié à un manque de formation qu'au registre tabou du sujet [40-41]. Il est également souligné que proposer naturellement aux patients de parler de leur sexualité leur permettrait de plus facilement exprimer leurs éventuelles difficultés [40].

Cette idée est renforcée par le fait que les patients souhaiteraient que les médecins leur parlent davantage de sexualité, que ce soit pour avoir plus d'information médicale sur les IST ou parce qu'ils n'osent pas aborder le sujet [3,19-22].

Nous comprenons donc l'intérêt d'aborder la sexualité en consultation de médecine générale. L'OMS porte une attention croissante à la santé sexuelle. En 2012, elle émet une publication sur les compétences de base en soins primaires sur la santé sexuelle et reproductive [42]. Ceci afin de donner une base aux professionnels de santé pour qu'ils fournissent un service de qualité. Elle y souligne l'importance des enseignements et formations des soignants pour être compétents dans le domaine de la santé sexuelle [42].

La formation des médecins en santé sexuelle permettrait probablement une meilleure prise en charge des patients dans ce domaine. Elle doit permettre aux médecins d'avoir une vision élargie de la sexualité. Elle ne doit pas entraîner une médicalisation de la sexualité qui briserait la frontière entre le droit d'accès aux soins et une pression normative incitant à considérer ces difficultés comme des pathologies à part entière [9].

V. CONCLUSION

Notre étude a permis d'identifier deux groupes de stratégies mises en place par les médecins pour aborder la sexualité avec les hommes. Le premier était les attitudes et techniques de communication utilisées par les médecins (la communication orale et visuelle, repérer les amorces des patients, utiliser d'un tiers, redéfinir son rôle de médecin, poser un cadre). Le second était l'utilisation d'un contexte particulier pour amorcer une discussion sur la sexualité, six situations cliniques ont été identifiées (les facteurs de risques cardiovasculaires, les troubles psychiatriques, la iatrogénie médicamenteuse, la prévention des conduites à risque, les pathologies de la sphère uro-génitale, les conjugopathies).

Nous avons pu mettre en évidence que l'utilisation de ces stratégies dépendait de l'attitude des médecins au quotidien, dans leur relation médecin patient. Les médecins utilisant le plus de stratégies et paraissant prendre en charge la santé sexuelle dans son ensemble avaient choisi de suivre des formations sur la sexualité. Suite à celles-ci, ils ont déclaré être plus à l'aise pour aborder les thématiques de la santé sexuelle. La participation à de telles formations ainsi qu'à des formations annexes comme les soins palliatifs, leur permettrait d'aborder les sujets tabous avec plus de facilité.

Afin de savoir si les stratégies sont efficaces, adaptées et bien reçues par la population, il serait légitime d'interroger les hommes. Une enquête auprès des hommes afin d'avoir leurs points de vue sur la prise en charge de leur santé sexuelle dans le cabinet du médecin généraliste pourrait enrichir ce travail.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS. Questions-réponses. Comment l'OMS définit-elle la santé? [Consulté le 28 août 2014]. Disponible sur: http://www.who.int/suggestions/faq/fr/

2. Sadovsky R, Nusbaum M. Sexual Health Inquiry and Support Is a Primary Care Priority. J Sex Med 2006;3(1):3‑11.

3. Althof SE, Rosen RC, Perelman MA, Rubio-Aurioles. Standard Operating Procedures for Taking a Sexual History. J Sex Med 2013;10(1):26‑35.

4. Bartlik BD, Rosenfeld S, Beaton C. Assessment of sexual functioning: Sexual history taking for health care practitioners. Epilepsy Behav. 2005;7:15‑21.

5. INPES. Santé sexuelle: à quels professionnels s'adresser? Santé En Action. 2013;(423):10‑49.

6. Macdowall W, Parker R, Nanchahal K, Ford C, Lowbury R, Robinson A, et al. 'Talking of Sex': Developing and piloting a sexual health communication tool for use in primary care. Patient Educ Couns. 2010;81(3):332‑7.

7. Wimberly YH, Hogben M, Moore-Ruffin J, Moore SE, Fry-Johnson Y. Sexual history-taking among primary care physicians. J Natl Med Assoc. 2006;98(12):1924‑9.

8. Bozon M, De Singly F. Sociologie de la sexualité. 3ème édition. Paris: A. Colin; 2013.

9. Bajos N, Bozon M, Beltzer N. Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé. Paris: Découverte; 2008.

10. Giami A. 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; 2009:225‑49.

11. WHO. Gender and human rights. [Consulté le 9 nov 2013]. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/#

12. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. [Consulté le 28 août 2014]. Disponible sur: http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf

13. Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. The Lancet. 2006;368(9548):1706‑28.

14. Cour F. Évolution sociétale de la sexualité. Prog En Urol. 2013;23(9):832‑7.

15. 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. 2013;42(4):432‑9.

16. Bozon M, Bajos N. La sexualité à l'épreuve de la médicalisation : le Viagra. Actes Rech En Sci Soc. 1999;128(1):34‑7.

17. 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. 2005;17(1):39‑57.

18. 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

19. Buvat J, Glasser D, Neves RCS, Duarte FG, Gingell C, Moreira Jr ED. Sexual problems and associated help-seeking behavior patterns: Results of a population-based survey in France. Int J Urol. 2009;16(7):632‑8.

20. Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. Fam Pract. 2003;20(6):690‑5.

21. Humphery S, Nazareth I. GPs' views on their management of sexual dysfunction. Fam Pract. 2001;18(5):516‑8.

22. 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. 2011. [Consulté le 27 févr 2013]; Disponible sur: http://www.smw.ch/content/smw-2011-13178/

23. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale, Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine; Paris: GM Santé ; CNGE; 2011.

24. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2ème édition. Paris: A. Colin; 2010.

25. Letrilliart 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.

26. Alami S, Desjeux D, Garabuau-Moussaoui I. Les méthodes qualitatives. Paris: Presses universitaires de France; 2013.

27. 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.

28. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142‑5.

29. Green J, Britten N. Qualitative research and evidence based medicine. BMJ. 1998;316(7139):1230‑2.

30. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale. 2002;3(2):81‑90.

31. Moreau A, Dedianne M-C, Letrilliart L, Le Goaziou M-F, Labarère J, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. Rev Prat Med Gen. 2004;18(645):382‑4.

32. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. BMJ. 2000;320(7226):50‑2.

33. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. Prat Psychol. 2004;10(1):79‑86.

34. 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.

35. Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes: l'abord de la sexualité. In: Bloy G, Schweyer F-X. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale. EHESP. Rennes; 2010:147‑67.

36. Ian M, Thompson M, Tangen CM, Phyllis J, Goodman M, Jeffrey L. Dysfonction érectile et maladies cardiovasculaires. JAMA. 2005;294(23):2996‑3002.

37. Kim SH, Lee Y-M, Park JT. Patients' perspectives on sexual history taking in Korea. Patient Educ Couns. 2008;70(3):370‑5.

38. 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;21(5):528‑36.

39. GPPatientsHomosexuels - homopatient.pdf. [Consulté le 29 sept 2014]. Disponible sur: http://www.aides.org/sites/default/files/doc/homopatient.pdf

40. Vallée J. Enseigner la prise en charge de la plainte sexuelle. Exercer. 2008;19(81):49‑51.

41. Shindel AW, Ando KA, Nelson CJ, Breyer BN, Lue TF, Smith JF. Medical Student Sexuality: How Sexual Experience and Sexuality Training Impact U.S. and Canadian Medical Students' Comfort in Dealing with Patients' Sexuality in Clinical Practice. Acad Med. 2010;85(8):1321‑30.

42. OMS. Santé sexuelle et reproductive: compétences de bases en soins primaires. 2012. [Consulté le 13 févr 2013]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77743/1/9789242501001_fre.pdf

ANNEXE 1 : Guide d'entretien

Bonjour, merci de me recevoir.
Je suis médecin généraliste remplaçant. J'effectue un travail de thèse sur la façon dont les médecins généralistes abordent la sexualité avec leurs patients et plus particulièrement les hommes. Je recueille l'avis et l'expérience de plusieurs généralistes. Aucune compétence particulière n'est requise, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse car ce qui m'intéresse c'est votre propre expérience. Si vous êtes d'accord, pour des raisons pratiques et afin d'étudier les données que je vais récolter, notre conversation va être enregistrée. Cela reste totalement anonyme. Il n'y a aucun intérêt pour l'étude de connaitre l'identité des médecins interrogés. Par la suite je vous enverrai la retranscription de l'entretien afin que vous me donniez votre avis.

1) Depuis combien d'année êtes-vous installé, quel est le profil de votre patientèle ?
2) Une des raisons pour laquelle nous avons choisi le thème de la sexualité en consultation de médecine générale est que cela semble être un point difficile à aborder avec les patients. Êtes-vous d'accord avec ce point de vue ?
3) Pouvez-vous me raconter comment s'est passé la dernière consultation où il a été question de sexualité avec un homme ?
4) Quelle est la fréquence d'une telle situation ? (Si pas de situation *:* est-il fréquent que vous discutiez de sexualité avec vos patients ?)
5) Quand il est question de sexualité pendant une consultation est ce plutôt vous ou le patient qui aborde le sujet ?
6) Quelle importance accordez-vous à ce sujet, et pourquoi ?
7) Quelles sont vos techniques/stratégies pour aborder la sexualité ? (Comment adaptez-vous votre technique d'un individu à l'autre ? selon son âge ?).
8) Comment avez-vous acquis ces techniques/stratégies ?
9) Avez-vous des obstacles pour aborder la sexualité avec les hommes ? (Pour quelles raisons la sexualité est peu abordée dans vos consultations ?)
10) Des études recommandent de poser une des questions suivantes pour aborder la sexualité avec les patients en médecine générale :
a) Etes-vous sexuellement actif actuellement ?
b) Etes-vous satisfait de votre vie sexuelle ?
c) Y a-t-il des problèmes sexuels ou soucis dont vous aimeriez parler ?
d) Parfois les personnes souffrants de diabète/hypertension/dépression… ont des problèmes sexuels. Y a t'il des préoccupations dont vous aimeriez discuter avec moi ?
Que pensez-vous de ces questions ? Imaginez-vous les poser à vos patients ?
11) Une étude propose de poser une question de manière systématique sur la qualité de la vie sexuelle, lors de la première consultation avec un nouveau patient, au moment du recueil des antécédents. Qu'en pensez-vous ?

Merci d'avoir répondu à mes questions et de votre participation à ce travail.

ANNEXE 2 : Verbatims

Intégralité des verbatims de A à N, disponible en version papier.

RESUME

INTRODUCTION :
La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé. Malgré l'expression de plus en plus ouverte de la sexualité dans notre société, le sujet reste difficile à aborder en consultation de médecine générale. Les troubles sexuels ont un impact négatif sur la qualité de vie. Les patients et principalement les hommes souhaitent en parler avec leur médecin généraliste.

OBJECTIFS :
Nous avons voulu identifier les stratégies utilisées par les médecins généralistes pour aborder la sexualité avec les hommes ainsi que la manière dont elles avaient été acquises. Nous avons également recueilli leur avis sur des outils de communication facilitant l'abord de la sexualité.

MATERIEL ET METHODE :
Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-structurés auprès de 14 médecins généralistes en Poitou-Charentes. Les entretiens ont été retranscrits en verbatim puis analysés de manière thématique et descriptive. La saturation des données a été atteinte et les données ont été triangulées.

RESULTATS :
Deux groupes de stratégies étaient utilisés : d'une part des attitudes et techniques de communication, d'autre part l'utilisation d'un contexte particulier comme support pour aborder la sexualité. Ces stratégies ont été acquises principalement par l'expérience ou par des formations complémentaires sur la sexualité. La majorité des médecins ne souhaitait pas utiliser les outils de communication proposés en dehors des contextes dans lesquels ils abordaient déjà la sexualité.

CONCLUSION :
Les stratégies utilisées par les médecins n'utilisant que leur expérience, aboutissaient à une appropriation médicale de la sexualité. Les médecins ayant suivi une formation sur la sexualité semblaient avoir une prise en charge plus holistique.

MOTS CLES :
santé sexuelle, sexualité, stratégie, médecine générale, homme