

Attentes et représentations des patients sur l'abord de la santé sexuelle en médecine générale

Julie Rose

▶ **To cite this version:**

Julie Rose. Attentes et représentations des patients sur l'abord de la santé sexuelle en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01565295

HAL Id: dumas-01565295

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01565295

Submitted on 19 Jul 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017 N° 58

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Mme ROSE Julie

Née le 26/01/1988 à Beuvry

Le 02/05/2017

Titre de la thèse :

Attentes et représentations des patients sur l'abord de la santé sexuelle en médecine générale.

Directeur de thèse :

Dr CONORT Guillaume

Jury

Pr JOSEPH Jean-Philippe ..... Président

Pr DABIS François..... Membre du jury

Dr DUHAMEL Sylvie ..... Rapporteur

Dr CONORT Guillaume..... Directeur de thèse

Dr PROTHON Emmanuel..... Membre du jury

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur François DABIS,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Guillaume CONORT,

Pour avoir accepté de diriger ma thèse, pour m'avoir accompagné tout au long de ce travail et m'avoir permis de mieux appréhender la recherche qualitative. Merci d'avoir apporté un regard de 'chercheur expérimenté' lors des différentes étapes de ce travail, en particulier pour le codage, l'analyse et la discussion.

A Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être rapporteur de thèse. Je vous remercie pour les remarques apportées à ce travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma gratitude.

A l'équipe du projet 'Repérage Précoce Intervention Brève en santé sexuelle' en lien avec le Département de Médecine Générale, pour les réunions très enrichissantes sur ce sujet.

A Christelle, ma « co-thésarde » et seconde investigatrice dans ce travail, qui a participé aux codages, doubles-codages et bien plus.

A Madame Christine Quélier, sociologue-psychologue clinicienne, pour avoir permis d'ouvrir un peu plus ce travail avec un 'œil' non-médical. Merci de m'avoir laissé entrevoir la discipline de la sociologie et permis de prendre cela en compte dans ce travail et pour ma pratique. Merci pour votre implication dans ce travail, pour votre patience, votre bienveillance et vos conseils.

A Madame Evelyne Mouillet et à Madame Emmanuelle Floch-Galaud, pour leurs précieux conseils pour la recherche bibliographique et sa mise en page. Pour leur efficacité, leur disponibilité et leur gentillesse.

A mes parents, pour m'avoir accompagné depuis la première année des études de médecine, pour avoir cru en moi et pour avoir toujours été là.

A mon frère Pierre, sur qui je peux compter à tout moment, et à sa chérie Amélie.

A toute ma famille, grands-parents, parrain, marraine, oncles, tantes, cousins, cousines pour qui la notion de famille est sacrée.

A toute ma belle-famille.

A mes amis, ch'tis, du sud-ouest et d'ailleurs. Merci de m'avoir fait vivre des moments inoubliables lors de mes années à la Faculté de Libre de Médecine de Lille. A mes amis rencontrés au cours de l'internat dans le sud-ouest pour leur ouverture et leur sympathie.

A mon mari, Benjamin, pour ta patience, ton énergie et ton optimisme à toute épreuve. Pour être là à chaque instant, pour me faire sentir plus forte. A tous nos défis relevés ensemble et à tous les autres à venir.

Liste des abréviations

AMP	Assistance Médicale à la Procréation
AUA	'American Urological Association' ou Association américaine d'urologie
BDSP	Banque de Données en Santé Publique
CEGIDD	Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CBS	Communication Brève relative à la Sexualité
CPP	Comité de Protection des Personnes Participants à la recherche médicale
DRH	Directeur des Ressources Humaines
DSM-V	'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition' ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie 5ème édition
DIU	Dispositif Intra Utérin
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FCV	Frottis Cervico-Vaginal
FMC	Formation Médicale Continue
HAS	Haute Autorité de Santé
HPV	Papillomavirus Humain
HSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
IMG	Interruption Médicale de Grossesse
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
ISSM	'International Society for Sexual Medicine' ou Société internationale de Médecine sexuelle
ISSWSH	'International Society for the Study of Women's Sexual Health' ou Société internationale pour l'étude de la santé sexuelle des femmes
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RPIB	Repérage Précoce Intervention Brève
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
VHB	Virus de l'Hépatite B
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WONCA	'World family doctors Caring for people' ou Organisation mondiale des collèges nationaux, académies et associations académiques des généralistes et des médecins de famille

Sommaire

I) Introduction 8
II) Contexte de l'étude 9
A) La santé sexuelle 9
1) Histoire de la santé sexuelle 9
2) Définition de la santé sexuelle 10
3) Les droits en santé sexuelle 10
4) Les stratégies en santé sexuelle 11
5) Les différents axes en santé sexuelle 11
B) Le médecin généraliste et la santé sexuelle 17
1) Les rôles de dépistage et de prévention 17
2) La formation en médecine générale 19
3) Les techniques de communications en santé sexuelle en médecine générale 20
C) Le patient et la santé sexuelle 22
1) Ressenti des patients à l'abord de la santé sexuelle par le médecin généraliste 22
2) Attentes des patients envers leur médecin généraliste 23
II) Méthode 25
A) Objectifs de l'étude 25
B) Recherche bibliographique 25
C) Type d'étude 26
1) Population étudiée 26
2) Recrutement des interviewés 26
3) Le guide d'entretien 27
4) Déroulement des entretiens 28
5) Retranscription et codage 28
6) Méthode d'analyse 29
D) Protection des données personnelles et confidentialité 29
III) Résultats 30
A) Caractéristiques des interviewés 30
B) Recrutement et entretiens 32
C) Retranscription et codage 32
D) Thématiques 33
1) Le médecin généraliste : une personne occupée par le soin et la prescription 33

2) L'abord de la santé sexuelle avec le médecin généraliste : un sujet secondaire parfois limité aux éléments médicaux 35
3) La santé sexuelle et le médecin généraliste : un sujet intime et une relation qui peut influer sur l'abord 39
4) Une rencontre entre le patient, son médecin généraliste et un sujet sensible qui parfois n'aboutit pas 46
5) Les attentes envers le médecin généraliste concernant l'abord de la santé sexuelle 50
IV) Discussion 59
A) Les limites de l'étude 59
B) Les forces de l'étude 60
1) La méthode qualitative 60
2) Les critères de scientificité 62
3) Originalité de l'étude 63
C) Comparaison des principaux résultats avec la littérature 64
1) Aborder un sujet comme la santé sexuelle avec une personne pressée qui a un rôle de prescripteur peut être peu propice à un dialogue approfondi 64
2) La santé sexuelle : un sujet parfois secondaire dont la vision peut être liée aux représentations du champ d'action du médecin généraliste 66
3) La santé sexuelle et le médecin généraliste : un sujet intime et une relation qui peut influer sur l'abord 68
4) Une rencontre entre le patient, son médecin généraliste et un sujet sensible qui parfois n'aboutit pas 72
D) Perspectives 74
1) Eléments de réponse à la mise en place d'un outil de type 'RPIB santé sexuelle' 74
2) La nécessité de créer un cadre propice à l'abord 77
V) Conclusion 79
VI) Références bibliographiques 80
VII) Annexes 85
1) Annexe 1 : Document remis aux intermédiaires pour expliquer le but de l'entretien aux futurs interviewés. 85
2) Annexe 2 : Première version du guide d'entretien 86
3) Annexe 3 : Dernière version du guide d'entretien 87
4) Annexe 4 : Lettre du Comité de Protection des Personnes 89
5) Annexe 5 : Extrait du journal de bord 91
6) Serment médical 92

I) Introduction

« Un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité » telle est la définition qu'a donné l'OMS du terme de 'santé sexuelle'. (1) La santé sexuelle s'est étendue donc entre autre des dysfonctions sexuelles à la santé reproductive en passant par le dépistage et la prévention.

A cette définition d'une globalité s'est ajoutée la notion de droits. (2) Chaque individu a le droit de jouir d'une 'bonne santé sexuelle'. Une altération d'un aspect de la santé sexuelle peut avoir un impact direct sur la qualité de vie de la personne, sur ses relations, sur son couple.

La santé sexuelle est un domaine en plein essor depuis plusieurs dizaines d'années. (3)

La prévalence (4) des problèmes de santé sexuelle dans la population est très importante et encore largement sous-évaluée, sous-diagnostiquée et donc sous-traitée.

Les médecins généralistes ont été beaucoup étudiés concernant leurs freins ou leurs réticences à l'abord de la santé sexuelle avec leurs patients. D'après les études, ils ressentaient le fait d'être peu formés dans ce domaine et l'abordaient peu au cabinet de peur de provoquer une gêne, de ne pas se sentir légitime ou de ne pas avoir de solutions à proposer. (5)

On connaît moins le point de vue des patients et pas uniquement la tranche d'âge des adolescents mais des adultes en général.

Nous avons donc mené une étude qualitative afin de recueillir les expériences, le vécu et le ressenti d'un échantillon varié de patients pour tenter de comprendre leurs attentes concernant l'abord de la santé sexuelle au cabinet de médecine générale.

Cela a conduit à notre travail avec comme question de recherche :

De quelles manières les patients souhaitent-ils que leur médecin généraliste aborde la santé sexuelle en consultation ?

II) Contexte de l'étude

A) La santé sexuelle

1) Histoire de la santé sexuelle

L'approche au début du 20ème siècle concernant la sexualité se voulait une approche hygiéniste. La création dans les années 1910 de centres antivénériens y a contribuée ainsi que la lutte dans les années 1980 contre l'épidémie du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH). (6)

Elle se voulait également institutionnelle. La légalisation de la contraception orale en 1967 et le vote de la loi Veil au parlement concernant l'interruption volontaire de grossesse en 1975 en ont été l'illustration.(7)

Les premières études en santé sexuelle dans les années 1970 ont concerné l'homme. Les troubles de l'érection et les autres dysfonctions masculines ont été en premier plan avec l'apparition de traitements chirurgicaux puis médicaux. En 1982, des injections intra caverneuses de papavérine pour induire une érection ont été testées pour la première fois avec succès. En 1998, le Viagra était commercialisé. (7)

Au départ on observait deux approches distinctes : le raisonnement urologique centré sur le « sexe » et le raisonnement psychiatrique. (8)

Bien plus tard, à l'aube des années 2000, la santé sexuelle a évolué. Elle ne s'est plus limitée uniquement à un organe (le pénis) et s'est ouverte aux questions liées à la sexualité féminine. (9)

Le champ de la médecine sexuelle, très médical en premier lieu, est devenu plus ouvert en développant les dimensions psychologiques et relationnelles.

Des institutions anciennes de près de 100 ans comme l' « American Urological Association » (AUA) ont connu, en particulier à partir des années 1980 un essor considérable. D'autres comme l' « International Society for the Study of Women's Sexual Health» (ISSWSH), plus récente ; créée en 1998, a pris également sa place parmi les sociétés de santé sexuelle. L'émergence de la santé sexuelle est assez récente et elle ne cesse de croître (3).

Au départ, la santé sexuelle était à visée hygiéniste, tantôt avec une approche institutionnelle, souvent très médicalisée pour enfin arriver à une approche plus globale, de bien-être, comportementale comme définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Le 20ème siècle a permis la connaissance des mécanismes de procréation entraînant des progrès sociaux et une certaine maîtrise de la reproduction. (7)

Le 21ème siècle a pour objectif l'avènement de la science sexuelle avec l'analyse et le contrôle des risques. La finalité est que chaque individu ait le droit, comme le stipule l'OMS depuis 1994, à prétendre à une 'bonne santé sexuelle'. (7)

2) Définition de la santé sexuelle

Dans un rapport de 2015, page 15, l'OMS (10) a repris une définition de la santé sexuelle établie par un groupe d'experts internationaux datant de 2002 (1). La santé sexuelle a été définie comme :

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

3) Les droits en santé sexuelle

Dans un article paru en 2014 dans le 'Lancet' (2), Sarah Hawkes s'est appuyée sur la définition de l'OMS pour faire la synthèse des différents droits en santé sexuelle.

Ces droits étaient, selon cet article :

- Le droit à l'information en santé sexuelle
- Le droit à l'accès aux soins en santé sexuelle et reproductive
- Le droit à l'éducation en santé sexuelle
- Le droit de choisir son partenaire sexuel
- Le droit à une relation sexuelle consensuelle
- Le droit d'accéder au mariage de manière libre et consentie
- Le droit d'avoir des enfants ou non
- Le droit au respect de son intégrité physique
- Le droit d'avoir une vie sexuelle satisfaisante, sans violence ni contrainte.(2)

4) Les stratégies en santé sexuelle

Un rapport des Nations Unis de 2015, intitulé 'Objectifs du millénaire pour le développement' a décrit 8 objectifs dont 4 concernent la santé sexuelle. (11)

Il s'agissait :

- De promouvoir l'égalité homme-femme et permettre l'autonomisation de la femme
- D'améliorer la santé maternelle
- De combattre le VIH/Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA) entre autre maladie
- D'assurer l'éducation primaire pour tous. (11)

Dans un rapport de mars 2016, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) (12) a remarqué que l'OMS prônait une approche globale de la santé sexuelle et qu'une stratégie de santé sexuelle était déjà en place dans plusieurs pays européens et dans le monde. C'était dans ce contexte que le développement d'une stratégie nationale de santé sexuelle en France a été évoqué.

La France a développé de nombreux 'plans' comme le 'plan VIH-IST 2010-2014', le 'plan hépatite virale B et C 2009-2012', le 'plan santé des jeunes 16/25 ans 2008-2010' entre autres. Le HCSP a souligné dans ce rapport l'absence de réelle articulation entre ces plans et a proposé, pour permettre une meilleure prise en charge, que l'offre soit simplifiée et que les CEGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles) soient mis en avant. (12)

Le HCSP a évoqué dans ce rapport l'absence d'un système de recueil systématique des risques infectieux en France en dehors du VIH et a souligné que l'augmentation de la prévalence des IST nécessitait un développement du dépistage et de la prévention de la part du médecin généraliste. (12)

5) Les différents axes en santé sexuelle

a) Information en santé sexuelle

Le rapport du HCSP, page 23, a décrit l'axe de l'information en santé sexuelle. (12)

Il ne suffisait pas que le patient possède des informations sur la santé sexuelle. Il fallait qu'il les ait intégrées et qu'il puisse les mettre en pratique. Or des déterminants, à prendre en considération, pouvaient intervenir. Les normes sociales pouvaient jouer un rôle

défavorable avec un accès aux ressources limitées, tout comme le fait d'avoir un(e) partenaire qui n'avait pas la même vision ou les mêmes valeurs, sur le respect en santé sexuelle par exemple. (12)

L'accès aux médias dont internet a joué un rôle dans l'information sur la santé sexuelle. Des sites d'informations créés par l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES) coexistent avec des sites de vulgarisation ainsi qu'avec d'autres sites pouvant parfois contenir des informations erronées et pouvant avoir alors un rôle d'information délétère. (12)

b) Education à la santé sexuelle

Le rapport du HCSP a détaillé, page 24, l'axe de l'éducation en santé sexuelle. (12)

L'approche scientifique pour l'éducation de la santé comprenait l'éducation sur la contraception, les IST ou encore l'anatomie. Elle devait être combinée à une approche psychologique afin de permettre d'aider à la construction d'un individu, en particulier lors de l'adolescence. Des programmes basés sur l'égalité homme-femme en santé sexuelle montraient un impact sur la réduction des risques d'IST et de grossesses non désirées par rapport à d'autres programmes où cette notion n'était pas évoquée. En France, les programmes d'éducation sexuelle en milieu scolaire n'ont pas fait l'objet d'un recensement systématique qui aurait permis leur évaluation. Il existait une probable disparité selon les établissements au détriment des milieux moins favorisés. En Europe, les programmes d'éducation en santé sexuelle à l'école sont très différents. Certains pays commencent dès la maternelle et accueillent les parents lors de ces séances. (12)

c) La santé reproductive

La santé reproductive comporte plusieurs aspects. (13) Elle concerne la prise en charge des fonctions 'normales' de la fécondité ; la grossesse et l'accouchement. Elle implique la prévention et les traitements des pathologies comme les effets indésirables liés à la grossesse avec les fausses couches, les complications de l'interruption volontaire de grossesse (IVG), la mortalité maternelle et la mortalité néonatale. Elle comprend la possibilité de pouvoir décider si l'on veut des enfants et à quel moment ainsi que la possibilité de prétendre à avoir des relations sexuelles sûres et satisfaisantes. (13)

Dans son rapport de 2016, pages 28 à 31, le HCSP (12) a décrit les différents pans de la santé reproductive.

⇨ La contraception

On retrouve différentes méthodes contraceptives comme la contraception orale, le dispositif intra-utérin (DIU) ou le préservatif. En France, la loi du 4 juillet 2001 a facilité l'accès à la contraception pour les jeunes avec la possibilité pour les 'mineures en secret' d'une délivrance de contraception de manière gratuite et anonyme, ainsi que l'accès par l'infirmière scolaire à la contraception d'urgence pour les élèves majeures et mineures. (12)

⇨ L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)

La loi du 4 juillet 2001 a également permis la levée de l'obligation du consentement parental pour l'avortement des mineures. Le nombre d'IVG est stable depuis 10 ans. Deux méthodes sont possibles : une méthode chirurgicale et une méthode médicamenteuse. La méthode médicamenteuse est la plus utilisée avec 56% des IVG. En outre, 28% des IVG médicamenteuses sont réalisées dans le cadre de soins primaires, en cabinet de ville. (12)

⇨ Diagnostic anténatal et Interruption Médicale de Grossesse (IMG)

Les IMG peuvent être réalisées sous des critères très précis, de manière encadrée, en cas d'anomalie fœtale, de malformation ou de mise en danger de la vie de la mère. (12)

⇨ Le désir de grossesse et l'Assistance Maternelle à la Procréation (AMP)

Le recours à l'AMP a augmenté car l'âge de la femme lors de la première grossesse a augmenté. Les couples en demande d'AMP ont été pris en charge à 100% par la sécurité sociale pour 4 tentatives. Le cadre de la loi française comprend la gratuité, l'anonymat et l'âge de la mère limité à 43 ans. Ce cadre et l'insuffisance de l'activité des dons d'ovocytes ont poussé nombre de couples à une prise en charge à l'étranger. (12)

d) Dépistage et prévention

⇨ Les infections sexuellement transmissibles (IST)

Après une période de diminution des IST en Europe, on a retrouvé récemment une recrudescence de celles-ci, qui a touché notamment les migrants, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), les utilisateurs de drogues intraveineuses. (14)

Chez les migrants, la contamination par le VIH a essentiellement eu lieu en Ile de France pour la métropole. (12)

⇨ La vaccination

Dans le rapport de 2016, pages 38-39, le HCSP (12) a décrit les différentes vaccinations en lien avec les IST.

L'infection par le virus du papillomavirus (HPV) a fait l'objet d'une double prévention complémentaire. La vaccination anti-HPV dans le cadre de la prévention primaire et le frottis cervico-vaginale (FCV) en prévention secondaire. (12)

Les autres vaccinations (VHA, VHB et méningocoque C) ont fait l'objet de recommandations ciblées avec l'identification de population à risques dont les HSH. Le vaccin anti-VHB a fait également l'objet d'un schéma vaccinal chez le nourrisson avec rattrapage jusque l'âge de 15 ans. (12)

e) Discriminations et violences sexuelles

Dans le rapport de 2016, pages 40 à 42, le HCSP (12) a décrit que les discriminations touchaient plusieurs populations. Les HSH sont victimes d'homophobie avec un impact sur des prises de risques. Les personnes handicapées sont plus vulnérables avec un risque majoré de violence, d'IST et de grossesse non désirée. Les femmes connaissent des discriminations à différents niveaux de leur vie dans une société encore marquée par le patriarcat ; la santé sexuelle ne fait pas exception. La loi du 4 août 2014 a eu pour objectif de lutter contre les violences faites aux femmes et a fait de l'égalité homme-femme une priorité. Les violences, en particulier les violences sexuelles, avaient des conséquences sur la santé de la personne en général. Il existait un risque physique avec un risque d'avortement multiplié par 2 par rapport à la population générale et un risque psychique avec un risque de tentative de suicide multiplié par 26 par rapport à la population générale. (12)

Dans le livre 'Enquête sur la sexualité en France' (15), paru en 2008, Nathalie Bajos et Michel Bozon rappelaient que les agressions sexuelles touchaient 3 fois plus de femmes que d'hommes, 20,4% des femmes et 6,8% des hommes âgés de 18 à 69 ans avaient déjà été confrontés à une agression sexuelle (attouchement, tentative ou rapport forcé). Le chiffre était majoré à 24,6% pour les femmes entre 25 et 34 ans.

Les mutilations avec l'excision des femmes touchaient essentiellement les personnes migrantes. Elle touchait aussi les femmes nées en France avec des parents issus d'un pays où l'excision était pratiquée. L'état français a pris des mesures d'un point de vue judiciaire. Les associations ont milité pour une meilleure information et une meilleure prévention. (12)

f) Les dysfonctions sexuelles

Le HCSP (12) a proposé de définir comme étant un trouble sexuel « toute situation entraînant une insatisfaction personnelle. » On retrouvait les troubles sexuels primaires, assez rares, comprenant les troubles de l'identité sexuelle avec la dysphorie de genre et les

troubles anatomiques qui ne permettaient pas d'avoir de rapports sexuels satisfaisants, cela pouvait comprendre les conséquences de traumatismes médullaires jusqu'aux troubles des muqueuses de l'appareil génital comme les mycoses. Les troubles sexuels secondaires, plus répandus, se divisaient en trouble organique ou physique et en trouble psychologique. (12)

Le 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition' ou Manuel diagnostique de l'Association Américaine de Psychiatrie 5ème édition (DSM-V) (16) a regroupé les dysfonctions sexuelles selon les genres comme suit :

Les dysfonctions sexuelles masculines ont regroupé 4 troubles sexuels : la dysfonction érectile, l'éjaculation précoce, les troubles du désir et l'éjaculation retardée.

Chez la femme, on a retrouvé 3 troubles sexuels : les troubles de l'orgasme, les troubles de l'intérêt ou de l'excitation sexuels et les douleurs génito-pelviennes telles que les dyspareunies et le vaginisme.

Selon le DSM-V, un symptôme devait être présent depuis au moins 6 mois, dans 75 à 100% des situations et devait entraîner une détresse importante. Il pouvait être léger, modéré ou sévère.

Il existait des critères d'exclusion ; en effet le symptôme ne devait pas être mieux expliqué par une violence subie du partenaire, une conséquence de la relation, un trouble mental non sexuel ou d'autres facteurs de stress importants.

Il existait des dysfonctions acquises ; c'est-à-dire que la perturbation a débuté après une période d'activité sexuelle relativement normale, ou non acquis ('de tout temps'). Et la perturbation pouvait être situationnelle (survient seulement avec certains partenaires ou dans certaines situations) ou généralisée.

Concernant les définitions des troubles par le DSM-V (16) :

Chez l'homme :

- Les troubles de l'érection ont été caractérisés par un de ces 3 symptômes :
  « Difficulté marquée à parvenir à une érection au cours de l'activité sexuelle ou difficulté marquée à parvenir à maintenir l'érection jusqu'à l'achèvement de l'acte sexuel ou difficulté marquée de la rigidité érectile ».
- L'éjaculation prématurée ou éjaculation précoce a été défini comme « un trouble persistant ou répété survenant pendant le rapport sexuel avec une partenaire, approximativement dans la minute suivant la pénétration vaginale, et avant que la personne ne souhaite éjaculer ».
- La diminution du désir chez l'homme a correspondu à « une déficience ou une absence persistante ou répétée de pensées sexuelles ou érotiques ou de fantaisies imaginatives et du désir d'activité sexuelle ».

- L'éjaculation retardée s'est caractérisée par un des 2 symptômes suivants : « Retard marqué à l'éjaculation ou absence ou diminution marquée de la fréquence de l'éjaculation ».

Chez la femme :

- Les troubles de l'orgasme ont été définis par la présence d'un des 2 critères : « Retard marqué pour parvenir à l'obtention de l'orgasme ou diminution marquée de la fréquence ou absence d'orgasme, ou diminution marquée de l'intensité des sensations orgasmiques ».
- Les troubles de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou troubles de l'excitation se sont caractérisés par la présence d'au moins 3 des symptômes suivants : « Absence ou diminution de l'intérêt pour l'activité sexuelle, absence ou diminution des pensées érotiques ou sexuelles ou des fantaisies imaginatives, peu ou pas d'initiation de l'activité sexuelle et, typiquement, absence de réceptivité aux tentatives du partenaire pour initier l'activité sexuelle, absence ou diminution de l'excitation ou du plaisir sexuel dans presque toutes les situations de rencontres sexuelles, absence/diminution de l'intérêt sexuel ou de l'excitation sexuelle en réponse aux signaux sexuels/érotiques, internes ou externes, absence ou diminution des sensations génitales ou non génitales pendant l'activité sexuelle dans presque toutes les rencontres sexuelles ».
- Les troubles liés à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration se sont définis par des « difficultés persistantes ou répétées dans un ou plusieurs des cas suivants : Pénétration vaginale pendant la relation sexuelle, douleur vulvo-vaginale ou pelvienne marquée pendant la relation sexuelle ou lors des tentatives de pénétration, peur ou anxiété marquée d'une douleur vulvo-vaginale ou pelvienne par anticipation, pendant ou résultant de la pénétration vaginale, tension ou crispation marquée de la musculature du plancher pelvien au cours des tentatives de pénétration vaginale ».

La prévalence des dysfonctions sexuelles a été difficile à évaluer car elle variait selon les méthodes d'études utilisées.(17) En outre, la difficulté d'un consensus dans la définition des dysfonctions sexuelles s'est répercutée sur la connaissance de leur prévalence.(18)

La prévalence des dysfonctions sexuelles a été évaluée à travers le monde à travers une étude globale publiée dans le 'Journal of Sexual Medicine' en 2010 menée par R-W Lewis (4) :

- Pour les femmes : 17 à 55% présentaient une baisse du désir, 12 à 15% une dyspareunie, 8 à 15% des troubles de l'excitation, 16 à 25% des troubles de l'orgasme. En outre, 45% des femmes en post-ménopause présentaient un problème sexuel.

- Pour les hommes : 8 à 30% présentaient des troubles de l'éjaculation, 8 à 18% des troubles du désir, 20 à 40% des 60-69 ans et plus de 50% des plus de 70 ans des troubles de l'érection.

Il s'agit donc d'une problématique assez fréquente au vue de ces prévalences, entraînant une altération de la qualité de vie de nombreux patients.

g) Populations particulières

Les populations HSH, en particulier les jeunes, ont bénéficié d'une attention particulière de part leur risque majoré d'IST. Chez la population transsexuelle, de par sa faible représentation, les risques ont été peu évalués mais ont semblé majorés par rapport à la population générale. Les personnes âgées ou handicapées ont bénéficié de la part de la société d'un statut de personne 'asexuée'. Ce sujet, concernant ces populations, a été un sujet tabou. La sexualité étant représentée comme une image d'attraction, de santé, de performance ou de beauté ; ces populations n'y ont pas eu leur place d'après la société. Leur sexualité a donc été niée ou occultée y compris dans les établissements de soins comme les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Chez les personnes handicapées, le manque d'intimité liée à la dépendance est intervenu sur la sexualité. Le risque d'infection par le VIH était comparable chez les personnes handicapées par rapport à la population générale mais la prévention et le dépistage étaient moins souvent abordés avec cette population.(12)

B) Le médecin généraliste et la santé sexuelle

1) Les rôles de dépistage et de prévention

La 'World family doctors Caring for people' ou 'Organisation mondiale des collèges nationaux, académies et associations académiques des généralistes et des médecins de famille' (WONCA) (19) a défini les rôles du médecin généraliste en 6 points clés :

- Une approche bio-psycho-sociale.
- Une adaptation des besoins médicaux de la personne par rapport aux besoins de la communauté, en prenant en compte les ressources disponibles.
- Une aptitude à résoudre des problèmes avec une capacité à prendre une décision en prenant en compte la prévalence et l'incidence des pathologies en soins primaires. La gestion de l'urgence ou d'une maladie à un stade précoce.

- Une approche centrée sur le patient avec une relation efficace en assurant une continuité de soins.
- Une gestion des soins primaires en étant le premier interlocuteur du patient, en ayant un rôle de coordinateur de soins avec l'orientation vers des spécialistes si besoin.
- Une approche globale avec la prise en charge à la fois des problèmes aigus et des problèmes chroniques tout en ayant un rôle d'éducation et de prévention. (19)

L'importance de la prévention est connue en médecine générale. Malgré cela, la prévention en santé sexuelle n'a été que rarement réalisée. Une étude suisse a montré qu'entre un seul patient sur quatre à un patient sur cinq a déjà été interrogé par son médecin généraliste sur les infections sexuellement transmissibles (IST), le nombre de partenaires sexuels ou leur orientation sexuelle. (20)

Une étude québecquoise (21) a montré que lors d'une consultation au cabinet de médecine générale sur le thème de la contraception ou du traitement d'une MST, moins de la moitié des médecins généralistes ont interrogé leur patient sur le nombre de partenaires et l'utilisation du préservatif.

Le thème de la sexualité n'est pas un thème facile à aborder au cabinet du médecin généraliste, tant par le médecin que par le patient.

Les freins du médecin généraliste à aborder l'anamnèse sexuelle avec ses patients ont été la peur d'offenser ou de mettre dans l'embarras, de provoquer une gêne ou le malaise ou encore à cause du manque de temps. (22)

Une étude américaine a évoqué comme freins, en plus du manque de temps, de connaissance et de formation, le remboursement insuffisant, les difficultés d'acceptation du patient, le consentement du patient et la difficulté des exigences du 'counseling'. (23)

Une autre difficulté qui devait être citée a été développée dans un article intitulé 'Opening a can of worms' que l'on pourrait traduire en français par 'ouvrir la boîte de Pandore'. Cette métaphore a traduit le fait que le médecin généraliste qui initiait une discussion sur la santé sexuelle avec son patient ne pouvait pas anticiper ce que son patient aller lui dire. Les médecins interviewés y décrivaient une certaine appréhension à 'ouvrir cette boîte de Pandore' qui, une fois ouverte, pouvait s'avérer complexe à prendre en charge avec parfois une absence de solution à apporter de la part du médecin qui avait initié le sujet, des contraintes de temps au cabinet et la prise en compte de la sensibilité du patient. (5)

2) La formation en médecine générale

De nombreuses études comme 'Sexual health education in Quebec schools : A critique and call for change' (L'éducation à la santé sexuelle dans les écoles québécoises: une critique et un appel au changement) publiée dans 'The Canadian journal of human sexuality' (La revue canadienne de la sexualité humaine) en 2015 ou encore 'Education in sexual medicine: Proceedings from the International Consultation in Sexual Medicine'(Education en médecine sexuelle: Procédures de la Consultation internationale en médecine sexuelle) publiée dans le 'Journal of Sexual Medicine' (Journal de médecine sexuelle) en 2009 ont montré le sentiment de manque de formation de la part des étudiants en médecine sur le thème de la santé sexuelle impliquant un inconfort face au patient et une difficulté à prendre en charge les problèmes liés à la santé sexuelle. (24,25)

Une étude récente publiée dans 'Family Medicine' a montré que cet inconfort s'accentuait lorsque le patient était 'LGBTQ' (c'est à dire 'Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender or Questioning/Queer' ou Lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres ou altersexuel). Peu de formations préparaient correctement à la manière d'appréhender l'orientation sexuelle. Dans cette étude, les étudiants en médecine et les internes interrogés ont rapporté que 20% d'entre eux n'avaient reçu aucune formation sur ce sujet, 72% des interrogés ont déclaré avoir reçu une formation mais 33% parmi ces derniers la jugeaient inadaptée. (26)

Aux Etats-Unis comme au Canada notamment une volonté d'uniformiser les cours sur l'anamnèse concernant la sexualité (avec des cours sous forme de jeux de rôles par exemple) était déjà très présente. (24,27)

L'avancée en termes d'évaluation et de traitement des dysfonctions sexuelles est allée de pair avec une population de plus en plus enclin à repérer des problèmes sexuels et à en parler à son médecin. Les formations sont restées insuffisantes, la principale barrière évoquée étant le sentiment de manque d'importance de la discipline, qui n'était pas considérée comme une priorité. (25)

En outre, les formations portaient essentiellement sur l'anatomie et non sur l'anamnèse concernant la sexualité. L'objectif était d'améliorer la formation en proposant des programmes donnant les compétences nécessaires aux médecins pour mieux répondre aux besoins et aux exigences de leurs patients.(25)

En Europe, la formation en santé sexuelle s'est fait essentiellement par les formations médicales continues (FMC) malgré quelques volontés d'uniformisation. Il a persisté un écart de connaissances entre les progrès de la médecine sexuelle et les compétences cliniques des médecins généralistes.(28)

Les médecins généralistes ont été demandeurs d'une formation non seulement pendant leurs études mais aussi tout au long de leur activité comme l'ont montrées notamment deux études européennes ; une anglo-saxonne et une portugaise. (29,30)

Dans l'étude anglo-saxonne 'GPs' views on their management of sexual dysfunction' (Points de vue des médecins généralistes sur leur gestion de la dysfonction sexuelle) écrit par S.Humphery et I. Nazareth, parue dans 'Family Practice' (29), il a été décrit que 33% des médecins généralistes avaient reçu une formation sur l'histoire de la sexualité, 33% sur le repérage d'un problème sexuel, 36% sur la prise en charge des dysfonctions sexuels, 29% sur le counseling et 17% sur ces 4 sujets. (29)

L'étude portugaise 'General practitioners' knowledge, attitudes, beliefs, and practices in the management of sexual dysfunction-results of the Portuguese SEXOS study' (Les connaissances, les attitudes, les croyances et les pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge des dysfonctions sexuels - résultats de l'étude SEXOS portugaise) écrite par V. Alarcão, S. Ribeiro, FL Miranda, M. Carreira, T. Dias, J. Garcia e Costa est parue dans le 'Journal of Sexual Medicine' en 2012. Parmi les médecins généralistes inclus dans l'étude, 92% des médecins ont exprimé un besoin de formation continue sur ce thème et plus de 50% des médecins généralistes inclus ont considéré leur formation médicale non adaptée dans ce domaine. (30)

En France, le premier numéro de la revue 'Médecine sexuelle' est paru en 2007 sous la direction de Jacques Buvat. Le but de la revue était d'offrir une perspective multidisciplinaire en santé sexuelle. Son directeur Jacques Buvat a été membre du comité directeur et président de l'International Society for Sexual Medicine (ISSM). Il a également contribué à un ouvrage important de médecine sexuelle : 'Standard Practice in Sexual Medicine' (Pratique standard en médecine sexuelle) paru en 2006, co-écrit avec H. Porst. (9)

La médecine sexuelle n'a pas constitué, pour l'instant, une réelle spécialisation. Plusieurs spécialités médicales ont été concernées comme les urologues, les gynécologues, les psychologues, les sexologues… (9)

La médecine sexuelle est pluridisciplinaire, comme l'a dit le Dr Jardin dans son article intitulé 'Préliminaires' publié en 2013 dans la revue 'Progrès en urologie' (7) : « Ni les urologues, ni les gynécologues, ni les psychiatres, ni les sexologues, ni les psychanalystes, ni les endocrinologistes, ni les pédiatres, ni les autres ne peuvent prétendre avoir le monopole du sexe. La médecine sexuelle est un paradigme de l'interdisciplinarité médicale ».

3) Les techniques de communications en santé sexuelle en médecine générale

Il existe différentes approches en médecine générale pour aborder la santé sexuelle.
Dans son rapport de 2015, page 17, l'OMS (10) a détaillé les approches appelées 'counseling' et 'communication brève'.
Le 'counseling' (10) désigne : « les consultations systématiques organisées dans le cadre des soins de santé primaires en vue de traiter les problèmes émotionnels, psychologiques et sociaux qui influencent la santé et le bien-être des personnes ».

La ‘communication brève’ (10) peut se faire au cours d’une simple visite en santé primaire, en prenant en compte l’aspect social et psychologique et en utilisant ses compétences en fonction des besoins de la personne. Les objectifs sont la prise en charge de problèmes et la promotion du bien-être. Il s’agit également d’aider le patient à réduire le décalage entre l’intention et le comportement.
D’autres approches existent ; ‘l’approche centré patient’ et ‘l’entretien motivationnel’.
La Haute Autorité de Santé (HAS) (31) a défini ‘l’approche santé patient’ comme « une démarche centrée sur le patient qui s’appuie sur une relation de partenariat avec le patient, ses proches, et le professionnel de santé ou une équipe pluriprofessionnelle pour aboutir à la construction ensemble d’une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps. » Elle s’oppose à ‘l’approche centrée sur la maladie’.

Dans le livre éponyme de WR Miller et S. Rollnick (32) ‘l’entretien motivationnel’ a été décrit comme « un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d’une personne et son engagement vers le changement ». Initialement créé pour le domaine de l’addictologie, il nécessite des compétences comme le fait d’avoir une attitude de non-jugement, de poser des questions ouvertes, de valoriser, de résumer et d’informer.

Dans son rapport de 2015, page 18, l’OMS (10) a décrit les 4 composantes principales de ces différentes techniques de communication :

- Tout d’abord, se rendre disponible pour le patient, mettre en place une relation ouverte et d’écoute avec le patient.
- Ensuite l’intervention en elle-même, en posant une question ouverte pour lancer le sujet.
- Puis en personnalisant l’approche en mettant en avant des problèmes ou des difficultés puis faire le lien entre eux.
- Enfin, proposer des solutions avec l’aide du patient en lui donnant les éléments d’informations pour qu’il prenne lui-même la solution qui lui paraisse la plus adaptée dans son cas. Le patient est acteur. Il peut s’agir d’un traitement mais aussi d’adresser à un confrère. (10)

L’OMS a parlé de « counseling sexuel » ou « communication brève relative à la sexualité » (CBS). (10) Plusieurs études (33–35) ont montré que la CBS diminuait les comportements à risques, augmentait l’utilisation du préservatif masculin et réduisait l’incidence des IST. Selon les pays, les études en soins primaires ont été menées auprès de médecins généralistes ou « d’infirmières praticiennes » (« nurses practitioners ») en Grande-Bretagne ou encore dans des cliniques aux Etats-Unis.

Une revue systématique de 2014 a montré qu’une intervention brève de type counseling sur le thème de la santé sexuelle avait des effets sur la réduction et la prévention des IST(36).

Une étude américaine menée sur près de 1500 patients (essentiellement afro-américain pour 64% d’entre eux) a montré qu’une intervention brève en santé sexuelle par une

infirmière clinicienne formée au counseling entraînait une réduction importante des infections sexuellement transmissibles passant de 18.1% à 4.5% en un an, une diminution du nombre de rapports non protégés et du nombre de partenaires. Cela a confirmé que l'intervention brève pouvait provoquer chez le patient une envie de changement, pouvait être une aide à l'amélioration des connaissances en santé sexuelle et pouvait renforcer une intention.(37)

Il est apparu nécessaire de former des professionnels de santé sur la santé sexuelle et également sur la communication en termes de CBS. (10)

C) Le patient et la santé sexuelle

1) Ressenti des patients à l'abord de la santé sexuelle

Ce que l'on connait moins ce sont les représentations des patients sur la santé sexuelle. « Pourquoi les patients qui ont des difficultés sexuelles ne consultent-ils pas plus souvent? », tel est le titre d'un article écrit par A. Lemaire, traitant notamment des dysfonctions érectiles. Dans cet article A. Lemaire s'est interrogé sur les raisons, dans un pays comme la France, très médicalisé et où il existait une importante possibilité de thérapeutiques en santé sexuelle, qui amenaient la plupart des personnes concernées à ne pas consulter. Parmi les patients présentant des difficultés sexuelles de type dysfonction érectile, on pouvait, d'après cet article, 'classer' les patients en trois groupes : ceux qui ne consultaient pas parce qu'ils étaient 'résignés' (ils ne voulaient pas de traitement), ou ils étaient 'ignorants' (ils ne connaissaient pas l'existence de thérapeutiques), ou alors ils étaient 'hésitants' (ils attendaient que cela empire).(38)

Une étude qualitative parue dans une revue australienne, portant sur des jeunes hommes de 16 à 25 ans, s'est intéressée à leur ressenti si leur médecin généraliste avait abordé la santé sexuelle au cours d'une consultation sans que ce soit le motif de la consultation. La majorité des personnes interviewées ne savaient pas qu'ils pouvaient consulter leur médecin généraliste sans leurs parents. La plupart se montraient vulnérables de part leur manque de connaissances sur la contraception avec par exemple 'la technique du retrait' répandue et efficace d'après eux. On notait également un manque de connaissances sur les IST. Ils décrivaient pour la plupart préférer parler de ce sujet à un médecin généraliste homme et qui plus est, qui n'utilisait pas un vocabulaire médical.(39)

Une autre étude qualitative australienne, toujours sur les hommes jeunes (de 18 à 24 ans) a montré que les freins à l'abord de la santé sexuelle étaient l'idée qu'ils se faisaient de la masculinité (les filles étant d'après eux plus enclin à se confier sur ce sujet), le fait d'être peu concernés, la possibilité d'être embarrassés, le fait que ce sujet soit privé et enfin la mauvaise connaissance des structures. Ils citaient comme autres moyens d'informations à ce

sujet l'école, les réseaux sociaux, la télévision et les posters. La plupart disaient qu'ils en parleraient à leur médecin uniquement si le problème était très important ou urgent. Si ce n'était pas le cas, ils préféreraient attendre que le médecin initie le sujet.(40)

Une autre étude qualitative, anglo-saxonne cette fois, s'est intéressée à des hommes et des femmes âgés de 50 à 92 ans. Cette tranche d'âge a été moins étudiée que la tranche d'âge des adolescents sur le sujet de l'abord de la santé sexuelle avec le médecin généraliste. (41) Tous ont cité leur médecin généraliste comme la première personne qu'ils iraient consulter en cas de problème sexuel. Ils mettaient en avant leur bonne relation avec leur médecin généraliste et leur satisfaction des consultations antérieures. Malgré la forte prévalence de dysfonctions sexuelles dans cette population (25 personnes parmi les 55 interviewés rapportaient une dysfonction sexuelle), seulement 6 avaient cherché de l'aide. Aucun participant n'a indiqué que leur médecin généraliste avait initié une discussion sur les questions de santé sexuelle avec eux, même lorsque les conditions étaient repérées et les médicaments prescrits avec un impact connu sur la santé sexuelle. Les barrières évoquées empêchant les personnes de discuter de santé sexuelle avec leur médecin généraliste étaient l'âge et le sexe du médecin ; la personne préférant parler de ce sujet à un médecin du même âge et du même sexe qu'elle. On retrouvait également dans les barrières l'attitude du médecin par rapport à une sexualité tardive, l'attribution des problèmes sexuels au 'vieillissement normal', la honte ou l'embarras ou la peur, la perception des problèmes sexuels comme 'non graves' et le manque de connaissance concernant d'autres sources d'aides. (41)

2) Attentes des patients envers leur médecin généraliste

Les attentes des patients étaient un peu moins connues que celles des médecins généralistes. Il existait une importante demande de la part des patients. Une étude anglo-saxonne parue dans 'Family Practice' a montré que parmi les personnes interrogées (de 18 à 75 ans avec une moyenne d'âge de 50 ans), 49% des hommes et 39% des femmes souhaiteraient de l'aide par rapport à un problème de santé sexuelle, néanmoins seulement 4 à 6% d'entre eux l'avaient reçue. Les problèmes de santé sexuelle les plus fréquemment rencontrés chez les personnes interrogées étaient les troubles de l'érection chez l'homme et les sécheresses vaginales chez la femme. Ce sont tous les deux des problèmes où il existait un traitement médical. (42)

Concernant l'abord de l'orientation sexuelle avec le médecin généraliste, une étude américaine a montré que non seulement 74% des personnes interrogées pensaient qu'il était important que le médecin généraliste pose la question de l'orientation sexuelle à ses patients mais aussi que 78% des personnes interrogées pensaient que l'orientation sexuelle

était une information à connaître pour le médecin généraliste notamment avec pour objectif de fournir de meilleurs soins à ses patients.(43)

Ces résultats étaient à nuancer car une autre étude, portant uniquement sur les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes cette fois (HSH) a mis en avant que la majorité des personnes interrogées ont fait état d'une opinion positive de leur médecin généraliste et de leurs pratiques mais 41,6% d'entre eux ont indiqué que l'orientation sexuelle n'était pas d'après eux une information pertinente pour le médecin.(44)

D'une manière plus générale, une étude australienne (45) a montré que les patients sont pour la plupart d'accord pour aborder la santé sexuelle s'il s'agissait d'une première consultation (nouveau patient) quelque soit le sexe ou l'âge du médecin généraliste. Les patients disaient qu'ils se sentaient plus à l'aise à parler d'IST s'ils savaient que leur médecin généraliste avait une qualification ou un intérêt particulier pour le thème de la santé sexuelle. Lorsque les patients connaissaient 'socialement' leur médecin généraliste, ils étaient moins enclins à lui parler de sexualité. Les patients ne se disaient pas gênés si le sujet était lancé lors d'une consultation sans rapport avec la santé sexuelle.

Pour compléter cela, une étude suisse (20) a montré que 90,9% des patients aimeraient que leur médecin généraliste leur pose des questions sur leur sexualité dans le but de recevoir des conseils en matière de prévention et 59,8% pensaient que le médecin devrait aborder ce sujet dès la première consultation. Cette étude a montré un autre point intéressant : 15% des patients déclaraient qu'ils seraient embarrassés par ce sujet, néanmoins, 76,2% d'entre eux aimeraient quand même que le médecin l'aborde. De manière générale, 40,5% des patients ont déjà eu une discussion sur leur « vie sexuelle en générale » avec leur médecin.

Il fallait nuancer les résultats de cette étude pour la transposer à la situation française. En effet, il s'agissait d'une étude suisse, il existait donc des différences de culture mais également des différences de relation médecin-patient. La question de la santé sexuelle est une problématique actuelle et importante qui a une répercussion directe sur la qualité de vie des patients.(12) La santé sexuelle prend de plus en plus de place dans la médecine actuelle et qui plus est dans la médecine générale. L'OMS a décrit une définition très globale et a déclaré le droit de chaque individu de jouir de cette santé sexuelle qui peut influer sur la qualité de vie. (10)

Le médecin généraliste semble le premier acteur de la santé à pouvoir intervenir sur ce terrain en soins primaires. L'étude des freins à l'abord concernant les médecins a été soulevée mais il existe moins d'études concernant les patients.

Cela amène à la réalisation de ce travail qui a comme question de recherche :

De quelles manières les patients souhaitent-ils que leur médecin généraliste aborde la santé sexuelle en consultation ?

II) Méthode

A) Objectifs de l'étude

L'objectif principal a été de décrire les attentes et les représentations des patients sur l'abord de la santé sexuelle avec le médecin généraliste.

L'objectif secondaire a été de formuler des propositions en rapport avec les attentes et les représentations des patients en santé sexuelle afin de contribuer à la mise en place d'un outil de Repérage Précoce et d'Intervention Brève (RPIB) de type 'RPIB santé sexuelle'.

B) Recherche bibliographique

Devant le sujet assez transversal, il a fallu effectuer une recherche bibliographique sur différents serveurs ; Pubmed, EBSCO et la Banque de Données en Santé Publique (BDSP). (46)

Tout d'abord, trois grands thèmes ont été dégagés. Ces thèmes étaient la médecine générale, la santé sexuelle et la communication.

A partir de ces grands thèmes, des mots clés ont été trouvés tels que « primary health care » (« soins primaires »), « general practice » (« médecine générale ») pour le versant médecine générale.

Pour le versant santé sexuelle : « reproductive health » (« santé reproductive »), « sexual dysfunction » (« dysfunction sexuelle »), « sexual history taking » (« anamnèse sexuelle »), « sexual medicine » (« médecine sexuelle »), « sexual health » (« santé sexuelle »), « sex counseling » (« conseil en sexualité »).

Et pour le versant communication : « profesional patient relation » (« relation professionnel patient »), « counseling » (« conseil »), « medical history taking » (« anamnèse »).

Les recherches ont été faites sur Pubmed pour l'aspect médical du sujet, sur EBSCO (en sélectionnant Socindex, Psycarticles , Psycinfo et Psychology) pour l'aspect sociologique et psychologique du sujet et enfin sur la BDSP pour l'aspect de santé publique.

L'équation de recherche différait en fonction des moteurs de recherche utilisés.

La mise en page de la bibliographie a été réalisée avec l'aide du logiciel Zotero.

C) Type d'étude

Etude qualitative par entretiens individuels, semi-dirigés, avec un codage thématique ouvert, un double codage et une analyse en théorie ancrée.

1) Population étudiée

La population cible a été définie. Les personnes interviewées étaient des patients majeurs. Le critère d'inclusion était le recueil du consentement oral.

2) Recrutement des interviewés

Le recrutement s'est tout d'abord fait par la méthode 'boule de neige'. Un document explicatif (**ANNEXE 1**) sur le but de l'étude était donné à l'intermédiaire de la boule de neige pour le futur interviewé. Cela permettait à la personne de connaître les objectifs et de contacter directement l'investigatrice. La personne intermédiaire se chargeait de demander le consentement oral au futur interviewé. Avant de débuter l'entretien, l'investigatrice demandait à nouveau le consentement oral de l'interviewé et rappelait le caractère anonyme de l'entretien.

Le sujet 'santé sexuelle' n'était pas mentionné sur le document explicatif ; l'objectif écrit restant assez large sur les attentes des patients envers leur médecin généraliste. Le fait de ne pas donner le thème abordé aux futurs interviewés était volontaire afin qu'ils puissent éventuellement l'aborder par eux-mêmes sans que cela soit amené par l'investigatrice.

Après 10 entretiens, dans le but d'obtenir un échantillon varié, un ajustement avec une méthode de recrutement avec échantillonnage raisonné a été effectué.

Il a été demandé aux derniers intermédiaires de la 'boule de neige' de sélectionner des personnes à interviewer avec des critères plus précis d'âge et de sexe notamment.

L'objectif était d'obtenir un échantillon varié selon le sexe, l'âge, le lieu de vie, le niveau socio-économique et l'orientation sexuelle de l'interviewé(e), le sexe et l'âge du médecin généraliste, la durée du suivi par le médecin généraliste.

Le recrutement a été réalisé par la méthode « boule de neige », puis après 10 entretiens par échantillonnage raisonné sur les critères de sexe, d'âge, de lieu de vie, de catégorie socio-économique et d'orientation sexuelle de l'interviewé(e), de sexe, d'âge du médecin généraliste et de durée de suivi. Un document écrit était remis, ne mentionnant pas le sujet de l'étude. Le consentement oral était recueilli avant chaque entretien.

3) Le guide d'entretien

Un guide d'entretien a été réalisé par l'investigatrice avec l'aide d'une sociologue-psychologue clinicienne et d'un autre chercheur (le directeur de thèse). Le guide a pu être modifié au cours de la recherche afin d'améliorer la qualité du recueil de données.

En **ANNEXE 2** la première version du guide d'entretien et en **ANNEXE 3** la dernière version du guide d'entretien. Cela montre l'évolution au cours du travail. Ce sont les deux versions existantes du guide d'entretien.

Les entretiens étaient individuels et semi-directifs.

Tous les entretiens ont été réalisés par l'investigatrice en dehors du premier qui a été réalisé par le directeur de thèse, l'investigatrice était observatrice. Le but était de montrer la manière de mener un entretien semi-directif.

Concernant le guide, une attention particulière a été portée au vocabulaire de manière à ce qu'il ne soit pas trop médical mais qui soit au plus proche de la manière de parler des « non-chercheurs » ou « non-médecins ».

Une consigne initiale très large était donnée en début d'entretien afin de laisser parler la personne. Le sujet de la santé sexuelle n'était abordé qu'après plusieurs questions afin de mettre à l'aise l'interviewé(e). Le but était également de poser des questions sur la relation qu'il ou elle entretient avec son médecin généraliste afin par la suite de pouvoir en tenir compte dans l'analyse.

Les sous-questions ont été regroupées en grands thèmes avec des possibles relances si la personne interviewée développait peu un sujet. La dernière question de l'entretien était plus globale afin de finir sur une ouverture assez large.

A la fin de l'entretien, des questions socio-démographiques étaient posées aux interviewés afin d'aider par la suite à l'analyse. Les caractéristiques demandées étaient : l'âge, la profession, le statut en couple ou célibataire, avec ou sans enfant(s) concernant l'interviewé(e), l'âge et le sexe de leur médecin généraliste, la durée et la fréquence du suivi par leur médecin généraliste. Les questions socio-démographiques permettaient de récolter des informations afin de savoir qui on a en face de soi. A cela s'ajoutait le descriptif du lieu, le ressenti de l'investigatrice et le résumé de l'entretien. Toutes ces informations étaient recopiées au début de la retranscription des entretiens. Cela permettait au moment du codage de comprendre le contexte, en particulier pour la personne qui a fait le double codage et qui n'était pas présente au moment des entretiens.

Le but étant l'analyse du discours, discours qui n'a pas une valeur en lui-même mais dans un contexte. (47)

Les interviewés qui souhaitaient accéder aux résultats de l'étude avaient la possibilité de les recevoir par mail. Il leur a été expliqué que leur adresse mail ne serait pas reliée à leur entretien qui lui était anonyme.

Le guide d'entretien a été réalisé par l'investigatrice avec l'aide d'une sociologue et d'un autre chercheur (le directeur de thèse). Le guide a été modifié au cours de l'étude pour améliorer la qualité du recueil de données. Les entretiens individuels et semi-directifs ont été menés par l'investigatrice. Les données socio-démographiques étaient demandées en fin d'entretien pour permettre une contextualisation lors du codage et de l'analyse.

4) Déroulement des entretiens

La posture a été travaillée, avec l'aide d'une sociologue, de façon à ne pas se placer en position de médecin mais en position de chercheur et également de façon à adopter une posture neutre, non jugeante et ouverte afin d'encourager le dialogue et ne pas influencer les réponses des interviewés. (48,49) L'investigatrice se présentait comme 'une étudiante faisant une recherche en lien avec des médecins et des sociologues'.

Le choix d'un lieu neutre et calme était laissé à l'interviewé(e).

Les personnes ont été interviewées en Aquitaine ; dans les départements de la Gironde et des Pyrénées atlantiques.

L'investigatrice a travaillé avec l'aide de la sociologue à adopter une posture de chercheur lors des entretiens qui se déroulaient dans un lieu neutre choisi par l'interviewé(e) dans les départements de la Gironde et des Pyrénées atlantiques.

5) Retranscription et codage

L'enregistrement des entretiens s'est fait grâce à un enregistreur, après autorisation orale des participants et sous couvert d'anonymat. La retranscription a été réalisée par l'investigatrice au fur et à mesure des entretiens de manière intégrale et littérale sous Word.

Le logiciel N'Vivo 10 a été utilisé pour le codage. Un codage ouvert a été réalisé par l'investigatrice au fur et à mesure des entretiens.

Le double codage ou triangulation de chercheurs a été réalisé tout au long de l'étude. Deux investigatrices ont réalisé séparément un codage ouvert qu'elles mettaient en commun tous les trois entretiens. Une analyse thématique des codes a été effectuée afin de rassembler les

groupes de sens. Le recueil de données s'est arrêté lorsque l'objectif était atteint à savoir la saturation des données ; c'est-à-dire que la lecture du matériel ne permettait plus l'émergence de nouveaux groupes de sens.

Les entretiens ont été retranscrits et codés avec un codage thématique ouvert par l'investigatrice. Un double codage par l'investigatrice et une autre chercheuse a été réalisé tout au long de l'étude. Le recueil des données s'est arrêté une fois la saturation des données atteinte.

6) Méthode d'analyse

Une méthode d'analyse thématique afin de mettre à jour des logiques de pensée, d'action, d'attente a été choisie pour l'étude. Appelée également théorisation ancrée (50), elle permet la compréhension de phénomènes sociaux et d'en dégager un processus. (51)

Quatre chercheurs (l'investigatrice, le directeur de thèse, la chercheuse effectuant le double codage et la sociologue) ont contribué à l'émergence des axes principaux de l'analyse.

La méthode d'analyse thématique a été choisie. Quatre chercheurs ont contribué à l'analyse.

D) Protection des données personnelles et confidentialité

Il était expliqué par écrit puis par oral à l'interviewé(e) que l'entretien était anonyme. Son accord oral a été demandé avant chaque début d'entretien pour l'enregistrement qui a été détruit une fois retranscrit.

Avant de débuter l'inclusion et de commencer les entretiens, un avis a été demandé au Comité de Protection de Personnes Participants à la recherche médicale (CPP), qui a répondu que le sujet était « dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles et hors du champ de soumission à un CPP avec les outils choisis ». (**ANNEXE 4**)

Un avis a été demandé au CPP (référence : DC 2016/122bis) qui s'est prononcé pour le caractère hors-champ de l'étude.

III) Résultats

A) Caractéristiques des interviewés

	Sexe de Px	Age de Px	Profession	Situation familiale/ orientation sexuelle	Sexe du MG	Age du MG	Durée de la relation avec le MG	Fréquence du suivi	Milieu du cabinet
1	F	35 ans	Agent de vie sociale	Couple + enfant Hétérosexuelle	H	65-70 ans	6-7 ans	1/3mois	Semi-rural
2	F	28 ans	Sans emploi	Couple+ enceinte Hétérosexuelle	F	45-50 ans	14 ans	1/3mois	rural
3	F	43 ans	DRH	Couple Hétérosexuelle	H	65 ans	4 ans	1/an	urbain
4	F	45 ans	Auxilliaire puericultrice	Divorcée+ 2 enfants Hétérosexuelle	F	48 ans	3 ans	1/mois	Semi-rural
5	H	36 ans	Employé commercial	Couple Hétérosexuel	F	50 ans	30 ans	1/6mois	Urbain
6	F	22 ans	Hôtesse de caisse	Couple Hétérosexuelle	H	40 ans	22 ans	1/an	Urbain
7	F	78 ans	Retraité (vente)	Couple+ 2 enfants Hétérosexuelle	F	50 ans	6 ans	1/2mois	Rural
8	H	20 ans	Etudiant en hôtellerie	Couple Hétérosexuel	H	50 ans	2 ans	1/6mois	Urbain
9	H	52 ans	Photographe	Célibataire Hétérosexuel	H	45 ans	3 ans	1/2mois	Semi-rural
10	F	30 ans	Infirmière	Célibataire Hétérosexuelle	F	48 ans	10 ans	1/an	Urbain
11	F	22 ans	Psycho-motricienne	Couple Hétérosexuelle	F	50 ans	13 ans	2-3/an	Rural

12	H	31 ans	Chef d'entreprise	Célibataire Homosexuel	F	45 ans	3 ans	1/2-3 ans	Semi-rural
13	F	24 ans	Sans emploi	En couple Homosexuelle	F	28 ans	1 an	1 / 2 mois	Semi-rural
14	H	26 ans	Commercial	Couple Hétérosexuel	H	65-70 ans	25 ans	1/an	Urbain
15	H	68 ans	Retraité (ancien directeur d'hôpital)	Couple + 3 enfants Hétérosexuel	F	32 ans	1 an	1/ 3 mois	Semi-rural

Tableau 1 : Caractéristiques des interviewés.

MG = médecin généraliste

F = femme

H = homme

Les 15 entretiens se sont déroulés du 2 septembre 2016 au 10 janvier 2017.

La durée moyenne des entretiens était de 40 minutes (variant de 20 minutes à 55 minutes).

B) Recrutement et entretiens

Cinq intermédiaires, de niveaux socio-économiques divers, ont été nécessaires pour la 'boule de neige'. Le premier intermédiaire a permis de recruter une personne. Les quatre autres intermédiaires ont permis de recruter deux personnes chacune.

Après quatre entretiens, quatre personnes ont été recrutées dans la salle d'attente d'un centre de planification car la méthode 'boule de neige' était assez lente à se mettre en place et le recrutement d'hommes était difficile.

Quatre entretiens ont donc été réalisés dans la salle de pause du centre de planification. Une autorisation préalable par mail de la chef de pôle de gynécologie-pédiatrie-centre de planification-CEGIDD a été reçue.

Un médecin généraliste jeune a également été sollicité pour le recrutement de deux personnes (pour les derniers entretiens ; P13 et P15) afin de tendre vers la variation maximale.

C) Retranscription et codage

Le double codage s'effectuait tous les trois entretiens afin de refaire le point sur le guide d'entretien et dégager un arbre de codage.

L'arbre de codage se constituait de trois grandes parties (ou trois grands 'nœuds') : les représentations sur le médecin généraliste, les représentations sur la santé sexuelle et les attentes par rapport à l'abord de la santé sexuelle. Une 4ème grande partie a été ajoutée après six entretiens, il s'agit des conditions liées à l'entretien (au chercheur et à l'interviewé(e)) avec les résultats induits et la possible gène liée à l'entretien.

Le guide d'entretien a été modifié après les trois premiers entretiens, il a été rajoutée la question du dépistage qui s'avérait être un levier pour aborder ensuite la santé sexuelle de manière plus progressive.

Après réalisation, retranscription, analyse et double-codage de 15 entretiens, les données apparaissaient suffisantes et tendaient vers la saturation. (52) Lors du codage puis double-codage du 15ème entretien, aucun nouveau nœud n'a été créé ; définissant la saturation et clôturant l'inclusion de l'étude.

D) Thématiques

1) Le médecin généraliste : une personne occupée par le soin et la prescription

a) Le médecin généraliste : une personne occupée qu'on ne veut pas déranger

Les discours des interviewés ont montré une représentation du médecin généraliste comme une personne très occupée, avec une lourde charge de travail et des horaires soutenus. Le médecin généraliste pouvait donner l'impression d'une personne pressée qui ne veut pas s'attarder. Pour les personnes interviewées, il ne fallait donc pas déranger ce médecin, perçu comme débordé, avec des sujets jugés non importants.

⇨ <u>Les représentations sur l'organisation du cabinet et sur les horaires de travail du médecin généraliste</u>

Parmi les réponses des interviewés, l'organisation du cabinet avec des horaires importants et des consultations à la chaîne est ressorti. Ce mode d'organisation était critiqué par les interviewés mais le médecin était très majoritairement défendu sur le fait qu'il faisait de son mieux et qu'il restait disponible malgré tout notamment pour les créneaux d'urgence.

P14 : « Beaucoup d'attente en salle d'attente… »

P4 : « c'est sur rendez vous, c'est c'est chronométré presque. C'est 20 minutes je pense pas plus »

P2 : « des fois ils font du 8 heures-21 heures donc bon »

P7 : « ils sont débordés les médecins, ils sont débordés. »

Cette organisation entrainait la sensation que le médecin généraliste n'avait pas beaucoup de temps à leur consacrer et que lors de la consultation il ne fallait rien oublier et aller à l'essentiel.

⇨ <u>Le médecin généraliste: une personne pressée</u>

La sensation de manque de temps était retrouvée très franchement lors des différents entretiens. Elle pouvait influencer la relation entre le médecin et son patient avec cette sensation d'être parfois à la chaîne, de déranger si on pose une question. Il pouvait arriver que le patient se rende compte une fois la consultation terminée qu'il avait oublié de demander quelque chose. Le sentiment également de ne pas se sentir légitime, de prendre du temps avec le médecin avec la culpabilité du monde qui attendait dans la salle d'attente.

P12 : « parce que des fois c'est vrai qu'on a des choses qu'on a envie de dire ou des symptômes qu'on a et du coup le médecin comme euh accélère un peu la visite bah on ose pas en parler ou on oublie et du coup ça passe… Des fois on ressort et on oublie de demander ce qu'on avait… »

M. X (P5) évoquait les interruptions liées au téléphone qui pouvaient couper le discours.

> *P5 : « Comme il a beaucoup de monde. J'ai pas eu trop le temps de dire quelque chose car après il a eu un coup de téléphone donc entre temps ça rallonge le rendez vous. Il y a des personnes qui attendent donc on rentre dans le vif du sujet et c'est vrai qu'on prend pas le temps des fois »*

Les personnes interviewées ne voulaient pas prendre trop de temps avec leur médecin perçu comme débordé et abordaient donc en consultation des sujets qui leur semblaient justifiés.

⇨ <u>Consulter le médecin seulement si le motif est urgent ou important</u>

Parmi les quinze interviewés, onze ont évoqué la sensation de 'manque de temps' ou de 'médecin débordé'. Parmi ces onze personnes, sept ne consulteraient pas leur médecin généraliste si le motif ne leur paraissait pas urgent ou important. Pour se sentir légitime, il ressortait que le motif de la consultation avec le médecin généraliste devait être important. Le médecin pouvait être vu comme le dernier recours. L'interviewé commençait à se débrouiller seul, attendant que cela passe ou allant chercher des conseils sur internet par exemple.

> *P12 : « J'y vais vraiment dans les cas où … enfin vous avez compris… dans les cas extrêmes."*.

Le médecin généraliste était perçu comme une personne occupée qu'il ne fallait déranger que pour un motif important ou urgent.

b) Le médecin généraliste : un prescripteur qui soigne des maladies

Les discours des interviewés ont montré une représentation du médecin généraliste comme ayant plusieurs rôles allant de la prise en charge globale à une fonction restreinte de prescription. Le médecin pouvait être vu comme s'occupant de la maladie avec comme rôle celui de prescrire.

⇨ <u>S'occuper de la maladie</u>

Parmi les interviewés, le médecin pouvait être vu comme la personne qui suit une maladie chronique et qui n'a pas d'autre rôle.

> *P4 : « Non, elle c'est vraiment la personne référente par rapport à la maladie »*

> *P4 : « non, on sort pas du cadre de la maladie. »*

Son rôle était parfois restreint à la prise en charge d'une maladie spécifique ou d'un motif très ciblé. Un interviewé (P9) a évoqué des demandes directives de sa part.

P9 : « C'est peut-être parce que moi aussi j'oriente la séance comme ça. Je suis peut-être entre guillemets, pas directif mais je lui indique euh les ce pourquoi je viens et ce dont j'ai besoin. Du coup peut-être que je l'enferme dans un schéma. »

P15 : « J'arrive avec l'ordre du jour et puis voilà. »

Parmi les quatre personnes interviewées qui ont évoqué comme rôle du médecin généraliste celui de 's'occuper de la maladie', aucun n'avait déjà abordé la santé sexuelle avec le médecin généraliste.

Les représentations sur le médecin généraliste qui s'occupe de la maladie persistaient avec un rôle parfois restreint à prescrire.

⇨ <u>Le médecin généraliste : un prescripteur</u>

Le médecin généraliste pouvait être vu comme un prescripteur, de médicaments, de certificats, d'examens. Il prescrivait des traitements qui permettaient de soigner.

P14 : « à partir du moment où on me prescrit des médicaments qui fonctionnent ça me convient très bien. »

P3 : « J'y allais globalement une fois par an justement pour euh renouveler renouveler ces certificats médicaux »

Un interviewé (P9) a évoqué le fait qu'il ne consulterait pas son médecin par peur de sortir du cabinet avec une ordonnance de médicaments.

P9 : « En cas de panne sexuelle bah euh j'irai pas vers le médecin parce que je sais qu'il va me donner un médicament. »

Le médecin généraliste pouvait être perçu par les interviewés comme une personne occupée de par une charge de travail importante et des horaires conséquents. Le médecin généraliste était perçu comme étant une personne pressée qui manque de temps et que l'on consulte uniquement si le motif est jugé urgent ou important. Il pouvait être perçu comme s'occupant que de la maladie avec un rôle limité à la prescription.

2) L'abord de la santé sexuelle avec le médecin généraliste : un sujet secondaire parfois limité aux éléments médicaux

a) Un sujet secondaire pour les interviewés

⇨ <u>L'absence d'attente</u>

L'absence de souhait d'abord ne voulait pas dire que le sujet n'avait jamais été abordé avec le médecin généraliste. Parmi les personnes interviewées ne déclarant pas souhaiter aborder

ce sujet avec leur médecin généraliste, des aspects de la santé sexuelle divers comme le dépistage des IST, la contraception, la vaccination anti-HPV, les problèmes de sexualité dans le couple, une infection de l'épididyme ou les effets secondaires à type de dysfonction érectile d'un traitement pour un adénome de prostate ont déjà été abordés par ces mêmes personnes.

La principale raison évoquée était tout d'abord l'absence de besoin c'est-à-dire l'absence d'attente, peu importe l'interlocuteur, car la personne interviewée n'avait pas de problématique sur le sujet, le problème a été résolu ou n'a jamais existé.

> *P9 : « J'ai pas vécu euh de difficulté particulière dans ce domaine pour que euh j'ai des interrogations. »*

Une autre raison évoquée d'une absence d'attente d'abord de la santé sexuelle de la part du médecin généraliste était l'orientation vers un autre spécialiste. Dès lors que les interviewés étaient orientés vers un spécialiste par leur médecin généraliste, un sexologue pour les problèmes de sexualité dans le couple (pour P13) ou le centre de planification pour une conduite à tenir devant une grossesse non désirée (pour P5), ces derniers pouvaient ne plus ressentir le besoin d'en parler à leur médecin généraliste car un autre intervenant avait pris la suite. C'est le cas de Mme D. (P13) qui a été adressé à une sexologue par son médecin généraliste.

> *P13 : « comme le sexologue fait son travail bien comme il faut on n'a plus ce truc de de besoin d'en parler [au médecin généraliste]. »*

Il pouvait ne pas y avoir d'attente ou l'attente pouvait être centrée sur un autre intervenant.

- ⇨ <u>Un sujet pas assez important pour consulter son médecin généraliste</u>

Les personnes interviewées avaient une représentation de la santé sexuelle comme un sujet ne nécessitant pas en lui-même une consultation chez le médecin généraliste. L'abord de la santé sexuelle n'était pas jugé comme étant un motif de consultation suffisant. Le sujet pouvait être jugé non urgent ou pas assez important pour nécessiter une consultation chez le médecin généraliste.

> *P2 (contexte : violences sexuelles): « Je me dis que y'a plus grave entre guillemets que des, que des soucis euh que des soucis de de relations intimes. »*

Il pouvait s'agir d'un sujet rajouté rapidement en fin de consultation, comme Mme L. (P10) qui a demandé à son médecin de lui rajouter un bilan IST sur l'ordonnance qu'elle était en train de rédiger pour autre chose. Cela pouvait entraîner un abord superficiel du sujet.

> *P10 : « je lui ai demandé qu'elle me prescrive une prise de sang, et comme j'avais jamais fait les tests … hépatite C, VIH et tout, je lui ai demandé si je si je pouvais le faire dans la foulée »*

Le sujet de la santé sexuelle pouvait être considéré comme 'secondaire' pour nécessiter à lui seul une consultation d'après les interviewés, d'autant plus que l'existence des prises en charge sur ce domaine étaient parfois peu connue.

⇨ Représentations d'une sous-estimation des solutions proposées par le médecin généraliste

Les personnes interviewées rapportaient certains aspects de la santé sexuelle comme l'épanouissement dans lesquels ils ne voyaient parfois pas le rôle du médecin généraliste.

> *P5 : « Je vois pas en quoi le médecin.. sinon le reste oui, pour la contraception même pour la violence oui ça il me semble mais pour l'épanouissement… je vois pas ce qu'il peut m'apporter »*

Le sujet de la santé sexuelle pouvait être vu comme non suffisant pour nécessiter à lui seul un motif de consultation avec le médecin généraliste. Il pouvait être amené secondairement en fin de consultation. Les solutions que le médecin généraliste pouvait proposer sur ces différents sujets étaient non-connues ou méconnues, tout comme le sujet en lui-même de la santé sexuelle.

b) La santé sexuelle : un thème parfois limité aux aspects médicaux

A la question : « Que vous évoque le terme 'santé sexuelle' », ce qui était clair c'est que le terme n'était pas connu des interviewés. S'agissant d'un terme médical, il donnait à réfléchir.

⇨ La vision d'une globalité

Dans les réponses données spontanément, les interviewés s'accordaient à parler d'un terme 'global', de 'santé de l'organe', 'd'une vie sexuelle saine', 'd'absence de pathologie organique'.

> *P9 : « un évènement qui permet de contribuer à se sentir euh bien [silence] par opposition du coup à des maladies ou des évènements qui pourraient faire que ça pourrait influencer la santé sexuelle. »*

La santé sexuelle était vue comme une globalité, comme l'absence de maladie. Le terme de santé étant opposé à celui de maladie par les interviewés.

Les problèmes de sexualité dans le couple avec les problèmes de libido, de désir, d'épanouissement, de performances sexuelles, de fertilité ont été cités par les interviewés.

> *P14 : « Ca pourrait être la santé sexuelle peut-être dans un couple est-ce que ça se passe bien les relations sexuelles dans un couple »*

En dehors de cette vision globale, les éléments majoritairement cités par les interviewés étaient les éléments médicaux.

⇨ Des éléments médicaux prépondérants

Les sujets les plus facilement évoqués étaient liés directement au rôle de prévention du médecin généraliste. Ainsi, ont été cités les infections sexuellement transmissibles, le préservatif, les partenaires, la contraception et le vaccin anti-HPV. Il s'agissait de sujets d'aspect assez médicaux.

> *P10 : « avec la prévention, pour la contraception, les préservatifs pour … pour éviter toute maladie notamment aussi parler du vaccin contre … le cancer de l'utérus »*

Les sujets médicaux ont été évoqués par les interviewés pour décrire la santé sexuelle. Tous les aspects de la santé sexuelle n'ont pas été abordés spontanément par les interviewés.

⇨ Certains aspects ont été occultés

Pour d'autres sujets de santé sexuelle, l'abord n'a pas été spontané. Il a été indirect ou il a fallu relancer le sujet.

Cela a été le cas pour les grossesses non désirées et l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), les violences sexuelles et l'orientation sexuelle.

Ces trois sujets ont été évoqués spontanément au cours de l'entretien car vécu respectivement par P5, P2 puis P12 et P13.

Pourtant à la question « à quoi vous fait penser le terme 'santé sexuelle' ? », ces sujets ne sont pas ressortis spontanément par ces personnes.

Les autres interviewés qui n'ont pas vécu ces situations, n'en ont pas parlé non plus.

Sur le sujet des violences sexuelles, Mme X (P2) qui a dit entretenir une excellente relation avec son médecin généraliste qu'elle a décrit comme très ouverte et à l'écoute, qui lui a demandé régulièrement à la fin de la consultation si elle avait des questions ou si elle voulait parler d'un autre sujet, a préféré parler de ce sujet à une conseillère conjugale.

Pour les interviewés, la santé sexuelle n'était pas perçue comme étant un sujet assez important pour nécessiter une consultation avec le médecin généraliste. Les solutions pouvant être apportées par le médecin généraliste sur ce sujet étaient méconnues, tout comme le sujet en lui-même de la santé sexuelle. La santé sexuelle pouvait être limitée à certains aspects en particulier des aspects médicaux. D'autres aspects ont été occultés comme les violences sexuelles.

3) La santé sexuelle et le médecin généraliste : un sujet intime et une relation qui peut influer sur l'abord

a) La santé sexuelle : un sujet intime à aborder avec précaution

Les discours des interviewés ont montré que le sujet de la santé sexuelle était une intimité faisant partie de la vie privée de la personne. Une impression était présente, celle que le médecin n'avait pas l'habilité à entrer dans cette sphère qui pouvait être représentée comme étant hors du domaine médical, en particulier pour l'abord de certains sujets de santé sexuelle comme l'épanouissement sexuel par exemple.

⇨ <u>La santé sexuelle fait partie de la vie privée du patient</u>

Lors de l'évocation de ce que représentait la santé sexuelle, Mme L. (P10, 30 ans) évoquait la ménopause et les troubles de l'érection. M. L. (P15, 68 ans) évoquait la ménopause. Tous les deux n'étaient pas concernés directement par les représentations qu'ils décrivaient.

Le caractère anonyme de l'abord par le dépistage a été cité par trois personnes. Toutes les trois ont été interviewées au centre de planification. C'était le cas d'une jeune femme (P6). Quand elle était plus jeune, sa première prescription de pilule s'est faite au centre de planification. Elle a décrit l'abord de la santé sexuelle avec son médecin généraliste comme se limitant au renouvellement de sa pilule.

Sur les questions d'épanouissement sexuel notamment, les personnes interviewées répondaient qu'ils en parleraient plutôt à leur partenaire en partie car ce sujet était personnel.

Les proches étaient également décrits comme des intervenants privilégiés sur ce sujet en particulier les mères au moment de l'adolescence avec une attitude perçue comme ouverte pour répondre aux éventuelles questions lors de l'entrée dans la vie sexuelle.

Se débrouiller seul pouvait être une autre possibilité. Les interviewés qui évoquaient cette option la justifiaient soit parce qu'ils savaient où chercher l'information soit parce qu'ils savaient quoi faire (aller au laboratoire pour un dépistage pour P14, aller voir un naturopathe en cas de problème sexuel pour P9).

Les médias comme internet étaient une source d'informations pouvant parfois offrir des réponses aux questions sur le sujet de la santé sexuelle. Voilà comment M. L. (P15) justifiait la non-nécessité d'en discuter avec son médecin.

> *P15 : « Moi je suis assez renseigné avec l'outil internet, je sais ce que ça induit une opération de… de prostate, les risques que ça… »*

Une partie minoritaire de l'échantillon évoquait le fait que c'était au patient d'aborder le sujet de la santé sexuelle avec son médecin généraliste du fait du caractère intime du sujet. Pour ces personnes interviewées, le médecin généraliste ne devrait pas aborder la santé sexuelle si le sujet n'est pas amené par le patient.

P15 : « c'est plus le patient qui met le sujet sur la table à mon avis. »

P4 : « si j'ai envie de si j'ai envie de lui en parler … je lui en parlerai. Voilà, je vais pas attendre qu'elle m'en parle »

Les interviewés décrivaient la santé sexuelle comme appartenant à la vie privée et ne concernant pas nécessairement le médecin généraliste.

P14 : « j'pense que certaines personnes sont assez pudiques pour parler de leur vie… privée avec un médecin… »

P13 : « ce serait bien que le médecin s'immisce un tout petit peu, dans la limite hein »

P13 : « Mais après faut pas trop s'en mêler non plus parce que c'est pas non plus au docteur de faire la sexualité du patient mais… »

P2 : « est-ce que c'est pas un peu rentrer dans la la vie privée du patient je sais pas »

Devant un sujet pouvant être décrit comme appartenant à la vie privée par les interviewés, il pouvait ressortir que le médecin devait montrer une certaine habilité pour parler de ce sujet intime.

⇨ <u>Habilité à aborder la santé sexuelle</u>

Dans les discours de la majorité des interviewés sur les représentations des compétences de leur médecin généraliste en médecine générale, leur médecin était perçu comme compétent sur le plan clinique comme dans la communication.

P7 : « Moi j'ai un médecin qui ausculte très très bien. »

P6 : « il m'a tout bien répondu, il m'a éclairci […] il m'explique vraiment ce que j'ai. »

Une interviewée (P1) a évoqué les compétences du médecin généraliste comme étant restreintes à la 'bobologie'.

P1 : « C'est souvent assimilé médecin généraliste à euh bobos quoi voilà grippe euh rhume, mal au dos ou autre enfin c'est vrai que du coup on on a tendance à mettre dans des dans des cases quoi donc euh [rires]. »

S'agissant d'un sujet relevant d'une intimité, le médecin généraliste devait avoir les compétences nécessaires dans ce domaine pour être légitime dans l'abord de celui-ci.

Concernant les représentations des compétences en santé sexuelle de leur médecin généraliste, lorsque le sujet était médical, dépistage d'IST, prescription de contraception, vaccination anti-HPV, le médecin généraliste avait toute sa place pour les personnes interviewées, de part son rôle de dépistage et de prévention.

P10 : « ce serait pour un dépistage j'irai forcément vers mon médecin traitant »

P3 : « c'est l'acteur initial de la prévention et du dépistage ou de de l'identification des situations difficiles »

Pour les interviewés, la santé sexuelle faisait partie du domaine de l'intime. Certains sujets de ce domaine, pour une partie des personnes interviewées, ne faisaient pas partie du champ de compétences du médecin généraliste. Pour pouvoir aborder ces sujets, une personne parmi l'ensemble des interviewés, Mme D. (P13) a évoqué qu'il fallait un diplôme de sexologue.

P13 : « tant qu'elle a pas… son diplôme de de sexologue j'pense pas que ça l'intéresse de savoir plus pour le moment. Ca reste quand même une intimité et elle n'a pas l'habilité à rentrer dans cette intimité-là pour le moment… Elle reste sur le plan médecin et gynéco. »

La santé sexuelle pouvait évoquer un rapport au corps avec des possibles examens gynécologiques. Pour Mme C. (P3), ce type d'examen intime était lié à sa gynécologue.

P3 : « en revanche je serai sans doute plus à l'aise sur l'examen gynéco avec ma gynécologue que euh qu'avec mon généraliste. »

Pour les personnes interviewées, la santé sexuelle était perçue comme appartenant à la vie privée et l'interlocuteur était perçu comme devant avoir une certaine légitimité à l'abord de certains sujets. L'âge et le sexe du médecin et du patient pouvaient également influencer l'abord.

⇨ <u>Représentations sur l'âge et le sexe du médecin généraliste pour l'abord de la santé sexuelle</u>

Pour Mme B. (P4), le sexe du médecin a eu son importance sur l'abord de la santé sexuelle. L'abord pouvait être plus facile avec quelqu'un du même sexe.

P4 : « Oui puis moi un homme, je ne parle pas de sexualité. »

L'âge également, comme le faisait remarquer ce jeune homme de 26 ans (P14) pour qui le médecin qui aborde ce sujet devrait plutôt être quelqu'un de jeune.

P14 : « j'pense que déjà ça euh devant des ados essayer que ce soit une personne assez jeune qui leur en parle, plutôt qu'une personne de 60 ans, 60 ans-70ans. Si ça peut être un jeune… un jeune professionnel de la santé ça peut être bien aussi. »

L'élément du sexe de l'interviewé cette fois a été évoqué au cours des entretiens. Par exemple, le sujet de la contraception, d'après un homme interviewé, était perçu comme pouvant faciliter l'abord de la santé sexuelle chez les femmes car il était jugé en lien direct avec la santé sexuelle.

P9 : « peut-être que euh c'est plus compliqué pour un homme d'aborder ce sujet et que naturellement ça se fait peut-être plus aisément quand le patient est une femme parce qu'effectivement avec la contraception euh on est en lien direct avec euh.. »]

Plusieurs facteurs comme la représentation des compétences, l'âge, le sexe du médecin généraliste pouvaient intervenir dans l'abord de ce sujet considéré comme intime. Différents synonymes ont été cités concernant la santé sexuelle ; un sujet 'sensible', 'délicat', 'tabou'. Les interviewés s'accordaient à dire qu'il s'agissait d'un sujet qu'il fallait manier avec précaution, cela s'est également ressenti pendant les entretiens.

⇨ <u>Un sujet qui peut entraîner de la gêne</u>

Le sujet de la santé sexuelle était perçu comme un sujet délicat par les interviewés, preuve en est les diverses manifestations de gêne des interviewés au cours des entretiens. Ces manifestations étaient ponctuelles mais présentes à presque chaque entretien.

Il prédominait la peur de 'mal répondre', de ne pas savoir ou de ne pas apporter quelque chose à l'étude. Certains allant même jusqu'à s'excuser.

P2 : « Je suis pas sûre que ça vous aide beaucoup du coup mais euh [rires]. »

Un moyen utilisé par les interviewés consistait parfois à détourner le sujet en faisant diversion sur autre chose ou en faisant mine de ne pas avoir compris que la question portait toujours sur la santé sexuelle.

« P1 : Par rapport toujours euh ?
M : Oui.
P1 : Au problème de sexualité ou.. »

L'humour a également été utilisé pour détendre l'atmosphère ainsi que le rire gêné. Il existait parfois également un besoin d'être rassuré, d'avoir donné 'la bonne réponse'.

« P4 : Je réponds à vos questions là ?
M : Oui
P4 : Je suis un peu brouillon, non ? »

La gêne étaient présente en particulier lorsque certains thèmes de santé sexuelle précis comme les violences sexuelles ou l'orientation sexuelle étaient évoqués.

« P 13 : Sans violence, c'est peut-être sans violence…
M : Oui ça sous-entend consentement…
P 13 : Je le suis pas hein je précise… »

En dehors du ressenti de l'entretien, les interviewés ont évoqué leur ressenti vécu réellement ou non d'un abord avec leur médecin généraliste.

⇨ Le ressenti projeté de l'abord de la santé sexuelle avec le médecin généraliste

Le ressenti projeté de personnes interviewées n'ayant jamais abordé le sujet avec leur généraliste (ou très partiellement) ressortait franchement. Ces personnes pouvaient se projeter comme risquant d'être gênées face à ce sujet 'assez tabou' d'après elles, les remarques pouvant aller jusqu'au risque de blesser le patient.

> *P2 : « Parce que y'a des patients qui vont pas avoir envie d'en parler non plus donc euh […] ou qui vont se sentir un peu agressés ou [silence] offusqués euh. »*

Le comportement et la réaction du médecin généraliste pouvait influer sur la projection du ressenti du patient.

> *P10 : « si le médecin lui est mal à l'aise avec avec le sujet ce que je peux entendre parce que c'est pas non plus le sujet le plus facile, forcément bah effet miroir ça va être la même chose de l'autre côté. »*

Face à ce ressenti projeté de la part de personnes n'ayant pas réellement abordé la santé sexuelle avec leur médecin généraliste, on retrouvait le ressenti éprouvé qui lui concernait le vécu réel de cet abord par les personnes interviewées.

⇨ Le ressenti éprouvé d'une situation vécue d'abord de la santé sexuelle avec le médecin généraliste

Le ressenti éprouvé quant à lui était différent du ressenti projeté. Il était perçu comme étant lié à plusieurs composantes dont la relation médecin-patient.

Mme D. (P13) a consulté en couple son médecin généraliste, avec qui elle a décrit entretenir une très bonne relation de confiance et d'écoute, par rapport à ses problèmes de sexualité dans le couple. Elle a dit s'être sentie à l'aise.

> *P13 : « nous on est très ouverte, on a eu ce truc de pas avoir la timidité d'en parler. »*

De même, lorsque M. D. (P14) a consulté son médecin généraliste pour un épisode d'épididymite, celui-ci lui a posé des questions sur des éventuels rapports à risques. Il a décrit ne pas s'être senti gêné.

> *P14 : « Ca m'a paru normal en fait qu'il qu'il le fasse, enfin ça ça m'a pas gêné, je suis pas forcément pudique sur ma sur ma vie surtout avec mon médecin. »*

D'autant plus qu'il a décrit une bonne relation avec celui-ci.

> *P14 : « C'est… on se sent pas juste être un numéro en fait, quelqu'un qui passe à la file et à qui on prescrit juste des médicaments et… c'est vrai que c'est assez plaisant de enfin pas plaisant mais… si plaisant en fait… d'être entendu, d'être écouté. »*

Néanmoins lorsqu'il a dû consulter à nouveau pour le même motif mais avec un autre médecin car il était en déplacement, cette fois-ci l'abord de ce même sujet l'a gêné.

> *P14 : « Ca peut être assez gênant de parler de certains problèmes avec le médecin ou quelqu'un qu'on n'a pas l'habitude de côtoyer. »*

Enfin M. L. (P15) était résigné lorsqu'il parle de l'abord des dysfonctions érectiles iatrogènes avec sa jeune nouvelle médecin généraliste.

> *P15 : « Ah bah c'est sûr que c'est pas marrant mais faut bien… faut bien l'aborder le sujet. Elle est tenue au secret… médical… C'est pas très rigolo hein, faut bien s'en remettre à quelqu'un… »*

Le ressenti projeté pouvait prendre une place importante parmi les réponses des interviewés avec des représentations de situations gênantes sur un sujet perçu comme tabou. Dans le ressenti vécu des interviewés, la représentation de la relation médecin-patient pouvait jouer un rôle dans l'abord.

b) La relation médecin-patient : une relation qui peut influer sur l'abord

Les discours des interviewés ont montré que la relation entre le médecin et le patient influait sur l'abord. Les représentations de la relation pouvaient être liées à une relation longue ou jugée trop proche ainsi qu'au fait que le médecin généraliste suivait également (ou connaissait) la famille ou les proches de l'interviewé.

⇨ <u>Connaître son médecin depuis longtemps</u>

Les personnes interviewées pouvaient différencier ceux qui connaissaient leur médecin généraliste depuis longtemps et ceux qui le connaissaient 'trop bien'. Connaître son médecin généraliste depuis longtemps pouvait être un atout, l'interviewé pouvait se sentir plus à l'aise et parler plus librement.

> *P10 : « Ca aurait été avec quelqu'un d'autre peut-être que j'aurais été gêné, après elle on se connaît. »*

Mais 'trop bien' connaître son médecin pouvait être un frein à l'abord de sujet comme la santé sexuelle d'après les interviewés. Le fait de connaître son médecin depuis longtemps et d'avoir une relation proche étaient perçus comme étant en lien avec le fait que parfois le médecin 'ne faisait pas l'effort' de chercher autre chose que le motif de consultation avec l'instauration d'une certaine routine.

> *P1 : « Je pense que du coup y'a euh une certaine facilité du coup euh on découvre on cherche moins à découvrir vraiment enfin moi je le ressens comme ça. »*

P4 : « il ne pense pas qu'il peut y avoir autre chose qui vienne s'imbriquer ou vous avez envie de parler d'autres sujets. Parce que du coup il n'en a pas l'habitude. »

Le médecin pouvait être le même depuis longtemps avec parfois, au fil des années une relation plus qu'uniquement professionnelle qui avait pu se tisser.

⇨ <u>Connaissance de la famille</u>

Quand le médecin était aussi un ami, qu'il connaissait la famille, les parents ou que le tutoiement était utilisé, un certain climat semblait être instauré qui pouvait limiter l'abord de sujet comme la santé sexuelle.

P10 : « Et pour le coup, j'pense que ça fausse aussi la la relation si c'est un médecin traitant qu'on connaît depuis longtemps, ou si c'est le médecin de famille surtout à cet âge-là (adolescence) où déjà on n'est pas forcément très à l'aise d'en parler. »

P10 : « Alors le médecin familial … qui est en plus … un couple d'amis de … de la famille j'trouve que c'est pas … c'est pas là que j'aurais abordé le sujet en tout ça. »

Une relation 'trop proche' ou le fait de connaître le médecin en dehors du cabinet pouvait entraîner une certaine réticence à l'abord de sujets comme la santé sexuelle. D'autres facteurs pouvaient également jouer dans cette relation médecin-patient en défaveur de l'abord.

⇨ <u>Différents facteurs rendant la relation plus difficile</u>

La relation en elle-même pouvait ne pas être basée sur le dialogue ou avec une possible rétention d'informations au profit du spécialiste jugé parfois plus compétent sur ce sujet ou encore l'absence de médecin référent de par un nomadisme médical.

Une personne parmi l'ensemble des interviewés (Mme B., P4) a décrit la relation avec son médecin généraliste avec des moments d'incompréhension, un manque de dialogue et des non-dits. Mme B. a déjà changé de médecin traitant car elle trouvait leur relation trop proche. Avec son médecin généraliste actuel, la relation a été décrite comme difficile et le dialogue comme peu présent. Elle a dit modifier elle-même ses traitements.

P4 (parlant de son traitement par Séroplex): « Je l'ai baissé toute seul. C'est-à-dire que j'ai diminué dans son dos... »

P4 : « Il y a eu des rendez vous où ça a été euh une incompréhension totale. »

P4 : « j'avais l'impression qu'elle me mettait une étiquette sur le ... sur le front qui n'était pas du tout la réalité … »

Mme B. (P4) n'a jamais parlé de santé sexuelle avec son médecin mais en a parlé avec sa psychologue avec qui elle a dit entretenir une très bonne relation. Elle a notamment parlé avec elle des effets du Séroplex sur sa sexualité.

Mme X (P7) n'a jamais parlé de santé sexuelle avec son médecin généraliste. Elle a déclaré séparer les rôles entre sa gynécologue qu'elle a dit connaître depuis très longtemps et qu'elle a déjà consulté pour une sécheresse vaginale suite à la ménopause, et son médecin généraliste qu'elle a dit connaître depuis moins longtemps mais avec qui elle a décrit entretenir une bonne relation. Elle a décrit un contexte de néo du sein opéré qui l'a amené à un suivi gynécologique rapproché. Sa gynécologue pouvait avoir accès à plus d'informations que le médecin généraliste.

> *P7 : « la ménopause c'est la gynéco »*

> *P7 : « Mme M. ne sait pas tous les problèmes que j'ai eus. Elle ne sait pas que j'ai fait une fausse couche, je lui en ai jamais parlé, jamais. Le spécialiste est au courant. »*

Une autre variable pouvait intervenir dans la relation. Cela concernait les personnes interviewées avec un parcours de soins un peu atypique dû à de nombreux déménagements et donc l'absence de médecin généraliste 'fixe'.

> *P12 : « en fait moi je déménage beaucoup, je voyage beaucoup, je fais beaucoup de déplacements en France donc j'ai pas généralement de médecin de famille ou de médecin traitant. »*

De manière plus anecdotique, on pouvait citer les prises en charge téléphoniques, évoquées par une interviewée (P10).

> *P10 : « que ce soit la prescription de kiné ou d'un médicament spécifique elle me le fait sans forcément que je prenne rendez-vous. »*

Pour les interviewés, la santé sexuelle était perçue comme appartenant au domaine de la vie privée, à l'intimité de la personne. De l'abord de ce sujet pouvait découler une gêne, d'autant plus si la relation médecin-patient était perçue comme 'proche'. Des compétences dans le domaine de la santé sexuelle pouvaient favoriser l'abord. Des éléments comme l'âge ou le sexe du médecin généraliste pouvaient intervenir dans l'abord. La santé sexuelle était un sujet qui pouvait provoquer de la gêne lors de l'abord, y compris lors des entretiens. La relation médecin-patient pouvait influer sur l'abord, en particulier en cas de relation perçue comme proche ou de connaissance en dehors du cadre professionnel.

4) Une rencontre entre le patient, son médecin généraliste et un sujet sensible qui parfois n'aboutit pas

D'après les personnes interviewées, les médecins généralistes étaient perçus comme abordant d'autres sujets que le motif de consultation. Il s'agissait de motifs de prévention comme le tabac, le poids, le stress ou le sommeil. Les médecins généralistes étaient perçus comme s'intéressant également à la vie personnelle du patient en lui posant des questions sur sa famille, ses enfants ou son travail. Il a été soulevé que le médecin généraliste pouvait

mettre en avant ses compétences en abordant spontanément des éventuelles spécialisations comme l'ostéopathie par exemple.

Les discours des interviewés montraient qu'une demande d'aborder la santé sexuelle existait. Le médecin généraliste pouvait être perçu comme l'interlocuteur privilégié pour cet abord. Les interviewés qui décrivaient avoir abordé le sujet avec leur médecin généraliste au cours de différentes occasions pouvaient ne pas avoir eu l'impression que le sujet ait été réellement abordé.

a) Une demande d'abord à l'initiative du médecin existe

Il pouvait exister un besoin de parler de santé sexuelle chez les interviewés, notamment en donnant des notions sur ce sujet lors de l'entrée dans la vie sexuelle active et aussi pour éviter des souffrances psychiques. Un possible impact positif sur une dépression ou un mal-être a été évoqué si des sujets comme les violences sexuelles ou l'orientation sexuelle étaient abordés avec le médecin généraliste.

> *P2 (contexte de violences sexuelles) : « Y'a toute une période de mal-être en fait qui qui n'aurait pas qui n'aurait pas eu lieu »*
>
> *P11 : « Moi j'pense que … enfin pour l'avoir vécu qu'il parle de la séparation des corps, donc voilà ton corps c'est ton corps pour prévenir les violences qu'il peut y avoir. »*
>
> *P12 (contexte d'orientation sexuelle): « Bah me faire comprendre que que c'était pas grave que y'avait rien de de mal, que voilà que je pouvais l'avouer, parce que c'est très dur »*

Les personnes interviewées décrivaient rarement aborder le sujet de la santé sexuelle par eux-mêmes.

> *P13 : « c'est quelque chose que les gens ne vont pas forcément aborder tout seul »*
>
> *P5 : « Le type il veut en parler des fois mais juste d'avoir un petit geste pour commencer à en parler. »*
>
> *P11 : « Enfin moi je trouve que ce serait un vrai respect du lien entre le patient et le médecin généraliste. Parce que concrètement si c'est pas le médecin généraliste qui le fait … »*

Aborder la santé sexuelle pouvait être perçu comme faisant partie intégrante du 'travail' du médecin généraliste.

> *P9 : « je pense que c'est plutôt à lui de poser la question. Quelque part ça incarne bien, enfin ça doit faire partie de la médecine générale de poser des questions effectivement. »*
>
> *P6 : « Que un médecin qui parle de ça, c'est son travail. »*

L'attente d'un abord pouvait être présente et le médecin généraliste était perçu comme l'interlocuteur privilégié pour y répondre.

b) Les atouts du médecin généraliste pour accéder à la demande

Les discours des interviewés ont montré une représentation du médecin généraliste comme possédant des connaissances (biologiques, anatomiques, physiologiques…) qu'il pouvait transmettre à ses patients par une éducation thérapeutique. Son rôle de dépistage et de prévention était évoqué de manière prépondérante par les interviewés, arrivait ensuite son rôle d'écoute, de réassurance et de conseils.

> *P14 (contexte : épididymite): « C'est une raison pour laquelle on va voir un médecin… On va chercher une expertise…médicale. »*
>
> *P13 : « Alors que là pour moi y'a ce truc d'être à l'écoute, de comprendre, de voir un peu plus au plus loin de ce qu'on dit, donc ce qui est en prévention quoi. »*
>
> *P6 : « Il a essayé de me rassurer comme le médecin … comme tous les médecins je pense. »*
>
> *P13 (contexte de désir de grossesse chez un couple de femmes homosexuelles) : « Pour voir ce qu'elle nous conseille, les dangers qu'il peut y avoir tout ça… On va entamer ce ce sujet-là. »*

Le médecin généraliste était perçu par les interviewés comme faisant des investigations et orientant vers un spécialiste si besoin, ayant un rôle de coordinateur de soins. Il était décrit comme ayant une prise en charge globale et continue de la personne, centrée sur le patient.

> *P13 : « on a discuté un peu globalement hein mais elle essayait de nous indiquer un peu mais elle a dit voilà j'ai pas encore… j'peux pas forcément… j'ai pas toutes les réponses dont vous auriez besoin. Donc c'est pour ça qu'elle nous a redirigées. »*
>
> *P5 (contexte de grossesse non désirée) : « j'étais perdu. C'était pour savoir comment.. où fallait s'adresser »*
>
> *P13 : « on rebondit, on est dans un dialogue du coup elle élargit bien pour qu'on puisse voir tout le plan et savoir s'il y a besoin d'autres choses »*

Le médecin généraliste pouvait être vu comme un interlocuteur privilégié car il était perçu comme neutre ; n'étant ni un ami, ni un proche.

> *P11 : « J'imagine qu'un suivi avec le généraliste qu'on connaît qui en même temps n'est ni de la famille, ni des amis ça peut être … ça peut être un gros soutien »*

Il pouvait montrer une écoute, qui plus est, une écoute neutre sous couvert du secret médical.

P14 : « Une fois que les gens sont libérés de parler de… sont rassurés de savoir que la personne en face d'eux est pas là pour… pour les trahir, pour les juger, ne pas émettre un jugement parce que c'est ce qu'on redoute le plus au final. »

Le médecin pouvait être perçu comme l'interlocuteur privilégié pour l'abord de la santé sexuelle. Néanmoins, cet abord pouvait conduire à un abord superficiel et à une demande insatisfaite de la part de la personne interviewée.

c) Une demande parfois frustrée

Les discours des interviewés ont montré que parfois le sujet de la santé sexuelle pouvait être amené par le patient sans que le médecin généraliste saisisse l'opportunité d'aborder en profondeur ce sujet.

Lorsque le sujet était à l'initiative du patient, la réaction du médecin généraliste pouvait être un abord assez superficiel du sujet pouvant entraîner des attentes insatisfaites chez les personnes interviewées.

Mme L. (P10) a consulté son médecin généraliste pour plusieurs motifs de consultation dont un dépistage. Elle a constaté que le sujet n'a pas été réellement évoqué, elle a décrit que la consultation s'était terminée par une ordonnance d'IST rajoutée à une autre ordonnance qu'elle devait faire.

P10 : « une fois je lui ai demandé qu'elle me prescrive une prise de sang, et comme j'avais jamais fait les tests … hépatite C, VIH et tout, je lui ai demandé si je si je pouvais le faire dans la foulée mais … elle est pas allée plus loin en fait pour savoir si … c'était pour arrêter le préservatif ou … si j'avais pris un risque … elle m'a dit oui effectivement on n'en a jamais fait je vous le fait. »

Une autre fois, concernant le vaccin anti-HPV, elle a décrit que son médecin ne s'était renseigné pour savoir si elle remplissait les critères pour recevoir le vaccin et a décrit que le médecin n'avait pas profité pour discuter de santé sexuelle. Elle a décrit cette consultation alors qu'elle était adolescente, comme se déroulant en présence de ses parents, amis du médecin.

P10 : « le médecin traitant il … il s'est même pas renseigné savoir si je rentrais dans les critères ou pas en fait. Il me dit ok vous voulez le faire je le fais mais … il a pas il a pas pris … dire bon là on va parler un peu de de ce sujet-là, faire sortir les parents ou quoique ce soit. »

La relation médecin-patient a pu jouer sur l'abord de ce sujet qu'a eu Mme L. (P10) avec son médecin généraliste. Elle a évoqué la relation avec son médecin qu'elle jugeait très proche, le médecin étant décrit comme un ami de ses parents et le père d'une amie.

P10 : « c'était certes mon médecin, mon médecin de famille et le père du coup d'une de mes meilleures amies donc … j'pense que ni lui ni moi on avait envie du tout d'aborder le sujet. »

Mme G. (P11) a décrit également un abord qu'elle a jugé un peu superficiel de la santé sexuelle par son médecin généraliste lorsqu'elle était adolescente par rapport au vaccin anti-HPV. Elle a décrit une relation également très proche, le médecin étant décrit comme la mère d'un ami de classe. Elle a évoqué le fait que le médecin lui avait demandé si elle avait déjà eu un rapport, la réponse étant négative, il lui avait fait le vaccin.

P11 : « je me rappelle du vaccin pour le papillomavirus, donc voilà c'était pendant mon adolescence… donc voilà elle m'avait demandé… j'avais 14-15 ans, si j'avais déjà eu un rapport sexuel ou pas pour pouvoir le faire. »

Lors d'une discussion sur la contraception, Mme G. (P11) a constaté que son médecin s'est arrêté au fait qu'actuellement elle n'avait pas besoin d'une contraception et a décrit qu'il n'a pas donné d'information sur la santé sexuelle à ce moment-là.

P11 : « quand elle me parlait de contraception par exemple, quand elle m'a dit bah t'as pas d'amis donc t'as pas forcément besoin d'un d'un contraceptif c'est vrai que si un jour t'en as un … et là elle aurait pu glisser … »

Chez les interviewés, la demande d'abord était présente et le médecin était perçu comme l'interlocuteur privilégié de par son rôle de dépistage et de prévention notamment. Il pouvait être perçu comme une personne avec une écoute neutre sous couvert du secret médical. L'abord pourrait permettre d'avoir des informations lors de l'entrée dans la vie sexuelle sur les risques liés à la sexualité ou encore d'éviter des souffrances psychiques sur des sujets comme les violences sexuelles ou l'orientation sexuelle. Chez les interviewés, l'abord pouvait parfois avoir conduit à une attente insatisfaite lorsqu'il était perçu comme étant superficiel.

5) Les attentes envers le médecin généraliste concernant l'abord de la santé sexuelle

a) Suggestions des interviewés : aborder le sujet au moins une fois et s'aider de leviers

Les discours des interviewés ont montré que le sujet devrait être abordé ne serait-ce qu'une fois par le médecin généraliste. Pour cela, il pourrait utiliser différents leviers suggérés par les interviewés.

⇨ Aborder le sujet au moins une fois

Les interviewés ont suggéré que le médecin initie le sujet au moins une fois avec chaque patient. De nombreuses métaphores ont été utilisées par les interviewés comme « tendre une perche » et montrer au patient que « la porte était ouverte » en cas de besoin de sa part.

> *P12 : « juste en demandant si tout va bien, si ça se passe bien, et après après en voyant la réponse la réponse essayer peut-être un peu de creuser si besoin ou pas quoi. Après si l'ado a envie de répondre ou pas aussi hein. J'pense qu'en tout cas poser la question c'est c'est important. »*
>
> *P13 : « Toujours essayer d'en parler au moins une fois avec le patient si s'il sent que le patient est euh voilà ouvert, pour voir où il en est dans sa vie et après j'pense pas besoin de le répéter plusieurs fois, le patient aura compris et pourra en parler au médecin dès que y'aura besoin quoi. »*
>
> *P2 : « Enfin faire un point quoi. Je pense qu'effectivement en abordant en abordant le sujet ne serait-ce qu'une fois la la question savoir comment réagir et de là ça peut peut-être déclencher un comment dire un [silence] un ptit choc un ptit 'ah oui tiens c'est pas bête il faudrait peut-être que j'm'y mette aussi' y'a peut-être des personnes aussi qui n'y pensent pas forcément. »*

Concernant le moment au cours de la consultation, d'après les interviewés, les conditions semblaient être réunies en fin de consultation. M. D. (P14) évoquait le fait d'avoir franchi une première barrière, celle de se déshabiller pour l'examen clinique.

> *P8 : « Mais plus vers la fin, quand tout est bien, que la personne sait qu'elle va bien. C'est sûr que c'est plus facile à ce moment-là parce que dès le début ce serait un peu hors-sujet avec la raison par laquelle elle est venue. Oui à la fin en aparté. »*
>
> *P14 : « Ensuite à quel moment ce serait le plus idéal d'en parler ce serait peut-être à la fin de de la consultation. […] J'pense que les gens seraient peut-être plus à l'aise de parler de leur vie privée, de leur vie sexuelle une fois qu'ils se sont mis en caleçon ou après s'être mis en caleçon ou s'être déshabillé enfin que la première barrière est franchie au final de … premier contact physique, peut-être pas de la nudité totale mais on est rarement totalement… mais peut-être au moment de … au moment de remplir la feuille de soins ou … »*

Les interviewés ont proposé différents leviers pouvant aider à l'abord par le médecin généraliste.

⇨ Différents leviers suggérés par les interviewés

Concernant l'abord à l'initiative du médecin, les personnes interviewées ont proposé plusieurs leviers pour lancer le sujet. « Saisir une opportunité » en somme.

L'organisation du cabinet avec des consultations de gynécologie dédiées chez son médecin généraliste pouvait être un levier à l'abord pour Mme D. (P13). Elle a décrit avoir profité d'une de ces consultations gynécologiques avec son médecin généraliste pour aborder le problème de sexualité dans le couple.

P13 : « Pas en tant que médecin généraliste. En tant que gynécologue elle nous en a parlé. »

En dehors des consultations dédiées, les interviewés ont suggéré que le médecin généraliste puisse se saisir d'une première consultation pour aborder le sujet de la santé sexuelle. C'était le cas de Mme C. (P3) à qui le médecin au cours de la première consultation a recherché entre autres des risques d'IST et de grossesse non désirée en demandant le nombre de partenaires et si elle avait une contraception.

Les interviewés ont proposé que le médecin généraliste prenne des nouvelles de la vie personnelle, familiale et professionnelle du patient pour rechercher d'éventuels problèmes de santé sexuelle.

P3 (contexte 1ère consultation): « par le biais de euh la situation familiale et euh du coup en allant plus loin sur euh partenaire ou pas »

P5 : « Si vous avez un copain une copine ? […] si ils sont passés à l'acte ou… »

Le motif de la consultation s'il se rapprochait de la santé sexuelle pouvait être un moyen d'aborder le sujet. Il a été décrit des motifs de consultation qui pourraient servir de levier à l'abord de la santé sexuelle d'après les interviewés.

P10 : « une prescription de pilule et de voir tout bêtement poser si … si c'est un moyen de contraception qui qui est adapté si si y'en a toujours besoin. »

L'absence de contraception pouvait également être un levier pour l'abord d'après Mme L. (P10). Le médecin généraliste pouvait se renseigner si l'absence de méthode de contraception était réelle ou si un autre professionnel se chargeait de ce pan-là de la santé du patient.

P10 : « justement si y'en a pas ça peut être aussi le moyen, est-ce que du coup enfin, poser une question qui paraît bête mais … voilà, du coup je vous ai jamais fait le renouvellement d'ordonnance, vous êtes suivi à côté ou vous vous n'avez pas besoin de moyen de contraception… »

Le médecin généraliste était perçu comme légitime de se servir du motif de la consultation s'il s'agissait d'un problème médical lié à la santé sexuelle du patient comme une infection de l'épididyme ou un problème de prostate pour aborder la santé sexuelle.

Un autre levier évoqué par une interviewée était de se servir de l'actualité médicale avec par exemple la sortie du vaccin anti-HPV.

P10 : « aussi parler du vaccin contre … le cancer de l'utérus quand … quand il est sorti… Et du coup si les médecins abordaient … si les médecins généralistes abordaient peut-être un peu plus facilement que y'avait aussi cet intermédiaire-là… »

Utiliser l'ordonnance et les effets secondaires des traitements comme les antidépresseurs ou les traitements pour la prostate pouvaient être vu comme un autre moyen d'aborder le sujet.

P10 : « par l'intermédiaire de certains médicaments, suite à des cancers de la prostate ou tout ça, certains médicaments baissent la libido, ça peut aussi être un moyen de de enfin de rebond. »

Cela a été le cas pour M. L. (P15) avec l'abord de trouble de l'érection iatrogène.

Pour Mme B. (P4) les effets secondaires du Séroplex pouvaient être une possible porte d'entrée pour aborder la santé sexuelle avec son médecin généraliste. Elle a abordé ce sujet avec la psychologue avec qui la relation était décrite comme plus propice à l'abord d'après elle.

P4 : « on aurait pu aborder le problème de la libido par rapport au séroplex »

Selon les interviewés, le médecin généraliste pouvait s'aider d'outil pour amener le sujet et avoir un support sur lequel s'appuyer.

Mme G. (P11) a évoqué une plaquette informative détaillant des différents aspects de la santé sexuelle à destination des adolescents.

P11 : « l'explication anatomique, une explication de quand ça commence, quand ça se finit voilà parce qu'on entend parler de la ménopause de nos mères bon bah oui c'est la fin de de quelque chose, et quand tu commences à être réglée c'est le signe que ton corps est prêt entre guillemets, des choses très simples comme ça. Et puis, qu'on puisse faire du lien avec du concret, que ce soit pas trop… Voilà la contraception, les protections, les sentiments… Voilà moi j'imaginerai ça en 6 pages quoi. »

P11 : « j'trouve que ce serait bien qu'il … au moins avec un support de plaquette montrer tu vois ça peut se passer comme ça, t'emportes la plaquette sans que maman elle sache. Et on se renseigne enfin des choses très simple hein mais … enfin moi j'aurais bien aimé avoir avoir un petit truc comme ça. »

Pour Mme G. (P11), commencer avec un sujet médical qu'est l'explication anatomique pouvait faciliter l'abord de ce sujet.

P11 : « En plus j'pense que si on part d'un point de vue anatomique c'est moins … c'est plus… comment dire ça fait médiateur en fait dans dans la relation. Je sais pas comment expliquer mais c'est moins … d'un individu à l'autre quoi, on part de quelque chose d'assez neutre … c'est peut-être plus facile d'en parler comme ça… »

Des questionnaires écrits dans le dossier médical ont également été évoqués par Mme X (P1).

P1 : « Enfin je me dis que peut-être par l'écrit c'est plus facile parfois que de de dire les choses et euh et du coup après et euh le médecin en retour analyse euh et parle peut-être essaye de de creuser un petit peu sur sur certaines choses. »

Dans la salle d'attente du médecin généraliste de Mme X (P1), elle a évoqué des affiches sur les troubles de l'érection qui selon elle, pouvaient avoir un impact sur l'abord.

P1 : « mon généraliste y'a des affichages là-dessus euh sur euh des problèmes d'érection des hommes des choses comme ça enfin voilà donc du coup peut-être que voilà ça ça peut pousser en effet euh à euh les patients à à parler »

P1 : « si y'a pas quelque chose qui informe avant peut-être que du coup c'est moins c'est moins euh facile d'aborder certains sujets »

Les interviewés ont suggéré que le médecin « ouvre la porte » ou « tende la perche » en abordant le sujet au moins une fois avec la possibilité d'utiliser différents leviers pour amener le sujet.

b) Les attentes des interviewés sur la posture et la manière d'aborder le sujet

Les discours des interviewés ont montré des attentes tant sur la manière d'aborder ou de ne pas aborder le sujet que sur la posture du médecin.

⇨ <u>Ne pas en parler quand il existe déjà un problème aigu</u>

Des moments étaient perçus comme étant moins favorables pour l'abord. Lorsqu'il existait un problème aigu, le moment était peut-être mal choisi pour aborder le sujet de la santé sexuelle comme l'a fait remarquer Mme L. (P10).

P10 : « elle sent pas forcément l'occasion de parler de … ce genre de chose parce que c'est sur un moment aigu et que … bah quand je me suis pété les ligaments croisés forcément c'était douloureux, c'était pas forcément non plus le meilleur … moment d'aborder ça. »

En dehors de moments qui pouvaient être perçus comme moins favorables à l'abord, une tranche de population a été citée par l'ensemble des interviewés lors de l'évocation de l'abord.

⇨ <u>En parler avec les jeunes</u>

L'entrée dans la vie sexuelle a été largement évoquée par les interviewés. Sous forme de 'premières règles', 'premiers rapports', 'les adolescents', 'les jeunes' cela était perçu comme un moment privilégié tant sur le plan d'une possible délivrance d'informations (notamment

sur les moyens de lutter contre les IST et contre les grossesses non désirées), de réponses aux éventuelles questions (y compris sur l'orientation sexuelle) et aussi l'occasion de rappeler l'existence du secret médical.

> *P10 : « à l'adolescence pour être large en terme de de d'âge, là clairement j'pense que c'est au médecin traitant d'aborder »*

Il pouvait exister cette image chez les interviewés que la sexualité de nos jours débute de plus en plus jeune.

> *P6 : « on est la génération où les jeunes ont la sexualité jeune »*

Lorsque l'âge était cité, à la catégorie 'les jeunes', la définition pouvait varier. La tranche d'âge qui était la plus souvent citée était 13-16 ans. Pour M. L. (P15, 68 ans), les jeunes étaient les personnes de 20 à 50 ans.

⇨ <u>Evaluer le retentissement d'un problème et si la personne est ouverte à l'abord</u>

Mme L. (P10, 30 ans) prenait l'exemple des personnes âgées. Pour elle, le médecin généraliste était perçu comme devant se renseigner s'il pouvait exister une gêne pour la personne et l'impact que cela pouvait avoir pour elle.

> *P10 : « Et si après problème de prostate, si c'est encore possible, si c'est une gêne… »*

> *P10 : « Et le problème va être, va être complètement différent pour la pour la dame qui est ménopausée mais qui a une vie sexuelle très active. »*

Un des rôles du médecin généraliste cité par les interviewés était celui de repérer les personnes ouvertes ou non à l'abord et d'ouvrir la discussion avec ces personnes.

> *P7 (78 ans): « Je trouve peut-être que le médecin traitant devrait [en parler], pas à des personnes comme moi, mais aux jeunes. »*

> *P10 (contexte : contraception): « Soit la personne elle va répondre, elle va être choquée, pourquoi vous me posez cette question-là et bon là ça ça va être difficile d'enchaîner, soit soit elle va dire bah là j'en ai plus besoin parce que je viens de me séparer et et du coup ça peut être enclenché sur une une petite prévention. »*

> *P10 : « Après … moi aussi je suis assez discrète sur ma vie privée donc elle sait que … elle oserait pas … parce qu'une fois elle m'a posé une question un peu personnelle et … j'ai plus répondu par une 'déconnade ' et … moi personnellement j'pense qu'elle oserait pas m'en parler. »*

Une personne parmi l'ensemble des interviewés (Mme L., P10) a évoqué que son médecin généraliste, selon elle, n'abordait pas le sujet de la santé sexuelle avec elle du fait des représentations de ses compétences liées à sa profession.

P10 : « J'pense qu'elle pense que vu que je suis dans j'suis dans le paramédical j'suis au point sur tout alors que au final c'est pas parce qu'on est dans le paramédical ou dans le médical que … on est informé sur tous les points mais… »

Le médecin généraliste était perçu comme pouvant évaluer le retentissement d'un problème mais aussi repérer un changement.

⇨ <u>Savoir repérer un problème ou un changement</u>

Les personnes interviewées ont suggéré de « repérer un problème ou un changement », avec du vocabulaire comme « il n'y a pas de fumée sans feu », « rechercher un déclencheur » ou encore « trouver un prétexte ». Ils évoquaient des changements de vie, grossesse, divorce, maladie, mal-être, déménagement, problèmes au travail, problèmes de couple… Ces changements pouvaient être perçus comme étant un moment opportun pour aborder ce sujet d'après les interviewés.

P3 : « A l'occasion d'un d'un j'en sais rien d'un évènement qui changerait, j'en sais rien moi une grossesse »

P11 : «Je pense à quelqu'un à qui s'est arrivé et qui voilà ça a commencé par un divorce, ensuite ça allait moins bien au travail. Et je pense que le généraliste il a un rôle certainement de repérer comme ça quand ça va pas, quand ça commence à somatiser [rires]. Après ça implique un boulot énorme d'observation mais… de suivi. Ca peut faire partie de son rôle. […] Et arriver à en parler, c'est pas le tout de repérer. »

P13 : « si le le le docteur ressent que le patient a un souci quoi, c'est là qu'il faut faire très attention à voir le patient quoi. Si dans son comportement, si on a l'impression qu'il demande quelque chose… je sais qu'on a pas trop le temps mais… .
-M : C'est-à-dire s'il demande quelque chose ?
-P13 : Bah s'il fait durer la conversation, s'il arrive pas à… vu qu'il va pas arriver à l'exprimer je pense, du coup essayer de comprendre, de voir avec lui quel sujet… »

Avant que le médecin n'aborde le sujet, il pouvait être important pour les interviewés, qu'il rappelle la neutralité de son statut, sous couvert du secret médical.

⇨ <u>Rappeler le secret médical et employer un langage adapté</u>

Une des attentes des personnes interviewées était que le médecin généraliste rappelle avant d'aborder le sujet, en particulier avec les adolescents, qu'il était tenu au secret médical et que l'adolescent, s'il le souhaitait, pouvait consulter seul.

P14 : « qu'il me dise 'bon bah voilà moi je suis médecin, ce que tu vas me dire bah je le répèterai à personne…' »

Le langage employé pouvait avoir son importance. Les attentes dans ce domaine étaient que

le médecin puisse employer un vocabulaire neutre pour les genres sur la question de l'orientation sexuelle et un vocabulaire 'non enfantin' pour parler aux adolescents.

> *P12 : « j'pense que c'est important de dire toujours les filles ou les garçons parce qu'on sait jamais la personne qui est en face… Moi j'pense que si le médecin m'avait demandé comment ça se passe avec les filles j'pense que j'aurais fait un blocage, j'aurais pas parlé des garçons. S'il m'avait demandé comment ça se passe avec les filles ou les garçons, ça m'aurait beaucoup plus libéré je pense. »*

> *P14 : « quand quelqu'un en face de nous et qu'on est enfant on voit qui… qui tourne qui tourne autour du sujet en employant des mots un peu… enfantins enfin faut pas infantiliser le sujet donc… Ca sert à rien j'pense avec les… sans forcément choquer mais… j'pense que déjà ça euh devant des ados »*

Avec le langage adapté et le rappel du secret médical, la posture du médecin généraliste était perçue comme pouvant intervenir sur l'abord de la santé sexuelle.

⇨ <u>Les attentes sur la posture du médecin généraliste pour l'abord de la santé sexuelle</u>

Sur la manière d'aborder la santé sexuelle, les interviewés s'accordaient à dire que l'abord devait se faire en douceur, de manière progressive. Le médecin pouvait l'aborder de manière détournée en partant d'une sexualité idéale pour ensuite recentrer sur la personne comme l'a décrit Mme X (P1).

> *P1 : « peut-être euh peut-être de manière plus détournée que finalement que en en demandant à la personne comment comment elle voit une sexualité idéale et en essayant de n'importe, de comment revenir comment recentrer sur elle. »*

Les principales attentes des personnes interviewées envers le médecin généraliste étaient être en rapport avec la communication. L'attente d'un médecin ouvert, à l'aise et surtout qui prend le temps était partagée par l'ensemble des interviewés.

> *P10 : « quand on dit à quelqu'un : 'vous avez besoin de rien ?' franchement on n'a pas envie de répondre. Alors que si on dit 'bon vous avez besoin de quelque chose ?' ou 'est-ce que y'a un problème que vous voudriez abordé ? ou un sujet même si c'est pas un problème ? ' Peut-être que la personne déjà elle va répondre différemment. »*

Mme G. (P11) a évoqué le fait que le médecin généraliste puisse laisser le choix au patient de sa prise en charge.

> *P11 : « J'pense vraiment que le temps et mettre à l'aise c'est… Voilà proposer différentes solutions si y'en a, comme ça en plus après en proposant différentes solutions on se sent encore plus acteur de de nos soins, on se dit que bah oui c'est à nous de choisir au final. »*

Les interviewés ont livré leurs suggestions sur l'abord comme le fait que le médecin initie le sujet au moins une fois, qu'il « ouvre la porte », qu'il « tende la perche ». Différents leviers décrits par les interviewés pourraient être utilisés par le médecin pour amener le sujet comme parler du couple ou évoquer les possibles effets secondaires d'un traitement. Les attentes des interviewés sur l'abord pouvaient être que le médecin en parle aux 'jeunes' après avoir rappelé le secret médical et en employant un vocabulaire adapté. Le médecin était perçu comme pouvant repérer un problème ou un changement et évaluer le retentissement de ce problème par rapport à la personne. Une posture ouverte en étant à l'aise et en prenant le temps pourrait jouer un rôle dans l'abord.

IV) Discussion

A) Les limites de l'étude

- Biais de recrutement :

Une partie des intermédiaires a été recrutée par le réseau personnel de l'investigatrice par la méthode 'boule de neige'. Il s'agissait de connaissances servant d'intermédiaires pour le recrutement. Le risque de la 'boule de neige' est que la personne interviewée se limite dans ses réponses par rapport à l'intermédiaire, c'est-à-dire que la personne intermédiaire peut influer de manière indirecte et inconsciente, sur le fait que la personne interviewée limite son discours.

Devant une lenteur de recrutement par 'boule de neige', et une difficulté notamment pour recruter des hommes, quatre personnes ont été recrutées dans la salle d'attente d'un centre de planification. L'investigatrice principale n'avait pas de blouse et se présentait comme étudiante effectuant une recherche.

Un médecin généraliste a été sollicité à la fin de l'inclusion pour pouvoir tendre vers les critères de variations maximales, pour recruter deux autres personnes. Elle a sélectionné, sans que cela lui soit demandé, deux personnes avec qui elle avait déjà abordé la santé sexuelle.

Il est à noter que certaines catégories d'âges sont peu représentées dans l'étude, sur la tranche d'âge des plus de 50 ans, trois personnes ont été incluses, deux hommes de 52 ans et 68 ans, une femme de 78 ans. La variation de l'échantillon a pu ne pas être maximale sur cette tranche d'âge. Néanmoins, des caractéristiques variées ont été trouvées pour tous les critères choisis pour faire varier l'échantillon (sexe, âge, lieu de résidence, orientation sexuelle, situation de couple, niveau socio-économique, âge et sexe du médecin, ancienneté de la relation médecin-patient).

- Biais d'investigation :

La manière d'interroger l'interviewé(e) a pu influencer ce que la personne a répondu. L'investigatrice a pu induire des résultats notamment lors des premiers entretiens, avant de perfectionner le guide d'entretien et la manière de mener les entretiens.

- Biais d'interprétation :

Il a été limité par le double codage effectué tout au long de l'étude par deux investigatrices et par l'intervention, lors du codage et de l'analyse, de deux autres chercheurs ; le directeur de thèse et une sociologue.

B) Les forces de l'étude

1) La méthode qualitative

Le choix de la méthode qualitative s'est imposé devant la question de recherche où le but était de comprendre un phénomène, d'appréhender les attentes, les ressentis.(53,54)

L'abord de la sexualité étant un sujet qui peut être délicat, il a été décidé de ne pas mener d'entretien de groupe mais des entretiens individuels.(54)

Le mode semi-directif (55) permettait de mener un entretien en face à face à l'aide d'un guide dont les questions ouvertes pouvaient être abordées dans le désordre. C'était à l'investigatrice à s'adapter à ce que disait l'interviewé, à relancer quand cela paraissait utile sans influencer ses réponses. Il s'agissait d'un sujet qui n'était pas totalement nouveau, les phénomènes ont déjà été un peu explorés notamment par des entretiens ouverts. L'entretien semi-directif donnait plus de liberté à l'enquêteur (par rapport à l'entretien directif) avec pour la personne interviewée la possibilité de partager son expérience et d'exprimer son ressenti.

Concernant l'entretien directif, il se rapprochait des méthodes quantitatives avec des questions fermées et nécessitait une bonne connaissance du sujet. (56)

Concernant le critère d'inclusion qui était d'être majeur (avoir 18 ans révolu), il a été décidé ainsi car beaucoup d'études avaient déjà été réalisées auprès d'adolescents sur ce sujet et également car cela facilitait les demandes auprès du CPP.

Concernant le mode de mode de recrutement, dans un premier lieu, la méthode 'boule de neige' (55) consistait à repérer des personnes qui seraient susceptibles d'être de bons 'recruteurs' de personnes intéressantes pour l'étude. Devant le sujet sensible, passer par un intermédiaire de confiance paraissait adapté. Puis un ajustement avec un autre mode de recrutement par échantillonnage raisonné (55) a permis de sélectionner des participants considérés comme typiques de la population cible étudiée de manière non probabiliste. Le but était d'avoir un échantillon varié qui tend vers la variation maximale.

Tous les entretiens ont été réalisés par l'investigatrice 'de visu' c'est-à-dire qu'aucun entretien n'a été réalisé par téléphone ou par 'appel vidéo'. Cela permettait d'obtenir des entretiens de qualité avec une réelle rencontre et la prise en compte du langage non verbal pour d'éventuelles relances.

Pour le guide, il a été remarqué après 3 entretiens que le guide permettait bien de répondre à la question de recherche, néanmoins une question a été ajoutée concernant l'abord du dépistage avec le médecin généraliste. Cette question servait de levier pour ensuite aborder la santé sexuelle dans l'entretien. Une autre question a été ajoutée, si le sujet a déjà été abordé et que ça n'a pas été une aide, comment la personne interviewée aurait aimé que ce

soit abordé. Lors de l'écriture du guide, une liste un peu 'catalogue' avait été écrite, chaque thème de santé sexuelle était cité un par un (contraception, violences sexuelles, épanouissement sexuel…) pour savoir si un thème avait été abordé avec le médecin généraliste ou si la personne interviewée aurait aimé que ce soit abordé. Il a été décidé de ne pas cité un à un les thèmes mais de lire la liste pour ensuite voir si l'interviewé(e) rebondissait sur l'un des thèmes cités. Le terme 'RPIB' n'a pas été évoqué dans le guide du fait de la difficulté que l'investigatrice aurait eu à l'expliquer aux interviewés. Ce terme est destiné aux professionnels. Par contre des questions ouvertes indirectes ont été posées en rapport avec le 'RPIB' sans le citer.

Les questions socio-démographiques étaient posées en fin d'entretien pour ne pas commencer par un 'interrogatoire policier' avant de débuter un entretien avec des questions ouvertes. La plupart des réponses étaient apportées spontanément au cours de l'entretien sans que la question ne soit posée, notamment pour l'orientation sexuelle.

Un journal de bord a été utilisé tout au long de ce travail afin de permettre de retracer le cheminement qui a été réalisé au fur et à mesure des entretiens et afin de prendre du recul par rapport au ressenti et aux émotions de l'investigatrice (extrait en **ANNEXE 5**). Dans ce journal de bord étaient notés au fur et à mesure les réflexions suite aux entretiens, les discussions avec la deuxième chercheuse lors des double-codages, les discussions avec le directeur de thèse et avec la sociologue ainsi que des idées pour la discussion.

Il a été décidé de ne pas publier les entretiens en entier car même si la compréhension du matériau est plus limitée sur des extraits d'entretiens, il semblait que publier les entretiens dans leur totalité aller en partie à l'encontre de l'anonymat.

Les retranscriptions (50) présentaient sous forme écrite les données orales ou visuelles des entretiens. Elles ont été réalisées mots pour mots par l'investigatrice au fur et à mesure des entretiens.

Le codage ouvert (55) consistait à passer de données brutes du matériel de recherche à la création de codes/nœuds non préétablis, en lien avec la question de recherche. Le codage a été réalisé par l'investigatrice au fil des entretiens jusqu'à la saturation des données.

Le mode d'analyse par théorisation ancrée (50) a permis d'établir une théorie à partir du matériel de recherche recueilli. Des allers-retours constants entre les données d'analyse et les données de terrain ont été effectués (analyse horizontale et verticale). Elle a été préférée à l'analyse phénoménologique qui quant à elle rend compte du vécu de l'expérience individuelle d'une personne de manière subjective (exemple : le vécu d'un cancer).

2) Les critères de scientificité

- Le recrutement :

- *Intermédiaires de la 'boule de neige' variés*

Les personnes intermédiaires étaient de niveaux socio-économiques divers permettant la création d'un échantillon varié.

- *Tendre vers la variation maximale*

Nous avons tenté de tendre vers la variation maximale sur les critères de sexe, d'âge, de lieu de vie, de niveau socio-économique et d'orientation sexuelle de l'interviewé(e), de sexe et d'âge du médecin généraliste, de durée du suivi par le médecin généraliste. L'échantillon était varié sur l'ensemble de ces critères en dehors de la catégorie 50 ans-65 ans des interviewés où aucune femme n'a été incluse.

- Les entretiens :

- *Lieux neutres*

Le choix du lieu était laissé à l'interviewé(e). Un endroit neutre et calme, propice à la discussion (un café ou chez la personne interviewée) était choisi. Le but était qu'il y ait le moins de contrainte possible pour la personne interviewée. Pour les quatre personnes interviewées au centre de planification, l'entretien se déroulait dans la salle de pause du centre de planification.

- *La posture de chercheur*

La posture (50) devait être connue de l'investigateur avant de débuter son travail, la neutralité totale étant impossible. La posture correspond à la manière qu'a l'investigateur d'appréhender le terrain qu'il va étudier.
L'investigatrice se présentait, tant sur la feuille explicative remise aux intermédiaires qu'oralement lors de la rencontre, comme une 'étudiante en médecine faisant une recherche en lien avec des médecins et des sociologues'. Le caractère d'étudiante était mis en avant afin d'éviter le biais de jugement. L'attitude en tant que chercheur était de comprendre, pas de vouloir aider comme un médecin. Lors des entretiens au centre de planification, l'investigatrice se présentait au futur interviewé sans blouse.

- Le codage et l'analyse

- *Le double codage ou triangulation de chercheurs*

La triangulation (50) utilise plusieurs méthodes de recherches et de sources d'informations. La triangulation de chercheurs faisait intervenir plusieurs intervenants dans l'étude. Elle a permis le contrôle de la validité interne des résultats de l'étude.

Le double codage a été réalisé par l'investigatrice et une autre chercheuse tout au long de l'étude, sur l'ensemble des entretiens. Une sociologue-psychologue clinicienne et un autre chercheur (le directeur de thèse) ont aidé l'investigatrice à différents moments clés de la recherche, lors de la création du guide d'entretien, lors de la création de l'arbre de codage et lors de l'analyse.

- *La saturation des données*

La saturation des données (50) correspond à un moment de l'analyse où aucune nouvelle idée (ou concept ou relation) n'émerge du matériel de recherche.

La saturation des données a été atteinte au 15ème entretien avec l'absence de création de nouveau nœud par aucune des 2 investigatrices lors du double-codage.

3) Originalité de l'étude

A notre connaissance, aucune étude n'a été réalisée en France pour répondre à cette question sur cette population. Des études de ce type ont été menées dans d'autres contextes ou pays comme en Suisse (20), dans d'autres populations comme les adolescents (57), les plus de 35 ans (38), uniquement les hommes (58) ou uniquement les femmes (59), ou pour répondre à des questions proches mais sensiblement différentes comme les obstacles au dépistage du VIH et à l'abord de la sexualité en cabinet de médecine de ville (60).

Certains résultats qui apparaissaient dans notre étude, pouvaient être attribués à des spécificités du système de soins français ou du contexte dans lequel il s'exerce. Ainsi, le cadre de consultation, la gestion du temps, une conception de l'exercice médical centré sur la maladie et la prescription, mais aussi des attentes de la population semblaient particulières au contexte de la consultation en médecine générale en France et à son évolution.

Ce travail apparaît donc à ce titre original, et apporte des connaissances nouvelles dans le contexte d'exercice de la médecine générale actuelle en France.

C) Comparaison des principaux résultats avec la littérature

1) Aborder un sujet comme la santé sexuelle avec une personne pressée qui a un rôle de prescripteur peut être peu propice à un dialogue approfondi

Pour les interviewés, le médecin généraliste était vu comme une personne pressée dont le temps était compté, avec une forte charge de travail. Il s'agissait d'aller à l'essentiel et de ne pas faire attendre la salle d'attente pleine si cela n'était pas justifié. La plupart des interviewés qui évoquaient un médecin pressé ou débordé, évoquaient également le fait qu'ils ne consulteraient pas leur médecin si le motif ne leur paraissait pas urgent ou important.

Le principal ouvrage discutant des représentations du médecin généraliste est 'Singuliers généralistes : Sociologie de la médecine générale'(61) paru en 2010 sous la direction de Géraldine Bloy et François-Xavier Schweyer. Les représentations sur les conditions de travail des médecins généralistes y sont évoquées et seraient imputables en partie à la montée des exigences des patients tant sur le contenu de la prise en charge que sur la disponibilité du médecin. La consultation peut être interrompue par le téléphone (61). Cela peut entraîner une coupure répétée de la parole du patient rendant peu propice l'abord de sujet comme la santé sexuelle.

Dans l'article 'The challenge of talking about sex : The importance of patient-physician interaction' ('Le défi de parler de sexe : L'importance de la relation patient-médecin') (62), les patients ont décrit plusieurs barrières à l'abord de la santé sexuelle comme la sensation que leur médecin généraliste n'avait pas le temps de discuter de ce sujet avec eux.

La sensation du manque de temps à consacrer à ce sujet a été soulevée du point de vue des patients mais également du point de vue des médecins généralistes. (5,21,23)

Dans l'article 'Opening a can of worms' ('Ouvrir la boîte de Pandore') (5), il a été décrit que la sensation de manque de temps vécue par les médecins généralistes avec les pressions exercées sur leur temps entraînait une priorisation de leur prise en charge, avec le fait de diagnostiquer un problème de santé et de prescrire un traitement. Il reste alors peu de place pour discuter de l'impact sur les conditions de vie du patient. (5)

D'après les interviewés, le médecin pouvait être perçu comme ayant un rôle de prescripteur. Le médecin pouvait être vu par les interviewés comme s'occupant de maladie, en particulier dans le suivi de maladie chronique. On a pu constater des demandes parfois directives de la part des interviewés envers le médecin généraliste pouvant l'empêcher de parler d'autre chose que du motif de consultation.

Un article écrit par C. Ewert (40) a évoqué les représentations des patients sur le motif de la consultation médicale. Le patient considérait que l'on voyait un médecin si on est malade.

Dans le chapitre ‘La spécialisation informelle des médecins généralistes : l’abord de la sexualité’ tiré du livre ‘Singuliers généralistes’(61), A. Giami parle de médicalisation de la sexualité. Il la définit comme « le processus selon lequel les médecins généralistes s’approprient un objet social, aux contours mal définis, et le transforment en objet médical ». Il définit différentes postures de médecins. L’exemple de ceux qui évitent d’aborder le sujet avec leur patient évoquent le manque de temps, le fait de préférer attendre que le patient en parle, le manque de formation, la pudeur ou même le fait que la sexualité n’entre pas dans le champ médical. Une autre posture est de se raccrocher à ce que l’on sait ; traiter les problèmes sexuels comme de simples problèmes médicaux à savoir diagnostiquer, orienter si besoin, prescrire un traitement ou un examen, le tout dans le temps imparti de la consultation. La prescription d’un traitement peut être un moyen détourné pour ne pas parler des différents aspects du sujet. Le médecin n’a alors pas à amener une discussion sur ce sujet qui pourrait être embarrassante pour lui et pour le patient et qui pourrait prendre du temps. La médicalisation de la sexualité peut donc permettre au médecin d’éviter de l’aborder. (61)

Les personnes interrogées dans notre étude exprimaient l'impact négatif que peuvent avoir le manque de temps et une charge de travail importante sur la difficulté d'abord approfondi de la santé sexuelle. Les données de la littérature retrouvent ce ressenti chez les patients, mais aussi chez les médecins Il a été retrouvé une représentation du médecin généraliste ‘enfermé dans un cadre’. Le médecin généraliste produit les représentations que les patients ont de lui. Le fait de limiter l’action du médecin à un ‘cadre’, celui de prescrire et de s’occuper de la maladie peut rendre peu propice l’abord d’un sujet comme la santé sexuelle.

Sous un tout autre point de vue, évoqué par une seule personne parmi les interviewés, la représentation du rôle du médecin généraliste pouvait être restreint à la ‘bobologie’.

François Pilet, auteur de l’article ‘Vous avez dit ‘bobologie ?’’ (63), paraît s’agacer de l’emploi de ce terme, pas uniquement par les patients, mais aussi par les médecins. Il rappelle qu’étymologiquement, le terme vient de ‘bobo’ qui renvoie à un vocabulaire enfantin. Un ‘bobo’ est un « mal anodin, sans gravité » dans le langage familier. Cette notion peut s’insinuer dans la pensée médicale, ramenant les plaintes du patient à des ‘enfantillages’ et le travail du médecin généraliste à un ‘jeu sans importance’ dont la société pourrait se passer facilement. Cela peut entraîner une dévaluation de la profession de médecin généraliste d’après François Pilet.

Il a donc été évoqué une toute autre représentation du médecin généraliste. Il ne s’agit plus d’un médecin pressé et débordé qu’il ne faut pas déranger avec un sujet jugé pas assez important. Le médecin est alors vu comme s’occupant de ‘maux anodins sans gravité’ et donc ne s’occupant pas de la santé sexuelle.

2) La santé sexuelle : un sujet parfois secondaire dont la vision peut être liée aux représentations du champ d'action du médecin généraliste

Certains interviewés de l'étude ont exprimé qu'ils n'avaient pas d'attente. Néanmoins, on peut signaler que l'absence d'attente existe à un moment précis, les interviewés déclarant ne pas avoir d'attentes pouvaient avoir déjà parlé de ce sujet à leur médecin généraliste. Une étude australienne (40) montre que l'absence d'attente est la principale cause de non souhait d'abord, les personnes ne se sentant pas concernées.

Chez les personnes interviewées dans l'étude, une méconnaissance des thérapeutiques existantes dans le domaine de la santé sexuelle était présente avec parfois une sensation de résignation, d'attendre que cela passe. Un article écrit par U. Brandenburg (62) souligne la non-connaissance ou la méconnaissance des différentes thérapeutiques qui peuvent être proposées, certains patients pouvant penser que rien ne peut être proposé. Cela fait partie des barrières à l'abord de la santé sexuelle. Une autre étude publiée dans 'Family Practice' (42) ajoute que parmi les problèmes les plus fréquents en santé sexuelle on retrouve les troubles de l'érection et les sécheresses vaginales qui sont tous les deux des problèmes pour lesquels il existe un traitement. L'article 'Pourquoi les patients qui ont des difficultés sexuelles ne consultent-ils pas plus souvent ?' écrit par A. Lemaire, publié dans 'Sexologies' (38), les patients se divisent en 3 catégories. Tout d'abord, les 'résignés', ils ne veulent pas de traitement, ils sont minoritaires, cela peut être compliqué d'intervenir sur cette catégorie. Ensuite, les 'ignorants', ils ne connaissent pas l'existence des thérapeutiques et ne voient pas ce que le médecin peut leur apporter, ils ne considèrent pas avoir de problème, cela correspond pour eux à l'évolution 'normale' de la sexualité, le médecin généraliste peut intervenir en délivrant une information. Enfin les 'hésitants', catégorie majoritaire, attendent que cela empire avant de consulter car pour l'instant ils ne jugent pas leurs symptômes assez 'graves' pour mériter une consultation, le médecin généraliste a alors un rôle de réassurance. D'après cet article, des croyances erronées persistent qui peuvent être un frein à l'abord du sujet ou à la mise en place d'un traitement. On peut citer l'absence de lien systématique pour les patients de l'étude d'A. Lemaire entre les difficultés sexuelles et les problèmes d'érection, les troubles de l'érection correspondants pour eux à une absence totale d'érection et donc à l'impossibilité de toute relation sexuelle. Une meilleure information et une meilleure communication peuvent aider les patients à ne pas accepter leur trouble avec fatalité. On observe donc que le médecin généraliste doit s'adapter au patient et à ses représentations, si le patient paraît 'résigné' le médecin généraliste agira différemment que si le patient paraît ignorant. C'est donc au médecin de comprendre les représentations du patient sur ce sujet pour permettre au patient une meilleure prise en charge de sa santé sexuelle.

D'après les interviewés de notre étude, l'abord d'un sujet comme la santé sexuelle était jugé peu important ou du moins pas assez important pour nécessiter à lui seul une consultation

chez le médecin généraliste. Un article écrit par C. Ewert (40) expose que les patients consultent pour un sujet de santé sexuelle uniquement si cela leur paraît urgent ou important, si ce n'est pas le cas, ils attendent que le médecin aborde le sujet. Un article écrit par M-J Temple-Smith (22) ajoute que la sensation de manque de temps de la part des médecins est aussi liée au fait que le patient amène souvent le sujet de la santé sexuelle en fin de consultation. On peut s'interroger sur le fait qu'une interviewée évoque un rôle du médecin généraliste comme prenant en charge des 'maux anodins sans gravité' et le fait qu'un sujet de santé sexuelle semble ne pas nécessiter une consultation médicale.

Les interviewés de l'étude ont évoqué des représentations sur la santé sexuelle diverses. Ce que leur évoquait le terme 'santé sexuelle' était tout d'abord l'idée d'une globalité. L'OMS (10) définit la santé sexuelle comme n'étant pas uniquement une absence de pathologie mais comme une notion de bien-être tant sur le plan physique que psychique ou social. La notion de globalité qu'en donne les interviewés de l'étude paraît se rapprocher de la définition de l'OMS.

En dehors de cette 'notion de globalité', les thèmes cités étaient essentiellement médicaux avec la santé reproductive (contraception, grossesse) ou les risques liés à la sexualité (IST). Le rapport du Haut Conseil de Santé Publique (12) détaille les différents axes de la santé sexuelle que sont l'information, le dépistage, la santé reproductive, les risques liés à la sexualité (IST), les violences sexuelles, les troubles sexuels et les populations particulières. Dans notre étude, les violences sexuelles n'ont été abordées qu'après que l'investigatrice ne les ait évoquées. Or une interviewée a semblé pendant tout l'entretien répéter qu'elle aurait pu se livrer sur ce sujet avec son médecin généraliste. Néanmoins elle n'a pas cité les violences sexuelles comme faisant partie de la santé sexuelle. L'élément des violences sexuelles paraît donc être hors champ, y compris lorsque la personne y a été confrontée de manière importante. On peut également discuter le fait que les patients n'ont pas cité spontanément le thème des violences sexuelles comme faisant parti de la santé sexuelle car on peut supposer qu'il existe un 'effet miroir' où, pour les patients, la santé sexuelle évoque ce qui est positif, du ressort de la santé, comme l'épanouissement avec en miroir la contrainte avec la violence. Il est cependant difficile de savoir si l'abord sur ce sujet des violences sexuelles n'a pas été spontané de par une certaine vision de la santé sexuelle ou de part la limitation du rôle du médecin généraliste sur ce sujet par le patient. Il semble alors qu'il faille être sensible au repérage de ces sujets considérés hors champ. En outre il faut nuancer car dans le terme 'santé sexuelle', on retrouve le mot 'santé' et on peut supposer que pour une personne victime de violences sexuelles, cela paraisse difficile de considérer que cela fasse partie de la 'santé'.

Un article écrit par S. Latreille (39) évoque le manque de connaissance sur le sujet de la santé sexuelle chez les adolescents en particulier sur les sujets comme les IST ou la contraception, ainsi qu'un manque d'intérêt pour certains sujets. Il ajoute que les adolescents rapportent qu'ils ne parleraient pas d'eux-mêmes au médecin généraliste s'ils

ne présentaient pas de symptôme. La littérature évoque donc le manque de connaissance des patients sur les sujets de santé sexuelle comme les méthodes de contraception ou les risques liés aux IST, non pas sur le terme de 'santé sexuelle' en général.

La représentation d'une sexualité de plus en plus précoce a été évoquée par les interviewés. Dans le livre 'Enquête sur la sexualité en France' on retrouve un chapitre écrit par M. Bozon intitulé 'Premier rapport sexuel, première relation : des passages inattendus'. (64) Il est décrit que l'âge des femmes et des hommes au premier rapport s'est rapproché en 50 ans, passant de deux ans à quelques mois. Une baisse importante de l'âge du premier rapport a eu lieu entre les années 1960 et 1990 puis l'âge s'est stabilisé avec une légère tendance à la baisse depuis les années 2000. On peut donc dire que les interviewés de l'étude n'ont pas tout à fait tort lorsqu'ils disent que la sexualité débute de plus en plus jeune mais il faut nuancer car ces vingt dernières années l'âge au premier rapport est plutôt stable.

Il a été retrouvé que l'abord de la santé sexuelle avec le médecin généraliste était sous-estimé par les interviewés, il pouvait être ajouté en fin de consultation, en motif secondaire. Les barrières pouvaient être la méconnaissance des thérapeutiques proposées ou la restriction de l'abord aux aspects médicaux de la santé sexuelle renvoyant le rôle du médecin généraliste à la prise en charge de ces aspects. Il a été retrouvé que ce n'était pas tant le terme santé sexuelle qui était méconnu mais ses différents aspects comme la méconnaissance concernant les méthodes de contraception ou les risques d'IST.

3) La santé sexuelle et le médecin généraliste : un sujet intime et une relation qui peut influer sur l'abord

Les interviewés de l'étude ont évoqué que la santé sexuelle appartenait à la vie privée, à une intimité qui pour certains ne regarde pas le médecin généraliste. Dans la littérature, l'idée que la santé sexuelle est un sujet intime faisant partie de la vie privée est très présent. (40,41)

D'après quelques interviewés de l'étude, concernant certains sujets, il a été retrouvé que le médecin devait avoir une habilité pour l'aborder. Un article (45) décrit que les patients sont plus à l'aise pour parler de santé sexuelle avec un médecin généraliste dont ils savent qu'il a une qualification ou un intérêt particulier dans le domaine. La santé sexuelle ne bénéficie pas d'une réelle spécialisation comme le disait A. Jardin (7) et comme le rappelle A. Giami (61) en parlant de « spécialisation informelle » dans le livre 'Singuliers généralistes'. On peut citer une interviewée de l'étude qui a cité son médecin généraliste qui était en train de faire une formation pour être sexologue avec qui elle a déjà parlé de problème sexuel une fois puis a été orientée vers un sexologue. D'après cette interviewée, tant que son

médecin généraliste ne possédait pas son diplôme de sexologue, elle n'avait pas l'habilité à aborder ce sujet. On peut ajouter que cet abord d'un problème sexuel avait été réalisé dans le cadre d'une 'consultation dédiée' en gynécologie. L'interviewée a affirmé que cela l'a aidé dans l'abord, elle séparait d'ailleurs clairement le rôle de son médecin généraliste en fonction du type de rendez-vous qu'elle prenait. Elle a évoqué également le temps consacré qui est plus important pour les consultations dédiées en gynécologie et qui pouvait donc être plus propice à aborder ce sujet.

Les interviewés de l'étude s'accordaient à dire qu'ils préféraient parler de ce sujet avec un médecin du même sexe et du même âge qu'eux. De nombreuses études décrivent une certaine facilité à parler de santé sexuelle avec un médecin de même âge et de même sexe. (39,41) Dans l'étude de M. Gott (41) les patients expriment le fait qu'ils seraient moins embarrassés de parler de ce sujet à un médecin du même âge qui, selon eux, peut être confronté aux mêmes expériences. Un autre article du même auteur (5) évoque que lorsque le patient a un âge avancé, il peut exister une barrière significative pour discuter de santé sexuelle dans un contexte de soins primaires tant pour les médecins généralistes que pour les patients. Dans cet article, les médecins généralistes ont reconnu avoir abordé le sujet de la santé sexuelle de manière beaucoup moins fréquente avec les personnes âgées qu'avec des personnes plus jeunes. Dans l'article de Gott (41), la représentation des médecins généralistes envers les personnes âgées peut s'avérer être celle de personnes 'asexuées' ou dont les problèmes sexuels seraient en lien avec le vieillissement physiologique de la personne. On peut donc nuancer en disant que l'âge et le sexe peuvent faciliter l'abord mais néanmoins certaines catégories de patients comme les personnes âgées semblent être lésées, le médecin généraliste pouvant considérer qu'elles n'ont pas de besoin ou que leur problème sexuel (comme les troubles de l'érection) sont liés à leur âge. Dans notre étude, sur le sujet du sexe du patient, la contraception a été mentionnée comme un thème en relation directe avec la santé sexuelle et donc un levier à l'abord de ce sujet chez les femmes. Cet élément a été apporté par des interviewés masculins. On peut s'interroger sur le fait qu'il puisse effectivement s'agir d'un levier pour l'abord mais peut-être aussi une sorte 'd'excuse' pour ces interviewés masculin du non abord de la santé sexuelle, la santé sexuelle étant plutôt un domaine féminin. Un article (40) évoque cette idée de la masculinité qui peut être vue comme éloignée d'après les hommes de cette étude du sujet de la santé sexuelle.

Lors de l'abord du thème de la santé sexuelle au cours des entretiens, des moments de gêne ont été identifiés de manière ponctuelle. L'investigatrice n'a pas été épargnée par le sentiment de gêne lié à l'abord du sujet de la santé sexuelle lors de certains entretiens. Cette gêne était rare et ponctuelle. On peut citer en exemple le fait de connaître le statut social élevé de l'interviewée avant de débuter l'entretien (P3, DRH) et la forte différence d'âge avec l'interviewé (P7, 78 ans). Il s'agissait d'un sujet délicat. La gêne est très répandue dans la littérature lors de l'abord de ce sujet. La peur d'un jugement de la part du médecin avec une forme de honte est présente.(62) Un article écrit par M-J Temple-Smith (22) rapporte que le médecin généraliste est moins enclin à initier le sujet de la santé sexuelle s'il ressent

que le patient est embarrassé. Une autre étude (21) rejoint cette idée en ajoutant que lorsque le médecin ressent de l'inconfort chez le patient, il en ressent lui-même. Ce sentiment paraît être partagé aussi bien par les patients que par les médecins. Certains interviewés de l'étude ont cité lors de l'abord de la santé sexuelle au cours de l'entretien, des aspects de santé sexuelle qui ne les concernaient pas directement (la ménopause pour un homme, les troubles de l'érection pour une femme, la sexualité chez les adolescents pour une personne âgée). On peut supposer que cela peut être dû à une forme de gêne ou à une stratégie d'évitement du sujet. Certains interviewés de l'étude allant jusqu'à expliciter que ce qu'ils décrivaient sur un sujet de santé sexuelle n'était pas ce qu'ils vivaient réellement. On peut penser qu'ils craignaient que leurs représentations d'un sujet de santé sexuelle soient assimilées par l'investigatrice comme correspondant à leur propre sexualité. De même lors de l'abord de certains sujets de santé sexuelle jugés sensibles (comme l'orientation sexuelle ou les violences sexuelles), le fait de changer de sujet ou d'utiliser l'humour a été utilisé par les interviewés. On peut supposer qu'il s'agissait également d'une stratégie d'évitement due à la gêne.

D'après l'article 'Opening a can of worms' (5), les médecins généralistes ont la sensation de devoir résoudre un problème sensible et complexe dans les limites de temps et avec les ressources disponibles en soins primaires. Il peut exister un sentiment chez les médecins généralistes que les patients ne pensent pas que la santé sexuelle fasse partie des sujets légitime à discuter au sein d'une consultation médicale. Les médecins généralistes décrivent la peur que le patient pense qu'il veuille entrer dans la vie privée du patient. Il est décrit une crainte d'offenser, pouvant aller, dans les cas extrêmes, jusqu'à menacer la relation médecin-patient. (5)

Une étude suisse (20) rappelle que parmi les personnes qui déclarent qu'elles se sentiraient gênées si le médecin généraliste abordait le sujet de la santé sexuelle, la grande majorité d'entre elles souhaite que le médecin l'aborde tout de même. L'objectif serait essentiellement d'avoir des conseils en matière de prévention.

D'après les interviewés de l'étude, les liens dans la relation médecin-patient pouvaient influer sur l'abord. Cela pouvait être le cas lorsque la relation était jugée 'trop proche', lorsque l'on connaissait le médecin en dehors du cabinet ou que le médecin était le médecin de famille. Un article écrit par J-R Baker (45) décrit que la relation a un rôle majeur dans l'abord de la santé sexuelle. Les patients qui connaissent 'socialement' leur médecin généraliste c'est-à-dire en dehors du cadre professionnel seraient moins enclins à parler de sexualité avec lui. Une étude de M-J Temple-Smith (22) montre que cette barrière à l'abord de la santé sexuelle liée à une relation médecin-patient hors cadre professionnel est également partagée par les médecins. Cela paraît surtout vrai pour les médecins généralistes en milieu urbain par rapport au milieu rural. S. Latreille dans son étude sur les patients (39), montre que lorsque le médecin généraliste est le 'médecin de famille' du patient, celui-ci peut évoquer comme barrière à l'abord de la santé sexuelle le fait d'être préoccupé par

rapport à la confidentialité de ce sujet. On peut donc penser qu'il pourrait être utile que le secret médical soit rappelé par le médecin généraliste avant d'aborder un sujet comme la santé sexuelle, en particulier en cas de médecin de famille, spécifiant que ce qui est dit dans la pièce de consultation n'en sort pas, y compris pour le reste de la famille. Un article écrit par M. Gott (41) évoque qu'une relation longue peut parfois être un obstacle à l'abord de la santé sexuelle. Il décrit également qu'une 'bonne relation' avec le médecin généraliste et la satisfaction par rapport aux consultations antérieures peut être un argument pour considérer le médecin comme l'interlocuteur privilégié à l'abord en cas de problème sexuel. On retrouve donc dans la littérature le fait qu'une relation 'trop proche' en dehors du cadre professionnel ou avec un médecin de famille peut être un frein à l'abord, engendrant de la gêne. Néanmoins, une 'bonne relation' peut être un levier mais cette relation ne peut se créer et s'établir que dans le temps. En outre, une première consultation a été citée dans la littérature (20) comme pouvant être un moment propice pour aborder la santé sexuelle d'après les patients. Or lors d'une première consultation, la relation n'existe pas encore, elle ne peut donc pas 'être bonne' ; elle se crée. Il existe donc une certaine ambivalence. Il semble qu'il faille tenir compte de plusieurs éléments dont le sexe, l'âge ou encore le statut du patient et du médecin. On pourrait supposer qu'il semble devoir exister un lien de confiance entre le médecin et le patient mais que ce lien de confiance ne doit pas être trop étroit. Si le médecin généraliste a la sensation que la relation qu'il a avec son patient ne lui permet pas d'aborder un sujet comme la santé sexuelle, on peut évoquer le fait qu'il devrait pouvoir adresser le patient pour que le patient puisse pouvoir discuter de ce sujet avec un autre intervenant.

Pour les interviewés de l'étude, la santé sexuelle était vue comme faisant partie d'une intimité, de la vie privée du patient. Il pouvait découler une gêne lors de l'abord de ce sujet avec le médecin généraliste, d'autant plus lorsque la relation médecin-patient était considérée comme 'proche', avec une relation en dehors du cabinet. Dans la littérature, cette vision est partagée par les patients et par les médecins généralistes. L'abord pouvait être moins gênant lorsque l'âge et le sexe du médecin généraliste étaient proches de ceux du patient ou lorsque le médecin présentait une qualification dans le domaine de la santé sexuelle.

4) Une rencontre entre le patient, son médecin généraliste et un sujet sensible qui parfois n'aboutit pas

Chez les interviewés de notre étude, il pouvait exister une demande d'aborder la santé sexuelle avec le médecin généraliste. Un article écrit par K-M Dunn publié dans 'Family Practice' (42) évoque qu'une demande importante de la part des patients existe et rappelle la forte prévalence des problèmes de santé sexuelle. Il décrit que malgré cela, le médecin généraliste semble sous-estimer cette demande. On peut s'interroger sur cette sous-estimation de la demande de la part du médecin généraliste, qui peut être liée à la gêne à l'abord de ce sujet ou encore à la sensation de manque de connaissance. La peur d'être gêné et la sensation de manque de connaissance sont décrites dans la littérature. (22) La population actuellement a accès à plus d'informations et est plus en mesure de repérer les problèmes sexuels et à en parler. (25) D'où l'intérêt que le médecin généraliste sache répondre à la demande et aux attentes des patients.

Les interviewés de l'étude ont évoqué que lorsque l'abord de la santé sexuelle avec le médecin généraliste a été vécu, il était décrit comme parfois superficiel. Cela pouvait être vécu comme une attente insatisfaite d'après les interviewés. Malgré un sujet en rapport avec la santé sexuelle amené par le patient, contraception ou dépistage (21), ou le fait d'avoir repérer un problème ou un traitement inducteur de trouble sexuel (41), les médecins généralistes sont peu nombreux à rebondir et à saisir l'opportunité d'un réel abord. Lors de l'abord d'une contraception en consultation (21), peu de médecins abordent l'utilisation du préservatif, les risques d'IST ou encore les partenaires. Les études retrouvent donc le concept « d'occasions manquées » d'abord non superficiel. Néanmoins les interviewés de l'étude avouaient parfois que cet abord superficiel leur convenait dans le sens où cela permettait d'éviter d'aborder un sujet intime et gênant, d'autant plus s'ils connaissaient le médecin en dehors du cabinet. Il peut donc exister une certaine ambivalence sur ce sujet de la part des interviewés de l'étude entre une attente d'abord et la crainte d'être gênés avec parfois un médecin avec qui la relation est proche.

D'autres intervenants, hors professionnels de santé, ont pu intervenir, en particulier les mères lors de l'adolescence de leur enfant et le partenaire. Une étude sur des adolescents retrouve comme autres intervenants dans la santé sexuelle, l'école, internet, les proches avec les parents, le partenaire, la télévision. (40) On peut remarquer que pour l'épanouissement sexuel, les interviewés de l'étude ont déclaré qu'ils en parleraient plutôt à leur partenaire ou à un proche qu'avec le médecin. Le recours à d'autres intervenants peut faire suite au fait que le sujet soit jugé trop intime ou hors champ du rôle du médecin généraliste. La personne interviewée de l'étude qui décrivait avoir vécu des violences sexuelles, a choisi d'en parler à une conseillère conjugale. Elle semblait découvrir tout au long de l'entretien qu'elle aurait pu parler de ce sujet à son médecin avec qui la relation est

très bonne. On peut s'interroger sur le fait qu'elle ne l'a pas fait, il semble que ce sujet ne faisait pas partie pour elle du champ d'action de son médecin.

La demande d'abord de la part des patients était à l'attention du médecin généraliste, vu comme l'interlocuteur privilégié, qui pouvait être celui qui lance le sujet d'après les interviewés de l'étude. Cela est retrouvé dans la littérature. (41) Il est un interlocuteur privilégié de par la relation de confiance qu'il a instaurée avec son patient.

Les rôles du médecin généraliste évoqués par les interviewés de l'étude étaient nombreux. Ils allaient de la prise en charge globale avec l'instauration d'une relation médecin-patient efficace à la fonction de coordinateur de soins, en passant par les rôles de dépistage et de prévention. Les rôles du médecin généraliste cités par la WONCA (19) sont en autres l'adaptation des besoins médicaux de la personne par rapport aux besoins de la communauté, l'aptitude à résoudre des problèmes, une approche centrée sur le patient, une gestion des soins primaires en étant le premier interlocuteur du patient, le rôle de coordinateur de soins, une approche globale avec la prise en charge à la fois des problèmes aigus et des problèmes chroniques tout en ayant un rôle d'éducation et de prévention. On remarque que l'ensemble des rôles de la WONCA a été cité parmi les interviewés hormis le rôle de santé communautaire. Il semble néanmoins que cette notion, répandue Outre-Atlantique, le soit beaucoup moins en France, ce qui pourrait expliquer qu'elle n'ait pas été citée.

Chez les personnes interviewées de l'étude, une demande d'abord de la santé sexuelle avec le médecin généraliste existait. Des 'occasions manquées' ont été décrites pouvant engendrer des 'demandes frustrées'. Néanmoins les interviewés montraient une ambivalence entre les 'demandes frustrées' et la peur d'être gêné lors de l'abord, en particulier si la relation avec le médecin généraliste était perçue comme proche. D'autres intervenants ont pu jouer un rôle dans l'abord de la santé sexuelle notamment la famille et le partenaire. Le médecin généraliste était perçu par les interviewés de l'étude comme un interlocuteur privilégié de part la relation de confiance qu'il avait instauré avec son patient et de part des rôles en particulier de dépistage et de prévention.

D) Perspectives

1) Eléments de réponse à la mise en place d'un outil de type 'RPIB santé sexuelle'

Des moments propices à l'abord de la santé sexuelle ont été repérés par les interviewés de l'étude comme l'entrée dans la vie sexuelle avec l'adolescence essentiellement ou encore lors d'une première consultation. Plusieurs études retrouvent ces moments opportuns d'après les patients.(20,45) Néanmoins, lors d'une étude sur des médecins généralistes (22), plus de la moitié des médecins généralistes trouvent qu'une première consultation est un contexte difficile pour aborder la santé sexuelle. On peut noter une ambivalence entre le patient et le médecin qui estiment qu'une relation 'trop proche' peut être un frein à l'approche et la difficulté d'aborder le sujet pour les médecins lors d'une première consultation. Il a été retrouvé également la notion pour les médecins français de vouloir 'fidéliser' leur patientèle dans un système de paiement à l'acte concurrentiel qui ressort dans la littérature. (61) On peut supposer que le médecin ne veuille pas 'effrayer' le patient lors d'une première consultation en abordant la santé sexuelle, risquant de le gêner et de ne pas le garder comme patient par la ensuite.

Pour les interviewés de l'étude, l'abord n'était pas propice lors d'une consultation pour un problème 'aigu' ou important. Dans un article de S. Latreille (39), on retrouve que le motif de consultation initial ne doit pas être important pour pouvoir permettre l'abord de la santé sexuelle. En effet, si la consultation était déjà 'riche', comme une interviewée de l'étude qui évoquait une consultation pour des douleurs suite à une entorse des ligaments croisés, le moment pouvait alors être mal choisi.

Des posters sur un thème de santé sexuelle dans la salle d'attente du médecin généraliste ont été évoqués comme pouvant être un levier à l'abord par les interviewés de l'étude. Une étude (22) décrit que les médecins généralistes trouvent appropriés de se servir de posters en salle d'attente, cela peut informer le patient sur la possibilité d'en parler avec le médecin généraliste. Cela peut aussi être un levier d'abord pour le médecin généraliste en demandant : « Avez-vous vu le poster en salle d'attente ? » Néanmoins une autre étude sur les patients cette fois (45), a montré qu'il existait peu d'effet des affiches en salle d'attente sur la diminution de l'inconfort pour parler de santé sexuelle.

L'article 'The challenge of talking about sex' écrit par U. Brandenburg décrit le fait de repérer les personnes concernées ; il s'agit d'évaluer si l'approche a du sens chez la personne. Le médecin évalue alors l'impact d'un problème sexuel sur sa qualité de vie et cherche à savoir l'importance que la personne accorde à l'épanouissement sexuelle dans sa vie. (62) Les interviewés de l'étude décrivaient que le problème ne serait pas le même chez une personne ménopausée avec une sexualité active et une autre sans sexualité. En outre, une personne parmi les interviewés de l'étude a évoqué son statut professionnel qui selon elle a conduit son médecin généraliste à ne pas aborder le sujet avec elle de part les représentations

qu'aurait le médecin de ses compétences liées à sa profession. On peut alors suggérer que l'abord doit être étendu sur tous les statuts dont les professionnels de santé pour lesquels il est préférable de ne pas présupposer des connaissances.

Les interviewés de l'étude ont suggéré d'aborder le sujet au moins une fois avec la métaphore de « tendre la perche » ou « d'ouvrir la porte ». L'idée de partir du couple ou d'une sexualité idéale et de recentrer ensuite sur la personne a été citée comme levier à l'abord. Concernant la manière d'amener le sujet, l'article écrit par U. Brandenburg (62) propose comme phrase permettant d'amener le sujet : « Au fait, je voulais juste vous dire que si vous aviez des problèmes sexuels à un moment donné, n'ayez pas peur de m'en parler ». On peut supposer que si le médecin généraliste évoque le sujet, ne serait-ce qu'une fois avec le patient, celui-ci saura que le médecin est ouvert sur ce sujet et que ce sujet fait partie du champ d'actions du médecin. Le patient pourra alors se tourner vers le médecin en cas de problème sexuel.

Les interviewés de l'étude ont suggéré de se servir d'un motif médical de la consultation comme levier pour l'abord, comme un dépistage ou une contraception. Un article écrit par A. Lemaire (38) suggère, sur la question des troubles de l'érection, de poser une question par rapport à la sexualité, à la recherche d'une pathologie organique sous-jacente. Cela pourrait faciliter la communication et donc l'abord de la santé sexuelle. On peut suggérer qu'amener le sujet de manière détournée peut faciliter l'approche, d'autant plus si le levier est médical semblant légitimer l'intervention du médecin.

Les interviewés de l'étude ont décrit comme attente le fait que le médecin rappelle le secret médical avant de débuter l'abord d'un sujet comme la santé sexuelle et rappelle aux adolescents qu'ils pouvaient consulter seuls. L'utilisation d'un vocabulaire neutre sur les genres et l'utilisation d'un vocabulaire 'non enfantin' ont été évoqués. De nombreuses études retrouvent un manque de connaissance des patients sur la confidentialité de la consultation. Un article écrit par C. Ewert (40) décrit notamment la peur pour les adolescents que les parents soient au courant par le médecin généraliste. Cela peut être une barrière à l'abord. En outre, la plupart des adolescents ne savent pas qu'ils peuvent consulter seuls leur médecin généraliste. (39) Une attente des patients est que le vocabulaire employé par le médecin ne doit pas être un vocabulaire médical. (39) Un interviewé de l'étude a évoqué que l'utilisation d'un vocabulaire neutre sur les genres l'aurait aidé à parler de son orientation sexuelle avec son médecin généraliste lors de l'adolescence. Un autre interviewé de l'étude a évoqué qu'un vocabulaire 'non enfantin' pour l'abord de la santé sexuelle chez les adolescents faciliterait l'abord. Le fait de ne pas employer de vocabulaire médical n'a pas été évoqué par les interviewés de l'étude. On peut supposer qu'utiliser un vocabulaire neutre, sans jugement ou idée préconçue, en particulier avec les adolescents pourrait être une aide pour l'abord de la santé sexuelle.

Une étude sur les médecins généralistes (21) , met en avant le fait que le médecin généraliste n'initie pas le sujet de la santé sexuelle car il estime que le patient n'est pas à

risque. Il évoque également une difficulté identifiée par les médecins généralistes de savoir amener le sujet lors d'une consultation de manière appropriée.

Les attentes sur la posture du médecin lors de l'abord sont d'être ouvert, avec une écoute active, de prendre le temps, d'être à l'aise et intéressé, de ne pas juger les pratiques sexuelles du patient. (62)

Dans l'ouvrage 'Singuliers généralistes' (61), A. Giami après avoir décrit les approches 'd'évitement' et 'd'évitement relatif' par le biais de la prescription seule, aborde « l'approche globale ou holistique ». Cette posture permet aux médecins de ne pas se limiter uniquement à la prescription d'un traitement mais d'associer cette prescription à une écoute et un abord plus psychologique du sujet. Il s'agit d'avoir les connaissances médicales sur la sexualité, d'être capable d'aborder le sujet en consultation et surtout de maîtriser les processus de communication.

Dans son rapport de 2015, l'OMS (10) rappelle les quatre différentes étapes des techniques de communication dont l'intervention brève. La première est de se rendre disponible, d'être ouvert et à l'écoute. La deuxième consiste à lancer le sujet en posant des questions ouvertes. La troisième est la personnalisation de l'approche. Enfin, la dernière étape consiste à proposer différentes solutions au patient, qui peuvent être des traitements ou une orientation et lui laisser le choix, le laisser acteur de son parcours de soins. Ces quatre étapes ont toutes été évoquées par les interviewés de l'étude. La première a été largement évoquée.

L'intérêt d'une approche avec un outil de communication est de permettre d'aider le médecin à prendre en charge le problème de santé sexuelle d'un patient dans le temps limité d'une consultation médicale. (62)

Concernant l'abord pour les interviewés de l'étude, il ne convenait pas seulement pour le médecin généraliste de repérer un problème, mais aussi et surtout d'évaluer si, ce qui était repéré comme étant un problème, l'était pour la personne concernée. Il s'agissait d'évaluer la place de la santé sexuelle et le retentissement sur la qualité de vie de la personne et non par rapport aux représentations de la société. La posture du médecin, détaillée dans les techniques de communication, était centrale avec le fait d'être ouvert et à l'écoute, d'utiliser un vocabulaire adapté et de rappeler le secret médical avant l'abord de ce sujet. L'utilisation d'un outil pourrait aider le médecin à aborder en consultation le sujet de la santé sexuelle dans le temps imparti de la consultation médicale.

2) La nécessité de créer un cadre propice à l'abord

Les interviewés de l'étude pouvaient avoir comme représentation du médecin généraliste celle d'un prescripteur, qui s'occupait de la maladie, qui manquait de temps avec une charge de travail importante. Ce cadre était perçu comme peu propice au dialogue approfondi.

Dans l'ouvrage 'Singuliers généralistes' (61), Sophia Rosman est l'auteure du chapitre « Les pratiques de prescription de médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas ». Cette étude fait part de deux logiques de prescription. La première logique, majoritaire au Pays-Bas dans cette étude, est la 'logique de restriction'. Elle repose sur l'idée que le médicament n'est pas l'outil central de la prise en charge thérapeutique. Il existe d'autres outils tout aussi importants comme la réassurance ou l'éducation. Les prescriptions sont alors réalisées 'avec parcimonie'. Les médecins justifient cette logique par l'argument économique, les médicaments ont un coût pour la société, il s'agit de les utiliser de manière adaptée. Le respect des recommandations de bonnes pratiques avec l'idée de prescriptions raisonnées et le fait de ne pas vouloir créer une demande injustifiée de la part du patient et d'éviter les effets secondaires des traitements font partie des autres arguments avancés. Cela implique une adhésion de la patientèle à cette logique et paraît plus facile à mettre en place à la campagne qu'en ville. La deuxième logique évoquée, majoritaire chez les médecins généralistes français dans cette étude, est la 'logique de réparation instantanée' par le biais de médicaments. Les médecins évoquent alors une volonté de soulager les symptômes et de répondre à une demande. L'ordonnance apporte la preuve d'un diagnostic et d'un traitement et ainsi valide la légitimité du médecin. Cela s'inscrit en France dans un contexte concurrentiel et de paiement à l'acte avec la nécessité pour le médecin de créer et de fidéliser une patientèle. Aux Pays-Bas, il n'y a pas de rémunération directe, cela donne l'impression aux médecins néerlandais de garder le contrôle de la situation. La fatigue et le fait de ne pas vouloir 'perdre de temps à négocier' sont évoqués également. Dans ce contexte, les médecins français évoquent la difficulté de laisser sortir de la salle de consultation un patient sans ordonnance. Celle-ci peut être vue comme un rituel, incontournable. Les pratiques ne sont pas figées et les médecins peuvent parfois passer d'une logique à une autre. (61) En France, le médecin généraliste reste parfois dans les représentations de son statut, de son rôle de prescripteur et du cadre de la maladie. Il médicalise le motif pour le maîtriser et prescrit des traitements ou des examens pour se sentir légitime et ainsi éviter l'abord réel du sujet. En pensant répondre vite à une problématique, les médecins peuvent en réalité passer à côté de celle-ci et ne pas répondre à l'attente du patient. Cela ne concerne pas uniquement le champ de la santé sexuelle.

En France, le contexte de paiement à l'acte directement du patient au médecin peut amener un caractère marchand dans la relation, le médecin estimant que le patient 'doit en avoir pour son argent'. Le système de médecine de ville concurrentielle avec le souhait de fidéliser une patientèle peut amener le médecin français à accéder plus facilement à la demande du patient. La prescription peut être vue comme un moyen rapide de répondre à un problème et de se sentir légitime avec un diagnostic et un traitement. Néanmoins, cela peut être utilisé comme un moyen de ne pas aborder réellement le sujet.

Ce travail de thèse a été mené en parallèle d'un autre travail de thèse, mené par Christelle Gillet, qui était la deuxième investigatrice de cette étude. Son travail de thèse porte sur le versant des médecins généralistes : « Les besoins des médecins généralistes pour améliorer l'abord de la santé sexuelle en médecine générale ».

Une demande des patients existe sur l'abord de la santé sexuelle par le médecin généraliste. Plusieurs leviers ont été évoqués dont les médecins peuvent se servir pour initier le sujet. Ce travail va participer à la mise en place d'un outil de type 'RPIB santé sexuelle' et à la création de modules de formation. Les médecins généralistes d'Aquitaine qui le souhaitent pourront se former à cet outil en appréhendant les différentes techniques de communication en médecine générale appliquées à la santé sexuelle.

V) Conclusion

Une demande d'abord de la santé sexuelle avec le médecin généraliste existe. Des attentes parfois frustrées sur l'abord de la santé sexuelle ont été décrites par les interviewés. Cela pouvait conduire à un abord non approfondi d'un sujet risquant d'entrainer une gêne. Cette gêne pouvait être moins importante lorsque le médecin généraliste avait le même âge ou le même sexe que l'interviewé ou lorsqu'il possédait une qualification sur ce sujet.

Les freins repérés à l'abord étaient essentiellement liés au relationnel médecin-patient, aux représentations sur les champs d'action du médecin généraliste, aux représentations sur la santé sexuelle avec les aspects surtout médicaux et aux représentations du médecin généraliste pouvant être perçu comme un prescripteur occupé. Les leviers cités étaient essentiellement liés à l'attitude du médecin, au fait de se saisir du motif de consultation s'il était en rapport avec la santé sexuelle pour l'aborder. Les moments privilégiés pouvaient être une première consultation, ou lors de l'entrée dans la vie sexuelle.

Les interviewés de l'étude ont évoqué la possibilité pour le médecin généraliste de « tendre la perche » au moins une fois sur ce sujet. Le médecin généraliste pourrait informer que ce sujet fait partie de son champ d'action et pourrait suggérer au patient de se tourner vers lui en cas de besoin sur la santé sexuelle. Avant d'aborder un sujet sensible comme la santé sexuelle, en particulier avec les adolescents, les interviewés ont suggéré de rappeler le secret médical et la possibilité de consulter seul. Certains sujets de santé sexuelle ont été perçus comme 'hors champ' pour l'abord avec le médecin généraliste (comme les violences sexuelles), laissant penser que l'interviewé ne l'aborderait pas spontanément si le sujet n'était pas amené par le médecin généraliste. Une relation 'trop proche' a été vue comme pouvant rendre l'abord plus difficile. Une 'bonne distance relationnelle' paraît plus propice à l'abord. Les interviewés ont conseillé de pas présupposer de connaissances sur ce sujet de la part du patient (de par une profession notamment) ni présupposer l'existence de risques liés à la santé sexuelle.

Le médecin généraliste a pu être vu comme 'enfermé dans un cadre' de prescription et de soins des maladies. On peut supposer que cette médicalisation de la sexualité par le médecin généraliste a pu être un moyen d'éviter un sujet sensible. Le manque de temps a été perçu comme un frein à l'abord du sujet de la santé sexuelle. Des consultations dédiées pourraient permettre de créer un cadre favorable à l'abord de la santé sexuelle en médecine générale.

Certains éléments du contexte spécifique du mode d'exercice de la médecine générale en France rendent le cadre moins propice à l'abord de la santé sexuelle des patients au cabinet.

VI) Références bibliographiques

1. World Health Organization (WHO). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health. WHO. Geneva; 2002 [cité 12 févr 2017]. 35 p. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf

2. Hawkes S. Sexual health: a post-2015 palimpsest in global health? Lancet Glob Health. 2014;2(7):e377-378.

3. Goldstein I. Growth of the field of sexual medicine. J Sex Med. 2013;10(8):1899‑902.

4. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, Hayes RD, Laumann EO, Moreira Jr. ED, et al. Definitions/Epidemiology/Risk Factors for Sexual Dysfunction. J Sex Med. 2010;7:1598‑607.

5. 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.

6. Bluzat L, Kersaudy-Rahib D, Nugier A. Santé sexuelle: à quels professionnels s'adresser? La santé en action. 2013;423:10‑49.

7. Jardin A. Préliminaires. Prog Urol. 2013;23:541‑6.

8. Davidson AI. Sex and the Emergence of Sexuality. Crit Inq. 1987;14(1):16‑48.

9. Giami A. Histoire de la médecine sexuelle. In: Courtois F, Bonierbale M Eds. Médecine sexuelle: fondements et pratiques. Paris: Lavoisier; 2016. p. 3‑7.

10. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Communication Brève Relative à la Sexualité (CBS): Recommandations pour une approche de santé publique. Genève: OMS; 2015 [cité 15 déc 2016]. 72 p. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204278/1/9789242549003_fre.pdf

11. Nations Unies. Objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport 2015. New York; 2015 [cité 1 févr 2016]. 75 p. Disponible sur: http://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport_2015.pdf

12. Haut conseil de la santé publique (HCSP). Santé sexuelle et reproductive. Rapport 2016. Paris; 2016 [cité 8 août 2016]. 89 p. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550

13. Vaughan J, AbouZahr C. Reproductive health: widening horizons. Bull World Health Organ. 2000;78(5):569.

14. Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Gervasoni J-P, Graz B, Elford J, et al. Mapping HIV/STI behavioural surveillance in Europe. BMC Infect Dis. 2010;10:290.

15. Bajos N, Bozon M. Les agressions sexuelles en France: résignation, réprobation, révolte. In: Bajos N, Bozon M Eds. Enquête sur la sexualité en France. Paris: La découverte; 2008. p. 381‑407.

16. American Psychiatric Association. Dysfonctions sexuelles. In: Mini DSM-V: Critères diagnostiques. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2016. p. 181‑91.

17. Diaw J. Dysfonctions sexuelles féminines. In: Courtois F, Bonierbale M Eds. Médecine sexuelle: fondements et pratiques. Paris: Lavoisier; 2016. p. 110‑5.

18. Sungur MZ, Gündüz A. A comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 definitions for sexual dysfunctions: critiques and challenges. J Sex Med. 2014;11(2):364‑73.

19. World Organization of Family Doctors (WONCA). Définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste-médecin de famille [Internet]. 2002 [cité 8 févr 2017]. 52 p. Disponible sur: http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf

20. 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. 8 mars 2011;141:w13178.

21. Haley N, Maheux B, Rivard M, Gervais A. Sexual health risk assessment and counseling in primary care: how involved are general practitioners and obstetrician-gynecologists? Am J Public Health. 1999;89(6):899‑902.

22. Temple-Smith MJ, Mulvey G, Keogh L. Attitudes to taking a sexual history in general practice in Victoria, Australia. Sex Transm Infect. 1999;75(1):41‑4.

23. Burke RC, Sepkowitz KA, Bernstein KT, Karpati AM, Myers JE, Tsoi BW, et al. Why don't physicians test for HIV? A review of the US literature. AIDS Lond Engl. 2007;21(12):1617‑24.

24. Garcia CK. Sexual health education in Quebec schools: A critique and call for change. Can J Hum Sex. 2015;24(3):197‑204.

25. Parish SJ, Rubio-Aurioles E. Education in sexual medicine: Proceedings from the International Consultation in Sexual Medicine, 2009. J Sex Med. 2010;7(10):3305‑14.

26. Hayes V, Blondeau W, Bing-You RG. Assessment of Medical Student and Resident/Fellow Knowledge, Comfort, and Training With Sexual History Taking in LGBTQ Patients. Fam Med. 2015;47(5):383‑7.

27. Parish SJ, Clayton AH. Sexual medicine education: Review and commentary. J Sex Med. 2007;4(2):259‑68.

28. Pryor J. The European Academy for Sexual Medicine (EASM): the challenge of developing European training standards in sexual medicine. Sex Relatsh Ther. 2006;21(3):273‑9.

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

30. Alarcão V, Ribeiro S, Miranda FL, Carreira M, Dias T, Garcia e Costa J, et al. General practitioners' knowledge, attitudes, beliefs, and practices in the management of sexual dysfunction-results of the Portuguese SEXOS study. J Sex Med. 2012;9(10):2508‑15.

31. Haute Autorité de Santé (HAS). Démarche centrée sur le patient. Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. 2015 [cité 11 févr 2017] p. 8. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf

32. Miller W, Rollnick S. L'entretien motivationnel-Aider la personne à engager le changement. 2ème édition. Paris: InterEditions; 2013.

33. Dodge WT, BlueSpruce J, Grothaus L, Rebolledo V, McAfee TA, Carey JW, et al. Enhancing primary care HIV prevention: a comprehensive clinical intervention. Am J Prev Med. 2001;20:177‑83.

34. Kamb ML, Fishbein M, Douglas JM, Rhodes F, Rogers J, Bolan G, et al. Efficacy of risk-reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases: a randomized controlled trial. Project RESPECT Study Group. JAMA. 1998;280:1161‑7.

35. Neumann MS, O'Donnell L, Doval AS, Schillinger J, Blank S, Ortiz-Rios E, et al. Effectiveness of the VOICES/VOCES sexually transmitted disease/human immunodeficiency virus prevention intervention when administered by health department staff: does it work in the « real world »? Sex Transm Dis. 2011;38:133‑9.

36. Cooper B, Toskin I, Kulier R, Allen T, Hawkes S. Brief sexuality communication--a behavioural intervention to advance sexually transmitted infection/HIV prevention: a systematic review. BJOG. 2014;121 Suppl 5:92‑103.

37. Carey MP, Senn TE, Vanable PA, Coury-Doniger P, Urban MA. Brief and Intensive Behavioral Interventions to Promote Sexual Risk Reduction among STD Clinic Patients: Results from a Randomized Controlled Trial. AIDS Behav. 2010;14(3):504‑17.

38. Lemaire A, Colson MH, Alexandre B, Bosio-Legoux B, Klein P. Pourquoi les patients qui ont des difficultés sexuelles ne consultent-ils pas plus souvent? D'après une étude française de l'ADIRS. Sexologies. 2009;18:32‑7.

39. Latreille S, Collyer A, Temple-Smith M. Finding a segue into sex: young men's views on discussing sexual health with a GP. Aust Fam Physician. 2014;43(4):217‑21.

40. Ewert C, Collyer A, Temple-Smith M. Most young men think you have to be naked in front of the GP. Sex Health. 2015;13:124‑30.

41. 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.

42. 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;15(6):519‑24.

43. Cahill S, Singal R, Grasso C. Do Ask, do tell: high levels of acceptability by patients of routine collection of sexual orientation and gender identity data in four diverse American Community Health Centers. PLoS ONE. 2014;9:9.

44. Metcalfe R, Laird G, Nandwani R. Don't ask, sometimes tell. A survey of men who have sex with men sexual orientation disclosure in general practice. Int J STD AIDS. 2015;26(14):1028‑34.

45. Baker JR, Arnold-Reed DE, Brett T, Hince DA, O'Ferrall I, Bulsara MK. Perceptions of barriers to discussing and testing for sexually transmitted infections in a convenience sample of general practice patients. Aust J Prim Health. 2013;19(2):98‑101.

46. Mouillet E. Les essentiels de la recherche bibliographique en santé : Chercher. Organiser. Publier. Montrouge: Doin éditeurs; 2016.

47. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2015.

48. Kaufmann JC. L'entretien compréhensif. 4e édition. Paris: Armand Colin; 2016.

49. Blanchet A, Gotman A. L'entretien: L'enquête et ses méthodes. 2e édition. Paris: Armand Colin; 2010.

50. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative II. Exercer. 2009;88:106‑12.

51. Starks H, Trinidad SB. Choose your method: a comparison of phenomenology, discourse analysis, and grounded theory. Qual Health Res. 2007;17(10):1372‑80.

52. O'Reilly M, Parker N. 'Unsatisfactory Saturation': a critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research. Qual Res. 2012;13(2):190‑7.

53. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. Rev Méd Suisse. 2004;(2497):24011.

54. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrillart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84:142‑5.

55. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Exercer. 2009;87:74‑9.

56. Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly sur Seine: GM santé; 2011.

57. Grand A. Parler de sexualité avec son médecin généraliste : un problème pour les 15-18 ans : enquête en Ile-de-France 2010-2011. [Thèse Méd]. Université Paris 7 Denis Diderot; 2011.

58. Bartoli S. 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. [Thèse Méd]. Université de Poitiers; 2015.

59. Fievet C. Comment aborder le sujet de la sexualité en consultation de médecine générale, Enquête qualitative auprès de patientes à la Réunion [Thèse Méd]. Université de Nice- Sophia-Antipolis; 2014.

60. Donguy E. Quels sont les obstacles au dépistage du VIH, et à l'abord de la sexualité, en cabinet de médecine générale? Représentation des patients. [Thèse Méd]. Université de Paris Descartes; 2012.

61. Bloy G, Schweyer F-X. Singuliers généralistes : Sociologie de la médecine générale. Rennes: Presses de l'EHESP; 2010.

62. Brandenburg U, Bitzer J. The challenge of talking about sex: The importance of patient–physician interaction. Maturitas. 2009;63(2):124‑7.

63. Pilet F. Vous avez dit « bobologie » ? Rev Médicale Suisse. 2010;6:736‑7.

64. Bozon M. Premier rapport sexuel, première relation: des passages inattendus. In: Bajos N, Bozon M Eds Enquête sur la sexualité en France. Paris: La Découverte; 2008. p. 117‑47.

VII) Annexes

1) Annexe 1 : Document remis aux intermédiaires pour expliquer le but de l'entretien aux futurs interviewés.

Attentes des patients envers leur médecin généraliste

Je m'appelle Julie ROSE, je suis étudiante en médecine.

Dans le cadre d'une recherche universitaire en médecine, je souhaite rencontrer des hommes et des femmes pour discuter des attentes qu'ils ont envers leur médecin généraliste.

Cette étude est en lien avec des sociologues et des enseignants de médecine générale de Bordeaux.

Je rencontre actuellement une quinzaine de personnes afin de connaître leur point de vue et leur expérience.

Concrètement, il s'agit pour vous de m'accorder un peu de votre temps pour me parler des sujets que vous voudriez aborder (ou que vous avez déjà abordé) au cabinet du médecin généraliste.

Cet entretien se déroule au moment et dans le lieu de votre choix ; il est strictement confidentiel.

Si vous le souhaitez, vous pourrez recevoir une synthèse de l'étude.

Merci par avance pour l'intérêt que vous porterez à cette étude qui vise à améliorer la pratique médicale afin de mieux répondre aux attentes des patients.

Mes coordonnées :

Julie ROSE

2) Annexe 2 : Première version du guide d'entretien

« Bonjour, je m'appelle Julie Rose, je suis interne en médecine et je fais une étude sur les attentes des patients en médecine générale. C'est une étude en lien avec le département de médecine générale de Bordeaux afin de mieux répondre aux besoins des patients.

Je rencontre actuellement une quinzaine de personnes afin de connaître leur point de vue et leur expérience. »

Consigne initiale : **« Pouvez-vous me racontez comment s'est passée votre dernière consultation chez votre médecin généraliste »** (possibles relances sur : motif de la consultation, modalité de prise de rendez-vous, attentes concernant la consultation, contenu des échanges avec le médecin généraliste, contenu de l'examen clinique, difficultés éventuelles ressenties, points d'insatisfaction et/ou de satisfaction par rapport à cette consultation, représentativité de cette consultation par rapport aux autres consultations)

« Au cours de la consultation, est-ce que le médecin ou vous, avez abordé un autre sujet que le motif qui avait motivé le rendez-vous ? » (Représentativité de cette consultation par rapport aux autres consultations => était-ce une consultation habituelle ou est-ce différent des autres consultations ?)

Selon les réponses antérieures: **« Tout à l'heure, vous me disiez que lors de cette dernière consultation, votre médecin n'avait pas cherché à aborder d'autres sujets, est-ce que c'est quelque chose qui vous convient en général ou est-ce que vous aimeriez qu'il vous interroge sur d'autres aspects de votre santé ? »** (+/- Pourquoi ?)

« Par exemple, que penseriez-vous si votre médecin généraliste abordait avec vous la sexualité alors que ce n'était pas votre motif de consultation? » (Expliquer la définition de la sexualité mais pas trop médicale : on parle de 'santé sexuelle' qui n'est pas uniquement le fait de ne pas avoir de maladie ou de dysfonctionnement, c'est le fait d'avoir des relations sexuelles qui procurent du plaisir, sans prendre de risque, de manière libre, sans violence).

(Possibles relances : Orientation sexuelle, nombre de partenaires, risque IST, dépistage IST, contraception, grossesse non désirée, violence sexuelle, épanouissement dans sa vie sexuelle…)

« Qu'est-ce que vous ne souhaiteriez pas aborder avec votre médecin généraliste ? »

Voulez-vous ajouter autre chose ?

Merci pour votre témoignage.

Si vous souhaitez connaître les résultats de cette étude, je vous les enverrai par mail qui ne sera pas relié à votre entretien qui lui est anonyme.

3) Annexe 3 : Dernière version du guide d'entretien

Bonjour, je m'appelle Julie Rose, je fais une étude sur ce que les patients attendent de leur médecin généraliste. Ce projet est en collaboration avec des sociologues et des enseignants de médecine générale de Bordeaux. Le but de cette étude est de mieux répondre aux attentes des patients. Je rencontre actuellement une quinzaine de personnes afin de connaître leur point de vue et leur expérience.

Cet entretien est anonyme. Votre participation est libre. J'ai besoin de votre accord oral pour enregistrer l'entretien. Le but de l'enregistrement est que cela me serve d'outil de travail, c'est uniquement pour moi, ce ne sera écouté par personne d'autre. L'enregistrement sera effacé après retranscription.

Consigne initiale : **Pouvez-vous me racontez comment s'est passée votre dernière consultation chez votre médecin généraliste ?**

- modalité de prise de rendez-vous
- attentes concernant la consultation
- motif de la consultation
- contenu des échanges avec le médecin généraliste
  - sujets 'banals' (famille, météo, sujets personnels…)
  - autre sujet médical en dehors du motif de consultation (sujets de prévention…)
- contenu de l'examen clinique
- difficultés éventuelles ressenties
- points d'insatisfaction et/ou de satisfaction par rapport à cette consultation
- représentativité de cette consultation par rapport aux autres consultations

Satisfaction sur abord uniquement du motif de consultation

- autres sujets dont vous voudriez parler avec lui/elle
- sujets qui vous préoccupent

Par exemple est-ce que vous avez déjà parlé de dépistage de manière très général ?

Abord de la sexualité avec le médecin généraliste

- <u>Si le sujet a déjà été abordé</u> (dans une autre consultation)
  - faire décrire si c'était à la demande du patient ou à l'initiative du médecin généraliste
  - comment cela a été vécu/ ressenti
  - comment cela avait été abordé
  - si cela a été une aide
  - si non : comment auriez-vous voulu que ce soit abordé ? (attentes)

-<u>Si le sujet n'a jamais été abordé</u>

- pourquoi ?
- autres personnes à qui vous préférez/préféreriez en parler ? (spécialistes, amis, associations…)
- ou alors vous aimeriez l'aborder le cas échéant avec le médecin généraliste ?
- Comment auriez-vous voulu que ce soit abordé

- A quelle occasion
- Comment

-En médecine on parle de '**santé sexuelle'**, à quoi cela vous fait-il penser ?
Rebondir/expliquer selon ce qui a été dit : santé sexuelle : ce n'est pas uniquement le fait de ne pas avoir de maladie ou de dysfonctionnement, c'est le fait d'avoir des relations sexuelles qui procurent du plaisir, sans prendre de risque, de manière libre, sans violence.

-Y-a-t'il un ou plusieurs sujets de 'santé sexuelle' que vous voudriez aborder avec votre médecin ?
- Comment réagiriez-vous ou comment avez-vous réagi quand votre médecin vous parle :
La santé sexuelle c'est aussi :
* De contraception
* De risque d'infections sexuellement transmissibles et de dépistage
* D'orientation sexuelle ou du nombre de partenaires
* De grossesse non désirée ou violence sexuelle
* D'épanouissement dans sa vie sexuelle
Est-ce que parmi ces sujets il y en a que vous avez déjà abordés ou que vous auriez aimés aborder avec votre médecin généraliste ?
- **perception sur les compétences** de votre médecin sur ces différents aspects de la santé sexuelle

Question globale
-A votre avis, qu'est ce que les médecins généralistes pourraient faire pour mieux répondre aux besoins des patients ?
Voyez-vous autre chose à ajouter ?

Il me reste juste à vous demander quelques petits **renseignements** sur votre situation familiale et professionnelle :

- Quelle est votre profession ? Votre âge ?
- Avez-vous une vie de couple ? Des enfants ?
- Quel est le sexe de votre médecin ? Son âge approximatif ?
- Depuis quand consultez-vous ce médecin ?
- Fréquence des consultations chez ce médecin

Merci pour votre témoignage. Si vous le souhaitez vous pourrez avoir accès aux résultats de cette étude par mail ; vous pouvez laisser votre adresse mail qui ne sera pas reliée à votre entretien qui est anonyme.

4) Annexe 4 : Lettre du Comité de Protection des Personnes

COMITÉ DE PROTECTION DES PERSONNES
SUD-OUEST ET OUTRE MER III

Président : Docteur Driss BERDAÏ

Mademoiselle Julie ROSE
25 allée Marines
Appartement 254
64100 Bayonne

Bordeaux, le 10 octobre 2016.

Réf. CPP : DC 2016/122 bis
Vos réf. : demande d'avis cadre réglementaire.

En date du 27 JUILLET 2016, conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique, le CPP Sud-Ouest et Outre Mer III a examiné **la demande de cadre réglementaire** d'un projet de recherche intitulé :

"ATTENTES ET REPRESENTATIONS DES PATIENTS SUR L'ABORD DE LA SEXUALITE PAR LEUR MEDECIN GENERALISTE. ETUDE PRELIMINAIRE A LA MISE EN PLACE D'UN OUTIL DE TYPE RPIB SANTE SEXUELLE."

Ce projet, sous forme d'entretien semi dirigé entre des patients et leurs médecins généralistes, dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles, est hors du champ des dispositions régissant la recherche biomédicale et les soins courants.

Pour le Comité et le Président
Le Secrétaire général

Dr Roland-Igor GALPERINE

Service de Pharmacologie clinique – Groupe Hospitalier Pellegrin – Bât. 1A
Place Amélie Raba Léon – 33076 BORDEAUX CEDEX
TÉL/FAX : 33-(0)5.57.81.76.07 – E-mail : cpp.soom3@u-bordeaux2.fr

DOCUMENT EXAMINE PAR LE COMITE

- Courriel de Mademoiselle ROSE en date du 8 août 2016.

MEMBRES PRESENTS

Catégorie médecins ou personnes qualifiées dans la recherche biomédicale :
- Professeur Nicholas MOORE (titulaire)
- Docteur Antoine BENARD - compétent en matière biostatistique ou d'épidémiologie (titulaire)
- Docteur Igor GALPERINE – pédiatre (suppléant)
- Professeur Marc GENIAUX (suppléant)
- Docteur Stéphanie HOPPE - compétente en matière biostatistique ou d'épidémiologie (suppléante)

Catégorie médecins généralistes
- Docteur Stéphane FRAIZE (titulaire)
- Docteur Shérazade KINOUANI (suppléante)

Catégorie pharmaciens hospitaliers :
- Mademoiselle Marie-Claude SAUX (titulaire)

Catégorie infirmiers
- Madame Marie VIGUIER (titulaire)

Catégorie personnes qualifiées dans le domaine de l'éthique :
- Monsieur André CALAS (titulaire)

Catégorie psychologues :
- Professeur Pascal-Henri KELLER (titulaire)
- Madame Eva TOUSSAINT (suppléante)

Catégorie travailleurs sociaux :
- Madame Christiane GABORIAU (titulaire)

Catégorie juridique :
- Professeur Jean-Pierre DUPRAT (titulaire)

Catégorie Représentants des associations agréées de malades et d'usagers du système de santé :
- Monsieur Michel PERDRISET (titulaire)

Service de Pharmacologie clinique – Groupe Hospitalier Pellegrin – Bât. 1A
Place Amélie Raba Léon – 33076 BORDEAUX CEDEX
TÉL/FAX : 33-(0)5.57.81.76.07 – E-mail : cpp.soom3@u-bordeaux2.fr

5) Annexe 5 : Extrait du journal de bord

Notes sur l'entretien n°7 :

- Date : 27/10/2016. Durée : 50 minutes. Recrutement par 'boule de neige'.

- Posture : Etudiante en médecine.

- Lieu choisi par la personne interviewée: chez la personne interviewée, dans son salon.

- Données sociodémographiques :
  - Femme de 78 ans
  - Profession : à la retraite (travaillait dans la vente)
  - En couple, deux enfants
  - Médecin généraliste femme d'environ 50 ans
  - Consulte depuis environ 6 ans, 1 fois tous les 2 mois.

- Ressenti après l'entretien :

Il s'agit d'une personne âgée qui ne se sent pas concernée par le sujet de la santé sexuelle du fait de son âge. Des moyens sont utilisés par l'interviewée afin de détourner le sujet comme aborder d'autres sujets (famille, autres sujets médicaux). J'ai ressenti de la gêne car je devais régulièrement recentrer l'entretien sur le sujet de la santé sexuelle. J'ai ressenti de la gêne également à cause de la différence d'âge avec l'interviewée. La durée de l'entretien est correcte grâce au statut de retraité.

- Lors du codage :

Plusieurs nouveaux nœuds sont créés ; dans les 'représentations sur le médecin généraliste' : 'médecin généraliste jeune', dans les 'attentes envers le médecin généraliste' : 'barrière : personne âgée', 'levier : urgent', dans les 'représentations sur la santé sexuelle' : 'ménopause/dyspareunie/sécheresse vaginale'.

- Lors du double-codage :

Nous décidons de noter 'âge du médecin généraliste' plutôt que 'médecin généraliste jeune' et aussi 'âge du patient'. Remarque : apparition pour la première fois (alors qu'il s'agit du 7ème entretien) du thème de la 'ménopause' (car patiente de 78 ans). Discussion sur les attentes de la personne interviewée, discussion sur la création d'un nœud 'absence d'attente' qui serait une attente en lui-même ou à mettre à part des attentes dans le sens 'ne se sent pas concernée' ou 'peu d'intérêt sur le sujet'.

6) Serment médical

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses: que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

ABSTRACT

Title : Expectations and representations of patients on the approach to sexual health with the general practitioner.

Objective : To understand the expectations and representations of patients on the approach to sexual health with the general practitioner.

Method : It was a qualitative study by individual interviews, semi-directed, with open thematic coding, double coding and an anchored theory analysis. Recruitment was conducted using the 'snowball sampling', followed by ten interviews by reasoned sampling based on the sex, age, place of life, socio-economic category and sexual orientation of the interviewee, gender, age of general practitioner and length of follow-up. Consent was collected prior to each interview. The 'Comité de Protection des Personnes' (CPP) was requested to provide an opinion (reference: DC 2016 / 122bis), which supported the out-of-scope nature of the study.

Results : Fifteen interviews were conducted from September the 2nd 2016 to January the 10th 2017. Five thematic axes were identified. (1) The general practitioner was perceived by the interviewees as a person occupied with care and prescription. (2) The approach to sexual health with the general practitioner may appear as a secondary subject sometimes limited to the medical elements. (3) Sexual health was seen as an intimate subject and the doctor-patient relationship seems to play a role in the approach. (4) It appeared that sometimes the encounter between the patient, the doctor and the sensitive subject which is sexual health, did not succeed. (5) Patients' expectations of the general practitioner in terms of sexual health were to approach the subject at least once, to take the time, to be open, to be comfortable, to tackle the topic in particular at the moment of entry into the sex life. The different suggestions on how to approach sexual health were to seize a reason for consultation, to identify a wickedness, to set up dedicated consultations to allow a favorable framework. This is reflected concretely for general practitioners by recalling medical secrecy and being able to consult alone with teenagers, to "stretch the perch" to remind that this area is part of the field of action of the general practitioner.

Conclusion : The interviewees expect their general practitioner to have favorable conditions for the approach of this sensitive subject. Some opportunities are more conducive to this approach. Dedicated consultations would create an enabling environment for sexual health in general practice.

Keywords : General Practice. Sexual health. Patients. Communication.

RESUME

Titre : Attentes et représentations des patients sur l'abord de la santé sexuelle avec le médecin généraliste.

Objectif : Décrire les attentes et les représentations des patients sur l'abord de la santé sexuelle avec le médecin généraliste.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels, semi-dirigés, avec un codage thématique ouvert, un double codage et une analyse en théorie ancrée. Le recrutement a été réalisé par la méthode « boule de neige », puis après dix entretiens par échantillonnage raisonné sur les critères de sexe, d'âge, de lieu de vie, de catégorie socio-économique et d'orientation sexuelle de l'interviewé(e), de sexe, d'âge du médecin généraliste et de durée de suivi. Le consentement oral était recueilli avant chaque entretien. Un avis a été demandé au Comité de Protection des Personnes (référence : DC 2016/122bis) qui s'est prononcé pour le caractère hors-champ de l'étude.

Résultats : Quinze entretiens ont été menés du 2 septembre 2016 au 10 janvier 2017. Cinq axes de thématiques sont ressortis. (1) Le médecin généraliste a été perçu par les interviewés comme une personne tournée vers le soin et la prescription, qui manque de temps. (2) L'abord de la santé sexuelle avec le médecin généraliste pouvait être perçu comme un sujet secondaire parfois limité aux éléments médicaux. (3) La santé sexuelle a été perçue comme un sujet intime et certains déterminants de la relation médecin-patient jouent un rôle important dans l'abord. (4) Parfois, la rencontre entre le patient, le médecin et le sujet sensible qu'est la santé sexuelle, n'aboutissait pas. (5) Les attentes des patients envers le médecin généraliste concernant la santé sexuelle étaient d'aborder le sujet au moins une fois, de prendre le temps, d'être ouvert, à l'aise, d'aborder le sujet en particulier lors de l'entrée dans la vie sexuelle. Les différentes suggestions sur la manière d'aborder la santé sexuelle étaient de se saisir d'un motif de consultation, de repérer un mal-être. Cela se traduit concrètement pour les médecins généralistes par le fait de rappeler le secret médical et le fait de pouvoir consulter seul aux adolescents, de « tendre la perche » afin de rappeler que ce domaine fait partie du champ d'action du médecin généraliste.

Conclusion : Les interviewés attendent de leur médecin généraliste des conditions favorables à l'abord de ce sujet sensible. Certaines occasions sont davantage propices à l'approche de ce sujet. Des consultations dédiées permettraient de créer un cadre favorable à l'abord de la santé sexuelle en médecine générale.

Mots-clés : Médecine générale. Santé sexuelle. Patients. Communication.

DISCIPLINE : médecine générale

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

UFR des sciences médicales de l'université de Bordeaux 146, rue Léo Saignat 33076 Bordeaux Cedex