Attentes et besoins des médecins généralistes pour améliorer l'abord de la santé sexuelle en consultation

Christelle Gillet

▶ **To cite this version:**

Christelle Gillet. Attentes et besoins des médecins généralistes pour améliorer l'abord de la santé sexuelle en consultation. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02042789

HAL Id: dumas-02042789

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02042789

Submitted on 20 Feb 2019

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.

HAL
archives-ouvertes.fr

Attentes et besoins des médecins généralistes pour améliorer l'abord de la santé sexuelle en consultation

Christelle Gillet

▶ **To cite this version:**

Christelle Gillet. Attentes et besoins des médecins généralistes pour améliorer l'abord de la santé sexuelle en consultation. Médecine humaine et pathologie. 2018. <dumas-02042789>

HAL Id: dumas-02042789
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02042789

Submitted on 20 Feb 2019

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 2018 Thèse n° 98

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 27 septembre 2018

Par Mme GILLET Christelle

Née le 22/11/1987 à Villeneuve sur lot (47)

Attentes et besoins des médecins généralistes pour améliorer l'abord de la santé sexuelle en consultation.

Sous la direction de Monsieur le Docteur CONORT Guillaume

Jury

Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph (Président)

Monsieur le Docteur Yves Montariol (Rapporteur)

Madame le Docteur Sylvie Duhamel (Membre du jury)

Madame le Docteur Marie-Claire Hommeau (Membre du jury)

Monsieur le Docteur Guillaume Conort (Directeur de thèse)

REMERCIEMENTS

À 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.

À Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL,
Vous m'avez fait l'honneur de rapporter et de juger cette thèse, je vous remercie pour les remarques apportées. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

À Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL,
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail. Soyez assurée de mon profond respect et de ma reconnaissance.

À Madame le Docteur Marie-Claire HOMMEAU,
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse et je vous en remercie. Merci pour l'enseignement transmis durant le stage, les échanges sur les expériences vécues.
Merci de m'avoir fait découvrir la médecine générale.
Soyez assurée de mon profond respect et de ma gratitude

À Monsieur le Docteur Guillaume CONORT,
Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de la confiance témoignée. Merci de m'avoir accompagnée tout le long de ce travail.
Sois assuré de mon profond respect.

À l'équipe du projet « Repérage Précoce et Intervention Brève en santé sexuelle », merci pour votre apport et votre intérêt pour ce travail.

À Julie, merci pour ton investissement, ton aide sur cette thèse, ton efficacité dans le double codage.

À Madame Christine Quélier, sociologue et psychologue clinicienne, merci d'avoir pris le temps de lire le guide d'entretien, merci pour vos conseils, et vos encouragements.

À ceux qui ont accompagné mon parcours médical,
À l'équipe de PMI du Lot et Garonne et à l'équipe du CPEF, et particulièrement aux équipes des centres médicaux sociaux de Villeneuve sur lot et d'Agen pour leur bienveillance , leur accueil et la découverte de la PMI.
À l'équipe médicale et paramédicale de neurologie du CH de Pau, merci pour votre accueil
À l'équipe de médecine interne du service de Haut Lévèque, merci aux médecins pour leurs enseignements, merci aux chef de clinique Camille et Lucile pour leur disponibilité, leur écoute. Je remercie le Dr Carine Greib, et le Pr Estibaliz Lazaro, j'ai beaucoup appris et je vous en remercie.
À mes maîtres de stage de médecine générale, j'ai découvert la médecine générale pendant ce stage. Merci au Dr Dejeans pour son accueil, son enseignement, sa façon de voir les choses.
À toute l'équipe des urgences du CH d'Agen, merci à l'équipe para médicale , merci aux équipes médicales, au Dr Paul-Antoine Rozier et Clément Babin pour leur accueil, leur enseignements, merci au Dr Béatrice Dadone pour ton enseignement, cela m'a beaucoup apporté. Une mention spéciale au Dr Albert Trinh-Duc, merci pour ton enseignement, ta motivation, tes explications et ton investissement, j'ai appris à faire de la recherche bibliographique grâce à toi, merci.
À toute l'équipe du SSR de Léognan, merci de m'avoir fait découvrir un autre univers.

À mes amis
À Pauline, ma plus vieille des amis, cela fait 30 ans que l'on partage nos vies, merci d'être à mes cotés.
À Fanny et Priscilla, merci pour ces années lycée, même si on ne se voit pas autant que je le souhaiterai, je suis heureuse de vous avoir dans ma vie.
À Abby, Laetitia pour toutes ces années, les soirées conférences, les discussions médicales et pas que !
À Néné et Ginger, mes co internes paloises, ces études nous font rencontrer des personnes formidables, merci pour ces journées à l'hôpital, ces pauses « muffins », ces soirées à se dire qu'on allait faire une soirée « portfolio ». Vous êtes des amis en or et je suis heureuse de vous avoir dans ma vie.

À Laura, Anne-Sophie, et Marina, mes colocataires agenaises, des soirées à se raconter les journées de stage, les patients, les prises en charges, mais surtout nos vies. Beaucoup de fous rire en mémoire et j'espère pleins d'autres à venir.
À Marco, depuis le lycée nos chemins se croisent, merci pour cette belle amitié.
À Marion, ma guaca, nos noms de famille nous ont permis de nous connaître en première année de médecine, de se découvrir au cours des stages de séméiologie, pour ne plus se quitter pendant nos stages d'externat, et d'internat. Alors merci pour ces années d'études, de cours, de conférences, de tutorat, de stages partagées, de soirées. Malgré les kilomètres qui nous séparent tu es toujours à mes cotés et je t'en remercie.
À Marianne, je dirai simplement merci pour cette belle amitié, pour tous ces bons moments passés ensemble, pour ces échanges sur la vie, ces points de vue sans jugement, avec un regard bienveillant. Je suis heureuse de faire partie de ta vie, de vos vies, merci.

<u>À Ma famille</u>
À mes grands-parents, merci pour votre amour, merci Mamie Christiane pour ces plats cuisinés durant ma première année de médecine !!
À ma famille, tontons, taties, cousins, cousines, ces repas de famille au milieu de mes premières années de médecine étaient essentiels, merci d'être vous.
À mes parents, merci pour cet amour, ce soutien durant toute ces longues années. Merci de nous avoir permis de faire ce que l'on souhaite, de votre écoute, si j'en suis là c'est en grande parti grâce à vous.
À mon frère, merci d'être comme tu es, d'avoir pimenté mes soirées d'externat, de me permettre de jouer le rôle de grande sœur !
À ma sœur, merci pour cette fierté de petite sœur que tu as, « c'est ma sœur ! », tu es quelqu'un de formidable qui embellit tout sur son passage.
À ma belle famille pour leur accueil dans la famille, leur intérêt porté à mon travail.
À Sébastien, merci pour ton écoute, ton soutien, tes encouragements tout au long de mon internat et pas que ! Je suis heureuse de partager ma vie avec toi, merci pour tous ces beaux projets réalisés et tous les autres à venir.
À Louise qui est arrivée au cours de ce travail, tu m'as offert le plus beau des rôles, celui d'être ta maman.

Liste des abréviations :

BDSP : Banque de Données en Santé Publique

BEH : Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire

CBS : Communication Brève relative à la Sexualité

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CEGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CIDDIST : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPP: Comité de Protection des Personnes Participants à la recherche médicale

DSM- V : « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition » ou Manuel diagnostique et staistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie 5ème édition

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

HPV : « Human Papilloma Virus » ou

HSH : Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LGV : Lymphogranulomatose Vénerienne

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RPIB : Repréage Précoce et Intervention Brève

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

WAS : World Association of sexual Health

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

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES 7
INTRODUCTION : 10
CONTEXTE DE L'ETUDE 11
1 La santé sexuelle : 11
1.1 L'émergence du concept de santé sexuelle 11
1.2 Définition de la santé sexuelle 13
1.3 Stratégie nationale de prise en charge de la santé sexuelle 15
1.3.1 Le cloisonnement des différents plans 15
1.3.2 Les principaux constats du rapport du HCSP 15
2 La santé sexuelle en médecine générale 19
2.1 La formation médicale 19
2.2 Attitudes des médecins généralistes dans le domaine de la santé sexuelle 20
2.3 Les techniques de communication en médecine générale 23
2.4 Rôle du médecin généraliste 25
3 Question de recherche 26
MATERIELS ET METHODE 27
1 Recherche bibliographique 27
2 Objectif de l'étude 27
3 Type d'étude 28
3.1 La population étudiée 28
3.2 Le recueil 29
3.2.1 Le guide d'entretien 29
3.2.2 Les entretiens 30
3.2.3 La retranscription 30
3.3 L'analyse 30
3.3.1 Le codage 30
3.3.2 La méthode d'analyse 31
3.4 Protection des données personnelles et de confidentialité 31
RESULTATS 32
1 Echantillon obtenu 32

2 Déroulement des entretiens 34
3 Codage 34
4 Thématiques 35
4.1 Représentations des médecins généralistes en santé sexuelle 35
4.1.1 Une définition de la santé sexuelle contrastée selon les interviewés ? 35
4.1.2 Un rôle en santé sexuelle pour le médecin généraliste? 38
4.1.3 Un abord différent selon les populations rencontrées ? 42
4.2 Attentes et besoins des interviewés en matière de communication 48
4.2.1 Laisser l'abord de la santé sexuelle au patient ? 48
4.2.2 Des moyens de communication utiles à l'abord de la santé sexuelle 49
4.2.3 Une attitude facilitant l'abord de la santé sexuelle 52
4.2.4 Un travail sur la communication en santé sexuelle 54
4.3 Attentes et besoins des interviewés concernant le cadre de la consultation 55
4.3.1 Une contrainte de temps et une organisation parfois difficile pour permettre l'abord 55
4.3.2 Une consultation plus difficile selon les patients 57
4.3.3 Le médecin généraliste en consultation, une personne parfois soumise à des contraintes extérieures 58
4.3.4 Des solutions évoquées pour améliorer l'organisation de la consultation 59
4.4 Attentes et besoins des interviewés concernant un outil en santé sexuelle 61
4.4.1 Des avis contrastés concernant un outil de communication 61
4.4.2 Des manques décrits par les médecins généralistes dans ce domaine 63
4.4.3 Un intérêt pour un outil en santé sexuelle 64
DISCUSSIONS 67
1 Forces et faiblesses de la méthode 67
1.1 Le choix de la méthode qualitative 67
1.2 L'échantillonnage 67
1.3 Les entretiens 68
1.4 L'analyse 69
2 Comparaison de la littérature avec les principaux résultats 70
2.1 Représentations des médecins généralistes en santé sexuelle 70
2.1.1 Un exemple de médicalisation 70
2.1.2 Un abord selon l'intérêt du médecin pour ce sujet 71

2.1.3 La santé sexuelle, un sujet sensible 72
2.1.4 La représentation des médecins selon les populations rencontrées 74
2.2 Les attentes et besoins concernant la communication en santé sexuelle 76
2.2.1 Un domaine abordé en premier lieu par le patient 76
2.2.2 Des situations cliniques repérées par les interviewés 77
2.2.3 Une attitude facilitante 78
2.2.4 Une formation en communication 79
2.3 Les attentes et besoins concernant le cadre de la consultation 82
2.3.1 Des obstacles extrinsèques au médecin généraliste 82
2.3.2 La consultation nouveau patient, et la consultation à plusieurs étaient peu propices à l'abord. 83
2.3.3 Un changement organisationnel souhaité pour améliorer l'abord de la santé sexuelle 85
2.4 Attentes et besoins concernant les outils en santé sexuelle. 87
2.4.1 Une désintérêt pour certains interviewés 87
2.4.2 Des manques évoqués par les interviewés 89
2.5 Outils en santé sexuelle 90
2.5.1 Des aides pendant la consultation 90
2.5.2 Les idées concernant l'outil en santé sexuelle 91
2.5.3 Propositions d'amélioration 94
CONCLUSION 96
BIBLIOGRAPHIE 98
ANNEXES : 106

INTRODUCTION :

La santé sexuelle est définit par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « un état de bien être physique, émotionnel, mental et social » la santé sexuelle requiert donc comme la définition de la santé une approche positive avec la notion de « bien être ». On retrouve dans la santé sexuelle : la santé reproductive, le dépistage, la prévention qui sont des enjeux de médecine générale mais aussi les domaines des dysfonctions ou encore de troubles sexuels.

Plusieurs études montrent les barrières des médecins généralistes à l'abord de la santé sexuelle.
En mars 2017, l'ancienne ministre de la Santé Marisol Tourraine présentait la nouvelle stratégie nationale de la santé sexuelle. Cette stratégie a parmi ses objectifs une meilleure formation des acteurs de soins primaires.

Nous avons mené une étude qualitative auprès d'un échantillon varié de médecins généralistes afin de recueillir leur ressenti, leur perception concernant l'abord de la santé sexuelle. L'objectif de cette étude était de décrire les attentes et besoins des médecins généralistes pour améliorer l'abord de la santé sexuelle en consultation de médecine générale.

CONTEXTE DE L'ETUDE

1 La santé sexuelle :

1.1 L'émergence du concept de santé sexuelle

Le concept de santé sexuelle a été mis en place par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS):(1)

« La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux du bien être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir et développer la personnalité, la communication et l'amour. La notion de santé sexuelle implique une approche positive de la sexualité humaine. L 'objectif de la santé sexuelle réside dans l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le counseling et les soins concernant la procréation ou les Maladies sexuellement transmissibles (MST) » (OMS, 1975)

Initialement, il existait en France un rôle prépondérant de la religion avec notamment le rejet du plaisir, la notion de rapport sexuel uniquement dans le but de procréer. L'église avait une emprise sur les mœurs sociétales, malgré la séparation de l'église et de l'état en 1905 (2).

Début du XXème siècle, on assistait à de nouvelles théories philosophiques avec le philosophe Sigmund Freud, ses travaux ont bouleversé la vision de la sexualité. Son œuvre *Trois essais sur la théorie sexuelle* (1905)(3), prône l'idée fondamentale selon laquelle le plaisir est le but principal de l'acte sexuel. Il démontrera la notion de sexualité infantile et de quête du plaisir pour appuyer la notion de séparation entre plaisir et procréation.

En 1919, l'ouverture du premier institut de sexologie vit le jour à Berlin par Magnus Hirschfeld, avec des idées novatrices comme l'égalité politique et sexuelle homme femme, la tolérance des homosexuels et l'éducation sexuelle des jeunes .Ainsi

d'autres sexologues ont suivi le mouvement, comme Havelock Ellis, qui s'inscrivait à l'encontre des pensées de ces années là. En effet, la sexualité en ce temps là avait pour seul but la reproduction. Il n' y avait pas la notion de plaisir et d'épanouissement personnel.

Par la suite, il y'a eu un mouvement d'émancipation des femmes, avec la lutte pour la méthode contraceptive et l'avortement. Les méthodes contraceptives et l'avortement ont été légalisés dans certains pays comme l'Angleterre, les pays scandinaves et quelques états des Etats-Unis d'Amérique.

Le mouvement d'émancipation des femmes et l'apparition de théories émergentes firent naître un nouveau tournant dans la notion de sexualité. Cela a donc engendré une politisation de la question sexuelle, l'association mondiale pour la réforme sexuelle (crée en 1928) représentait un courant réformiste. Le but étant la libéralisation de la contraception, de l'avortement, mais aussi la reconnaissance du divorce et le développement de l'éducation sexuelle (2).

Dès 1960, la sexualité a été modifiée. La révolution contraceptive a permis de dissocier la sexualité dite reproductive et la sexualité dans le sens du plaisir et de l'épanouissement personnel. La révolution sexuelle naît des mises en places de méthode contraceptive. Ainsi, la discussion des troubles sexuels a commencé dans les années 70 à faire son apparition.

L'émergence du terme « santé sexuelle » apparaît lors de la conférence de L'OMS à Genève. Un groupe de professionnels de sexologues, psychiatres, étaient réunis. Les théories émergentes prônaient une dissociation entre la sexualité dite reproductive et non reproductive.

Ainsi la définition de la santé sexuelle reprend la définition de la santé établit en 1946, « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas à une absence de maladie ou d'infirmité ». Dans la définition de 1975 était décrit un « bien être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir et développer la personnalité, la communication et l'amour avec pour but « l'amélioration de la vie et des relations personnelles » la définition a évolué avec le champ du psychisme et du bien être moral.

En 1975, lors de l'émergence de cette définition on retrouve une scission entre la santé dite reproductive et la santé sexuelle qui revendique un état de plaisir et d'épanouissement. Il est alors important de souligner la rupture avec les conceptions religieuses.

Ainsi le rapport de l'OMS de 1975 met en évidence la nécessité de former les professionnels de santé. Cela devient un enjeu politique (2).

En 1986, un document de promotion de la santé a été élaboré en prenant en compte la responsabilité individuelle pour maintenir la santé. En effet, ce document prenait en compte les questions liées à la pandémie de VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) à travers le monde, la reconnaissance des violences sexuelles, les droits des homosexuels et l'évolution des droits des femmes en matière de sexualité. Il existe une démarche de santé publique avec la question de la responsabilité individuelle. La notion de santé sexuelle a donné naissance du coup à des notions de comportement sexuel responsable.

En 1999 à Hong Kong lors d'une conférence de la WAS (World Association of Sexuality), il a été défini clairement cette notion de responsabilité individuelle.

Par ailleurs, suite à la médicalisation de l'abord des troubles et des problèmes sexuels, on note l'apparition d'une nomenclature de syndromes cliniques.

1.2 Définition de la santé sexuelle

Suite à ces évolutions, l'OMS a mis à jour, au cours de l'année 2000, la définition de santé sexuelle et de sexualité :

« La santé sexuelle est l'expérience d'un processus continu de bien être physique, psychologique et socioculturel concernant la sexualité. La santé sexuelle est fondée sur l'expression libre et responsable des capacités sexuelles qui renforcent le bien être harmonieux personnel et social et enrichit la vie individuelle et sociale. Elle ne réside pas uniquement dans l'absence de dysfonctionnement, de maladie ou d'infirmité. Pour atteindre et maintenir les objectifs de la santé sexuelle, il est nécessaire que les droits sexuels de tous les individus soient reconnus et soutenus » (OMS, WAS, 2000)

En 2004, la définition de la santé sexuelle est à nouveau remaniée :

« La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble. C'est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés. » (OMS 2004)

La notion de droit sexuel fait donc parti intégrante des droits de la personne qui sont reconnus dans la législation nationale (2).

Ils incluent, entres autres, des droits accordés à toute personne, sans aucune contrainte, discrimination ni violence :

-à la meilleure santé possible en matière de sexualité, y compris l'accès à des services de santé sexuelle et génésique

-au droit de demander d'obtenir et de transmettre des informations ayant trait à la sexualité

-le droit à l'éducation sexuelle

-le droit au respect de son intégrité physique

-le droit au choix de son partenaire

-le droit de décider d'avoir une vie sexuelle active ou non

-le droit à des rapports librement consentis

-le droit à un mariage librement consenti

-le droit de décider d'avoir ou non des enfants et à choisir le moment de la naissance

-le droit d'avoir une vie sexuelle satisfaisante, agréable et sans risque.

L'exercice responsable des droits humains veut que toute personne se doit de respecter les droits d'autrui.

1.3 Stratégie nationale de prise en charge de la santé sexuelle

Le HCSP a publié en mars 2016 un avis sur la stratégie de prise en charge de la santé sexuelle et reproductive (4).

1.3.1 Le cloisonnement des différents plans

En effet, le premier constat fait état du morcellement des institutions et de la mise en place de différents plans politiques et stratégies de santé publique. Ils existent différents plans comme le plan « VIH-IST 2010-2014 », le plan « Hépatites virales B et C 2009-2012 », le plan « cancer », ou bien encore le plan gouvernemental de « lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 », ces différents plans sont crées sans réelle articulation entre eux.

On retrouve ce cloisonnement dans les structures qui permettent une offre de santé sexuelle en France. Au cours du temps il a été crée des réseaux de santé, des structures qui travaillent séparément, cela a entrainé une mauvaise lisibilité pour l'accès aux soins des patients et pour le travail des professionnels de santé. Il y a eu récemment une réforme permettant au centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et au centre d'information de dépistage et de diagnostique d'infection sexuellement transmissible (CIDDIST) de créer le centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH et les hépatites virales (CEGIDD) (en janvier 2016). Cela doit permettre de clarifier l'offre de promotion, de prévention et de soins (5).

1.3.2 Les principaux constats du rapport du HCSP

1.3.2.1 La promotion de la santé sexuelle

Le constat souligne le manque de connaissances des populations et professionnels de santé concernés dans les pratiques à risques.

L'éducation à la santé sexuelle et l'information visent à améliorer ces connaissances. Le rôle d'internet est important, l'offre est présente avec des sites comme l'INPES, cependant il existe beaucoup de sites de vulgarisation de la santé, sans aucun contrôle.
L'école a un rôle tout aussi important dans la promotion de la santé sexuelle, cependant l'offre n'est pas la même dans les structures et il existe une inégalité, sans aucun recul, car il n'y a aucune remontée d'information au niveau national concernant ces dispositions.
La santé reproductive porte sur la prévention des risques et la prise en charge des de fécondité. Cela évolue également, il y'a de nouveaux comportements, l'âge maternel, à la naissance du premier enfant, ne cesse de s'élever cela engendre des demandes d'aide à la procréation.
La santé reproductive implique la prévention des risques notamment avec la contraception, de nombreux dispositifs sont mis en place pour faciliter l'accès au soins, mais il persiste des inégalités de prise en charge, avec des coûts de remboursement différents, et des méthodes de choix qui diffèrent. Dans le domaine des grossesses non désirées les demandes d'interruption volontaire de grossesse (IVG) ne cessent d'augmenter, il existe la méthode chirurgicale et la méthode médicamenteuse. Cette dernière se développe en ambulatoire dans le cadre de soins primaires.
Dans le cadre de la prévention, le rapport de 2016 du HCSP a décrit le rôle préventif de la vaccination en lien avec des IST.
L'infection par le Human Papilloma Virus (HPV) a fait l'objet d'une double prévention, par la vaccination et la surveillance par frottis du col.

1.3.2.2 Les risques liés à la sexualité

Selon l'article du bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH),(6) il a été noté une recrudescence des infections sexuellement transmissibles bactérienne. Il existe notamment une progression des IST chez les populations HSH (Homme ayant des rapport sexuels avec un ou des autre(s) homme(s)), elle concerne les infections à gonocoque, les infections à chlamydiae rectale non L, mais aussi la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) et la syphilis. Chez les jeunes femmes et jeunes hommes hétérosexuels, il existe depuis 2013 une augmentation du nombre de gonococcie et également de syphilis.

Selon le rapport du HCSP, en France depuis 2014 on retrouve des chiffres stables de découverte de séropositivité VIH, avec surtout une découverte à un stade précoce (taux de CD4>= à 500/mm3), ce nombre de diagnostic précoce a augmenté sauf pour les HSH.
La découverte de patient vivant avec le VIH en France est stable à 6000/ an, depuis 2007, avec la persistance des disparités régionales. Les IST ont augmenté en France de façon importante notamment chez les HSH, ceci est en lien avec une augmentation des comportements à risque dans cette population. Face à ça le dépistage est important au sein de ces populations. Il faut des modalités de surveillances épidémiologiques fiables, avec notamment le recueil du Cegidd.

Sur le plan des discriminations, les femmes peuvent être confrontées au sein du travail au harcèlement sexuel, ou peuvent être victimes d'agression et de violences sexuelles. Il ne faut pas oublier qu'elles sont soumises à des normes sociales notamment dans le domaine de la sexualité : prise de contraception, difficulté de négocier l'utilisation du préservatif, pouvant engendrer une vulnérabilité et des prises de risques (4).
La population HSH est victime d'homophobie ce sont des facteurs identifiés dans le risque suicidaire chez les jeunes notamment.
Les handicapés ou personnes non autonomes subissent elles aussi des agressions et violences sexuelles.
Sur le plan des violences sexuelles, dans l'ouvrage de Nathalie Bajos et Michel Bozon « Enquête sur la sexualité en France »(7), paru en 2008, 20,4% des femmes et 6,8 % des hommes âgés de 18 à 69 ans avaient déjà été confrontés à une agression sexuelles.
La loi du 4 aout 2014, avait pour objectif de lutter contre les violences faites aux femmes et de lutter contre les inégalités homme-femme.

1.3.2.3 Les troubles sexuels et la santé sexuelle en consultation médicale

Il a été démontré qu'une sexualité épanouie contribue à une meilleure qualité de vie, une meilleure santé (8). Le HCSP propose de retenir comme trouble sexuel toute situation qui entraine une insatisfaction personnelle que ce soit physique ou psychologique.

Selon la définition du DSM V (9)les dysfonctions sexuelles comprennent chez l'homme

-L'éjaculation retardée
-Trouble de l'érection
-La diminution du désir sexuel
-La dysfonction sexuelle induite par une substance ou un médicament
-L'éjaculation précoce

Et chez la femme :

-Trouble de l'orgasme
-Trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou l'excitation sexuelle
-Trouble lié à des douleurs génito-pelvienne
-Trouble lié à la pénétration

Les dysfonctions sexuelles sont donc un groupe hétérogène, elles entrainent chez une personne une perturbation cliniquement significative de la capacité à répondre sexuellement ou à éprouver du plaisir sexuel.
Par ailleurs il existe différents sous types pour mettre en évidence le début de la difficulté :

-De tout temps /Acquis
-Généralisé / situationnel

Les symptômes doivent être présents depuis au moins 6 mois. Par ailleurs, le symptôme ne doit pas être mieux expliqué par une violence subie du partenaire, un trouble mental non sexuel ou d'autres facteurs de stress importants, ou une conséquence de la relation.

La prévalence des dysfonctions chez l'homme est variable selon les études et la méthode utilisée.
Dans une étude globale mené par R-W Lewis(10) la prévalence pour tout âge confondu de trouble de l'éjaculation était de 8 à 30%, et de 20 à 40% pour les troubles érectiles chez les 60-69 ans avec une augmentation à partir de 65 ans.

Pour les femmes, il était retrouvé une baisse du désir de 17 à 55 %, des troubles de l'orgasme de 16 à 25 % tout âge confondu.
Dans l 'ouvrage de Nathalie Bajos et Michel Bolzon « Enquête sur la sexualité en France », on observait dans une étude faite sur un échantillon de la population générale une augmentation des dysfonctions érectiles avec l'âge. Pour les femmes, 40% ont déclaré avoir souvent eu du mal à atteindre l'orgasme, tout âge confondu (11).

Au total sur le plan national, il est retrouvé plusieurs constats que ce soit sur les risques infectieux liés à la sexualité, sur les discriminations, sur le manque d'éducation, ou encore sur la prévalence des troubles sexuels dans la population générale.

2 La santé sexuelle en médecine générale

2.1 La formation médicale

L'enseignement de la santé sexuelle en médecine générale est pauvre. En effet, selon les universités, des heures sont consacrées soit dans le module de gynécologie, ou d'urologie mais pas de réels cours sur l'abord de la sexualité avec les patients.

Une étude parue dans la revue Exercer en 2008 (12), avait pour objectif sous forme de questionnaire d'étudier la plainte sexuelle rencontré par leur patient. Elle a été faite à St Etienne fin 2005 auprès d'étudiants de troisième cycle sous forme de questionnaire. Sur 45 étudiants inscrits 33 étaient présents et 32 ont répondu au questionnaire. Dans plus de 90 % des cas, ils ont ressenti un besoin de formation pour prendre en charge les plaintes sexuelles. Les domaines de formation souhaitaient été surtout psychologique, thérapeutique et sexologique.

Une autre étude faite en Malaisie, transversale sur 3 écoles avec un questionnaire sur les attitudes et perceptions des étudiants de dernière année de médecine. On retrouvait comme résultat un grand intérêt pour le domaine de la santé sexuelle, cependant moins de la moitié (46%) estimaient que leur formation était adaptée pour prendre une anamnèse sexuelle. Ainsi, on a noté que les étudiants en médecine étaient peu formés,

ou du moins se sentaient peu à l'aise pour prendre en charge des patients dans ce domaine la(13).

Au Canada, une étude faite auprès des étudiants en médecine a montré également que le thème de la santé sexuelle était peu développé et de façon non uniforme dans le pays. Cela met en avant des lacunes de formation tant sur le plan national mais également international. Cet article publié en 2015 « 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), proposait de refonder la formation en santé sexuelle (14).

Une étude portugaise, faite en 2012, sur les connaissances, les attitudes, les croyances et pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles, montrait que 92% des médecins exprimait un besoin de formation, et 50% déclarait que leur formation n'était pas adaptée (15).

D 'après ces différentes études nationales et internationales, la santé sexuelle est un domaine vaste, pluridisciplinaire nécessitant une meilleure formation.

2.2 Attitudes des médecins généralistes dans le domaine de la santé sexuelle

Une enquête, faite en 2009, auprès des médecins généralistes (16) s'est intéressée à leurs attitudes face au dépistage VIH. Selon l'enquête, plus de 70% des médecins interrogés prescrivaient un dépistage VIH. Cette enquête montrait aussi que les comportements des médecins généralistes vis à vis du dépistage étaient liés à leur modèle de pratique en matière de prévention. Leurs attitudes face au dépistage étaient en lien avec leurs pratiques quotidiennes de la médecine. On ne trouvait pas de lien avec leur forme de pratique (secteur, type d'installation) mais avec leur type de pratique (homéopathie, mésothérapie, acupuncture) ainsi qu'avec le genre du médecin.

Une étude de 1998 faite par l'équipe de Epstain « Awkward moments in patient-physician communication about HIV risk » (Des moments gênants dans la communication patient-médecin sur le risque de VIH), décrivait les barrières à la communication entre médecin et patient, au sujet des risques d'exposition VIH. Ils décrivaient des moments de gêne et l'utilisation d'un langage non adapté chez les médecins ne permettant pas de discussion approfondie (17).

Dans le chapitre 8 de l'ouvrage « Singuliers généralistes »,dirigé par Géraldine Bloy, Alain Giami, chercheur à l'INSERM (U822), décrivait une enquête qualitative, auprès de médecins généralistes d'Ile-de-France, Pays de la Loire et Normandie de 2002 à 2004.(18) Il réalisa 35 entretiens semi dirigés afin d'explorer les représentations de la sexualité chez les médecins généralistes. Il obtint un taux de réponse de 20% (manque de temps et ou manque d'intérêt pour le sujet) de la part des médecins généralistes qui étaient sélectionnés de façon aléatoire selon l'annuaire téléphonique.

Ainsi l'analyse du matériel a mis en évidence quatre postures chez les médecins généralistes.

-L'évitement de l'abord de la sexualité :

Dans cette posture, le médecin est en position d'évitement. Cet évitement à l'abord de la sexualité était attribué à un manque de temps, d'intérêt pour le sujet, de formation. Ces mêmes processus d'évitement peuvent être employés dans d'autres domaines comme la psychiatrie par exemple, ce n'est pas propre au domaine de la sexualité.

-la posture entre appropriation médicale et l'évitement relatif :

Les médecins abordent la sexualité comme simple problème médical avec le diagnostique d'un problème, le conseil ou l'investigation avec des examens complémentaires. Ce processus est classique dans la consultation de médecine générale, cette prise en charge permet à des médecins qui seraient dans la stratégie de l'évitement d'intervenir auprès du patient.

-la posture « globale » holistique des problèmes de la sexualité :

Ici la prise en charge des médecins est plus générale avec une dimension psychologique et relationnelle. Dans cette posture, les médecins sont tournés vers l'association de l'examen somatique et de l'écoute du patient.

-Devenir sexologue : quel type de spécialisation ou spécialité ?

Sur les 35 entretiens semi dirigés, seulement deux médecins généralistes exprimaient un intérêt pour les questions liées à la sexualité (un des médecins était intéressé par l'étude et s'est proposé spontanément). Cette posture place la sexualité au centre de sa pratique, ils considèrent qu'elle constitue une dimension de bien être.
Ces différentes postures sont des modes de construction de l'activité professionnelle en réponse à des situations ou les médecins n'ont pas reçu de formation universitaire. Cette étude qualitative avec l'exemple de la sexualité, permet d'appuyer la spécialisation dite informelle des médecins généralistes.

D'autres études ont mis en évidence certains obstacles à la question de la sexualité en soins primaires.
En effet, une étude faite en Belgique auprès de 200 médecins généralistes par auto questionnaire a mis en évidence certains obstacles comme le manque de temps, de formation, la présence du partenaire pendant la consultation (19).

Une autre étude qualitative, faite avec des médecins généralistes et infirmières (22 médecins généralistes et 35 infirmières),avait pour but d'identifier les barrières à la discussions des problèmes de santé sexuelle (20). On retrouvait pour les généralistes et les infirmières un manque de temps, avec des consultations trop courtes pour aborder les problèmes de santé sexuelle, ils parlent d'un terme spécifique « opening a can of worms » ou « Pandora's box », en effet en ouvrant le sujet cela découle sur d'autres plaintes et met en évidence un manque de temps pour les généralistes. L'analyse mettait en évidence des barrières selon le genre et l'âge du patient en fonction de l'âge du médecin. Par ailleurs un nombre signifiant de médecins généralistes avait été identifié comme étant embarrassé avec des patients homosexuels ou bisexuels, ils n'utilisaient pas durant les entretiens le terme « lesbienne » ou « homosexuel ».

Une étude Australienne de l'équipe de Temple-Smith MJ : « Attitudes to taking a sexual history in general practice in Victoria, Australia » (attitude pour prendre une anamnèse sexuelle en médecine générale à Victoria, Australie), réalisait sur un échantillon de 600 médecins généralistes, via des questionnaires envoyés par mail. Il était identifié des barrières comme le genre différent du patient et du médecin, l'âge, le manque de formation pour l'aborder (21).

Une étude qualitative menée par Hinchliff, Gott et Galena étudiait les perceptions des médecins généralistes sur les obstacles liés au genre lors d'une discussion en santé sexuelle. Dans cette étude les médecins avaient décrit un frein à la discussion et à leur prise en charge en lien avec la différence de genre avec les patients (22).

Une étude américaine faite en 2006, « Why don't physicians test for HIV ? a review of the litterature US » (Pourquoi les médecins ne dépistent pas le VIH ? revue de la littérature US) sur les obstacles à la proposition du dépistage VIH a mis en évidence en plus des autres barrières évoquées précédemment, des difficultés d'acceptation du patient, et la difficulté d'exigence du « counseling » (23).

Dans une étude menée auprès des patients, un sur quatre a un sur cinq a dit avoir été interrogé sur l'orientation sexuelle, le nombre de partenaire ou les IST. Cela a mis en évidence le manque d'abord de la santé sexuelle (24).

2.3 Les techniques de communication en médecine générale

Le « counseling » est un terme anglo saxons, il désigne un ensemble de pratiques visant à aider, orienter, informer, traiter un patient. Ces consultations sont organisées dans le cadre de soins de santé primaire en vue de prendre en charge les problèmes psychologiques, émotionnels et sociaux des patients.

Une étude de l'équipe de Kamb sur le « counseling » établissait l'intérêt de l'utilisation de cette méthode dans le domaine de la santé sexuelle, notamment dans le domaine des IST avec le VIH(25).

« Le principe de cohérence du counseling réside fondamentalement en ceci : beaucoup de situations de la vie sont causes à elles seules de souffrances psychologiques et sociales et nécessitent la conceptualisation et la mise à disposition de dispositifs de soutien auprès des publics concernés. » selon Catherine Tourette-Turgis (26).

En 2008, le département de santé et de recherche génésique de l'OMS commanda plusieurs études afin d'intégrer le « counseling » dans les services de santé sexuelle et reproductive. Le but de ces séries d'études était l'intégration du « counseling » en service de santé de soins primaires.

Dans le rapport de l'OMS, les lignes directrices sont axées sur le « counseling » en fonction des besoins et non pas de façon systématique. Dans cette approche, le professionnel doit consacrer son temps à écouter le patient et non pas à dispenser son expertise.

Cette approche inclus quatre composantes :

-de la disponibilité pour le patient, être à l'écoute

-intervenir : poser des questions ouvertes pour lancer le sujet

-personnaliser l'approche en fonction des patients

- proposer une solution avec l'aide du patient, il faut définir des solutions avec le patient pour qu'il soit acteur de sa prise en charge (27).

Plusieurs études montraient l'intérêt de la communication brève relative à la sexualité (CBS), avec une diminution des comportements à risques. L'étude de Carey avait pour but de montrer l'efficacité des interventions brèves pour la réduction des risques sexuels chez les patients d'une clinique sur 12 mois. Une intervention brève réalisée par une infirmière clinicienne entrainait une réduction des infections sexuellement transmissibles et une diminution des rapports non protégés (28).

D'autres études réalisées sur le « counseling sexuel » ou « communication brève à la sexualité », décrivaient outre l'importance des échanges, l'intérêt d'un plan personnalisé pour réduire les comportements à risques(25) (29).

Ces études appuient l'importance de la CBS, il n'y a pas de modèle unique, ces études sur la CBS ont en commun une conception selon laquelle l'échange consiste à poser des questions, donner des informations, apporter un soutien. La démarche de celle ci est centrée sur le patient.

Devant la mise en évidence des barrières pour parler de santé sexuelle avec le patient, et les différentes études ayant montré l'intérêt du counseling en santé sexuelle, l'OMS a

édité en 2015 le guide de communication brève relative à la sexualité, recommandation pour une approche de santé publique(27).

2.4 Rôle du médecin généraliste

Un article de la revue Exercer de 2013, avait pour objectif de définir les compétences du médecin généraliste à partir d un groupe d'experts et de la littérature. Ainsi il a été mis en évidence plusieurs compétences pour l'exercice de la médecine générale :

- Compétence en approche globale, prise en compte de la complexité
- Compétence en éducation, prévention santé individuelle et communautaire
- Compétence en premier recours, urgences
- Compétence en continuité, suivi, coordination des soins autour des patients
- Compétence en relation, communication, approche centrée patient
- Compétence en professionnalisme

Ce travail aboutissait à la mise en évidence de 6 compétences transversales, elles regroupaient l'ensemble des taches de la médecine générale (30).

Selon la définition européenne de la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA), les compétences fondamentales de la médecine générale sont regroupées en six groupes :
- La gestion des soins de santé primaire
- Les soins centrés sur la personne
- L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes
- L'approche globale
- L'orientation communautaire
- L'adoption d'un modèle holistique

Le généraliste applique ses compétences dans trois champs d'activités

- Démarche clinique

- Communication avec les patients,
- Gestion du cabinet médical

Par ailleurs, trois dimensions spécifiques doivent être considérées comme fondamentales :

- Contextuelle : utiliser le contexte de la personne, la famille, la communauté et la culture
- Comportementale : basée sur les capacités professionnelles du médecin, ses valeurs et son éthique
- Scientifique : adopter une approche critique basée sur la recherche et maintenir cette approche par une formation continue et une amélioration de la qualité

C'est l'intrication des compétences, des champs d'activités et des différentes dimensions qui définit la complexité de la médecine générale.(31)

Ainsi, si l'on prend le domaine de la santé sexuelle, le médecin généraliste a un rôle important dans la prise en charge des besoins des patients, la CBS prend toute sa place dans la prise en charge centrée sur le patient.

3 Question de recherche

L'existence de freins à l'abord de la santé sexuelle et les recommandations de l'OMS nous ont amené à nous poser la question suivante :

Quelles sont les attentes et besoins des médecins généralistes pour améliorer l'abord de la santé sexuelle?

Ce travail a également pour objectif de contribuer à la mise en place d'un outil pour les médecins généralistes de type RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève en santé sexuelle.

MATERIELS ET METHODE

1 Recherche bibliographique

Initialement, les premières recherches bibliographiques se sont portées sur les connaissances attitudes et croyances des médecins généralistes (Knowledge, attitudes, beliefs and Practice) dans le domaine de la sexualité.

J'ai par la suite dégagé des axes de recherche avec notamment des mots clés comme :

Pour la composante médecin généraliste : « general practice », « primary health care », pour médecine générale, soins primaires ou « family physicians », « General practioner » pour médecin généraliste
Pour la composante santé sexuelle « sexual health » « sexual behaviour » , « sexual history taking » pour anamnèse sexuelle
Pour la composante relationnelle, d'échange, « counseling », « physician-patient relations » « communication »

Mes recherches se sont faites initialement avec l'aide du constructeur de requête CISMEF, puis ensuite sur PUBMED directement.
Par la suite avec l'aide d'une documentaliste de l'ISPED j'ai également complété mes recherches sur PSYCINFO, BDSP et SCOPUS.
Ces derniers moteurs de recherches m'ont permis de trouver des données sociologiques et psychologiques (32).

2 Objectif de l'étude

L'objectif principal a été de décrire les attentes et les besoins des médecins généralistes pour améliorer l'abord de la santé sexuelle en consultation.

L'objectif secondaire a été de décrire les attentes et les besoins des médecins généralistes, d'outils permettant d'améliorer leur prise en charge.

3 Type d'étude

C'est une étude qualitative, par entretiens semi dirigés, avec codage thématique ouvert, un double codage et une analyse en théorie ancrée.

3.1 La population étudiée

Nous nous sommes intéressés aux médecins généralistes du Lot et Garonne et de Gironde. Ces médecins ont été recrutés par appel ou par mail avec une information donnée dans le mail. Ainsi, j'informais le médecin généraliste de l'entretien anonyme et de mon déplacement à leur cabinet selon leur disponibilité.
Le recrutement s'est fait selon plusieurs critères, afin d'obtenir un échantillonnage raisonné.(33)

Le recrutement a été fait selon :

- Le genre du médecin, car nous avions vu l'influence dans les études faites sur le genre.
- L'âge du médecin
- L'activité (nombre de consultation par jour)
- La zone géographique : travail rural, semi rural ou urbain
- Les diplômes universitaires
- Maitre de stage ou non
- Ancienneté d'installation

3.2 Le recueil

3.2.1 Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a été réalisé pour des entretiens semi dirigés.
Il a été rédigé initialement par l'investigatrice et son directeur de thèse, puis par la suite nous avons demandé l'aide d'une sociologue afin de corriger ou préciser certaines questions.
Le guide a été corrigé au cours des entretiens afin d'améliorer les données. **ANNEXE 1 ET ANNEXE 2**

Le guide d'entretien comprenait cinq questions avec des questions de relance, si l'interviewé ne développait pas assez.
La première question était initialement une question dite « brise-glace » afin de créer un premier contact, ensuite l'interviewé devait décrire une de ses consultations où le domaine de la santé sexuelle a été abordé, afin de connaître les circonstances, l'environnement, l'horaire, l'organisation du cabinet.
Par la suite était discuté des domaines paraissant importants et ceux difficiles à aborder afin de dégager les freins à l'abord et la représentation de la santé sexuelle.
L'investigatrice questionnait sur les types de questions posées aux patients et dans quelles circonstances.
La dernière question portait sur les aides qui pourraient aider à améliorer l'abord, ainsi selon les réponses des relances étaient prévues.

A la fin de l'entretien, il était posé aux interviewés des questions d'ordre socio démographiques afin de recueillir l'âge, le genre, le nombre de patient par jour, le type d'activité (avec ou sans RDV) les diplômes universitaires, si ils étaient maitre de stage ou non, et leur année d'installation.
Par ailleurs l'investigatrice notifiait dans son journal de bord l'heure du RDV le contexte (patient en salle d'attente), son ressenti.
Il était également proposé aux interviewés l'envoi par mail du travail s'ils le souhaitaient.

3.2.2 Les entretiens

Tous les entretiens semi dirigés étaient réalisés par l'investigatrice. Ils étaient enregistrés à l'aide d'un enregistreur après autorisation des interviewés et explication donnée sur l'anonymat.
Ils se sont déroulés au cabinet des participants à l'heure qu'ils souhaitaient. Il était demandé la durée de l'entretien avant de choisir l'heure du RDV.

Initialement les premiers ont duré 12 minutes puis 20 minutes, rapidement la moyenne a été de 30 minutes. Après la présentation je leur expliquais qu'ils étaient enregistrés pour pouvoir retranscrire, mais que cela restait anonyme.

La posture de chercheur a été travaillée avec l'aide de la sociologue et du directeur de thèse (34).

3.2.3 La retranscription

La retranscription a été faite au fur et à mesure avec une durée initiale de 3h30 pour un entretien de 30 minutes puis de 2h30 pour un entretien de 30 minutes. La retranscription s'est faite sur le logiciel Word, de façon intégrale et littérale.
Lors de la retranscription je réalisais un paragraphe résumé et ressenti pouvant au moment du codage et double codage permettre de comprendre le contexte(35).

3.3 L'analyse

3.3.1 Le codage

Pour le codage, l'investigatrice a utilisé le logiciel N' VIVO 10, au fur et à mesure des entretiens.

Le double codage a été réalisé pour tous les entretiens, tout au long de l'étude, par deux investigatrices.

Les verbatims ont permis de créer des nœuds et par la suite des niveaux de codes afin de classifier les données en plusieurs thèmes.
Le codage ouvert était mis en commun tous les trois entretiens, initialement par rendez vous sur l'université de Bordeaux durant une journée, et à partir du 3ème échange il a été fait par entretien téléphonique de 3h à 4h30.
Le recueil des données s'est arrêté lors de l'obtention de la saturation des données.

3.3.2 La méthode d'analyse

Notre analyse est basée sur la « grounded theory » ou « théorie ancrée », méthode développée par Glaser et Strauss en 1967 qui a pour but de construire les théories à partir de données recueillies (36).

3.4 Protection des données personnelles et de confidentialité

Au début des entretiens il était expliqué aux participants le déroulement de l'entretien, et l'anonymat de ceux ci.

Un avis a été demandé au CPP avant de commencer ce travail. Le CPP a répondu que le sujet « est hors champ des dispositions régissant la recherche biomédicale et les soins courants. » (Référence : DC 2016/122 ter) **ANNEXE 3**

RESULTATS

1 Echantillon obtenu

Nous avons sélectionné par appel téléphonique les médecins. Le recrutement a été fait selon différents critères dans le but d'obtenir un échantillonnage raisonné.
Nous avons été confrontés à deux refus en Gironde, par manque de temps.

Entretiens	Genre médecin	Age du médecin	Nb patient /jr	Mode de consultation	Type d'activité	Maitre De stage	DU	Installé
1	F	28ans	20	Sur RDV	rural	non	Gynécologie	non
2	F	29ans	25	Sur RDV	urbain	non	Gynécologie	non
3	F	29ans	27	Sur RDV	urbain	non	infectiologie	non
4	F	36ans	20	Sur RDV	Semi rural	oui	pédiatrie	Oui Moins de 10 ans
5	F	51ans	15	Sur RDV	urbain	non	Apprentissage Connaissance par le WEB	Oui Moins de 5 ans
6	F	50ans	20	Sur RDV	Semi rural	oui	Tabacologie hypnose	Oui Moins de 10 ans

7	H	54ans	30	Sur RDV	urbain	non	non	Oui Entre 10 et 20 ans
8	H	65ans	30	Sur RDV	urbain	oui	Sexologue, et autres diplômes	Oui Entre 30 et 40 ans
9	H	65ans	25	Sur RDV	urbain	oui	non	Oui Entre 30 et 40 ans
10	H	42ans	35	Sur RDV	urbain	non	non	Oui Moins de 10 ans
11	F	56ans	30	Sur RDV	Semi rural	oui	non	Oui Entre 10 et 20 ans
12	H	56ans	25	Sur et sans	Semi rural	non	non	Oui Entre 10 et 20 ans
13	F	54ans	25	Sur et sans	rural	oui	Homéopathie Obésité de l'enfant	Oui Entre 20 et 30 ans
14	H	61ans	20	Sur et sans	urbain	non	homéopathie	Oui Entre 30 et 40 ans

15	H	63ans	25	Sur et sans	urbain	non	homéopathie	Oui Entre 30 et 40 ans
16	F	53ans	30	Sur RDV	urbain	non	homéopathie	Oui Entre 30 et 40 ans

Tableau 1 : Caractéristiques des interviewés

F= Femme

H= Homme

2 Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés du 15 novembre 2016 au 28 février 2017 avec un total de 16 entretiens.

La durée moyenne des entretiens était de 31 minutes, variant de 12 minutes à 50 minutes.

Tous les entretiens ont été réalisés au cabinet des médecins généralistes, à l'heure qu'ils souhaitaient.

La durée de l'entretien était une composante freinant la réalisation des entretiens. Un médecin avait oublié l'entretien et a fait revenir l'investigatrice.

Les entretiens étaient réalisés dans leur bureau. Il était plus difficile de réaliser un entretien long (dépassant les 30 minutes) lors de rdv en début d'après midi. (4 entretiens).

3 Codage

Le codage était réalisé au fur et à mesure des entretiens et retranscription effectués. Le double codage réalisé par une deuxième investigatrice (médecin généraliste remplaçante) était effectué tous les trois entretiens avec mise en commun des résultats. L'arbre de codage a commencé à se construire à partir des trois premiers entretiens avec une modification et apparition de 4 grands niveaux à partir du 10ème entretien (après entretien avec le directeur de thèse).

4 Thématiques

4.1 Représentations des médecins généralistes en santé sexuelle

4.1.1 Une définition de la santé sexuelle contrastée selon les interviewés ?

4.1.1.1 Une notion parfois méconnu

La notion de santé sexuelle était évoquée différemment parmi les interviewés. Pour un des interviewés, le terme de santé sexuelle était méconnu. L'interviewé, M6, parlait plutôt de sexualité pour définir la santé sexuelle et il ne parlait pas sexualité avec ses patients.

M6 : « d'abord je ne sais pas ce que c'est la santé sexuelle »

M6 : « Pour moi c'est flou votre terme santé sexuelle, parce que tout ce qui est frottis, mammographie ça j'en parle mais tout ce qui est sexualité je ne l'aborde pas. »

4.1.1.2 La santé sexuelle non prioritaire en consultation

Un interviewé décrivait la santé sexuelle comme n'étant pas une priorité de santé publique. Il était décrit dans son interview la fréquence de l'abord de la consommation tabagique ou éthylique mais pas de l'abord des prises de risques.

M11 : « si enfin forcement ça ne fait peut être pas parti des choses préventives auxquelles on pense, on pense d'avantage aux problèmes addiction euh plutôt qu'à la problématique sexuelle qui n'est pas si prioritaire que ça »

M11 : « je pense pas forcement parce que euh entre guillemet pour nous sauf si on fait abstraction des violences on va pas être sur une priorité de dépistage justement pour nous la priorité est beaucoup plus sur tabac alcool euh … »

Dans certains entretiens, au cours de la consultation la discussion de la santé sexuelle se **faisait en fonction des priorités** et des différents symptômes évoqués par le patient, la santé sexuelle était associée à la santé du patient, et sa prise en charge aussi.

M16 : « Maintenant comme il est tellement mal parce on l'a quitté au boulot il avait des problèmes professionnels c'est tout un ensemble, tout lui tombe dessus, donc la je soigne sa dépression, le coté santé sexuelle est mis de coté mais petit à petit il remonte tout doucement, la je le vois à peu près tous les 15 jours ça commence à aller mieux mais disons que le côté sexuel pour le moment n'est plus mis devant voilà »

4.1.1.3 Une évocation essentiellement par les troubles sexuels

Lors des entretiens, les troubles sexuels étaient décrits spontanément par les participants lorsqu'ils relataient une consultation de santé sexuelle vécu.
La consultation dont le thème était la dysfonction érectile chez l'homme était évoquée par neuf des interviewés.
Pour les interviewés, la dysfonction érectile semblait être l'approche principale.

M7: « ah beh si hier j'ai eu une consultation, oui pas plus tard qu' hier si si, euh ouais, la c'était il est venu pour autre chose, et puis finalement c'était un patient qui avait un traitement injectable pour ses troubles et il voulait des renseignements d'autres techniques c'était de cet ordre la vous voyez. »

4.1.1.4 La notion de prévention des conduites à risque

Pour quatre des interviewés, il était également évoqué **la notion de prévention des conduites à risques**, cela faisait parti des sujets qui semblaient être important.

M2 : « après santé sexuelle je l'évoque plus plus souvent auprès des adolescents plutôt en type de prévention pour les IST euh voilà surtout par rapport à ça (elle sourit). »

M5 : « c'était une question fondamentale, non les conduites à risques … »

4.1.1.5 Une définition positive arrivant en second lieu

Pour deux autres des interviewés, la notion **de définition positive** était évoquée, plus tard dans les entretiens. La santé sexuelle ne se résumait pas qu'à une pathologie. Ils reprenaient la définition de la santé, définition qui englobait plusieurs plans : physique, psychique, émotionnel.

M14 : « ah beh c'est important hein c'est l'état de bonne santé c'est un état de santé il est défini sur le plan psychologique physique sexuel, spirituel enfin tous niveaux quoi donc une bonne santé sexuelle c'est important, tous dépend aussi des couples hein (soupir) vous avez aussi des couples pour lequel chaque partenaire du couple se sentent en phase, enfin il faut que le couple soit en phase parce que vous avez des gens qui sont demandeur et si chacun est demandeur enfin si ça va bien si y'a une bonne harmonie beh c'est bon en fait c'est pas tellement individuel je dirai c'est plutôt le couple »

La santé sexuelle était principalement définie par les interviewés en lien avec la pathologie, notamment les troubles sexuels. La prévention des conduites à risques était citée. La santé sexuelle ne semblait pas faire partie des sujets prioritaires en consultation. Deux interviewés la décrivaient comme une définition positive de bonheur de bien être dans sa vie et pas seulement l'aspect pathologique. Un interviewé méconnaissait cette notion de santé sexuelle.

4.1.2 Un rôle en santé sexuelle pour le médecin généraliste?

4.1.2.1 La description d'un rôle en lien avec le ressenti

Le rôle du médecin généraliste était évoqué dans les entretiens, notamment à l'abord de la santé sexuelle. L'action du généraliste en santé sexuelle pouvait être décrite comme freiné par leur ressentis.

Certains interviewés décrivaient un sentiment de gêne. Les adjectifs qualificatifs qui revenaient le plus souvent étaient intimes, tabous, délicats.

M2 : « c' est un petit peu embêtant, enfin je suis pas forcement à l'aise quoi. »

Parmi les interviewés, treize semblaient évoquer le fait **d'être à l'aise** avec le sujet. Ils abordaient ainsi plus facilement des sujets avec les patients s'ils avaient les connaissances pour le sujet.

M9 : « Dans un autre mode d'existence bon moi je suis marié je suis père et grand père et puis petit à petit dans tout cet abord là, on a petit à petit on a, on s'est accoutumé à parler de la relation sexuelle qui est une partie , partie seulement de la relation de couple et donc c'est plus simple, facile , il est nécessaire d'en parler donc quand au début on a eu quelques difficultés et beh le fait d'en parler , de communiquer à ce niveau la aussi ça peut faciliter quand on est à l'aise avec sa propre sexualité on le devient avec les autres, c'est la communication thérapeutique. »

Un médecin évoquait une difficulté lors de ses consultations en lien avec la représentation de sa propre expérience.

M 9 : « Peut être un vécu personnel ou la sexualité a été pour moi un tabou, mon éducation personnelle ou j'ai été pensionnaire de la 6ème jusqu'à la terminale puis les études de médecine et je n'ai jamais eu régulièrement d'éducation sexuelle que j'ai du faire moi même donc y'a toujours eu tabou autour de ça, et entre garçons y'a toujours eu un tas de fantasmes autour de ça mais on ne m'a jamais aidé de ce côté la et puis dans les années soixante il y'avait pas du tout cet abord comme actuellement. »

Il était décrit aussi **un aspect intrusif**, avec la crainte pour plusieurs médecins d'aller trop loin dans ce qu'ils pouvaient dire.

M1 : « euh mais après tous le reste je suis pas sûre que ça me regarde forcement à part si ça embête les patients »

M15 : « et ils ont pas tous des problèmes ils ont pas tous envie d'en parler, ils ont pas tous envie qu'on les violent qu'on aille les embêter avec ce sujet-là qui est un sujet sensible »

Pour beaucoup de ces médecins, cette discussion autour de l'intime, et même de l'intrusif était évoquée lors de l'abord du domaine de l'orientation sexuelle.

M3 : « je pose jamais de question sur l'orientation sexuelle, j'estime que cela ne me regarde pas »

Cette notion d'intrusion chez le patient limitait pour plusieurs interviewés leur champ d'action.

M1 : « je suis pas sûre que ça me regarde ».

Un interviewé avait discuté **la crainte de mettre en évidence des situations difficiles** chez des patients. Il employait comme métaphore « le fil d'Ariane », fil conducteur qui permettait de dérouler la situation.

M14 : « ah non moi je parle pas je parle pas je parle pas j'ai l'impression que … non après je vais en parler si ils abordent, on abordait ça quand il se sentait mal à l'aise hein des fois c'est une sorte de ils le disent pas au début mais c'est une sorte de malaise qui est une sorte de fil d'Ariane qu'on tire et que finalement on tombe sur des trucs profonds comme ça ouais … »

4.1.2.2 Une action du médecin généraliste perçue comme limitée

Deux interviewés avait décrit la difficulté à pouvoir tout aborder.

M3 : « euh je ne sais pas, après je me dis qu' on ne peut pas tout savoir et savoir faire du bout des doigts, on ne peut pas tout savoir évoquer et être un omnipraticien, multi spécialiste, ça marche pas, euh on peut essayer d'évoquer des choses en surface et après nous nous orienter par le biais de notre pratique dans un sens ou dans un autre. La santé sexuelle euh, c'est important, mais je pense qu'on peut pas être former sur tout et pas passer notre vie à faire des DU pour être un peu plus gynécologue, un peu plus pédiatre, un peu plus gériatre, un peu plus sexologue, enfin voilà il faut faire des choix, on est médecin généraliste on fait beaucoup de choses en surface et après de part nos affinités on oriente nos pratiques grâce à nos DU et nos formations »

Le médecin M3 décrivait son action comme action de repérage et d'orientation

M3 : « on peut essayer d'évoquer des choses en surface et après nous, nous orienter par le biais de notre pratique dans un sens ou dans un autre ».

Le généraliste était au premier plan de la prise en charge du patient, et de ce fait son champ d'action était large.

Un autre interviewé décrivait son rôle comme étant limité dans ce domaine, tout prendre en charge semblait être difficile pour lui.

M6 : « il faut s'adresser à son médecin généraliste. C'est bon quoi, moi je ne suis pas l'encyclopédie universelle, je ne peux pas résoudre tous les problèmes »

Un interviewé médecin généraliste avec un diplôme universitaire de **sexologie** semblait trouver plus facile pour les patients d'aborder ce thème avec lui.
Des patients qui n'étaient pas suivis par ce médecin venaient le voir parce qu'il avait cette qualification en plus.

M8 : « ça leur arrive de poser des questions et des fois dans la conversation, « dites docteur vous êtes sexologue aussi ? » il pose plus facilement la question du coup »

4.1.2.3 La santé sexuelle, un sujet évoqué en fonction d'un intérêt variable du généraliste pour ce sujet

Pour deux interviewés, il devait avoir envie d'en parler en consultation, avoir un intérêt pour ce sujet sinon le sujet était rapidement évité ou alors une orientation vers un spécialiste se faisait.

M13 : « rien je pense que y'a rien qui puisse changer je pense pas qu'il puisse, après soit on a envie soit on a pas envie, quand les gens ont un problème de poids si vous dites « oui t'es trop gros mange moins euh » beh oui y'a des médecins qui font comme ça « beh oui tu tousses mais tu fumes, il faut arrêter de fumer » « beh tu as des problèmes de sexe beh change de nana » après c'est … soit on prend le temps parce qu'on peut prendre le temps ou qu'on en a envie mais après le médecin qui veut pas , veut pas non plus ça »

M3 : « on apprend beaucoup beaucoup de choses, on retient ce qui nous passionne le plus , euh moi les troubles de l'érection cela ne m'a pas vraiment passionné, et donc ça n'a pas fait parti des choses qui m'ont , qui ont retenu mon attention et je n'ai pas fait de recherche supplémentaire, c'est à dire que je m'informe mais forcement sur les choses qui m'intéressent et puis des choses que j'aurai rencontrées.»

L'interviewé M4, disait dans l'entretien que ce sujet était rarement abordé par le généraliste, mais cela lui semblait plus adapté si c'était le généraliste qui abordait la question en premier.

M4 : « je dirai que c'est assez rare en fait quand même, voilà, quand on pose la question c'est sur que c'est mieux que quand c'est les patients qui disent voilà, enfin parce que euh … oui effectivement je pense qu'ils ont besoin qu'on euh, qu'on leur tende un peu la perche »

Il était également évoqué **des domaines plus faciles** pour le médecin, comme la santé chez les jeunes, la prévention des conduites à risques.

M2 : « oui je suis plus à l'aise c'est vrai pour aborder, avec les jeunes euh en même temps chez les jeunes les filles surtout discussion contraception ou chez les jeunes pour les

examens de santé de base rappeler d'utiliser le préservatif des choses comme ça je suis plus à l'aise dans ce domaine chez les jeunes adolescents »

Un interviewé décrivait **son manque d'intérêt** pour ce sujet et devant ce manque d'intérêt, elle n'évoquait pas la question.

M6 : « j'avoue que ce n'est pas mes sujets de consultations préférés, très franchement je m'en fous voilà. »

M6 : « Parce que je suis pas formée parce que je m'en fiche, j'estime pas avoir d'expertise particulière la dessus donc c'est un peu difficile pour moi d'en parler »

4.1.2.4 Le médecin généraliste, un acteur de santé publique

Pour trois interviewés leur action était **en lien avec les problèmes de santé publique.**

M13 : « beh s'informer, s'informer euh et puis se sentir investit la dedans quoi c'est important c'est pas c'est de la santé publique quand même aussi … »

M16 : « je crois que ce qui a fait évoluer les choses c'est la prise en charge du diabète parce que c'est une épidémie, la prise en charge par la santé publique elle est vraiment prédominante et donc on s'intéresse aussi à ça quoi à l'impuissance lié à… »

Les interviewés décrivaient une action à l'abord de la santé sexuelle en lien avec les ressentis du généralistes, et notamment le sentiment de gêne et d'intrusion qui freinent l'abord. Leur rôle était décrit comme étant limité par leur intérêt pour ce sujet et par leur champs d'action vaste. Les interviewés décrivaient également un rôle à jouer en santé publique. Pour certains leurs connaissances dans ce domaine permettaient un meilleur abord.

4.1.3 Un abord différent selon les populations rencontrées ?

4.1.3.1 Une difficulté en lien avec l'appartenance religieuse

Il était apparu dans les entretiens, des abords différents en fonction des populations.
Dans les entretiens, trois interviewés ont évoqué comme frein la composante socio culturelle. L'interviewé évoquait la religion, le port d'objet ou de bijoux religieux comme étant un obstacle à la discussion de sexualité avec le patient.

M13 : « y'a des gens avec qui on parlera facilement et d'autres non et si vous sentez quelqu'un de complètement fermé qui a sa petite croix autour du cou et qui est une bonne sœur beh forcement vous n'allez pas lui parler sexualité … enfin après je sais pas c'est peut être un peu dirigé ce que je dis mais ça fait parti aussi du lot… »

M16 : « c'est vrai que c'est en lien à notre société latine, mais je crois que les anglo-saxons ça fait parti de leur listing comme voilà, c'est dénué de tout sentiment, c'est complètement nue et cru, moi je ne le fais pas peut être que les collègues le font mais moi je ne le fais pas. »

4.1.3.2 La différence de genre et d'âge, un frein ressenti lors de l'abord avec le patient

Certains interviewés ressentaient une difficulté lorsque le médecin et le patient avaient une **différence de genre.**

M1 : « et chez les hommes des fois ils l'abordent eux mêmes de manière un peu difficile parce que je suis une femme jeune mais euh ils rapportent leur problèmes de troubles de l'érection, oui »

M10 : « après je suis un homme aussi c'est aussi ça, les relations d'hommes à hommes sont plus faciles, les hommes ne sont pas impressionnés mais les femmes c'est plus délicat. »

Dans un entretien, le médecin M16 décrivait son ressenti en tant que médecin femme ayant une féminisation de sa patientèle. Selon M16, les patientes abordent plus facilement leur problème avec elle.

M16 : « après je suis pas mal à l'aise avec les hommes non plus donc, mais par contre ça m'arrive moins souvent qu'avec les femmes, parce que bon je suis une femme j'ai quand même une clientèle assez féminine aussi donc ça elles m'en parlent assez facilement ouais

ça vient assez spontanément, qu'elles soient jeunes ou plus âgées quand on commence à se connaître, euh oui elles en parlent facilement, on raconte bien nos secrets (rires). **»**

Une différence d'abord de la santé sexuelle était décrite chez plusieurs interviewés en fonction **de l'âge des patients.**

Pour trois interviewés, la sexualité chez les personnes âgées n'était pas évoquée. L'interviewé M8 décrivait la personne âgée comme une personne souvent poly pathologique, l'abord de la santé sexuelle était secondaire pour lui.

M8 : « c'est vrai que je pense beaucoup moins à la sexualité de la personne âgée »

M8 : « c'est vrai que j' y pense moins…(silence) parce que d'abord ils ont pleins d'autres problèmes ce qui fait que bon voilà (rires) et je pense moins à la sexualité de la personne âgée oui … »

M5 : « C'est assez étonnant de voir que les personnes d'un certain âge ont une activité sexuelle, c'est bien confirmé que c'est important. »

Pour deux interviewés hommes**, l'écart d'âge** important avec leur patiente était un frein à l'abord, une orientation vers le gynécologue était proposée.
L'interviewé, M10, décrivait son ressenti sur l'attitude face à la patiente.

M10 : « non je demande à ce qu'elle aille voir leur gynéco à ce moment là parce que c'est compliqué, elle comment elle le prendrai voilà, j'ai peur de savoir comment elle le prendrai ou comment elle me verrai, est ce que les patients les jeunes patients ont conscience que leur médecin peuvent rentrer dans l intime »

Pour l'interviewer M9, le critère de la minorité était retenu comme un frein à l'abord et la discussion.

M9 : « alors ma règle c'est que euh dans le domaine de la gynécologie notamment je n'examinerai jamais une jeune fille de moins de 18 ans qui vient seule. Si il y'a une

demande de pilule je fais un examen biologique, je fais un questionnement serré, je ne fais pas un toucher vaginal je ne fais pas un frottis je n'examine pas les seins chez une jeune mineure qui vient seule. On ne sait jamais ce qui peut se passer, et majeure il n' y a pas de problème »

Il semblait y avoir pour ces deux interviewés homme, une peur de l'intrusion, du rapport à l'intime chez ces jeunes patientes.

4.1.3.3 Le statut du patient, un frein à l'abord

Dans un entretien, un interviewé décrivait la difficulté d'abord et d'échange **en lien avec la profession du patient**, profession d'autorité.

M12 : « beh c'est pas simple, c'est quel qu'un qui a une profession d'autorité euh mais bon moi le connaissant depuis longtemps »

4.1.3.4 Représentation des médecins généralistes sur la population HSH

Un autre médecin semblait avoir **une représentation de la population HSH** comme étant débridée.

M10 : « je vous fais le test VIH vous avez plusieurs partenaires et ils m'ont dit, non nous sommes en couple, couple d'homme sérieux, c'est rare généralement ils sont chaud ils ont une activité sexuelle extraconjugale. »

Un autre interviewé n'évoquait pas le domaine de l'orientation sexuelle par peur de la réaction du patient.

M1 : « euh beh je suis pas sûre que enfin maintenant peut être qu'avant mais maintenant les homosexuels n'ont pas forcement plus de risque je suis pas sûre qu'il aient beaucoup plus de risques enfin plus de comportement à risque que certains hétérosexuel donc je sais pas si c'est légitime de poser la question surtout que le patient peut se braquer parfois je sais pas »

4.1.3.5 Un choix laissé au patient afin de ne pas heurter

Pour certains interviewés, le choix de l'abord était laissé au patient, les interviewés semblaient craindre leur réaction, ils ne voulaient pas les heurter.

M14 : « on… je n'aborde pas non je les laisse, je leur laisse dire, formuler, y'en a qui le dise de suite d'emblée pour que les choses soient claires et que tous le monde soit au courant voilà »

M4 : « pas forcément mal à l'aise, ça me pose pas de soucis de parler de ça, après les deux patientes auxquelles je pense, euh c'était des patientes qui étaient pas demandeuse d'aides dans ce domaine »

M9 : « mais moi j'y vais rarement comme ça de but en blanc, si on ne m'en parle pas. »

4.1.3.6 Une relation parfois trop proche avec le patient

Dans plusieurs entretiens, les interviewés avait évoqué la relation avec leur patient, relation de confiance, parfois relation proche. Ils exprimaient une difficulté dans l'abord de ce domaine à cause de cette proximité avec le patient.
Un sexologue évoquait la difficulté des médecins de famille, il mettait en évidence la demande des patients auprès de celui ci parce qu'il était sexologue.

M8 : « oui oui parce que souvent j'entends dire quand je demande si ils en ont parlé avec leur médecins « ah non non je veux pas en parler, il connait toute la famille, il me connaît depuis longtemps « c'est autre chose ça leur paraît plus difficile mais sinon dans ma patientèle j ai peut être cet avantage de double casquette »

Une relation proche qui rend difficile de par la situation familiale l'abord de la santé sexuelle.

M15 : « c'est vrai qu'avec certains beh euh la dame qui vient avec ces trois enfants que je connais depuis 2 ans ou 3 ans je pense pas qu'elle abordera avec moi le sujet de sexualité le fait qu'elle vienne avec ses trois gamins prouve quand même qu'elle a des relations sexuelles qui sont la mais elle parlera pas si elle a du plaisir ou pas , c'est vrai que c'est assez rare que des femmes évoquent le problème de plaisir avec leur généraliste elle ont leur gynécologue la majorité et donc elles vont en parler avec le gynécologue, alors parfois le gynécologue nous répercute certaines informations mais c'est souvent très limité… »

4.1.3.7 L'importance de la relation de confiance pour l'abord

Il existait une autre composante dans les entretiens, la notion de confiance. Pour neuf des médecins interviewés **la relation de confiance** est importante, il n'y aurait pas d'abord si il n'existait pas de relation de confiance entre le médecin et son patient.

M2 : « que si il se sente bien avec le médecin ils diront plus des choses personnelles sur un domaine intime plutôt que voilà sur une première consultation on leur pose déjà dix milles questions, les antécédents, les infections les machins, ils ont déjà l'impression d'être à un interrogatoire sur la première consultation »

Pour plusieurs des médecins interviewés, la première consultation n'était pas une consultation propice à l'abord de la santé sexuelle, car il n'existait pas cette relation de confiance entre le médecin et son patient.

M2 : « ça peut être à moi de l'aborder mais euh je pense que j attends qu' il soit un peu plus en confiance sur une première consultation ou c est la première fois qu'il voit le médecin »

Les interviewés décrivaient une difficulté selon les populations rencontrées. La différence d'âge et de genre était décrite dans les entretiens. L'abord était perçu comme étant plus difficile avec des patients montrant leur appartenance religieuse. Chez les population HSH, les interviewés décrivaient une action pouvant être perçu comme intrusive et dérangeante. La relation proche du médecin de famille avec les patients,

évoquée par les interviewés, était un frein à la discussion. Pour aborder le sujet, certains interviewés évoquaient mettre en place une relation de confiance au préalable.

4.2 Attentes et besoins des interviewés en matière de communication

4.2.1 Laisser l'abord de la santé sexuelle au patient ?

Plusieurs interviewés décrivaient un abord fait par le patient, il était évoqué par le patient en motif principal de consultation ou secondaire, souvent de fin de consultation.

M8 « :C'est sûr que c'est difficile quand même ils abordent pas ça dès le début de toute façon mais bon je sens qu'ils arrivent incidemment, c'est toujours au cours de la consultation plus détourné »

M4 : « oui effectivement moi j'ai des patients qui viennent pour ce motif la , trouble de l'érection par exemple ou IST euh voilà ça peut être , une demande de dépistage d'infection sexuellement transmissible, je pense que ça peut être des motifs les plus fréquents pour ça . »

M15 : « c'est eux qui abordent le sujet »

Pour plusieurs des interviewés, l'abord était fait par le patient, et souvent au cours d'une consultation dont le motif principal était tout autre chose**.** La problématique d'ordre sexuel semblait être évoqué en fin de consultation, un interviewé évoque la consultation « de poignée de mains ». La demande de renouvellement de pilule était citée par deux participants comme un classique des demandes de fin de consultation.

M4 : « c'est lui qui je pense en fin de consultation avait envie d'en parler »

M14 : « c'était hier un homme de 82, 83 ans qui venait pour tout à fait autre chose hein en général ce sont des sujets qui sont évoqués plutôt en fin de consultation quand on rédige l'ordonnance »

M4 : « pour la pilule c'est le truc systématique »

L'abord était laissé pour plusieurs médecins à la liberté de leur patient, afin de ne pas être intrusif. Cet abord de la santé sexuelle n'était pas pour la plupart des interviewés le motif principal de la consultation. Il était décrit comme une problématique de fin de consultation. Plusieurs interviewés semblaient discuter de ces problématiques uniquement si le patient en exprimait le besoin.

4.2.2 Des moyens de communication utiles à l'abord de la santé sexuelle

4.2.2.1 Saisir une opportunité

Souvent la discussion se faisait **si le médecin voyait un intérêt, elle dépendait du motif** de consultation, de la demande du patient.

M7 : « pas forcément, pas forcément, non si ça ne fait pas parti d'un des motifs de consultation »

M9 : « Je le fais quand il y'a quelque chose soit quand la femme me parle qu'elle me dit qu'elle a un mari un peu difficile et là effectivement on va un peu plus loin dans l'interrogatoire je demande si il y'a eu des violences … »

Certains domaines étaient évoqués si les médecins avaient besoin d'en parler, comme le domaine de l'orientation sexuelle.

M4 « si c'est quelqu'un qui vient qui demande un dépistage pour le VIH par exemple je vais demander pourquoi il demande ce dépistage et dans ce cas-là effectivement il peut y avoir des questions sur l'orientation sexuelle »

4.2.2.2 Des techniques pour l'amorce du sujet

L'abord en consultation de médecine générale d'un sujet de santé sexuelle était souvent centré sur l'abord **par les effets secondaires des médicaments**. Neuf interviewés,

évoquaient en entretien l'abord spontanément par le médicament et par l'effet secondaire de celui ci.

M1 : « un traitement antidépresseur et je lui ai demandé les enfin dans le cadre du suivi euh et de la vie globale je lui avais posé la question euh de sa vie sexuelle et de sa libido »

Un des médecins généralistes évoquait lors des consultations de couple, parler de troubles érectiles en évoquant l'effet secondaire du médicament prescrit.

M7 : « j'ai des consultations en couple, c'est intéressant, ils viennent pas spécifiquement pour ça mais c'est pas inintéressant y'a des cas ou on sent qu'il y'a une demande et il faut avoir un peu de tact. Je parle souvent des effets secondaires des traitements ça les intéresse là, les couples sont intéressés. »

Les symptômes physiques étaient décrit comme levier pour aborder la question.

M3 : « Ah non je pose jamais la question des troubles sexuels de façon systématique ou alors si il y'a une pathologie vulvaire une vaginite »

M4 : « Effectivement euh troubles urinaires on va dire dysurie, voilà des choses qui évoquent, qui peuvent évoquer des troubles sexuels, euh (petite pause) voilà »

Dans les entretiens**, la composante dépressive** et l'abord de la santé sexuelle dans un contexte de mal être, étaient des thématiques décrites de façon récurrente.

M13 : «je sais pas si on sent un mal être euh quelqu'un qui change un peu de comportement qui se renferme euh ouais qui a un petit peu de déprime ou même dans d'autres problématiques après si le motif par exemple, y'a pas mal dans les burn out mais aussi dans les gens qui viennent pour des syndromes dépressifs des choses comme ça ils vont vous l'attribuer peut être au travail ou quelque chose comme ça en réalité y'a peut être déjà une autre problématique derrière et là j'irai fouiner un petit peu chercher mais euh non c'est vrai que d'emblée quand le patient vient je saute pas sur leur sexualité en demandant ce qui va et ce qui va pas enfin … »

Les consultations récurrentes avec des motifs différents sans lien franchement identifiable semblaient faire évoquer chez un médecin généraliste les violences conjugales.

M12 : « beh je veux dire ça peut être du sens clinique et aussi bien sur le plan présence d'hématome machin mais des femmes qui vont pas bien bon qu'on voit ou qu'on revoit régulièrement pour des motifs n'ont pas d'intérêts, je pense qu'il faut se poser des questions oui… je veux dire quelqu'un qui vient consulter X fois pour des motifs qui n'en valent vraiment pas la peine, il faut qu'on se pose des questions quoi, c'est qu'on répond pas forcement à la chose donc il faut aller explorer d'autres causes bon dont les violences conjugales »

Deux interviewés évoquaient **le rôle des demandes administratives** pour parler de santé sexuelle, notamment les demandes des sécurités sociales lors des consultations de bonne santé :

M9 : « Il y'a eu quelque chose d'intéressant dernièrement avec les assurances on doit remplir un questionnaire, d'ailleurs je ne l'ai pas rempli, non pas des assurances mais des questionnaires de la sécurité sociale, pour le régime social des indépendants il y'a des questions que j'avais rempli avec la patiente (il reprend le questionnaire) alors zut parce que c'était intéressant… voilà « votre vie sexuelle vous satisfait t elle ? » et là j'ai eu la surprise elle m'a dit spontanément « non pas du tout » »

4.2.2.3 Des techniques pour l'exploration du sujet

Pour la plupart des médecins généralistes interviewés l'exploration de la santé sexuelle se faisait par la symptomatologie physique, afin d'éviter la gêne

M1 : « Oui euh elle était d'accord pour en parler, on a parlé un peu euh elle m'a justement dit que sa libido était vachement diminuée … euh depuis quelques mois et euh que bon beh c'était pas facile quoi. Mais ça voilà parce que bon on a parlé on a parlé des symptômes aussi physiques c'était peut être plus facile à aborder que les désirs dans un premier temps mais euh mais bon on a un peu discuté oui. »

M1 : « quand des fois avec la ménopause je parle de sècheresse vaginale des choses comme ça en restant sur le physique sur les problèmes physiques »

Pour cinq interviewés la discussion ne devait **pas être frontale**, il fallait voir selon le type de questions si le patient souhaitait en parler, pour ne pas heurter celui ci.

M7 : « il faut jamais être frontal, moi je fais pas, euh ça paraît simple, cela est la base du savoir vivre, ne pas être frontal avec les gens. »

M12 : « (il réfléchit) je ne vais pas directement euh je ne suis pas très intrusif au départ en fait »

M8 : « progressivement en fait ils disent soit ils disent tout va bien et là il n'y a pas de problèmes ou alors ils disent que ça ne va pas et je leur demande si ils veulent en parler, en général sur la première consultation non mais on peut dire qu'on aborde ça plus tard et on verra, on débrouille le terrain. »

Les interviewés décrivaient des moyens pour amorcer ou explorer les problématiques de la santé sexuelle. Ces moyens paraissaient souvent être d'ordre médical avec un symptôme physique évoqué par le patient, ou la discussion autour d'un effet secondaire de médicament. Ces moyens étaient largement décrits par les interviewés et semblaient être identifiés comme étant un levier à la discussion.

4.2.3 Une attitude facilitant l'abord de la santé sexuelle

4.2.3.1 Une posture facilitante

Pour plusieurs interviewés la posture prise en consultation était importante. La notion d'écoute du patient semblait facilitante dans l'abord de la santé sexuelle.

M14 : « euh j'essaye de répondre à ce qui m'est demandé après ça touche à l'intimité donc après les gens perçoivent ça de façon individuelle, moi après mon rôle de médecin c'est d'essayer d'être à l'écoute et d'essayer d'apporter la meilleure réponse possible hein »

Cette écoute s'accompagnait dans beaucoup d'entretiens de **la notion d'ouverture,** cela faisait également parti pour onze des médecins interviewés d'une attitude à avoir face au patient, pour permettre cet abord.

M11 : « et de toute façon le jour ou les gens ont envie d'en discuter euh j'essaye de le faire sentir que la porte est ouverte mais je ne suis pas du tout intrusive dans ce genre de question. »

M14 : « c'est pour ça il faut essayer d'avoir une bonne communication avec le patient être assez proche garder l'ouverture que les gens puissent, qu'ils aient l'impression qu'on soit ouvert quoi au moins quand ils ont pas très très bien compris qu'on puisse rectifier le tir hein si on se rend compte des, encore faut il se rendre compte des problèmes de communication mais bon voilà voilà »

Plusieurs interviewés décrivaient l'importance du langage avec notamment la présence de question ouverte pour communiquer avec le patient.

M11 : « la ou les premières questions sont toujours ouvertes, après si on a une orientation je sais pas trouble de l'érection ou quoi, la on a des questions fermés pour faire préciser ce qui se passe, mais les premières sont toujours ouvertes. »

4.2.3.2 Un langage choisi

Le langage doit aussi être simple, compréhensible par le patient, excluant le jargon médical.

M9 : « alors moi je suis tout zen, j'aborde ça avec les mots qu'il faut et je pense que dans la communication les patients sont d'autant plus à l'aise que le médecin est à l'aise et qu'il aborde les explications avec des mots tout simple, une explication simple »

Dans les entretiens, pour six interviewés la notion de **langage approprié** était écrite : il ne fallait pas vulgariser les termes employés. Il fallait rester dans le domaine médical pour pouvoir l'explorer par des questions précises.

M9 : « je m'efforce en tant que médecin à employer les termes médicaux et non pas d'utiliser des termes un peu je dirai « la zigounette » ou « la foufounette » on parle de vagin, on parle de pénis, on parle d'érection de lubrification, de comment ça va, j'ai l'impression qu'en employant ces termes anatomiques les gens sont beaucoup plus à l'aise… (silence) c'est une impression. »

Les interviewés décrivaient dans les entretiens la posture à avoir afin de dialoguer avec le patient. Ils semblaient évoquer la nécessité d'être ouvert, à l'écoute, pour mieux échanger. Ils évoquaient également la nécessité d'un langage approprié, sans vulgariser, en utilisant des termes médicaux permettant de garder une posture de professionnel de santé.

4.2.4 Un travail sur la communication en santé sexuelle

4.2.4.1 Un travail sur soi-même

Pour un médecin, M9, il était évoqué la nécessité d'avoir **un équilibre personnel**, afin de pouvoir prendre en charge des patients.

M9 : « être bien dans sa tête dans sa peau, et avoir peut être une formation sur la sexualité »

M9 : « Je pense qu'un bon équilibre personnel dans ce cadre la est un facteur de facilité à la communication avec les patients qui sont en difficultés. L'équilibre personnel est quelque chose d'important dans la relation médecin malade. »

4.2.4.2 Les groupes Balint

Il évoquait également l'existence **de groupe Balint** qui permettrait selon lui, d'améliorer la communication avec le patient.

M9 : « je crois beaucoup à la parole, à l'échange avec les confrères, j'en ai fait un peu mais pas assez parce que ça me prenait du temps et que je ne pouvais pas tout faire , les groupes Balint »

4.2.4.3 Une formation en communication

Un autre médecin évoquait le besoin de formation dans le domaine de la communication, comment prendre en charge le patient, et bien communiquer avec lui.

M3 : « Moi la santé sexuelle ça me parle dans certains cas, ça m'intéresse dans certains point de vue et pas dans d'autres après peut être une formation courte, en nous disant si ils viennent pour tel motif vers qui orienter, plus que que faire, comment parler, comment faire les choses, parce qu'on ne peut pas tout faire. »

M9 : « avoir peut être une formation sur la sexualité autre que celle qu'on dispense à la faculté quelque chose de plus … un apprentissage à la communication, mais quand on sait bien communiquer on arrive mieux à aborder ce problème je pense. »

La communication semblait être importante pour les interviewés. Il était évoqué des attentes en terme de formation. Pour un interviewé, l'échange avec les confrères sur le vécu et l'expérience de chacun semblait être bénéfique pour améliorer l'abord de la santé sexuelle.

4.3 Attentes et besoins des interviewés concernant le cadre de la consultation

4.3.1 Une contrainte de temps et une organisation parfois difficile pour permettre l'abord

4.3.1.1 Une consultation limitée par le temps

Le temps semblait être un obstacle pour plusieurs interviewés. Cela était évoqué par huit médecins au cours des entretiens.

M6 : « et ou j'ai pas le temps de parler de ça »

M6 : « j'ai pas le temps de rajouter encore des choses à ce que je fais quoi »

M13 : « je vais allez vite après si j'ai plus le temps voilà »

La composante temporelle était un frein important décrit par les interviewés, elle n'était pas modifiable ou peu, en fonction du nombre de consultation prévu sur la journée de leur mode d'exercice, avec ou sans rendez vous.

4.3.1.2 Une consultation avec parfois plusieurs problématiques

Plusieurs interviewés décrivaient comme frein à l'abord une consultation avec plusieurs motifs et une limite de temps de consultation.

M11 : « pas forcement non, c'est noyé dans d'autres problèmes, il y'a la liste des problèmes et dans la liste des problématiques il y'a celle la en plus. C'est rarement le sujet unique de la consultation ça vient au milieu d'autres symptômes plus ou moins bénins d'ailleurs »

Ces consultations avec plusieurs problématiques apparaissaient difficiles à gérer par le généraliste.
Parmi les interviewés, cinq décrivaient la notion de consultation dite aigüe. Pour un motif qui semblait urgent à traiter, il n'y a pas la place de parler santé sexuelle.

M11 : « il faut il faut comment dire ne pas voir systématique les gens en aigu sur pathologies aigües parce que sur pathologie aigüe c'est compliqué pour nous médecin de basculer de l'aigu à la prévention sur une même consultation »

Les interviewés avait perçu des freins inhérent au cadre de la consultation. Les patients évoquaient le plus souvent les problématiques de santé sexuelle sur la fin de

consultation, ou avec un lot d'autres problématiques. Le temps était décrit comme un obstacle à l'abord de la santé sexuelle, selon le mode d'exercice du médecin.

4.3.2 Une consultation plus difficile selon les patients

4.3.2.1 Une consultation à plusieurs

Deux médecins évoquaient la contrainte organisationnelle de la consultation. Certains patients étaient accompagnés et cela pouvait freiner l'abord.

M16 : « il y'a les parents qui traînent par la donc c'est plus compliqué ils sont souvent accompagné encore quand ils sont la alors c est plus difficile… »

M13 : « après c'est peut être moins facile d'en parler quand ils sont à deux, quand ils sont tous les deux quelque fois je préfère les avoir séparément pour en parler mais (elle réfléchit) ouais non (sourit) »

4.3.2.2 La consultation nouveau patient, une contrainte de temps

Pour les consultations de nouveaux patients, la question du temps était évoquée, souvent décrites comme longues.

M10 : « une consultation nouveau patient, c'est quand même, déjà c'est rarement des jeunes et souvent des gens qui arrivent en couple, mais bon souvent on fait tout le boulot qu'il y'a à faire , les antécédents médicaux, represcrire , parce que souvent ils viennent avec leur ordonnance, represcrire les médicaments, prendre la tension, prescrire les prises de sang , donc après l'interrogatoire de savoir si ils ont une vie sexuelle satisfaisante j'aimerai bien avoir le temps mais ça ce n'est pas possible avec le rythme actuel de travail de la ville en ce moment »

Parmi les interviewés, certains décrivaient des difficultés à l'abord en fonction des patients et de l'entourage présent, rendant l'abord plus difficile. Le temps de consultation pour un nouveau patient paraissait être trop court pour l'abord.

4.3.3 Le médecin généraliste en consultation, une personne parfois soumise à des contraintes extérieures

4.3.3.1 Le prix de la consultation

Certains interviewés, évoquaient **la contrainte du prix** de la consultation, similaire, que l'on passe 15 minutes ou 45 minutes avec le patient.

M14 : « c'est pas normal que le C soit à 23 euros pour une angine pour une grippe et qu'il soit à 23 euros aussi pour une consultation ou il y'a plusieurs pathologies qui risquent de durée 45 minutes euh voilà donc bon y'a un problème de toute façon »

4.3.3.2 Des sollicitations pendant la consultation

Parmi les interviewés, un médecin évoquait également **son attitude face au patient**, avec la sollicitation de la secrétaire, les appels entrant en consultation, le fait de regarder l'heure à sa montre, le médecin 13 identifiait cette attitude comme étant mal perçue par le patient.

M13 : « après il faut que le patient sente que bon j'ai fait un peu l'abstraction des sonneries de téléphone parce que ça c'est pareil vous sentez bien qu'il y'a des gens qui commencent à vous parler de quelque chose vous êtes dérangé sans arrêt je pense que c'est vrai qu'il faut qu'on ait une disponibilité mais et je vous dis comme la beh la dernière consultation d'hier c'était pas forcément le motif après on sait plus on interprète mais il faut que, je pense, que le patient sente qu'on soit prêt à écouter certaines choses mais euh voilà il faut que nous même on soit clair dans notre tête (elle rit) ouais après je sais pas pas voilà ça va être le ressenti du patient la confiance qu'il va nous faire, euh parce que je pense que c'est pas évident d'en parler quand même … »

Pour plusieurs interviewés, les sollicitations extérieures semblaient gêner pour l'abord de la santé sexuelle. Le prix de la consultation identique malgré un temps de consultation plus long était identifié comme une contrainte pour certains interviewés.

4.3.4 Des solutions évoquées pour améliorer l'organisation de la consultation

4.3.4.1 Avoir plus de temps

Il semblait exister des obstacles en lien avec le cadre de la consultation, que ce soit le temps, les accompagnants ou le médecin en lui même qui est peu disponible. Cependant, les interviewés évoquaient des solutions pour améliorer ce cadre de consultation.
Parmi les interviewés, quatre médecins souhaitaient **avoir plus de temps,** le sujet ne posant pas de problème mais la réelle problématique était la durée de la consultation.

M10 : « soupir le temps, si j'avais plus de temps je pourrai parler de tous les sujets, même des pieds qui les grattent, c'est pas le seul sujet que je ne dois pas aborder, je pense qu'on a plus le temps en médecine, voilà non ? Plus de temps plus d'humanité donc on va aborder les sujets un peu plus accessoires que l'hypertension a 19 le diabète, le cholestérol le surpoids … voilà on va aborder les sujets plus sur le bien-être sur la qualité des relations sexuelles sur euh et c'est vrai que les femmes on les oublie un peu dans cette affaire, dans le plaisir … mais euh voila »

M11 : «c'est le temps, c'est le temps, si euh ce genre de consultation arrive une fois par an, même pas une fois tous les 3 ans »

4.3.4.2 La consultation dédiée

Certains interviewés décrivaient comme solution la mise en place d'une **consultation dédiée,** permettant de se consacrer à ce domaine là.

M14 : « euh avec du retard des gens dans la salle d'attente et ça fait c'est pas très propice c'est quelque chose qui est lancé comme ça donc euh quand c'est il faut en reparler il faut avoir une autre consultation … une consultation dédiée … »

Un interviewé parlait de la notion d'organisation de ces consultations, en prévoyant un créneau horaire identifiable par les patients sur RDV.

M13 : « ou alors il faudrait chacun avoir une consultation sexologie de 13h30 à 14h30 ou voilà les gens sauraient qu'on est disponible pour ça mais après je sais pas »

4.3.4.3 La consultation reprogrammée

Les interviewés ont également parlé **d'une consultation reprogrammée**, il est évoqué pendant la consultation une problématique d'ordre sexuelle par le patient, le médecin propose d'en discuter dans une autre consultation, par manque de temps, ou du fait que le patient évoque plusieurs problèmes, cela permet au patient d'être entendu et ainsi le médecin propose une consultation.

M16: « ah beh oui maintenant je le fais … avant je ne le faisais pas maintenant c'est plus trop possible, alors quand j'ai déjà passé un quart d'heure 20 minutes je lui dis non alors la reprenez rdv on en parlera un peu plus facilement, on prendra un peu plus de temps, ils le comprennent dans l'ensemble »

4.3.4.4 La revalorisation de la médecine générale

Parmi les interviewés, trois médecins ont évoqué **la revalorisation de la médecine générale**, avec des consultations à des prix différents selon la durée et la complexité de cette consultation. Ainsi si le patient est en demande cela pourrait permettre au médecin d'approfondir le sujet.

M14 : « beh ça serait des consultations à plusieurs degrés… c'est pas normal que la consultation soit à 23 euros pour une angine pour une grippe et qu'elle soit à 23 euros aussi pour une consultation ou il y'a plusieurs pathologies qui risquent de durer 45 minutes

euh voilà donc bon y'a un problème de toute façon les gens le sentent aussi j'en ai un hier qui m' a dit que c'était pas normal je suis resté trois quart d'heure avec lui du coup il m'a porté une bouteille de vin enfin bon sympathique mais ça prouve qu'il sent qu'il y'a un problème hein. »

Moi : « qu'est ce qui pourrait se faire pour permettre du coup aux médecins d'avoir plus de temps ? M16 : augmenter le prix de la consultation !! (rires) »

L'interviewé, M16, évoquait un changement avec une médecine salariale, permettant au médecin d'être libéré du paiement à l'acte.

M16 : « on ne serait pas euh euh... (elle réfléchit) soit il faudrait être libéré de la, euh, libéré de cette tarification je dirai soit il faudrait être revalorisé parce que quand même je pense que l'on est sous payé, ou alors peut être imaginer être salarié quelque chose comme ça pour ne pas être dépendant du paiement à l'acte »

Les interviewés décrivaient plusieurs solutions concernant les obstacles liés au cadre de la consultation. La consultation dédiée était décrite par plusieurs participants, avec notamment un temps dévoué à la sexualité. La problématique du temps était évoquée, avec en miroir la problématique du prix de la consultation.

4.4 Attentes et besoins des interviewés concernant un outil en santé sexuelle.

4.4.1 Des avis contrastés concernant un outil de communication

4.4.1.1 Une bonne connaissance des patients selon les interviewés.

Pour certains interviewés **les connaissances des patients dans ce domaine semblaient suffisantes**. Les patients étaient sensibilisés aux risques et pouvaient poser les questions en matière de santé sexuelle.

M14 : «en général ils sont assez au courant puisque ils viennent pour enlever le préservatif »

M15 : « je les connais à peu près bien la on peut aborder le sujet sans trop de difficulté mais ils sont avertis finalement on se rend compte qu'on a pas besoin d'aller leur demander ou de leur poser certaines questions ils sont plus au fait »

4.4.1.2 Une défaut d'intérêt pour certains à l'utilisation d'un outil

Parmi les interviewés six trouvaient qu'une aide **pendant la consultation n'avait pas d'intérêt.**
Une interviewée semblait ne pas avoir d'intérêt pour ce sujet. Pour elle, d'autres professionnels de santé pouvaient prendre en charge ces questions là.

M6 : « j'avoue que ce n'est pas mes sujets de consultations préférés, très franchement je m'en fous voilà. »

M6 : «ça ne m'intéresse pas plus que ça, je pense qu'il y'a d'autres endroits ou ils peuvent parler de ça… »

D'autres interviewés ne pensaient pas avoir besoin d'outil car selon eux**, ils ne semblaient pas exister de problèmes pour l'abord de la santé sexuelle en consultation.**

M12 : « je sais pas si il y'a un problème véritablement d'abord de cette question je sais pas vous devez le voir avec les autres médecins généralistes … »

M12 : « je suis pas sur qu'il y' ait un déficit de prise en charge en fait, je suis pas sur qu'il y'ait un besoin majeur non »

Dans cette étude, certains décrivaient un désintérêt pour un outil en consultation. Des médecins semblaient ne pas aborder le sujet car les patients étaient bien renseignés. Selon un interviewé, il n'existait pas d'obstacles à l'abord et la réalisation d'un outil semblait donc inutile.

4.4.2 Des manques décrits par les médecins généralistes dans ce domaine

4.4.2.1 Un manque de formation

Pour cinq des interviewés, il était question **du manque de formation**. La formation semblait être peu présente à l'université que ce soit la formation dans les différents domaines de santé sexuelle, mais aussi la formation en communication.

M16 : « je trouve qu'aujourd'hui depuis quelques années et depuis pas très longtemps on s'en occupe beaucoup plus sur le plan médical, avant c'était quelque chose… moi dans les études on ne l'a pas abordé ça… après c'était quelque chose c'était pas considéré comme une maladie… »

M9 : «je n'ai jamais eu régulièrement d'éducation sexuelle que j'ai du faire moi même »

Pour plusieurs interviewés, un manque de formation dans le domaine psychologique était décrite.

M2 : « c'est vrai pas très à l'aise parce que je trouve qu'on a pas forcement une bonne euh formation pour parler de ça avec les patients enfin parler psychologie »

4.4.2.2 Une sensation de manque de connaissances

Quatre interviewés évoquaient une **sensation de manque de connaissances.** L'abord n'était pas fait en consultation car les interviewés semblaient ne pas être à l'aise sur les réponses apportées.

M1 : « euh je beh je déjà je suis pas très à l'aise parce que je connais mal le problème pour l'instant enfin je suis pas voilà j'essaye de proposer des solutions enfin j'essaye je connais la base mais des qu'il faut proposer un traitement je suis un peu moins à l'aise »

4.4.2.3 Un manque de reflexe

Parmi les interviewés, six disaient ne pas y penser, **il n'avait pas le reflexe d'évoquer la santé sexuelle.**

M8 : « c'est vrai que j' y pense moins…(silence) parce que d'abord ils ont pleins d'autres problèmes ce qui fait que bon voilà (rires) et je pense moins à la sexualité de la personne âgée oui … »

M5 : « Des fois ils sont gênés quand on leur pose la question, des fois on y pense pas »

M3 : « je sais pas je pense que ça ne me vient pas trop à l'esprit »

Deux interviewés évoquaient **le manque de systématisation**, il leur paraissait important d'être systématique dans les consultations pour ne pas oublier certains domaines comme la santé sexuelle.

M4 : « (réflexion) pas spécialement, non je pense que parfois c'est juste enfin c'est plus qu' on y pense pas c'est pas un problème pour l'aborder c'est plus voilà parfois , euh , c'est des gens qu'on connaît, c'est toujours le même truc (rires) des gens qu' on connaît on y pense pas forcement à demander les partenaires multiples, les choses comme ça voilà c'est plus peut être un manque euh ouais de raisonnement systématique on va dire, qu'une gène ou qu' un malaise quoi… »

Des interviewés évoquaient des manques de formation, de connaissance, et de réflexe durant les entretiens. La formation universitaire semblait pour certains être trop peu présente dans ce domaine. Certains médecins décrivaient un manque de réflexe, ne pas y penser, semblaient pour eux être un obstacle à l'abord avec le patient.

4.4.3 Un intérêt pour un outil en santé sexuelle

4.4.3.1 Un outil de type RPIB vu comme une aide diagnostique

Parmi les interviewés, treize trouvaient un intérêt dans la mise en place d'un outil de type repérage précoce et intervention brève. Ils évoquaient l'intérêt à visée diagnostique.

M14 : « oui ça peut être intéressant moi je me sers des échelles pour apprécier une dépression oui ça peut être intéressant dans la santé sexuelle cela permettrait un peu d'objectiver le niveau de santé ou de délabrement dans lequel la personne est, ça peut être intéressant ouais »

Un interviewé, M3, évoquait par ailleurs l'outil comme **une aide réflexe dans certaines situations afin de mieux apprécier la situation clinique.**

M3 : « Par exemple dire au médecin dans l'outil, beh lors d'une consultation dépression évoquer les troubles de la libido, lors d'une consultation ménopause évoquer les troubles de la libido, lors d'une consultation asthénie, demander un dépistage »

L'interviewé M15 évoquait l'aide que pourrait apporter l'outil comme guide pour ne pas laisser de côté une question importante.

M15: « ah si si je pense que oui, je suis pas parfait je dois oublier des choses en route, j'ai confiance au patient d'emblée, mais je dois oublier. »

4.4.3.2 Des idées d'outils pendant la consultation

Parmi les interviewés, cinq évoquaient **le questionnaire ou l'auto questionnaire** comme idée d'outil.

M5 : « Oui ça pourrait être des questions, comme un petit questionnaire, un auto questionnaire, comme le test de FAGERSTROM, on pourrait faire un truc »

Les domaines à inclure dans l'outil étaient décrits par les interviewés. Ils citaient en particulier le domaine des violences conjugales du fait de la difficulté à l'évoquer et de son oubli fréquent. D'autres domaines étaient cités tels que la ménopause, ou encore les IST chez les jeunes.

M2 : « oui tout ce qui est éducation sexuelle, prévention et après femme après la ménopause , c'est quand même important à aborder, j ai l'impression que c est enfin dans les patientes que j ai vu que c était un peu sujet à questionnement au niveau sexuel pour les patientes après la ménopause au niveau libido , au niveau sècheresse vaginale et oui pourquoi pas les personnes homosexuelles, parce que c est vrai c est bien de les repérer parce que elles ont quand même plus de facteur de risque au niveau des IST »

4.4.3.3 Des exemples de questions pour la mise en place d'un outil type RPIB en santé sexuelle

Les interviewés citaient comme questions à poser en entretien principalement des questions fermées. Un médecin sexologue utilisait plutôt des questions ouvertes mais finalement concluait que des questions mêmes fermées étaient intéressantes pour montrer que le médecin était ouvert sur le sujet.

M8 : « après les violences conjugales plutôt des questions ouvertes « comment va votre couple ? », « avez vous des… » Je ne sais pas, même des questions fermées sur la sexualité : « avez vous des difficultés ou une question au niveau de la sexualité ou sur le couple ? » Oui voilà montrer simplement qu'il y'a une ouverture… pour le screening général c'est déjà bien et ensuite orienter selon les domaines. »

Parmi les interviewés, les exemples de questions posées au patient étaient le plus souvent des questions fermées.

M1 : « avez vous des comportements à risque sexuel ? Souhaitez vous un dépistage ? »

Les interviewés évoquaient leur intérêt pour un outil à visée diagnostique, une aide reflexe. Ils décrivaient un outil à type de questionnaire ou auto questionnaire. Certains domaines semblaient intéressants à inclure dans l'outil, comme le domaine des violences conjugales, les IST, ou encore la ménopause. Les exemples de question étaient fermés pour la plupart des interviewés.

DISCUSSIONS

1 Forces et faiblesses de la méthode

1.1 Le choix de la méthode qualitative

Nous avons utilisé la méthode qualitative dans notre étude. Nous voulions décrire en profondeur les ressentis des médecins généralistes face à un domaine décrit comme sensible (37).
Nous n'avions pas d'hypothèse de départ car la littérature était peu fournie, la question de recherche n'a pas été étudiée.
Le domaine de la santé sexuelle est un sujet sensible. La méthode qualitative permettait d'éviter des biais de réponse lors de l'exploration des ressentis des médecins (33).
Les entretiens se sont réalisés sur un mode semi directif, ce choix s'est porté devant le sujet de l'étude qui pouvait entrainer en groupe une gêne supplémentaire ou un refus de participation.

1.2 L'échantillonnage

La qualité de l'échantillonnage est essentielle afin d'obtenir différents ressentis, perceptions.

Dans notre étude, certaines limites sont présentes.
Le refus de participation à l'étude peut constituer une limite. Ce refus s'est rencontré pour 2 participants en Gironde, par manque de temps, et lors de la demande de renseignement sur l'objet de l'étude.

Pour les trois premiers entretiens, l'investigatrice connaissait les médecins interrogés, entrainant une difficulté pour celle ci à prendre une posture de chercheur. Les médecins interrogés semblaient laisser place plus souvent à l'implicite. Par ailleurs un biais de désirabilité sociale a pu être présent, avec l'envie des médecins de se montrer favorablement aux yeux de l'enquêteur.

La variation de l'échantillon a été globalement respecté afin d'obtenir un échantillon raisonné selon les critères d'âge, de genre, du type d'activité, du mode d'exercice des médecins généralistes, et du lieu d'exercice et du nombres d'années d'installation.
Hormis les premiers participants, il s'agissait d'un premier contact.

1.3 Les entretiens

La première question du guide d'entretien était plus générale, afin de permettre aux interviewés de décrire une consultation vécue et d'introduire le thème du travail. Cependant au fur et à mesure des entretiens et du temps que pouvait me consacrer les interviewés, la première question a été retirée afin d'évoquer directement le thème de la santé sexuelle. **ANNEXE 2**
Par ailleurs la dernière question était trop générale et j'ai du créer des questions de relance afin de permettre une meilleure description à la dernière question : « qu'est ce qui pourrait vous aider à aborder la sexualité en consultation ?»

Ce fut un premier travail en recherche qualitative, induisant des limites lors du recueil de données.
L'investigatrice a lors des premiers entretiens, laissé peu de place au blanc, son impulsivité limitant parfois l'expression spontanée. Ce biais a nettement diminué au cours des entretiens, et dans les entretiens suivant l'investigatrice a observé un temps de pause.
La posture de chercheur a été travaillée avec l'aide de la sociologue et du directeur de thèse (34).
Il était observé aussi une limite dans sa posture de chercheur, avec face à elle des médecins généralistes qui n'hésitaient pas à la solliciter ou à la relancer pour avoir son avis. Selon les interviewés, l'investigatrice n'était pas dans une position de chercheur mais bien de médecin, capable de comprendre. Un certain nombres d'éléments (rires, gêne, émotions etc.) laissait penser que le statut médical de l'investigatrice entrainait des implicites.

L'investigatrice novice dans ce travail de recherche, a au cours de sa recherche, assisté à une formation sur la méthode qualitative à Lyon menée par la FAYR GP, afin de mieux appréhender le guide d'entretien ainsi que la réalisation des entretiens.

Un journal de bord était tenu lors des entretiens, lors des RDV avec le directeur de thèse ainsi que lors des RDV pour le double codage. Sa tenue, lors des entretiens, permettait de noter le talon sociologique, la date et l'heure du RDV, le contexte du RDV, les obstacles que l'investigatrice a pu rencontrer.
En effet il a parfois été difficile d'avoir un RDV avec un interviewé soit lors de l'évocation du thème ou alors de la durée de l'entretien. Deux RDV ont été oublié par les interviewés et reprogrammés.
Plusieurs entretiens ont été réalisés en début d'après midi à 14h. L'investigatrice a ressenti pour plusieurs d'entre eux un manque de temps des interviewés. Après 30 minutes d'entretiens les réponses semblaient être plus courtes avec des regards sur la montre ou l'ordinateur.
On ne retrouvait plus cette composante temporelle, si les entretiens étaient réalisés en fin de journée. Cependant, la fatigue de l'interviewé notamment sur un entretien après 20h était présente l'investigatrice a posé plus de questions de relance.

1.4 L'analyse

L'analyse a été réalisée en double codage pour tous les entretiens. Le deuxième codage était réalisé par une médecin généraliste remplaçante qui avait l'habitude d'utiliser le logiciel N VIVO puisqu'elle avait fait sa thèse sur ce logiciel.
Une aide a été fournie lors du codage et de l'analyse par le directeur de thèse et par la sociologue.

L'investigatrice a trouvé délicat de rester objective dans ces propos. La difficulté réside dans la posture de l'investigatrice, médecin généraliste remplaçante.

2 Comparaison de la littérature avec les principaux résultats

2.1 Représentations des médecins généralistes en santé sexuelle

2.1.1 Un exemple de médicalisation

Dans notre étude, la description des expériences vécues par les interviewés, sur l'abord de la santé sexuelle en consultation débutait souvent par la dysfonction érectile.
Les interviewés décrivaient comme motif de consultation la demande de mise en place d'un traitement médicamenteux chez des patients présentant une dysfonction érectile. Bien souvent, lors d'une consultation sur les dysfonctions érectiles, les interviewés recherchaient les contre indications à la mise en place d'un traitement médicamenteux et suivant les facteurs de risques cardio vasculaire prenaient un avis cardiologique. La possibilité de prescrire un traitement médicamenteux permettaient pour certains interviewés de poser des questions au sujet de la santé sexuelle.
A. Giami décrivait dans un chapitre de l'ouvrage « Le gouvernement des corps », dirigé par Didier Fassin et Dominique Memmi, cette attitude chez les généralistes (38). Ce sont les découvertes pharmacologiques qui ont fait avancer les attitudes des médecins généralistes notamment avec l'apparition du VIAGRA ®. Les médecins pouvaient prescrire un traitement en réponse à une demande du patient sur une pathologie d'ordre sexuel. Cette attitude du généraliste était développée également dans un autre ouvrage de A. GIAMI.

Dans un chapitre intitulé, « la spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité » chapitre du livre « Singuliers généralistes » dirigé par G. Bloy (18) il était également discuté des postures du médecin généraliste. Dans une consultation psycho sociale le médecin généraliste a tendance à évoluer vers une consultation médicale avec la recherche de pathologie organique et le rôle d'orientation vers un spécialiste ou de prescription de bilan.

Notre étude rejoint les résultats de la littérature, les médecins généralistes évoquaient le plus souvent la santé sexuelle par la pathologie organique et par la recherche de contre indication à la mise en place d'un traitement pharmacologique.
Ce rôle de prescripteur était également identifié, par les patients, dans la thèse de Julie Rose sur les attentes et représentations des patients sur l'abord de la santé sexuelle en médecine générale.(39)
Le médecin généraliste identifie son rôle de prescripteur, mais la dimension psychologique n'était pas évoquée spontanément ni par les interviewés ni par les patients. Il serait intéressant de travailler sur la posture du médecin généraliste lors des consultations en santé sexuelle, afin d'essayer de « se détacher » de ce rôle de prescripteur.

2.1.2 Un abord selon l'intérêt du médecin pour ce sujet

Dans notre étude, deux médecins généralistes définissaient la santé sexuelle comme positive, une notion de bien être global. Cette notion de bien être de leur patient et notamment dans leur vie sexuelle avait une importance pour ces médecins généralistes. La santé sexuelle renvoyait pour eux à une bonne harmonie du couple et un bien être psychique et physique.
Cependant pour ces deux généralistes, ce champ du bien être n'était pas abordé en consultation. Un médecin laissait le choix au patient d'en parler si il le souhaitait et le deuxième décrivait son manque d'intérêt pour ce domaine, en évoquant le fait qu'il n'était pas sexologue.
Ces postures renvoient aux stratégies développés par A Giami dans un chapitre de l'ouvrage « Singuliers généralistes » (18). Il parlait de stratégie d'évitement. Un médecin qui attend que le patient en parle ou bien qui n'a pas d'intérêt pour ce domaine adopte une stratégie d'évitement de la situation, il ne souhaite pas gérer ces problématiques.

Deux participants évoquaient leurs compétences dans ce domaine en lien avec leur intérêt. L'intérêt que l'on porte pour un sujet est une motivation majeure pour permettre de développer ses compétences. Une interviewée n'était pas attirée par la pathologie de l'homme, elle a réalisé un diplôme universitaire de gynécologie mais n'a pas d'attrait pour les troubles sexuels de l'homme, avec un faible abord ou alors une

orientation rapide vers un spécialiste. Cela rejoint la posture d'évitement décrite par A. GIAMI (18).

Un autre interviewé avait évoqué le fait de ne pas tout savoir et de ne pas être une personne référente pour tout. Elle ne parlait pas de sexualité car elle ne possédait pas la compétence pour.

Parmi les interviewés un médecin sexologue décrivait la facilité qu'il avait par rapport à d'autres médecins généralistes pour aborder la santé sexuelle, car les patients l'avaient identifié sexologue et donc capable de pouvoir répondre à leur attentes. Une étude évoquait également ce fait. La spécialisation du médecin facilitait la discussion pour le patient (40).
En parallèle ce constat était fait dans la thèse qualitative réalisée par Julie Rose, auprès de patients. Plusieurs participants pensaient que certains médecins étaient qualifiés pur parler de santé sexuelle en fonction de leur diplôme.

Malgré cette spécialisation informelle, les généralistes sont des acteurs principaux des soins primaires. Ils ont un rôle central dans le dépistage, la prévention, le suivi d'une pathologie. En santé sexuelle, ce rôle d'«acteur premier » devrait également s'appliquer. Ces actions de dépistage et de prévention dans différents domaines de la santé sexuelle sont à développer auprès des professionnels de santé ainsi que de la population générale.

2.1.3 La santé sexuelle, un sujet sensible

Dans notre étude, plusieurs interviewés évoquaient une gêne, un embarras, à l'abord d'un des domaines de santé sexuelle. Plusieurs études mettaient en évidence comme obstacle l'embarras des médecins en lien avec la crainte que leur patient se sentait jugé par leur question. L'étude menée par l'équipe de Khan (41) mettait en évidence lors d'un questionnaire auprès de médecins généralistes du Pays de Galles que 49% craignaient le sentiment d'inconfort de leur patient.

Parmi les interviewés, un médecin décrivait comme frein à l'abord de la santé sexuelle, l'aspect intriqué et profond du symptôme et la crainte de « tirer sur un fil et de tout faire sortir ».
Une étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de 22 médecins généralistes et de 35 infirmières a mis en évidence la crainte d'ouvrir une boite de Pandore et de manquer de temps pour prendre en charge la symptomatologie du patient(20).

La notion d'intrusion était également évoquée dans notre étude, les interviewés se posaient la question de leur limite d'intervention dans la vie sexuelle de leurs patients.
Souvent le médecin généraliste évoquait le choix de laisser le patient en parler.
Cette notion d'intrusion était en particulier décrite dans le domaine de l'orientation sexuelle.
Cela rejoint l'étude de Hinchilff (42) étude qualitative auprès de médecins généralistes du Royaume Uni. L'abord du thème de l'orientation sexuelle constituait un obstacle, les médecins évoquaient leur manque de connaissance concernant la sexualité des homosexuels et donc ne pas aborder la question.
L'évocation de l'orientation sexuelle peut provoquer un embarras tant pour le médecin que pour le patient, une étude australienne (21) mettait en évidence ce double embarras médecin–patient. Dans une autre étude, la moitié des patients pensaient que leur médecin généraliste était conscient de leur orientation (43).
Le thème de l'orientation sexuelle n'est pas ou peu évoqué en consultation, soit par gêne du médecin, soit par peur d'être trop intrusif. Une étude révélait le manque de connaissances concernant la sexualité des homosexuels et par conséquent ne posaient pas la question.
Une étude menée sur des personnes vivants avec le VIH, retrouvait que dans les cinq ans précédant le diagnostic de séropositivité 34,8 % avait eu un ou plusieurs tests et dans plus de 50 % des cas à l'initiative du patient(44). L'orientation sexuelle de ces patients n'était connue du médecin que dans un tiers des cas. La prise d'une anamnèse sexuelle à un moment de la vie du patient semble être importante pour lutter contre les conduites à risque.

Dans la thèse de Julie Rose sur les attentes et représentations des patients en santé sexuelle, certains patients avaient déclarés craindre un jugement de la part de leur médecin généraliste(39).

On peut donc mettre en évidence le double embarras médecin-patient dans ces différents travaux. Cependant l'anamnèse sexuelle en consultation de médecine générale permettrait de prévenir et dépister certaines conduites à risque.

2.1.4 La représentation des médecins selon les populations rencontrées

Il existait pour certains interviewés « des idées préconçues » notamment sur la population homosexuelle. Un médecin exerçant en milieu semi urbain avec décrit cette population comme débridée et donc plus à risque que la population hétérosexuelle. Un autre ne faisait aucune différence en terme de prise de risques chez une personne homosexuelle ou hétérosexuelle. Cependant les interviewés développaient peu le thème de la santé sexuelle avec leurs patients homosexuels en consultation. Un médecin évoquait son manque de savoir dans ce domaine.
Une étude publiée en 2005 (42) décrivait les difficultés que rencontraient les médecins généralistes lors de l'abord de la santé sexuelle avec des personnes homosexuelles. Ces difficultés étaient en lien pour la moitié des participants aux ignorances concernant leurs pratiques sexuelles et leur mode de vie.
Dans notre étude comme dans la littérature il existe des idées préconçues selon les populations rencontrées. Ces croyances entrainent un frein à l'abord de certains sujets avec le patient, et laisse place à une ignorance dans la prise en charge. Un travail est à faire sur cette ignorance des pratiques des homosexuels afin de lutter contre les idées préconçus.

Dans notre étude, la différence d'âge et de genre des patients et médecins était décrite comme un obstacle, chez les femmes médecins jeunes avec les hommes plus âgés, et chez les médecins homme avec les patientes, en particulier les patientes jeunes. Cela pouvait entrainer un embarras.

Dans notre étude, deux médecins hommes évoquaient la crainte de sexualisation de leur pratique médicale, ainsi ils ne faisaient pas de consultation avec une jeune fille mineure seule.
Le conseil de l'ordre mettait en garde dans un rapport sur les pratiques médicales des généralistes et les dérives possibles en consultation.(45)
La thèse de Julie Rose faite auprès des patients retrouvait des similitudes, les patients exprimaient l'idée de parler de santé sexuelle avec un médecin généraliste du même âge que eux.(39)

Dans une étude qualitative de 2004, faite par l'équipe de Gott, sur la perception des généralistes pour l'abord de la santé sexuelle (22). Les médecins généralistes semblaient penser que les patients préféraient parler de santé sexuelle avec un médecin généraliste du même genre.
Ce frein décrit par les participants pouvait gêner la prise en charge des patients.
Une étude publiée en 2012(40) apportait un autre critère, en effet ce frein lié au genre était moins significatif si le patient était un nouveau patient. Cet obstacle lié au genre semblait être en lien avec l'aspect relationnel établi entre le patient et son médecin.

Dans notre étude, les médecins ne parlaient pas de la population de personnes âgées. Un médecin évoquait la personne âgée comme une personne poly pathologique, le domaine de la santé sexuelle arrivait au second plan car non prioritaire par rapport à d'autres pathologies. Peu d'interviewés évoquaient spontanément la santé sexuelle chez la personne âgée.
Une étude faite auprès d'un échantillon de personnes de 50 à 92 ans, étudiait leur ressentis sur la prise en charge de leur santé sexuelle. Le problème était souvent décrit comme non sérieux pour leur généraliste. (46)
Une autre étude, qualitative, faite également par l'équipe de Gott auprès des médecins généralistes, concluait que la santé sexuelle était assimilée à des personnes jeunes, souvent le médecin généraliste ne pensait pas que leur patient âgé avait une activité sexuelle.(47)

Dans notre étude plusieurs interviewés décrivaient la nécessité selon eux d'établir une relation de confiance et d'entretenir une bonne relation avec le patient afin de pouvoir

aborder ce sujet. Selon les interviewés, cette relation semblait permettre au patient de poser des questions.
Dans la thèse qualitative de Julie Rose auprès des patients, la relation médecin patient trop proche était un frein à l'abord du sujet (39).
Cette notion de médecin de famille apparaît dans un entretien ou un médecin évoquait avoir un rôle de médecin de famille et pas de gynécologue, il adressait ses patients vers des confrères spécialistes.
La notion de relation de confiance semblait être importante pour permettre une discussion autour de sujets sensibles tel que la santé sexuelle.

Les représentations des médecins généralistes influençaient leur abord. L'âge, le genre, la relation établie avec le patient, les questions concernant l'orientation sexuelle du patient, étaient aussi des freins identifiés dans notre étude et dans la littérature. Les patients, décrivaient également la crainte d'un jugement de la part de leur généraliste. Au final le médecin et le patient sont freinés par leurs propres représentations. La notion de consultation nouveau patient semblerait être un levier, en instaurant une relation de confiance et en prenant une anamnèse sexuelle. Cela permet d'ouvrir le dialogue avec le patient et également de pouvoir au cours d'autres occasions revenir sur cette anamnèse sans craindre une réaction de la part du patient.

2.2 Les attentes et besoins concernant la communication en santé sexuelle

2.2.1 Un domaine abordé en premier lieu par le patient

La plupart des interviewés laissaient le choix au patient d'évoquer ou non la santé sexuelle. Cette attitude peut correspondre à un schéma organisationnel de la consultation. On peut mettre cela en rapport avec la thèse d'Hélène Stephan, sur le déroulement de la consultation en médecine générale avec la mise en évidence d'un temps patient et d'un temps médecin (48).

Dans le chapitre 3 de l'ouvrage «Singuliers généralistes», dirigé par G. Bloy, une étude faite auprès de généralistes montrait que 47% d'entre eux avaient des difficultés en

matière de prévention en lien avec une absence de demande de leurs patients(49).L'action du généraliste semblait découler des attentes du patient.

Dans notre étude, comme dans la littérature, les médecins laissaient le choix aux patients d'aborder leur problématique en consultation. Le médecin généraliste répond aux attentes du patient. On peut donc penser que ce schéma retrouvait dans notre étude fait parti intégrante d'un moyen de communication. Cependant, dans la thèse de Julie Rose sur les attentes et représentations des patients en santé sexuelle, on observait le souhait d'un abord par le généraliste(39). Ces attitudes des médecins et des patients se traduisaient en occasion manquée.

La conception de la consultation en médecine générale ne permettrait pas toujours d'aborder la santé sexuelle. Le médecin généraliste répond en premier lieu aux attentes du patient. On peut se poser la question de la conception de la consultation et de l'action du généraliste qui pourrait être plus proactive dans ce domaine.

2.2.2 Des situations cliniques repérées par les interviewés

Dans ce travail, les interviewés semblaient poser des questions lorsque le motif de la consultation était en lien. Bien souvent les questions posées concernaient la symptomatologie physique. Des situations cliniques comme les pathologies cardiaques, le diabète, la dépression étaient bien identifiées pour aborder la santé sexuelle. Une thèse qualitative réalisée auprès d'hommes retrouvait des situations cliniques similaires à notre étude propices à l'abord de dysfonction érectile comme les pathologies cardio vasculaire ou les troubles psychiques (50).

Certains interviewés décrivaient également une autre situation clinique ou ils abordaient la vie affective de leur patient. En effet pour le patient poly consommateur, venant de façon récurrente avec des motifs souvent différents, le médecin abordait la vie affective du patient, bien souvent ils retrouvaient une conjugopathie sous jacente. Il semblerait intéressant d'évoquer plus souvent la vie affective devant ces consultations itératives afin de dépister un mal être affectif.

Dans notre étude comme dans la littérature, les professionnels de santé ont bien intégré certaines situations cliniques comme étant propice à l'abord. Il semblerait intéressant d'aborder la vie affective du patient poly consommateur venant de façon récurrente pour des motifs différents.

2.2.3 Une attitude facilitante

Dans notre étude, plusieurs interviewés décrivaient la notion d'ouverture d'esprit, d'empathie. Les médecins devaient instaurer une attitude permettant au patient de se sentir à l'aise et de pouvoir aborder les sujets souhaités.
Le langage choisi devait être approprié, avec des termes clairs sans jargon médical.
Une étude, de 1998, qualitative, évaluait par entretien vidéo enregistré la communication entre médecin et patient au sujet du risque d'infection par le VIH (17). Le langage chargé, ou fractionné semblait être peu approprié avec des difficultés de compréhension du patient.

Selon les interviewés, le langage ne devait pas émettre de jugement. Un médecin sexologue parlait de « petite copine » puis s'était ravisé en utilisant le mot partenaire.
Il fallait selon certains médecins utiliser également des questions ouvertes afin de laisser la place au patient de s'exprimer. Dans la thèse de Sandra Bartoli, « Aborder la santé sexuelle en médecine générale : attentes, opinions, représentations des hommes », les patients évoquaient la nécessité de questions ouvertes dans des situations cliniques appropriés afin d'aborder la sexualité (50).
Dans une autre étude, l'usage de questions ouvertes et d'écoute de la par du médecin généraliste semblaient être propice à une bonne communication avec le patient (51).
En 2001 paraissait un consensus afin d'améliorer la communication patient médecin. Ils identifiaient des faits essentiels comme l'écoute active, établir une relation médecin-patient, et ouvrir la discussion (52).

Dans notre étude comme dans la littérature, l'attitude semblerait être primordiale afin d'instaurer un climat de confiance. L'utilisation d'un langage approprié, professionnel

mais pas obscur ni familier, sans jugement devrait être pris en compte dans la communication médecin patient.

2.2.4 Une formation en communication

Les interviewés exprimaient la nécessité d'une formation universitaire ou d'une formation continue afin de mieux aborder les différents domaines de la santé sexuelle.
Une article paru dans l'Australian Family Physician, en 2014 : « The art of communication », discutait l'intérêt d'une bonne communication entre médecin et patient permettant de satisfaire le patient et le médecin (meilleure gestion du temps, diminution des burn out) (53). La communication avec le patient était décrite comme un art qui devait être affiné au cours du temps afin d'offrir des soins centrés sur le patient.
Il serait intéressant au vu de la littérature et de notre étude d'intégrer des modules de communication didactique dans la formation universitaire.
Les jeux de rôle semblaient être une piste de travail pour améliorer la relation et communication entre patient et médecin(54).
L'enregistrement semblait également être bénéfique pour travailler la communication, la relation avec le patient et le ressenti lors de cet échange. Un article a été fait sur l'enregistrement vidéo et la formation en médecine générale auprès des assistants de la polyclinique médicale universitaire de Lausanne. Ils enregistraient des consultations avec consentement du patient et par la suite ils discutaient du champ bio psychosocial. Le but était de sensibiliser le médecin à la dimension intersubjective avec le patient et aux émotions mis en jeu lors de la consultation (55).
Lors du Congrès de CNGE à Angers en 2008, le Pr William Durieux a présenté la supervision directe par enregistrement vidéo. L'utilisation de la vidéo permet de travailler sur l'aspect verbal et non verbal de la consultation. Elle permet un retour sur toute la consultation, sur la relation avec le patient, le langage employé, et la communication non verbale.(56)

Un interviewé identifiait aussi un travail à faire sur soi même afin de mieux prendre en charge les autres, notamment dans le domaine de la santé sexuelle, ou les stéréotypes sont présents. Il est le seul de notre étude à avoir identifier ces propres limites avec la

présence d'idées préconçues qui au début de son activité le freinaient dans sa prise en charge.
Cet interviewé évoquait la mise en place de groupe Balint pour apprendre à mieux communiquer.

Un travail de thèse montrait l'apport de ces groupes afin d'appréhender l'aspect relationnel médecin patient. Marion Bégot a réalisé un travail de thèse auprès d'internes participant à des groupes Balint. Elle étudiait, par entretiens semi dirigés, la perception des internes sur la formation médecin-patient à travers la pratique de groupe Balint. Les résultats montraient à l'unanimité l'intérêt des internes pour la participation à ce groupe. Après la pratique de ces groupes, les internes laissaient une plus grande place à l'écoute des patients, une meilleure aisance pour aborder des sujets délicats, apprendre à mieux se connaître(57). En 1967, a été crée la Société médicale Balint composée de médecins et analystes ayant pour objet de promouvoir la relation médecin malade en médecine générale dans sa dimension individuelle, familiale, sociale, de former d'autres professionnels de santé, d'utiliser la méthode des groupes Balint à travers l'analyse des pratiques. On peut donc penser que la formation à des groupes Balint pourrait être intéressante dans la communication autour du thème de la santé sexuelle, thème sensible et individuel.
A Bordeaux, il existe pour les internes de médecine générale une formation au groupe Balint, dirigé par le Professeur Petregne. Une thèse réalisée sous sa direction a mis en évidence les apports lors d'une initiation au groupe Balint dans la formation à la relation médecin–patient des étudiants en SASPAS en DES de médecine générale. Lors de l'initiation au groupe Balint il y'a une absence de jugement, une notion « d'échange » (58). Dans une thèse réalisée sur le vécu du métier du médecin généraliste en 2017 à Nice, certains médecins généralistes évoquaient la participation à des groupes Balint pour apprendre à se connaître (59).

Dans notre étude, les interviewés n'évoquaient pas la pratique de l'entretien motivationnel comme solution à l'amélioration de la communication médecin patient.

Dans le livre de WR. Miller, S. Rollnick et Christopher C.Butler, « Pratique de l'entretien motivationnel » il est décrit une méthode plus douce, « en aidant les personnes à parler de leur ambivalence à propos du changement de comportement et à le résoudre, en s'appuyant sur leur propre motivation et leur énergie, et leur engagement ». Cette

méthode était crée initialement pour les addictions, cependant il est très vite apparu qu'elle pouvait être utile dans d'autres domaines (60)

Un travail de thèse réalisait en 2013 par Charlotte Alam Solty, s'intéressait à l'intérêt personnel du médecin généraliste à la formation et à la pratique de l'entretien motivationnel. La pratique de l'entretien motivationnel modifiait la relation médecin patient avec une meilleure écoute centrée sur les préoccupations du patient, empathie, et une meilleure communication. Il était intéressant de noter le retentissement dans la vie personnelle du médecin avec un changement dans sa communication avec les autres(61). Un module optionnel sur l'entretien motivationnel est proposé aux internes de l'université de Bordeaux sous la direction du Professeur Castera.

L'HAS préconisait la pratique de l'entretien motivationnel en médecine générale. Cette technique « Basée sur l'écoute active et une attitude empathique, l'approche motivationnelle propose des principes facilement applicables dans le cadre d'une consultation de médecine générale »
Dans le domaine de la santé sexuelle, domaine sensible, cette technique de communication n'était pas citée dans notre étude. Selon la littérature, elle permettrait de mieux appréhender les problématiques des patients avec la mise en place d'une atmosphère propice à l'abord et d'un échange basé sur les préoccupations du patient. Il semblerait intéressant d'inclure cette technique dans la formation universitaire et continue du médecin afin d'améliorer la relation médecin patient.

Dans le domaine de la communication, nous pouvons également parler du counseling, afin d'accompagner le patient à conceptualiser ses préoccupations. Cette technique de communication vise à évoquer des problèmes psychologiques, émotionnels ou sociaux qui altèrent le bien être du patient. Cette technique n'a pas été évoquée dans notre étude, cependant la littérature montrait le bénéfice de l'utilisation du counseling notamment chez les patients ayant un comportement à risque (25). Le counseling semblerait être une piste prometteuse dans le domaine de la santé sexuelle.

L'OMS a publié en 2015 des recommandations pour une meilleure approche de la santé sexuelle (27). Ces recommandations sont issues de la synthèse des données disponibles. Il était montré la nécessité de mise en place du counseling en santé sexuelle. Quatre

composantes était développés : la disponibilité des personnels de santé, l'approche personnalisée, l'intervention et la proposition de solutions.

Pour les interviewés, l'abord de la santé sexuelle est laissé aux choix le plus souvent du patient, les participants repéraient des situations cliniques ou ils pouvaient aborder la santé sexuelle, souvent sur un versant bio médical. L'attitude du médecin généraliste à l'écoute, sans jugement, avec un langage adapté, paraissait importante dans notre étude comme dans la littérature, pour aborder la santé sexuelle. Des interviewés exprimaient la nécessité d'améliorer les techniques de communication notamment dans le cursus médical et en formation médicale continu. Un participant évoquait la participation à des groupes Balint pour améliorer la relation médecin patient. Dans la littérature, la pratique de l'entretien motivationnel semblerait être intéressante comme technique de communication en médecine générale. Les préoccupations des patients seraient au centre de l'échange avec une meilleure empathie de la part du généraliste.

2.3 Les attentes et besoins concernant le cadre de la consultation

2.3.1 Des obstacles extrinsèques au médecin généraliste

Parmi les interviewés, plusieurs décrivaient des contraintes extérieures à leur consultation comme le téléphone qui pouvait sonner ou la secrétaire qui sollicitait le médecin. Les interviewés percevaient ces contraintes comme gênante à l'abord par le patient de ces préoccupations.

Selon les patients, le médecin était vu comme une personne pressée, de par une salle d'attente pleine, et les sollicitations extérieures. Les patients expliquaient alors ne pas consulter le médecin si cela ne leur paraissaient pas urgent (39).

L'investigatrice a perçu cette contrainte durant ses entretiens ou pour huit entretiens le médecin avait reçu un appel téléphonique, la venue de la secrétaire. Cela a gêné l'investigatrice dans son déroulement de l'entretien.

L'interruption lors des consultations semblait être un frein identifié par le patient et le médecin, à l'abord de problématique de santé sexuelle.

Dans notre étude, le manque de temps freinait certains interviewés à l'abord et à l'exploration d'un domaine de la santé sexuelle.

Dans une revue de la littérature, paru en 2007 sur les barrières des médecins à proposer un test VIH au patient, cette contrainte de temps en faisait parti (23).
Ce manque de temps est présent dans la pratique médicale en général et pas seulement pour l'abord de la santé sexuelle. Une étude faite sur un échantillon de médecins de la région Provence Alpes Cote d'Azur identifiait comme première cause de stress ,déclarait par les médecins, le manque de temps (80,6%, N=506) (62).
Les patients percevaient le médecin généraliste comme un homme pressé ou débordé(39), la demande de consultation était plus souvent pour des motifs aigus.
Dans notre étude, un médecin recevait 15 patients par jour, 4 médecins entre 20 et 24 patients par jour, 6 médecins entre 25 et 29 patients par jour et 5 médecins plus de 30 par jour. Plus de la moitié de notre échantillon recevaient plus de 25 patients par jour, entrainant une contrainte de temps de consultation.
L'investigatrice a été confrontée à cette contrainte, lors de ses appels téléphoniques pour demander un entretien, la durée de l'entretien était une composante prise en compte par les interviewés. Si elle évoquait des entretiens entre 30 et 45 minutes les médecins émettaient le souhait de ne pas aller au delà de 30 minutes. L'entretien le plus long était fait avec le médecin qui reçoit environ 15 patients par jour.
Le manque de temps est une barrière évoquée rapidement lors des entretiens et bien décrite dans la littérature.
Dans notre étude, certains médecins proposaient au patient une consultation plus dédiée et reprogrammée dans le temps. Cela permettrait de proposer un cadre propice à l'abord ainsi qu'un temps consacré aux différentes préoccupations du patient. Il semblerait intéressant de proposer ce temps dédié, afin de mieux communiquer avec le patient, et de proposer une atmosphère propice à l'abord.

2.3.2 La consultation nouveau patient, et la consultation à plusieurs étaient peu propices à l'abord.

La consultation nouveau patient semblait être problématique pour l'abord de la santé sexuelle. Dans notre étude elle n'était pas évoquée comme une consultation propice à l'abord. L'investigatrice posait la question de la consultation nouveau patient et de

l'abord du thème de la santé sexuelle lors de ces consultations. Les médecins n'évoquaient pas ce thème là avec les nouveaux patients.

Pour certains, la consultation nouveau patient était perçue comme longue, avec un planning de consultation souvent chargé. Cette consultation est une première rencontre avec le patient et les interviewés évoquaient d'autres domaines comme la consommation de tabac ou d'alcool l'existence de pathologie chronique. Selon eux, les patients venaient souvent avec leur ordonnance à renouveler. Devant cette contrainte de temps, l'anamnèse sexuelle n'était pas faite.

D'autres estimaient qu'il n'y avait pas de relation de confiance installée et par conséquent pas d'abord de ce domaine possible lors d'une première rencontre. Cette consultation nouveau patient permettait de connaître le patient, de le mettre en confiance, la santé sexuelle étant un thème sensible, le médecin ne voulait pas heurter le patient.
Des études retrouvaient ce même résultat, le médecin ne pouvait pas mettre en place une relation de confiance dans le temps, et cela paraissait être un frein pour l'abord (19).
Dans une autre thèse qualitative menée auprès de patientes Réunionnaises, il fallait, selon elles, connaître le médecin et établir une relation de confiance pour en parler (63).
Au contraire, une autre étude montrait l'intérêt de cette première consultation pour aborder ce sujet, le fait de ne pas connaître le médecin permettait d'aborder plus facilement le sujet selon cette étude(64).
Une étude parue en 2013 décrivait l'intérêt d'une prise d'anamnèse sexuelle lors de la première rencontre avec le patient. Le médecin pouvait poser des questions autour des préoccupations des patients dans leur vie ainsi que dans leur vie sexuelle(65).
Dans notre étude comme dans la littérature, il paraissait important de mettre à l'aise le patient, de ne pas le heurter et d'instaurer un climat de confiance, pour permettre une discussion autour de sujets sensibles tel que la santé sexuelle.
Cependant selon certaines études, la consultation nouveau patient semble permettre aux médecins généralistes la possibilité d'aborder ces sujets là, dans sa globalité et de montrer au patient que le médecin peut répondre à ses questions.

Lors d'une consultation nouveau patient, il serait intéressant d'évoquer le bien être du patient dans sa globalité et de faire l'anamnèse sexuelle en fin de consultation afin de laisser une ouverture au patient.
Cet abord en première consultation permettrait d'éduquer le patient sur le rôle de leur médecin généraliste et de pouvoir par la suite en parler.
On peut aussi émettre l'idée que l'abord de la santé sexuelle sur cette consultation nouveau patient pourrait éviter certaines idées préconçues sur les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ou sur les personnes âgées et ainsi dépister plus aisément.

La consultation à plusieurs semblait peu propice selon les interviewés à l'abord de la santé sexuelle. La consultation avec un parent ou un conjoint entrainait selon certains interviewés un frein à l'abord de la santé sexuelle.
Dans la littérature, la consultation à plusieurs était décrite comme étant un obstacle à l'abord (19).
Les résultats et la littérature montraient l'intérêt d'une consultation seule avec le patient pour aborder la santé sexuelle.
Il semblerait intéressant de proposer sur un temps de la consultation, à l'accompagnant de patienter en salle d'attente afin de mieux appréhender les attentes du patient et d'éviter cet obstacle.

2.3.3 Un changement organisationnel souhaité pour améliorer l'abord de la santé sexuelle

En réponse à la contrainte de manque de temps, certains interviewés évoquaient durant l'entretien la revalorisation de la médecine générale avec des prix de consultations différents selon le type consultation. Une consultation pour une angine était pour lui différente d'une consultation pour un suivi de maladie chronique.
Cette revalorisation du prix de la consultation paraissait nécessaire pour améliorer l'abord et la communication autour de la santé sexuelle.
La CPAM dans sa convention de 2016, a mis en place des majorations selon le type de consultation. Ils appellent ces majorations des consultations complexes ou très complexes. Les consultations complexes sont des consultations dans le cadre du

parcours de soins, pour la prise en charge de patients présentant une pathologie complexe ou instable, ainsi qu'une situation clinique à fort enjeu de santé publique. Ces consultations sont listées et il y a une majoration du prix. Les consultations très complexes sont des consultations longues à la prise en charge complexe relevant d'un spécialiste (prise en charge de pathologies auto immune avec initiation d'un traitement, organisation des soins lors d'une découverte d'une séropositivité VIH chez un patient) ainsi l'assurance maladie tend vers une augmentation du prix des consultations en fonction de la complexité de celle ci (66). La limite est dans l'application de ces consultations comme la consultation contraception prévention qui est faisable en fonction du sexe et de l'âge du patient, chez les hommes et chez les femmes après 18 ans cette cotation n'est pas réalisable.

Un médecin évoquait le salariat permettant de libérer le médecin généraliste des contraintes de temps et de prix de consultation. Dans une thèse de Gary Boukhors sur les déterminants des choix du médecin entre le salariat ou le libéral les résultats montraient la contrainte de temps en libéral. Cependant des médecins installés en groupe évoquaient une meilleure gestion du temps en libéral avec leur collègue et un choix des horaires de travail possible (67).

D'autres interviewés décrivaient la mise en place de consultation dédiée pour aborder la santé sexuelle. Cela favoriserait un temps consacré à la santé sexuelle chez le patient.
Une enquête faite auprès de médecins généralistes et de patients sur l'acceptabilité et la faisabilité d'une consultation dédiée, à l'aide d'un outil informatique. Elle permettait pour les généralistes d'avoir une consultation structurée. Ce type de consultation était acceptable par les patients qui reconnaissaient pouvoir changer leurs habitudes sur leurs comportements à risque (68).
Cette consultation dédiée était dans notre étude une réponse au manque de temps, avec pour certains interviewés la reprogrammation de la consultation.
Ainsi suivant les données de la littérature ainsi que les résultats de notre étude, la mise en place d'une consultation dédiée semblerait être une solution pour limiter la contrainte de temps. Cette organisation pourrait permettre au médecin de mieux structurer son planning, afin d'éviter les sollicitations des collègues, et de prévoir un temps plus large pour limiter la contrainte du manque de temps.

Parmi les interviewés, l'abord de la santé sexuelle semblait être freiné par des contraintes extérieures. Ce ressenti était également retrouvé chez les patients qui voyaient leur généraliste comme un homme pressé. La contrainte de temps était évoquée dans notre l'étude et dans la littérature. Pour les interviewés, la consultation à plusieurs, et la consultation nouveau patient semblaient être un frein à l'abord. La littérature montrait que la consultation nouveau patient pourrait être un levier, en permettant au médecin d'établir une relation de confiance durant le temps de consultation et d'ouvrir le dialogue. Le patient identifie le médecin comme acteur dans sa prise en charge sur la santé sexuelle. Notre étude, et la littérature montraient le bénéfice d'une consultation dédiée. Elle permettait de reprogrammer une consultation si le médecin manque de temps et d'éviter des biais organisationnel.

2.4 Attentes et besoins concernant les outils en santé sexuelle.

2.4.1 Une désintérêt pour certains interviewés

Dans notre étude, des interviewés évoquaient la bonne connaissance de leur patient et l'absence de besoin dans ce domaine. Un médecin expliquait que si il y'avait un comportement à risque notamment chez les jeunes, ceux ci étaient maintenant bien au courant avec les nouvelles technologies, les réseaux sociaux, pour savoir comment réagir. Pour lui les patients étaient bien informés, et ils n'avaient pas de besoins particuliers dans ce domaine.

Une étude Suisse faite auprès des patients, par auto questionnaire, montrait que 90,9% des patients souhaitaient que leur médecin pose des questions sur les antécédents sexuels afin de recevoir des conseils (69). Dans la thèse de Julie Rose, il existait une demande d'abord du patient, mais qui se traduisait souvent par des «occasions manquées » avec une absence d'opportunité saisie par le généraliste (39).

Devant ces résultats, et la littérature, nous retrouvons des perceptions différentes des médecins et des patients. On peut se poser la question devant la présence de ces occasions manquées du manque de repérage des médecins généralistes. L'utilisation

d'un outil afin de mieux dépister ces « occasions manquées » semblerait être utile dans le domaine de la santé sexuelle.

Plusieurs interviewés n'avaient pas besoin d'aide à l'abord car il n'y avait pas selon eux de déficit de prise en charge dans ce domaine.
Une étude anglaise de 1998, menée auprès d'un large échantillon de patients, par auto questionnaire mettait en évidence des problèmes courants comme la dysfonction érectile, ou la sècheresse vaginale. Parmi ces patients 52 % souhaitaient recevoir une aide professionnelle mais seulement un patient sur dix avait reçu une aide (70).
Une enquête française, publiée en 2009, s'intéressait aux patients ayant une dysfonction sexuelle et qui ne consultaient pas leur médecin. Les résultats montraient différentes catégories de patients, ignorants, résignés ou hésitants. Ainsi cette étude rappelait que les soignants devaient fournir une meilleure communication et qu'il ne fallait pas hésiter à répéter l'information auprès des patients (71).Ces études vont à l'encontre des ressentis des interviewés de notre étude sur l'absence de besoins des patients.
Il semblerait que du côté des patients, il existe un souhait d'abord de la santé sexuelle. L'étude française montrait également la nécessité de répéter l'information au cours de différentes consultations afin d'obtenir des résultats.

Une participante évoquait l'absence de besoin par absence d'intérêt pour la santé sexuelle. C'était pour cette interviewée jamais évoqué ou alors son rôle était d'orienter vers un urologue, gynécologue ou sexologue. Pour celle-ci l'utilisation d'outils n'étaient pas utile. Cependant, on peut se poser la question devant ce refus, de la gêne du médecin lors de l'abord de ce sujet. L'investigatrice a par ailleurs pendant cet entretien était déroutée devant le comportement fermé de ce médecin. Ainsi ce refus d'aide était plus en lien avec une gêne à l'abord du sujet, ressenti par l 'investigatrice.
On peut se poser la question devant le désintérêt d'outils en santé sexuelle de la gêne à l'abord de ce sujet avec les patients. Ici l'interviewée n'abordait pas ce thème là, et face à sa posture fermée lors de l'entretien, l'investigatrice s'est posée la question de la perception de la santé sexuelle de cet interviewée Un autre interviewé évoquait le travail à faire sur soi et sa propre sexualité. Dans ce cas là, l'absence d'intérêt semblait être plus en lien avec le ressenti du généraliste sur la santé sexuelle.

2.4.2 Des manques évoqués par les interviewés

Dans notre étude, les interviewés décrivaient un manque de formation universitaire. Il existe des cours sur les pathologies (troubles sexuels, ménopause et autres) mais la santé sexuelle n'est pas enseignée dans sa globalité.
Or comme le décrivait le rapport du HCSP de mars 2016, la santé sexuelle concerne toutes les personnes et doit être évoquée(4).
Dans la littérature, les résultats de plusieurs études menées auprès de médecins généralistes retrouvaient un manque de formation universitaire pour permettre une meilleure approche auprès des patients (72)(73).
En France, des diplômes universitaires de sexologie sont proposés, mais en plus du cursus commun. Une étude de la revue Exercer, faite auprès d'étudiants français, 94% estimaient avoir besoin d'une formation universitaire pour la prise en charge de la plainte sexuelle (12).
Les résultats de notre étude et de la littérature concordaient sur le manque de formation universitaire sur l'éducation sexuelle. L'amélioration de la formation universitaire permettrait une meilleure prise d'anamnèse sexuelle, avec une diminution de la gêne ressenti par les interviewés.

Plusieurs interviewés évoquaient dans les entretiens l'oubli d'abord de ce domaine dans leur consultation. Un médecin parlait d'un manque d'habitude. Une autre interviewée parlait d'oubli de ce domaine là, à la différence des questions autour des consommations d'alcool ou de tabac, plus souvent évoqués à l'interrogatoire.
Ce manque d'habitude était, pour une interviewée, en lien avec la politique de santé publique. L'abord de la santé sexuelle ne faisait pas partie d'une priorité de santé publique par rapport à des comportements à risque en matière d'alcool et de consommation tabagique.
On peut se poser la question de la sensibilisation des médecins généralistes à travers ce résultat.
Ce manque d'habitude serait en lien avec l'éducation des médecins, la santé sexuelle n'est pas un domaine prioritaire et bien souvent oublié des médecins généralistes.

La stratégie nationale de la santé sexuelle, élaborée en 2017, par la ministre des Affaires Sociales et de la Santé s'inscrit dans cette démarche d'éducation des professionnels de santé afin de prendre en charge la santé sexuelle dans son aspect global (74).

Dans notre étude, certains interviewés évoquaient un désintérêt à la mise en place d'outils durant la consultation. Ils décrivaient une bonne connaissance de leur patient, cependant la littérature mettait en évidence le souhait des patients d'aborder la santé sexuelle en consultation. Il existe une discordance entre d'une part l'absence de besoins des patients ressentis par les interviewés et d'autres part l'évocation par les patients d'occasions manquées.
Dans notre étude comme dans la littérature, le manque de formation universitaire sur l'éducation sexuelle, la prise d'une anamnèse sexuelle, est décrit. Des interviewés évoquaient la santé sexuelle comme non prioritaire en terme de mission de santé publique. Cela semblait montrer le manque de sensibilisation des généralistes à ces domaines.

2.5 Outils en santé sexuelle

2.5.1 Des aides pendant la consultation

Dans notre étude plusieurs interviewés évoquaient spontanément une aide avec questionnaire ou un auto questionnaire donné au patient et à remettre à la prochaine consultation.
Une étude réalisée en 1991 évaluait l'apport de l'auto questionnaire dans le dépistage des dysfonctions sexuelle. Le taux de réponse était de 90% avec des variations en fonction du genre. L'auto questionnaire fournissait aux médecins des renseignements précieux.(75)
Devant le manque de reflexe les interviewés décrivaient l'outil comme une aide permettant de penser à la santé sexuelle lors de la consultation.
Une étude anglaise faite en 2010 avait pour but de développer une aide à la communication afin d'aborder plus souvent des thèmes de santé sexuelle. Ils avaient fait appel à une société afin d'intégrer un outil électronique qui se déclenchait en fonction de l'âge et secondairement selon certains symptômes, diagnostics ou mise en place de

thérapeutique. L'apport d'une aide intégrait au logiciel des médecins et des infirmières permettait d'aborder plus souvent la santé sexuelle en consultation (76).

Une étude, faite en 2016, par entretien semi dirigé auprès d'adolescents décrivait la nécessité de répéter sur les consultations adolescents l'anamnèse sexuelle afin de permettre un confort au fil des entretiens. La possibilité d'utiliser de questionnaires didactiques via internet avec un outil de communication directement en lien avec le médecin permettrait aux jeunes de pouvoir s'exprimer en toute liberté (77). L'utilisation des réseaux sociaux semblerait être une piste pour promouvoir la santé sexuelle chez la population jeune (78). Une thèse qualitative réalisait par Camille Lévèque, sur les démarches et attentes des adolescents dans leur recherche sur Internet d'informations sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles, montrait que les adolescents pouvaient avoir une certaine méfiance vis à vis d'internet. Les sites institutionnels et gouvernementaux semblaient gagner leur confiance mais ils étaient encore peu connus du jeune public. La création d'un site Internet didactique fiable référencé et identifié semblerait intéressante avec la possibilité d'interagir avec un professionnel.(79)

Dans notre étude, certains interviewés citaient l'importance du rôle des affiches dans la salle d'attente afin de sensibiliser le patient.
Une étude explorait également l'utilisation de ces affiches comme phrase introduction « Avez vous remarqué l'affiche sur la santé sexuelle en salle d'attente ? » cela permettait de faciliter l'abord (21).

Les résultats de notre étude et de la littérature retrouvaient un même intérêt dans l'utilisation d'outil. L'utilisation d'auto questionnaire ou d'affiche semblait intéressante pour aborder le sujet.
L'outil intégré au logiciel permettrait un abord plus systématique lors des consultations.
Chez les jeunes, l'utilisation d'un outil didactique pourrait permettre un libre échange avec leurs médecins généralistes.

2.5.2 Les idées concernant l'outil en santé sexuelle

Dans notre étude, certains médecins n'évoquaient pas spontanément certains domaines et pourtant il paraissait important de les évoquer. Le domaine des violences conjugales faisait parti d'un des domaines de santé sexuelle non évoqué spontanément dans notre étude. Certains interviewés disaient ne « pas être bon » dans ce domaine.

Certaines études ont montré que vivre dans un contexte de violences conjugales pouvaient entrainer dépression, suicide, dépendance, complications durant la grossesse, risque de maladies sexuellement transmissibles. Cet état peut entraîner une surconsommation de soins, due à la répétition de consultations pour des motifs divers (80).

Le dépistage des violences conjugales semble avoir une importance en médecine générale.

Une enquête épidémiologique a été faite auprès de médecin de premiers recours concernant le dépistage des violences conjugales et des violences sexuelles au sein du couple. Ce travail de thèse mettait en évidence des situations cliniques ou le dépistage de violences conjugales était préconisé : la présence de lésions traumatiques suspectes, le motif de consultation d'ordre psychologique et/ou psychiatrique, la grossesse.(81)

Ainsi il semblerait intéressant de développer un outil permettant de repérer plus aisément ces situations.

D'autres médecins citaient le dépistage des IST chez les jeunes à intégrer dans l'outil de santé sexuelle.

Dans notre étude, les interviewés décrivaient des exemples de questions plutôt fermées afin de savoir si le patient était intéressé ou fermé sur le sujet. Un sexologue faisait des questions ouvertes mais finalement concluait que les questions fermées pouvaient être utile pour montrer que le médecin était ouvert au sujet.

Dans littérature, une étude décrivait des exemples de questions afin d'aborder le sujet et de proposer au patient une discussion autour de ces questions. Afin de montrer que le médecin généraliste était concerné par ce sujet là, les questions posées étaient simples et permettaient d'ouvrir le dialogue « Avez vous des préoccupations d'ordre sexuelle ? » (82).

Une étude décrivait les niveaux de confort des patients en fonction des techniques d'entrevue. Cette étude montrait la nécessité de présenter le sujet avec une phrase d'introduction et de transition afin de diminuer le niveau d'inconfort du patient. Il était

intéressant de souligner que pour les patientes femmes l'introduction avec des questions fermées permettait d'orienter la consultation et ensuite de laisser la patiente s'exprimer avec des questions ouvertes (83).

Dans notre étude, l'utilisation d'un outil de communication brève n'a pas été évoqué spontanément par les interviewés, par manque de connaissance.
Le rapport de l'OMS mettait en évidence la création d'un outil clinique de communication brève en santé sexuelle. Cet outil ne devrait pas concerner que la pathologie mais prendre en charge la santé sexuelle dans sa globalité, prendre en compte le bien être des patients.

Des équipes ont étudié l'intervention brève et répétée chez plusieurs patients. Une revue systématique de la littérature avait comme résultats une diminution des risques d'IST lors de l'utilisation de la communication brève (84) .
L'outil de type Repérage Précoce et Intervention Brève permettrait de répondre à cette attente en santé sexuelle.
Cet outil est déjà utilisé en addictologie, le Repérage Précoce est fait en questionnant sur la consommation déclarée et en répondant à un questionnaire sur la consommation de substance psychoactive au cours des 3 derniers mois. L'intervention brève est variable en terme de temps en fonction du contenu de la consultation le but étant d'évaluer la consommation d'identifier les attentes et représentations des patients, d'échanger sur leur arrêt ou réduction, d'évaluer la motivation et de poser avec le patient des objectifs (85).
Il semblerait intéressant d'intégrer un outil de communication brève à la sexualité en médecine générale. Cet outil pourrait intégrer des domaines oubliés par les médecins généralistes et pourrait être fait avec des questions ouvertes afin d'ouvrir le dialogue avec les patients.

L'outil décrit par les interviewés était un questionnaire ou auto-questionnaire. L'utilisation d'auto questionnaire semblait selon la littérature améliorer le dépistage chez les patients. Ils évoquaient l'utilisation d'affiches afin de sensibiliser le patient et de montrer qu'ils étaient ouverts au dialogue. Il semblerait intéressant chez les jeunes d'utiliser un outil didactique via internet.

Cet outil devrait intégrer certains domaines oubliés selon les interviewés comme le domaine des violences conjugales. L'utilisation de questions ouvertes était citée dans notre étude comme dans la littérature comme favorisant l'échange. Un outil de communication brève à la sexualité semblerait permettre lors de la consultation un repérage des situations et une intervention réalisable. Cet outil de type Repérage Précoce et Intervention brève utilisé en addictologie n'était pas évoqué par nos interviewés par manque de connaissance.

2.5.3 Propositions d'amélioration

Les résultats de notre étude ont mis en évidence des pistes d'amélioration, notamment concernant le cadre de la consultation. Une consultation reprogrammée et dédiée aux préoccupations des patients semblerait être réalisable en consultation de médecine générale. La revalorisation du prix de la consultation en fonction de la complexité de la prise en charge semblerait être une piste à explorer.

L'amélioration des techniques de communication semblerait avoir un intérêt pour l'abord de la santé sexuelle. Des techniques de communication sont décrites dans la littérature. Le counseling est une pratique qui permet d'orienter, d'aider, de soutenir, d'informer, de traiter un patient. C'est un moyen qui semblerait approprié pour traiter des problèmes d'ordre sexuel et des problèmes psychologiques associés.

L'OMS a publié un rapport sur la Communication Brève à la Sexualité pour une meilleure approche de santé publique(86). La CBS tient compte des aspects psychologiques, émotionnels et sociaux des patients, le médecin doit avoir une attitude d'écoute et non pas d'explications sur ce qu'ils devraient faire ou ne pas faire. L'utilisation de questions ouvertes semblaient dans notre étude permettre un meilleur échange avec le patient. La CBS préconise ce type de question plutôt que des questions directes. La CBS permettrait de se rendre disponible, d'intervenir et de proposer des solutions.

L'entretien motivationnel semblerait être une technique de communication ayant sa place dans le domaine de la santé sexuelle, domaine sensible. Cette technique d'intervention brève réalisable en consultation était initialement développée dans le champ de l'alcoologie puis dans celui des maladies chroniques. La technique de l'entretien motivationnel est basée sur les propres motivations du patient. Dans le cadre

d’un outil de type Repérage Précoce et Intervention brève cette technique semblerait accessible et efficace.

Dans le domaine de la santé sexuelle, les attentes et besoins des médecins généralistes concernent le cadre de la consultation, la communication avec le patient. La création d’un outil semblerait avoir un intérêt afin d’améliorer la prise en charge globale de la santé sexuelle.

Dans l’avenir un outil permettant le repérage de situations cliniques, et l’intervention dans ce domaine serait intéressant. Il serait par la suite intéressant de faire une étude sur un échantillon de médecins formés à cet outil et d’évaluer l’amélioration de l’abord de la santé sexuelle avec leurs patients.

CONCLUSION

De nombreuses représentations des médecins généralistes autour du thème de la santé sexuelle, thème sensible mais aussi des représentations au sujet des patients en fonction du genre, de l'âge, et de l'orientation sexuelle semblaient freiner l'abord de la santé sexuelle en consultation. La relation avec le patient, relation de confiance, était nécessaire pour aborder ce thème là.

Cette étude qualitative a montré que le cadre de la consultation pouvait avoir une importance dans l'abord de la santé sexuelle. Un patient seul, vu en consultation dédiée semblerait être une situation idéale pour que le médecin aborde plus facilement la santé sexuelle. La revalorisation du prix de la consultation semblerait permettre de lever en partie la contrainte du manque de temps.

L'amélioration des techniques de communication au cours du cursus et de la formation continu du médecin pourrait permettre d'aborder plus souvent et plus aisément la santé sexuelle. Une attitude d'empathie, d'ouverture d'esprit, ainsi qu'un langage approprié semblerait aider le patient à aborder ses préoccupations en santé sexuelle. Des techniques de communication basées sur l'écoute, l'échange, le conseil, l'information pourraient permettre un abord par le médecine généraliste.

Cette étude a mis en évidence pour certains, un désintérêt à la mise en place d'un outil sur ce sujet car la connaissance des patients ainsi que l'apport des réseaux sociaux via internet semblaient être suffisants. Le manque d'intérêt et de connaissances pour le sujet pouvaient traduire ce désintérêt pour la mise en place d'un outil.
Dans cette étude les médecins ne connaissaient pas un outil de communication brève de type RPIB.
Cependant plusieurs médecins étaient ouverts à l'utilisation d'un outil afin de mieux repérer des situations complexes, d'ouvrir la discussion et d'évoquer plus souvent des sujets oubliés.

Certains domaines n'étaient pas évoqués dans notre étude comme le domaine des violences conjugales, il semblerait intéressant d'intégrer dans l'outil des questions permettant de dépister plus aisément certaines situations complexes.

La mise en place d'un outil de type Repérage Précoce et Intervention Brève semblerait intéressant en soins primaires. Une étude faite auprès de médecins généralistes, ayant été formés à l'outil permettrait d'évaluer l'amélioration de l'abord de la santé sexuelle en médecine générale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Giami A. Le concept de santé sexuelle. In: Courtois F, Bonerbiale M, éditeurs. médecine sexuelle: fondements et pratiques. Paris: Lavoisier-Médecine sciences; 2016. p. 15-21.
2. Giami A. Histoire de la médecine sexuelle. In: Courtois F, Bonierbale M Eds Médecine sexuelle: fondements et pratiques. Paris: Lavoisier; 2016. p. 3-7.
3. Freud S. trois essais sur la théorie sexuelle. Folio Essais. Paris; 1905.
4. Haut conseil de la santé publique (HCSP). Santé sexuelle et reproductive. Rapport 2016. [Internet]. Paris; 2016 [cité 8 août 2016]. 89 p. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550
5. République Française. Décret n° 2015-796 du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles | Legifrance [Internet]. JORF; 2015. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/7/1/AFSP1508890D/jo/texte
6. Ndeikoundam Ngangro, N, Viriot D, Fourmet N, De Barbeyrac B, Goubard A, Dupin N, et al. Les infections sexuellement transmissibles bacteriennes en France : situations en 2015 et évolutions récentes. 2016 [cité 12 avr 2017];(N°41-42). Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/2016_41-42_1.html
7. Bajos N, Bozon M. Enquêtes sur la sexualité en France. La découverte; 2008. 612 p. (Hors Collection Social).
8. Laumann EO, West S, Glasser D, Carson C, Rosen R, Kang J. Prevalence and correlates of erectile dysfunction by race and ethnicity among men aged 40 or older in the United States: from the male attitudes regarding sexual health survey. J Sex Med. janv 2007;4(1):57-65.
9. American Psychiatric Association. Dysfonctions sexuelles. In: Mini DSM-V: Critères diagnostiques. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2016. p. 181-91.
10. 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.

11. Levinson S. Les « difficultés » de la fonction sexuelle : contextes, déterminants et significations. In: Enquête sur la sexualité en France [Internet]. La Découverte; 2016. Disponible sur: http://www.cairn.info.docelec.u-bordeaux.fr/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293-page-485.htm
12. Vallée J. Enseigner la prise en charge de la plainte sexuelle. Exercer. 2008;49-51.
13. Ariffin F, Chin KL, Ng C, Miskan M, Lee VK, Isa MR. Are medical students confident in taking a sexual history? An assessment on attitude and skills from an upper middle income country. BMC Res Notes. 2015;8:248.
14. Garcia CK. Sexual health education in Quebec schools: A critique and call for change. Can J Hum Sex. 2015;24(3):197-204.
15. 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.
16. Gauthier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint Denis; 2009.
17. Epstein RM, Morse DS, Frankel RM, Frarey L, Anderson K, Beckman HB. Awkward moments in patient-physician communication about HIV risk. Ann Intern Med. 15 mars 1998;128(6):435-42.
18. Giami A. la spécialisation informelle des médecins généralistes: l'abord de la sexualité. In: Bloy G Eds Singuliers Généralistes: Sociologie de la Médecine Générale. Presses de l'EHESP; 2010. p. 147-68.
19. Verhoeven V, Bovijn K, Helder A, Peremans L, Hermann I, Van Royen P, et al. Discussing STIs: doctors are from Mars, patients from Venus. Fam Pract. févr 2003;20(1):11-5.
20. 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.
21. 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.
22. Hinchliff S, Gott M, Galena E. GPs' perceptions of the gender-related barriers to discussing sexual health in consultations--a qualitative study. Eur J Gen Pract. juin 2004;10(2):56-60.
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. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? Swiss Med Wkly. 2011;141:w13178.
25. 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. 7 oct 1998;280(13):1161-7.
26. Tourette-Turgis C. Le counseling : théorie et pratique. Presses universitaires de France; 1996. (Que Sais-je).
27. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Communication Brève Relative à la Sexualité (CBS): Recommandations pour une approche de santé publique [Internet]. Genève: OMS; 2015 [cité 15 déc 2016]. 72 p. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204278/1/9789242549003_fre.pdf
28. 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. juin 2010;14(3):504-17.
29. 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.
30. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. 2013;
31. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. WONCA EUROPE; 2002.
32. Mouillet E. Les essentiels de la recherche bibliographique en santé : Chercher. Organiser. Publier. Montrouge: Doin éditeurs; 2016.
33. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrillart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84:142-5.
34. Kaufmann JC. L'entretien compréhensif. 4e édition. Paris: Armand Colin; 2016.
35. Blanchet A, Gotman A. L'entretien: L'enquête et ses méthodes. 2e édition. Paris: Armand Colin; 2010.
36. Starks H, Trinidad SB. Choose your method: a comparison of phenomenology,

discourse analysis, and grounded theory. Qual Health Res. 2007;17(10):1372-80.
37. Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly sur Seine: GM santé; 2011.
38. Giami A. De l'impuissance à la dysfonction érectile. Destins de la médicalisation de la sexualité - document. In: Le gouvernement des corps [Internet]. Paris: Editions de l'école des hautes études en sciences sociales; 2004 [cité 8 août 2017]. p. 77-108. Disponible sur: http://www.hal.inserm.fr/inserm-00519261/document
39. Rose J. Attentes et représentations des patients sur l'abord de la santé sexuelle en médecine générale. [Bordeaux]; 2017.
40. 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.
41. Khan A, Plummer D, Hussain R, Minichiello V. Sexual risk assessment in general practice: evidence from a New South Wales survey. Sex Health. mars 2007;4(1):1-8.
42. Hinchliff S, Gott M, Galena E. « I daresay I might find it embarrassing »: general practitioners' perspectives on discussing sexual health issues with lesbian and gay patients. Health Soc Care Community. juill 2005;13(4):345-53.
43. Ludlam AH, Saxton PJ, Dickson NP, Hughes AJ. General practitioner awareness of sexual orientation among a community and internet sample of gay and bisexual men in New Zealand. J Prim Health Care. 1 sept 2015;7(3):204-12.
44. Joore IK, Geerlings SE, Brinkman K, van Bergen JEAM, Prins JM. The importance of registration of sexual orientation and recognition of indicator conditions for an adequate HIV risk-assessment. BMC Infect Dis. 28 févr 2017;17(1):178.
45. Hoerni B. Pratique médicale et sexualité [Internet]. 2000. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/sexuelles.pdf
46. 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.
47. Gott M, Hinchliff S, Galena E. General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. Soc Sci Med 1982. juin 2004;58(11):2093-103.
48. Stephan H. Analyse du déroulement d'une consultation de médecine générale. Toulouse; 2012.
49. Schweyer F-X. Activités et pratiques des médecins généralistes. In: Singuliers généralistes. 2010. (Métiers Santé Social).
50. 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.
51. Brandenburg U, Bitzer J. The challenge of talking about sex: the importance of patient-physician interaction. Maturitas. 2009;63(2):124-7.
52. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. Acad Med J Assoc Am Med Coll. avr 2001;76(4):390-3.
53. Warnecke E. The art of communication. Aust Fam Physician. mars 2014;43(3):156-8.
54. Schweickert EA, Heeren AB. Scripted role play: a technique for teaching sexual history taking. J Am Osteopath Assoc. mai 1999;99(5):275-6.
55. Vannotti M, Marin C. L'enregistrement vidéo de consultations de médecine générale quelle utilité pour la formation ? Psychothérapies. 2009;29(4):219-24.
56. Durieux W, Loubet E, Prost F. La supervision, une occasion privilégiée d'apprécier le raisonnement clinique. 2008; Angers.
57. Bégot MP. Perception de la formation à la relation médecin-patient à travers la pratique de groupes balint chez les internes de médecine générale de la région centre. [Tours]; 2012.
58. Gourrin É. Apports d'une initiation au groupe Balint dans la formation à la relation médecin-patient des étudiants en SASPAS en DES de Médecine Générale. Étude qualitative par entretien semi-directif [Internet]. Bordeaux; 2014. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01017336/document
59. Kempa A. Vécu du métier de médecin généraliste en 2017: enquête qualitative auprès des généralistes des Alpes-Maritimes. Nice; 2016.
60. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Pratique de l'entretien motivationnel. InterEditions.
61. Alam Solty C. Interêt personnel pour le médecin généraliste à la formation et à la pratique de l'entretien motivationnel [Internet]. Caen; 2013. Disponible sur: https://www.fmcaction.org/publications/theses/these_ALAM-SOLTY.pdf
62. Ventelou B, Paraponaris A, Sebbah R, Aulagnier M, Protopopescu C, Gourheux J-C, et al. Un observatoire des pratiques en médecine générale : l'expérience menée en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Abstract. Rev Fr Aff Soc. (1):127-60.
63. 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.
64. 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.
65. Althof SE, Rosen RC, Perelman MA, Rubio-Aurioles E. Standard operating procedures for taking a sexual history. J Sex Med. janv 2013;10(1):26-35.
66. L'Assurance Maladie. La convention nationale 2016-2021 entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. 2016.
67. Boukhors G. Exercice libéral ou salarié: qu'est ce qui détermine le choix des médecins généralistes? Etude qualitative auprès des jeunes médecins de Gironde. Bordeaux; 2014.
68. Chevallier P, Colombet I, Wajs C, Leneuveut L, Chatellier G. Une consultation de prévention dédiée et structurée à l'aide d'un outil informatique. 2008;36-41.
69. 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.
70. 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.
71. 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.
72. 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.
73. Poljski C, Tasker C, Andrews C, Wijesinha S, Piterman L, de Kretser D. GP attitudes to male reproductive and sexual health education and promotion. A qualitative study. Aust Fam Physician. juin 2003;32(6):462-5.
74. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Strategie nationale de santé sexuelle [Internet]. mars, 2017. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
75. Shahar E, Lederer J, Herz MJ. The use of a self-report questionnaire to assess the frequency of sexual dysfunction in family practice clinics. Fam Pract. sept

1991;8(3):206-12.
76. Macdowall W, Parker R, Nanchahal K, Ford C, Lowbury R, Robinson A, et al. « Talking of Sex »: developing and piloting a sexual health communication tool for use in primary care. Patient Educ Couns. déc 2010;81(3):332-7.
77. Fuzzell L, Fedesco HN, Alexander SC, Fortenberry JD, Shields CG. « I just think that doctors need to ask more questions »: Sexual minority and majority adolescents' experiences talking about sexuality with healthcare providers. Patient Educ Couns. sept 2016;99(9):1467-72.
78. Gabarron E, Wynn R. Use of social media for sexual health promotion: a scoping review. Glob Health Action. janv 2016;9(1):32193.
79. Lévèque C. Démarches et attentes des adolescents dans leur recherche sur Internet d'informations sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles : étude qualitative chez les adolescents de 15-18 ans en Gironde et en Lot et Garonne [Internet]. Bordeaux; 2017. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01622915/document
80. Viens Python N, Hofner M-C. La violence à l'égard des femmes : un problème qui concerne le praticien ? Gynécologie-obstétrique. | Base documentaire | BDSP. 2003;61(2457):2125-9.
81. Foucard F. Enquête épidémiologique auprès de médecins de premier recours concernant le dépistage des violences conjugales et des violences sexuelles au sein du couple. [Internet]. Académie d'Orléans- Tours Université François Rabelais; 2016. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2016_Medecine_FoucardFanny.pdf
82. Nusbaum MRH, Hamilton CD. The proactive sexual health history. Am Fam Physician. 1 nov 2002;66(9):1705-12.
83. Floyd M, Lang F, Beine KL, McCord E. Evaluating interviewing techniques for the sexual practices history. Use of video trigger tapes to assess patient comfort. Arch Fam Med. juin 1999;8(3):218-23.
84. 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.
85. Haute Autorité de Santé (HAS). Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève: alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. 2014 nov. Disponible sur:

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_delaboration_reperage_alcool_cannabis_tabac_-_rapport_delaboration.pdf
86. Brief Sexuality-Related Communication: Recommendations for a Public Health Approach. Geneva: World Health Organization; 2015.

ANNEXES :

ANNEXE 1 :

Guide d'entretien version 1:

1) Pouvez vous me raconter la dernière consultation de votre journée ?
(Question dite « brise glace » afin d'établir un premier contact et un échange avec l'interviewé)

2) Racontez moi la dernière consultation ou vous avez abordé la santé sexuelle avec un patient. (Décrire la consultation : à l initiative de qui ? dans quelles circonstances, comment s'est déroulée la consultation, organisation du cabinet : consultation sur RDV)

3) Quels sont les domaines de la santé sexuelle paraissant important pour vous? Et ceux qui sont difficiles à aborder ?
(But : dégager les freins à l abord. Si ce n'est pas de votre ressort quelles sont les circonstances où vous pouvez être amené à poser ces questions ?

4) Quels types de questions posez vous au patient lors de l'abord de la sexualité ?
(Exemples de Relance : Est ce habituel ? Dans quelles circonstances ? Le langage employé ?Est ce que les patients posent ou évoquent ces questions ?)

5) Qu'est ce qui pourrait vous aider à aborder la sexualité en consultation et la prise en charge ? (Si avec un outil : faire préciser)

ANNEXE 2 :

Guide d'entretien version 2 :

1) Racontez moi la dernière consultation ou vous avez abordé la santé sexuelle avec un patient. (Décrire la consultation : à l'initiative de qui ? dans quelles circonstances, comment s'est déroulée la consultation, organisation du cabinet : consultation sur RDV)

2) Quels sont les domaines de la santé sexuelle paraissant important ? Difficile à aborder ? (but dégager les freins à l abord)

3) Quels types de questions posez vous au patient lors de l'abord de la sexualité ?
(Est ce habituel ? Où posez-vous selon les symptômes ? Dans quelles circonstances ? Le langage employé ? Est ce que les patients posent ou évoquent ces questions ?)

4) Qu'est ce qui pourrait vous aider à aborder la sexualité en consultation et la prise en charge ?
(si réponse : plus de temps : comment l'envisageriez vous ?)
(si réponse consultation dédiée : comment l'envisageriez vous ?)
(si besoin d'une formation : quel type de formation souhaiteriez vous faire ?)
(si demande d'aide avec des questionnaires : faire préciser quel type de questionnaire,
(à quel moment de la consultation souhaiteriez vous être aidé (amorce, investigations, prise en charge ?) sous quel forme d'aide ?)
(outil : quel type d'outil utiliseriez vous en consultation ? Connaissez vous l'outil RPIB en addictologie ?)

ANNEXE 3 : Lettre du Comité de Protection des Personnes

Lettre adressée à Julie Rose dans le cadre de l'envoi groupé pour nos travaux de thèse.

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 ter
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 :

"BESOINS ET ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES EN SANTE SEXUELLE. QUE PENSENT-ILS DE L'OUTIL DE COMMUNICATION BREVE."

Ce projet, sous forme d'entretien semi dirigé entre des médecins généralistes et leurs patients, 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

1/2

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

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

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)

ANNEXE 4: Extrait du journal de bord

Notes sur l'entretien numéro 11 :

Date : 12/01/17

Lieu : au cabinet du médecin généraliste

Durée : 31 minutes

Données socio-démographiques :

- Femme
- 56 ans
- activité semi rurale
- 30 patients par jour
- patientèle jeune et pédiatrie
- médecin de crèche
- maitre de stage

-Ressenti après l'entretien:

Médecin qui me reçoit avant le début de ses consultations du matin, elle me dit que cela ne doit pas être facile actuellement d'avoir des entretiens avec les généralistes avec l'épidémie de grippe.

Très ouverte lors de l'entretien, le téléphone sonne pendant l'entretien et je sens que le médecin veut écourter l'entretien après 30 minutes de temps.

L'interviewée décrit essentiellement des freins liés au cadre de la consultation, au manque de temps, consultation pour des motifs aigus.

Lors du codage :

J'ai crée de nouveaux nœuds comme «notion d'ouverture», « pas d'abord en consultation aigu », « pas une priorité de santé publique ».

Le manque de temps était déjà décrit auparavant. Dans cet entretien, le médecin évoquait la consultation dédiée comme une solution possible au manque de temps.

Lors du double codage :

Un nœud est crée sur la composante dépressive. Dans les entretiens précédents les interviewés évoquaient surtout les effets secondaires des traitements anti dépresseur. Dans le premier niveau « communication » il est différencié un nœud sur «la notion d'ouverture» et sur le langage avec «types de questions».

Serment médical :

Au moment d'être admise 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 les 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.
Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

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 déshonorée et méprisée si j’y manque.

Abstract

Title: Expectations and needs of General Practitioners to improve how to raise the issue of sexual health in medical consultation.

Method: A qualitative survey of General Practitioners with semi-structured interviews, with an open theme coding, double coding and a thematic analysis according to Grounded Theory. Recruitment was done through phone calls in order to obtain a sample with maximum variation. A notice has been requested to the Protection Committee for Individuals who stated outside the study.

Results: Sixteen semi-structured interviews were conducted in Lot et Garonne and Gironde. Doctors described different representations depending on the age, the gender of the patient's sexual orientation. The approach was often left to the patient's choice, or else often guided by the symptom. The doctors described the improvement of communication skills. The consultation framework could impact the approach, the lack of time, the external requests, were not beneficial to raise this question. Doctors suggested to improve this framework by creating a special consultation dedicate. Revaluating the price of the consultation based on its complexity was suggested. Some doctors were favorable to create a tool for sexual health in order to identify and guide their patient better. Some fields such as domestic violence seemed important to be integrated into the tool because they didn't spontaneously evoke this subject.

Conclusion: Doctors suggested to improve the consultation framework in order to promote the sexual health approach. They also mentioned an improvement of the communication skills. The use of a tool in sexual health, would identify missed opportunities by the General Practitioner regarding sexual health care.

Keywords: General Medicine, sexual health, communication, short communication.

Résumé :

Titre : Attentes et besoins des médecins généralistes pour améliorer l'abord de la santé sexuelle en consultation.

Méthode : Nous avons mené une étude qualitative auprès de médecins généralistes par entretiens semi dirigés. Le recrutement s'est fait par téléphone dans le but d'obtenir un échantillon en variation maximale. Deux investigateurs ont réalisé indépendamment un codage ouvert. Nous avons mené une analyse thématique selon la théorie ancrée. Un avis a été demandé au Comité de protection des personnes qui a classé l'étude hors champ.

Résultats : Seize entretiens semi-dirigés ont été réalisés en Lot et Garonne et en Gironde. Les représentations des médecins variaient en fonction de l'âge, du genre, et de l'orientation sexuelle du patient. L'abord était le plus souvent laissé au choix du patient, ou guidé par les symptômes. Les médecins ressentaient un besoin d'amélioration de leurs techniques de communication. Le cadre de la consultation pouvait freiner l'abord, en particulier le manque de temps, les sollicitations extérieures, et les consultations à plusieurs. Les médecins suggéraient d'améliorer ce cadre avec la mise en place d'une consultation dédiée à la santé sexuelle ou une revalorisation du prix de la consultation en fonction de sa complexité. Certains médecins étaient favorables à la mise en place d'un outil en santé sexuelle, afin de mieux repérer et orienter leur patient. Certains domaines comme les violences conjugales n'étaient pas évoqués spontanément et leur intégration à l'outil pourrait faciliter le repérage.

Conclusion : Les médecins suggéraient une amélioration du cadre de la consultation et des techniques de communication pour favoriser l'abord de la santé sexuelle. L'utilisation d'un outil en santé sexuelle, permettrait de faciliter l'abord et diminuer les occasions manquées.

Mots clés : médecine générale, santé sexuelle, communication, communication brève.

Discipline : Médecine Générale

UFR des Sciences Médicales 146 rue Léo Saignat, Case 16- 33076 Bordeaux Cedex