



HAL
open science

Élaboration par méthode Delphi® du contenu d'une formation à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale, destinée aux internes de médecine générale, et réflexion sur sa forme

Anaïs Borel, Evelyne Mertz

► To cite this version:

Anaïs Borel, Evelyne Mertz. Élaboration par méthode Delphi® du contenu d'une formation à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale, destinée aux internes de médecine générale, et réflexion sur sa forme. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02074251

HAL Id: dumas-02074251

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02074251>

Submitted on 20 Mar 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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Année : 2019

**ÉLABORATION PAR METHODE DELPHI® DU CONTENU D'UNE FORMATION A
L'ABORD DE LA SEXUALITE EN CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE,
DESTINEE AUX INTERNES DE MEDECINE GENERALE, ET REFLEXION SUR SA
FORME**

THÈSE PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN
MÉDECINE, DIPLÔME D'ÉTAT

Par **Anaïs BOREL**, [Données à caractère personnel]

&

Evelyne MERTZ, [Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A L'UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE
Le 19 mars 2019

DEVANT LE JURY DE MÉDECINE COMPOSÉ DE :

Président du jury :

Monsieur le Professeur Patrick IMBERT

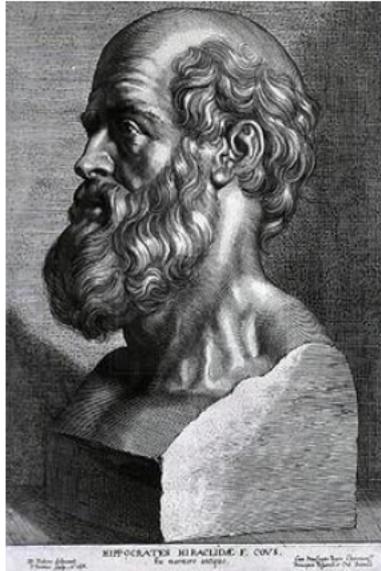
Membres :

Madame le Professeur Pascale HOFFMANN

Monsieur le Docteur François PAYSANT

Monsieur le Docteur Dominique LAMY, directeur de thèse

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

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

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

*« Sois le changement que tu
veux voir dans le monde. »*

Gandhi

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2018-2019

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et de Pathologie Cytologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CANALI-SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie digestive et viscérale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et Biologie Moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAoui Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale

MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Patrick IMBERT :

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury. Acceptez pour cela nos plus sincères remerciements.

À Madame le Professeur Pascale HOFFMANN, à Monsieur le Docteur PAYSANT:

Merci d'avoir accepté de faire partie de notre jury et de juger ce travail.

À tous les experts ayant participé :

Merci de votre implication, votre assiduité et d'avoir partagé votre point de vue et vos idées dans cette enquête.

À Monsieur le Docteur Dominique LAMY, notre directeur de thèse :

Merci de nous avoir donné l'opportunité de travailler ensemble, de nous avoir accompagnées dans ce travail. Merci de tes conseils et de tes relectures.

À Monsieur le Docteur Jean-Baptiste KERN :

Merci du temps que tu nous as consacré, de tes encouragements, de tes précieux éclairages méthodologiques et conseils avisés.

À nos relecteurs :

Merci pour vos relectures minutieuses à l'affût des moindres fautes, non-sens et bêtises disséminés tout au long de ce travail, ainsi que pour vos suggestions pertinentes. Le finish c'est vous !

Remerciements d'Evelyne

À Anaïs, ma chère co-thésarde WE DID IT !!! Sur la « voie de la thèse », quelques plaidoiries endiablées histoire de ... mais finalement un vrai beau travail d'équipe où la communication (ah cette fameuse) a permis de faire de nos différences une force...
Simplement et sincèrement merci : pour notre travail, notre rencontre... et à la suite !

À mes proches, famille et amis : mes 5 piliers (vous savez tout ce que je pense, résumé en MERCI JE VOUS AIME), ma famille (Brunner & Cie... you rock !), les Bergheimois et alentours, le Stuuuurm (ça y est le mot « hydrogrec » fait son entrée sur la toile !), la Stepanska family, les potos Strasbourgeois ayant fait de mes années d'externat un grand kiff, les grimpeurs et randonneurs d'ici et d'ailleurs, la cardio Chambé endiablée de jour comme de nuit, la team CSG... Eux, qui, peu importe depuis quand, marchent à mes côtés, et m'ont portée même dans la tempête. Merci, et ... les aventures ne font que commencer, à quand la prochaine ?! ☺

À toutes ces rencontres qui m'apprennent chaque jour un peu plus le métier, le Savoir le Savoir-faire et le Savoir-être, l'Homme et ses mystères, l'Espoir et l'Acceptation, l'Empathie et l'Humilité.

Enfin, à toi qui donnes un sens, le sens et tout son sens à ma vie, MERCI... A nous deux, maintenant trois ... et plus si affinités ;)

Remerciements d'Anaïs

Merci à toi ma Cothésarde, tombée sous le charme de ma terre natale. Sylvain Tesson a écrit : « seul on va plus vite, à deux on va plus loin ». Sans toi dans ce travail je ne serais ni allée vite ni loin. Merci d'avoir partagé ces heures à cogiter ensemble, de ces discussions plus personnelles, et des confidences. La page de la thèse se tourne mais il en reste tellement à écrire vu tout ce qui nous attend maintenant !

À Toi Beubeu, tu m'accompagnes dans cette vie. Merci de tes conseils avisés dans ce travail. Tu as toujours été curieux de médecine, de comprendre comment les choses fonctionnent. Merci de toutes tes questions et remises en causes perpétuelles. Merci de ces discussions qui ont su animer nos randonnées. Je suis heureuse de continuer notre chemin ensemble à Malvezy et ailleurs. A nous la suite !

À mes parents Gene et Lulu, qui m'ont apporté leur soutien et accompagnée avec amour et patience mais aussi avec leurs bons petits plats, leurs discussions, leurs attentions.

À toi Marie, pour ton regard, ta douceur, tes conseils...

À toi Flo, « ma reine », « Waouh quelle force, quelle confiance et quel sourire ». Je sais que tu aurais aimé lire ce travail et être là aujourd'hui : la deuxième thèse de la famille ... Tu m'as éclairée de ta morale et de ta bonté, et je souhaite que cela continue.

À Elise, pour ces footings débrief, pour ton rire communicatif, ton pep et ta bienveillance.

Aux copines Clermontoises qui m'accompagnent depuis l'externat.

Aux Frouzins : collègues et coloc' de folie pour ce premier semestre SWAG et enflammé au coin de la cheminée et du Babyski à Aix les Bains sous l'œil de JP, Raël et Snoop. Merci d'avoir fait de ce premier stage d'interne et de toutes les rencontres suivantes des moments inoubliables entre joyeux lurons.

A tous les Colocs et tous les copains, merci de toutes ces premières fois partagées ensemble (des grandes voies, des sorties en montagne et en refuge, des voyages albanais à vélo, des séances de Pilate ou hammam, d'acro, de films et j'en passe...)

Merci aux personnes croisées, médecins et patients, à ces rencontres perpétuelles qui m'inspirent et modifient ma trajectoire !

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION	14
2	OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	19
3	MATERIEL ET METHODES.....	20
4	RESULTATS	27
5	DISCUSSION.....	38
6	CONCLUSION	46
7	RESUME.....	47
8	ABSTRACT	48
9	BIBLIOGRAPHIE.....	49
10	TABLE DES MATIERES.....	52
11	ANNEXES	54

LISTE DES ABREVIATIONS

AIUS : Association Interdisciplinaire post Universitaire de Sexologie

CBS : Communication Brève relative à la Sexualité

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

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

EBM: *Evidence Based Medicine*

ECN: Examen Classant National

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Comité de Santé Publique

HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LGBTQ : *Lesbian Gay Bisexual Transgender Queer*

MG : Médecin généraliste

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

TCEM : Troisième Cycle d'Études Médicales

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

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

1 INTRODUCTION

1.1 Qu'est-ce que la Santé sexuelle ?

La sexualité est au carrefour de préoccupations sociales, culturelles, éthiques, et même médicales tout en étant en constante évolution. L'OMS définit même la « santé sexuelle » dès 1975 et précise ce concept en 2002 en le reliant aux droits sexuels et à un état de bien-être social [1].

Cette définition est reprise par l'INPES sous la forme suivante : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence. Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés. La sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuel, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction [2].

En 2016, le HCSP se base sur la définition de l'OMS et propose de transformer l'approche par pathologie et risques en une démarche globale, valorisée par un parcours de santé sexuelle centré sur le patient [1,3].

1.2 Pourquoi parler de santé sexuelle en médecine générale ?

1.2.1 Enjeux de santé publique en lien avec la sexualité

Les enjeux de santé en lien avec la sexualité sont multiples :

- Reproduction, contraception, IVG,
- Infections sexuellement transmissibles,
- Dysfonctions sexuelles,
- Violences sexuelles,
- Prise en compte des populations particulières comme les personnes âgées, handicapées, LGBTQ, etc.

Ces enjeux sont développés en détails dans le rapport du HCSP et résumés en annexe 11.1.

Sans être exhaustif, la sexualité peut être une porte d'entrée sur la santé globale du patient :

- Sur sa santé mentale comme cause ou symptôme de mal-être
- Sur sa santé physique : par exemple la dysfonction érectile est un symptôme sentinelle des maladies cardio-vasculaires
- Sur son bien-être social concernant les violences sexuelles ou discriminations.

1.2.2 Premier recours

Tel que le définit la WONCA Europe, le médecin généraliste en tant que médecin de « premier recours », « prenant en compte tous les problèmes de santé » est donc un acteur privilégié en santé sexuelle [4].

1.2.3 Freins des patients

85% des patients déclarent leur sexualité comme « importante ou indispensable » pour leur équilibre personnel [5]. Cependant, la sexualité est peu abordée spontanément par le patient, du fait de freins multiples dont principalement [6][7]:

- Peur d'une prise en charge inadaptée ou inefficace
- Peur de gêner le médecin
- Honte d'aborder ce sujet, encore tabou

Pourtant, 85% des patients interrogés ne seraient pas gênés si le médecin initiait le sujet. Et parmi les patients embarrassés, 75% d'entre eux souhaiteraient néanmoins que leur médecin généraliste l'aborde [8].

1.3 Position du médecin généraliste : le paradoxe

Les médecins généralistes reconnaissent effectivement leur rôle primordial dans l'abord de la sexualité : 80% d'entre eux estiment avoir un rôle de prévention à jouer dans le domaine de la vie affective et sexuelle de leurs patients. Pourtant, seulement 59% d'entre eux se sentent à l'aise pour aborder ce sujet [9].

Les freins classiquement exprimés, en France [10,11], et à l'étranger [12,13] sont :

- Manque de temps.
- Manque de formation.
- Peur d'offenser ou de gêner le patient.
- Aspect tabou du thème de la sexualité.
- Différences médecin-patient(e) liées à l'âge, au sexe, à la religion, la culture, à l'orientation sexuelle.
- Motif de consultation sans lien avec la sexualité.

- Difficultés vis-à-vis de certaines populations (adolescents, personnes âgées, handicapés, LGBTQ).

On retrouve de manière quasiment similaire ces mêmes freins chez les internes, à la différence que le malaise engendré par l'abord de la sexualité est principalement attribué à un manque de formation plutôt qu'au registre tabou du sujet [14–16].

1.4 Comment traiter de sexualité en consultation ?

Des modèles théoriques de consultation relatifs à la sexualité ont été développés en médecine spécialisée, tels les modèles EX-PLISSIT et BETTER destinés aux infirmiers en oncologie et soins palliatifs [17,18]. Ces modèles tendent à s'étendre plus largement, mais n'ont pas encore atteint le champ de la médecine générale. En 2015, l'OMS a proposé un nouveau modèle, la CBS (Communication Brève relative à la Sexualité), mais qui n'a, lui non plus, pas encore été évalué en médecine générale [19].

A ce jour, il n'existe donc encore en médecine générale aucun outil validé sur la manière d'aborder la sexualité en consultation. La plus récente recommandation a été publiée aux USA en 2013, et regroupe une revue de la littérature associée à une opinion d'experts (25). Les points essentiels proposés sont les suivants :

- Préférer ouvrir la discussion sur la sexualité en explicitant au patient les aspects légitimes et normaux d'aborder la sexualité en consultation.
- Aborder la sexualité avec chaque patient, au moins une fois au cours du suivi.
- Si une seule question sur la sexualité devait être posée (par faute de temps par exemple), elle pourrait être sous la forme d'une question de type "*Are you sexually active ?*" (Êtes-vous sexuellement actif ?) ou "*Do you have any sexual*

concerns or problems you would like to discuss ?" (Avez-vous des questions ou problèmes d'ordre sexuel dont vous aimeriez que l'on parle ?).

1.5 Formation actuelle des médecins généralistes

La formation théorique des futurs médecins généralistes se fait principalement pendant le Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (DFASM), deuxième cycle, commun à tous les étudiants en médecine. Pendant ce DFASM, ils abordent ainsi de manière indirecte la santé sexuelle via les items de l'examen Classant National Informatisé (ECNi) suivants : contraception, procréation médicalement assistée, interruption volontaire de grossesse, sexualité normale et ses troubles, infections sexuellement transmissibles, accueil d'un sujet victime de violences sexuelles. Cette formation est purement théorique, et aborde la santé sexuelle par pathologies.

Puis, lors du Troisième Cycle des Études Médicales (TCEM), ils peuvent se former en santé sexuelle, principalement au cours des stages pratiques (notamment pendant le stage femme-enfant) ou lors de séminaires optionnels. Il n'existe actuellement sur la faculté de médecine de Grenoble, aucun séminaire axé sur la santé sexuelle, le plus proche portant sur la contraception. Dans certaines facultés françaises, des séminaires commencent à émerger sur le sujet. Par exemple, à Saint-Etienne, un séminaire intégrant la prise en charge de la plainte sexuelle a été créé après enquête auprès des internes [16].

Hors cadre du TCEM, il existe néanmoins pour ceux qui souhaitent tout particulièrement se former dans le domaine de la santé sexuelle, des Diplômes Universitaires tels le DU « Sexualité, contraception et IVG » proposé à Grenoble, ou le DIU de sexologie proposé par l'AIUS (Association Interdisciplinaire post-

Universitaire de Sexologie). D'autres formations, au statut moins formel, sont également accessibles, dont voici deux exemples :

- Atelier « Être médecin généraliste c'est aussi parler de sexualité » proposé par le Dr Zerr au Congrès National des Médecins Généralistes Enseignants
- MOOC « santé sexuelle pour tous » proposé par la chaire UNESCO. Son objectif est de permettre à ses participants (tout public), d'acquérir, gratuitement, grâce à un support en ligne, une approche globale de la santé sexuelle [20].

Ainsi, la place de la santé sexuelle reste timide, inégale et non-consensuelle dans la formation initiale des médecins généralistes.

Se pose alors la question : Quel devrait être le contenu d'une formation à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale, destinée aux internes de médecine générale, et quel pourrait en être la forme ?

2 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif principal était d'élaborer un consensus par méthodologie DELPHI® sur le contenu (connaissances et compétences) d'une formation à l'abord à la sexualité en consultation, destinée aux internes de médecine générale. L'objectif secondaire était de réfléchir à la forme que celle-ci pourrait prendre.

Le fait de proposer cette formation aux internes, contraignait à respecter un cadre de formation compatible avec celui du TCEM. Sur la faculté de médecine de Grenoble, il s'agit du séminaire, donc limité dans le temps entre 3,5h (demi-journée) et 14h (deux journées), dont les participants ont été informés.

3 MATÉRIEL ET MÉTHODES

3.1 Accords préalables à l'étude

Il n'y a pas eu de sollicitation auprès d'un comité d'éthique. Le protocole de l'étude ne nécessitait pas de demande préalable auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés), ni du CPP (Comité de Protection des Personnes), les données étant anonymisées.

3.2 Méthode DELPHI®

Pour répondre à cette problématique, une méthode Delphi® a été utilisée. Il s'agit d'une méthode d'élaboration de consensus [21]. Elle permet d'obtenir un avis final unique et convergent d'un groupe d'experts et d'en évaluer le degré de convergence.

Le principe est d'interroger les différentes personnalités sur la base d'un questionnaire, auto-administré, de manière itérative et interactive sans qu'il y ait de communication directe entre elles.

3.3 Les experts

Les experts sont des personnes intéressées et impliquées dans la problématique abordée et représentatives des connaissances et perceptions actuelles.

Pour cette étude, les experts recrutés devaient avoir une ou plusieurs compétence(s) parmi :

- « Sexualité » : avoir une maîtrise de l'abord de la sexualité au travers de la profession (exercice au planning familial, sexologue, urologue, gynécologue ...) ou avoir assisté à des formations en lien.
- « Enseignement » : avoir des connaissances en pédagogie, animer des formations ou être MSU (Maître de stage Universitaire).
- « Médecine générale » : avoir une connaissance de la pratique de la médecine générale, et notamment du contexte spécifique de la consultation en médecine générale.
- « Interne » : Étudiant de 3^{ème} cycle en médecine générale ayant déjà réalisé le stage en médecine ambulatoire de 1^{er} niveau. Les internes ont été invités à participer à cette étude car sont directement concernés par une telle formation, dans le but d'intégrer leurs besoins et attentes.

Étaient prioritairement recrutés des experts ayant une double voire triple qualification (ex : généraliste enseignant et sexologue), dans le but d'avoir l'approche la plus transversale possible.

Le recrutement s'est fait en réseau. Le contact avec les experts a été établi par courrier électronique avec en pièce jointe un descriptif de la méthode Delphi® (Annexes 11.2 et 11.3) puis relance par téléphone en cas de non réponse. Ceux-ci ont consenti à participer après avoir été informés des objectifs du travail de recherche, du déroulé de l'étude et de leur rôle.

3.4 Réalisation des questionnaires et déroulement

Trois questionnaires successifs ont été proposés aux experts, correspondants aux trois tours Delphi®. Ils ont été diffusés à l'aide du logiciel LIMESURVEY, accessibles

en ligne via un lien que les experts recevaient dans un courriel d'invitation (Annexes 11.4 ; 11.5 et 11.6).

Deux rappels par courriel leur étaient envoyés en cas de non réponse à 10 puis 20 jours. Les experts n'ayant pas répondu dans un délai de 30 jours étaient exclus des tours suivants.

Le 1^{er} questionnaire a été réalisé à partir d'une recherche bibliographique sur PUBMED et SUDOC, complété par CISMEF et GOOGLESCHOLAR.

Elle a été centrée sur les quatre grands axes suivants : médecine générale, sexualité et santé sexuelle, formation et internes, communication et relation médecin-patient.

Les 2^e et 3^e questionnaires se sont basés sur l'analyse des tours précédents.

Les deux premiers tours étaient volontairement ouverts. Ainsi à la fin de chaque sous-partie, les experts ont été invités, à l'aide d'une question ouverte non obligatoire, à laisser des commentaires ou à reformuler certains objectifs.

Avant chaque nouveau tour, les résultats statistiques et commentaires anonymisés étaient communiqués aux experts, en même temps qu'un rappel de leur propre cotation. Ceci leur permettait de réévaluer leur degré d'accord pour chaque item en le confrontant à l'avis du groupe.

L'intégralité des questionnaires se trouve en Annexes 11.7 (1^{er} tour) ; 11.8 (2^{ème} tour) et 11.9 (3^{ème} tour).

3.5 Analyse

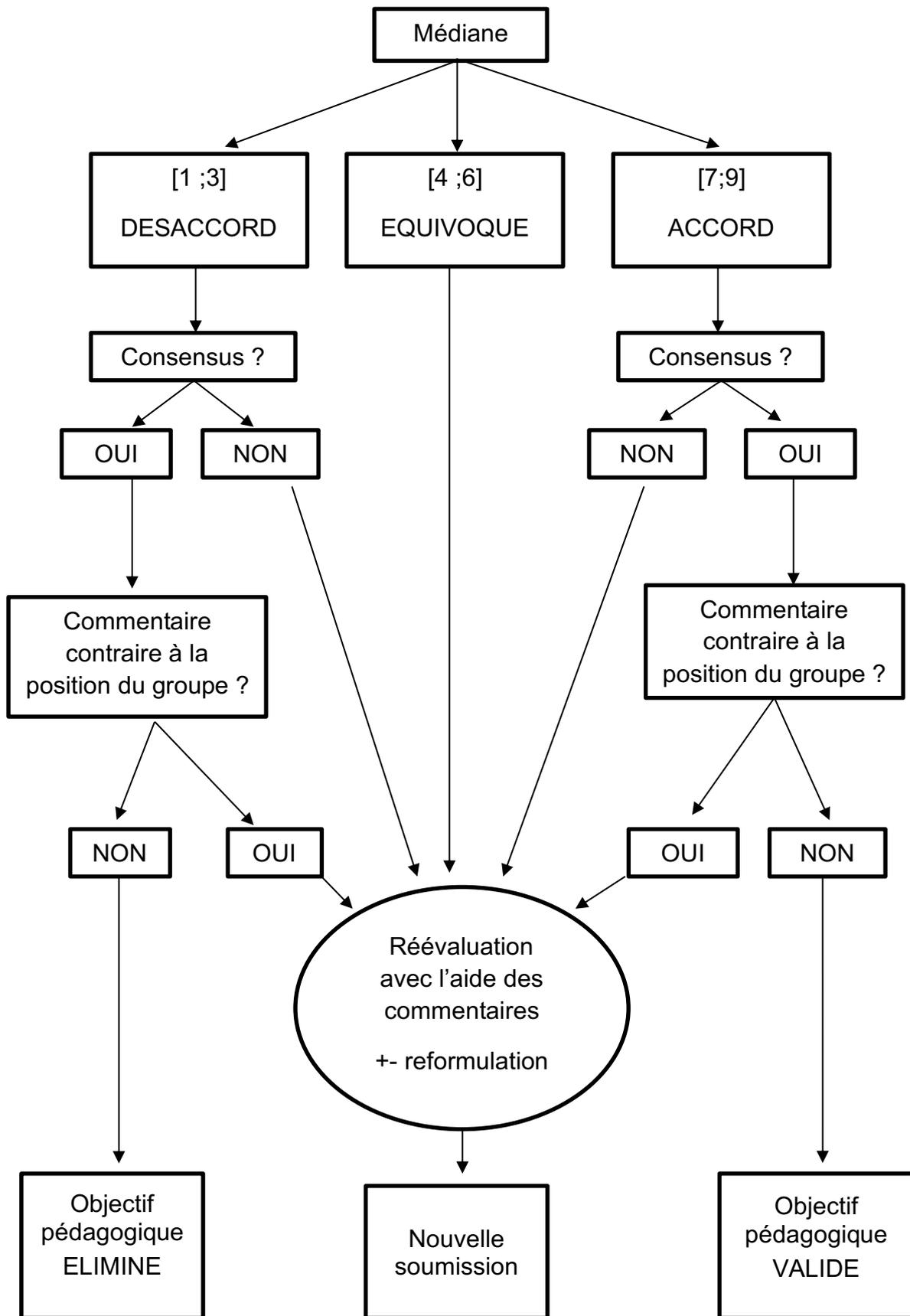
Les résultats ont été exportés depuis LIMESURVEY vers le logiciel EXCEL.

3.5.1 Premier tour

Pour chaque objectif pédagogique, il a été demandé aux experts de juger de sa pertinence à l'aide d'une échelle variant de 1 (pas du tout pertinent) à 9 (tout à fait pertinent). Puis la médiane était calculée, donnant pour chacun d'eux la position du groupe parmi 3 possibilités : désaccord (médiane ≤ 3), équivoque ($4 \leq$ médiane ≤ 6) ou accord (médiane ≥ 7). Enfin, le degré de convergence au sein du groupe était évalué pour préciser ce résultat : l'avis du groupe était dit « consensuel » si 70% ou plus des réponses étaient comprises dans l'intervalle de la médiane ; à défaut il était dit « non consensuel ». Enfin, si un commentaire était émis en opposition à l'avis du groupe, la proposition était réévaluée puis soumise à nouveau au tour suivant, reformulée ou non (selon les commentaires).

L'analyse pour chaque objectif pédagogique est résumée ci-après.

GRAPHIQUE 1 : ÉTAPES DE L'ANALYSE STATISTIQUE



Spécificité de la question de la forme au premier tour

Le panel d'experts a été interrogé sur la question de la forme que pourrait prendre une telle formation par une question ouverte obligatoire à la fin du 1^{er} questionnaire. L'analyse des réponses a été effectuée par codage axial des verbatims, permettant ensuite une arborisation des concepts. Enfin, une triangulation des résultats par les investigateurs a permis d'obtenir une synthèse descriptive.

3.5.2 Deuxième tour

L'analyse statistique, complétée par une analyse qualitative des commentaires, s'est faite selon les mêmes critères que lors du 1^{er} tour.

3.5.3 Troisième tour

Ce dernier tour était volontairement fermé : sans recueil de commentaires.

Pour ce tour, trois types de cotation ont été proposés selon les questions, entraînant 3 types d'analyses statistiques différentes.

- La majorité des questions relevait d'une cotation sur une échelle ordinale de 1 à 9, comme les deux tours précédents, pour laquelle l'analyse a donc utilisé les mêmes critères. Néanmoins, il était nécessaire de conclure en ce dernier tour pour les items restés en suspens après analyse. Ainsi, pour ceux-ci, les investigateurs ont comparé les résultats sur les deux derniers tours, ajoutant la stabilité comme critère d'analyse, tel que proposé dans la littérature [22]. Ainsi :
 - si la médiane était supérieure ou égale à 7 sur deux tours successifs, la proposition était validée.

- si la médiane était strictement inférieure à 7 sur deux tours successifs, la proposition était éliminée.

- Pour la partie C « Renforcer les connaissances théoriques », il a été demandé aux experts de classer par ordre croissant de pertinence (en 1^{er} le plus important, en 10^{ème} le moins important) les 10 items la composant. Ils avaient été informés au préalable que seuls les 3 items les mieux classés par le groupe, seraient finalement retenus.
- Enfin, sur la question portant sur les « modèles de consultations » appartenant à la partie D, il a été demandé aux experts de choisir un seul modèle parmi les 3 initialement proposés (BETTER, EX-PLISST et CBS).

4 RÉSULTATS

4.1 Données générales

48 experts potentiels ont été contactés entre mars et avril 2018. Parmi eux, 29 experts ont accepté de participer.

Au 1^{er} tour (avril 2018), 2 experts n'ont pas répondu (sans raison connue) et ont été exclus.

Au 2^e tour (mai 2018), 2 experts n'ont pas répondu (sans raison connue) et ont été exclus.

Au 3^e tour (juin 2018), les 25 experts ont tous répondu.

4.2 Les experts : données socioprofessionnelles

27 experts ont répondu au premier questionnaire. Leurs professions puis leurs domaines de compétences en lien avec le sujet ont été alors précisés.

Les données complètes sont disponibles dans l'Annexe 11.10 .

GRAPHIQUE 2 : REPARTITION DES EXPERTS SELON LEUR PROFESSION

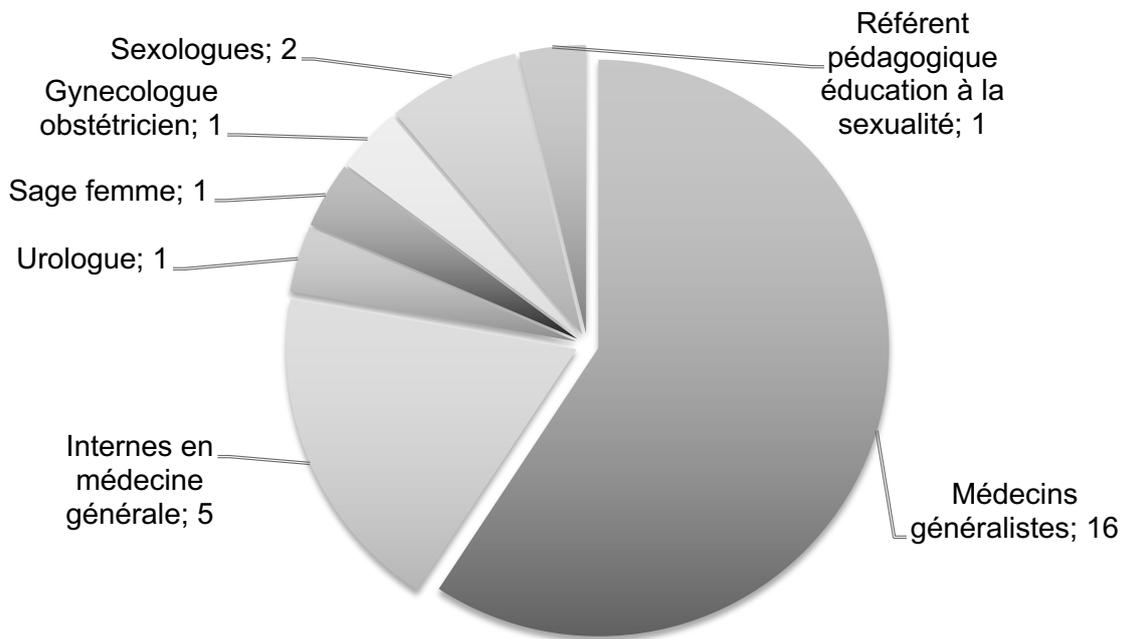


TABLEAU 1 : DOMAINES DE COMPETENCES DES 27 EXPERTS

Compétence		Médecine Générale			Interne	Sexualité			Enseignement		
Effectifs	Totaux	16			5	11			13		
	Dont Compétences Multiples	E	S	3	0	E	Mg	3	Mg	S	3
		8	3	2		3	3	2	8	3	2
	Dont Compétence Unique	3			5	3			0		

Légende :

Mg : médecine générale / S : Sexualité / E : Enseignement / 3 : cumul de 3 compétences (Mg + E + S)

4.3 Résultats du Premier tour

29 invitations ont été envoyées pour ce 1^{er} tour, suivies de 2 rappels, permettant de recueillir au total 27 réponses, du 02/04 au 25/04/2018. Les résultats complets du 1^{er} tour sont en Annexe 11.11.

Parmi les 45 propositions soumises lors de ce 1^{er} tour :

- 39 ont obtenu un accord dont 12 un accord consensuel
- 6 ont été jugées équivoques
- aucune n'a obtenu de désaccord

Les 33 propositions non validées d'emblée, ont bénéficié d'une réévaluation à l'aide d'une analyse qualitative des commentaires (Annexes 11.12 et 11.13).

15 d'entre elles ont ainsi été reformulées et 9 nouvelles propositions ont émergé.

4.4 Résultats du Deuxième tour

27 invitations puis 2 rappels, ont été envoyés, du 03/05 au 28/05/2018, permettant de recueillir au total 25 réponses. Les résultats complets de ce 2^{eme} tour sont en Annexe 11.15.

Parmi les 42 propositions soumises lors de ce 2^{eme} tour :

- 39 ont obtenu un accord dont 19 un accord consensuel
- 3 ont été jugées équivoques
- aucune n'a obtenu de désaccord

Les 23 propositions non validées d'emblée ont bénéficié d'une réévaluation à l'aide d'une analyse qualitative des commentaires, et 15 d'entre elles ont ainsi été reformulées. (Annexes 11.16 et 11.17). 2 nouvelles propositions ont émergé.

4.5 Résultats du Troisième tour

25 invitations puis 2 rappels ont été envoyés, du 03/06 au 30/06/2018, permettant de recueillir au total 25 réponses. Les résultats complets de ce 3^{eme} tour sont en Annexe 11.18.

Ainsi sur les 12 propositions soumises à cotation standard :

- 9 ont obtenu un accord dont 7 avec consensus stricto sensu et 2 avec consensus par stabilité
- 3 ont été jugées équivoques, et éliminées par stabilité
- Aucune n'a obtenu de désaccord

Les 10 propositions sur les connaissances théoriques ont été classées par les experts, et conformément à la consigne, seules les 3 premières ont été retenues. Et il a été choisi un modèle de consultation parmi les trois proposés, tel que demandé.

4.6 Synthèse des résultats à l'issue des 3 tours

GRAPHIQUE 3 : DIAGRAMME DE FLUX

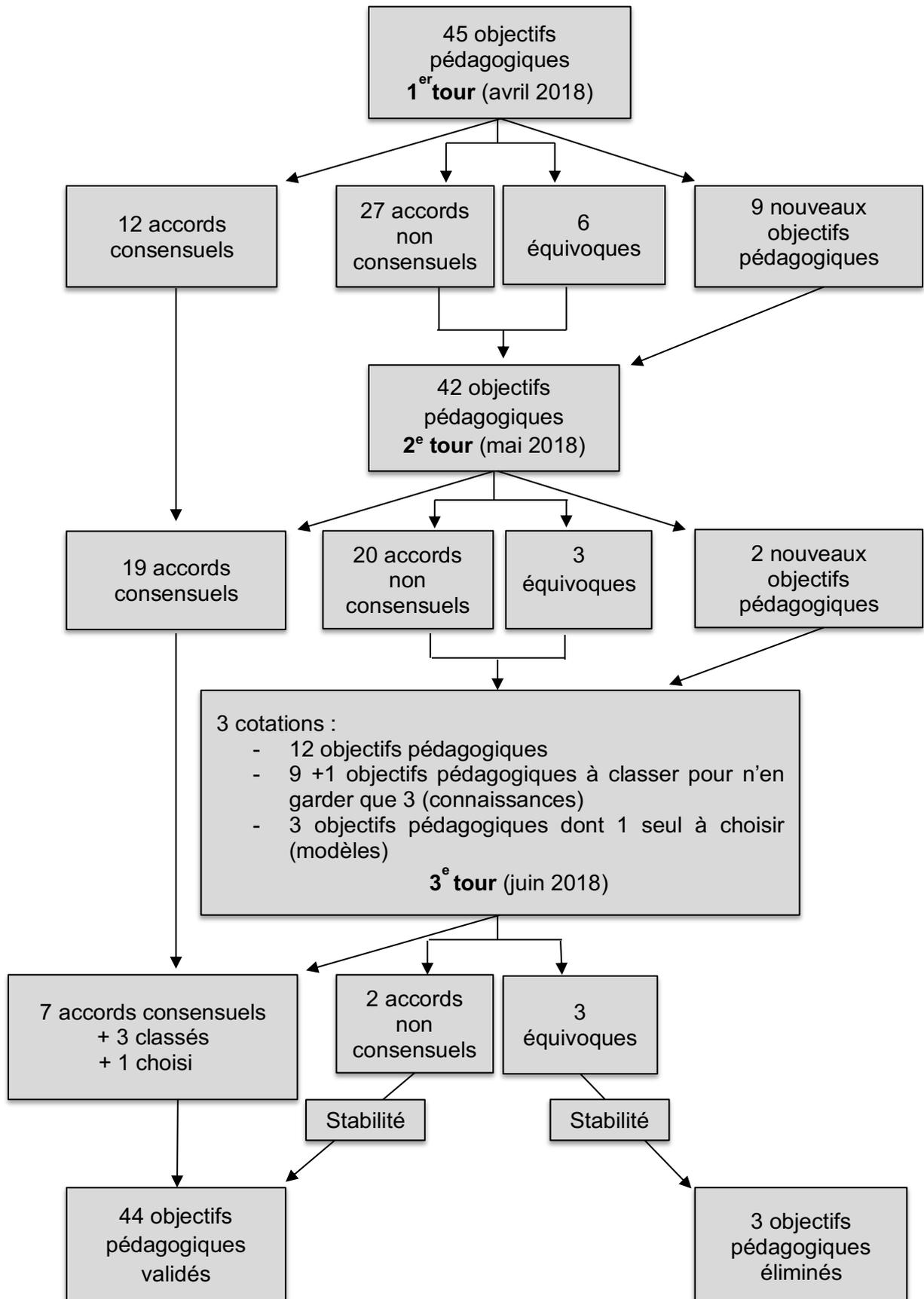


TABLEAU 2 : SYNTHÈSE DES RESULTATS

Légende du tableau :

Tour : Tour Delphi de prise de décision (validation ou élimination)

M : Médiane / R : résultats

% : Pourcentage de réponses dans l'intervalle de la médiane

AC : Accord consensuel / ACS : Accord consensuel par stabilité

E : Élimination / ES : Élimination par stabilité

Propositions	Tour	M	%	R
Partie A : Communication « travail sur soi »				
1) Se sentir légitime en tant que médecin généraliste à aborder le thème de la sexualité	1er	9	85%	AC
2) Savoir développer une écoute attentive, respectueuse, et sans jugement	1er	9	93%	AC
3) Réfléchir à nos propres perceptions, opinions et représentations de la sexualité pour avoir conscience de notre propre référence.	2e	9	80%	AC
4) Avoir connaissance des conventions sociales en matière de sexualité	2e	8	72%	AC
5) Prendre conscience des a priori vis-à-vis de certains publics spécifiques	2e	8	88%	AC
6) Savoir adopter la distance adéquate avec le patient dans la discussion sur la sexualité	2e	9	92%	AC
7) Prendre conscience des difficultés liées aux différences patient-médecin	3e	8	76%	AC
8) Aborder avec tolérance et ouverture d'esprit la sexualité sous réserve du respect de la Loi et d'une "sexualité sans contrainte, discrimination ou violence" (selon définition OMS)	3e	9	96%	AC
Partie B : Communication – être proactif				
<u>Apprendre à aborder la sexualité dans les contextes suivants :</u>				
- 9) Pendant un temps de prévention	1er	9	93%	AC
- 10) En partant d'un symptôme évocateur	1er	9	93%	AC
- 11) A partir d'un motif de consultation en lien avec la reproduction ou la sexualité	1er	9	100%	AC
- 12) A partir d'un organe (ou fonction) de proximité de la région pelvienne	2e	8	92%	AC
- 13) Autour de la grossesse : pré et post partum	2e	9	92%	AC
- 14) Dans un contexte évocateur de violences domestiques	2e	9	80%	AC
- 15) Lors des plaintes polymorphes	2e	8	72%	AC

- 16) Dans le suivi de pathologies (ou états) pouvant entraîner des dysfonctions sexuelles	2e	9	96%	AC
- 17) Certaines vaccinations : HPV et Hépatites A et B	3e	8	80%	AC
- 18) Lors du renouvellement de certains traitements au long cours	3e	8	72%	AC
- 19) A partir d'un symptôme évoqué par l'entourage	3e	7	56%	ACS
- Lors du premier contact avec un patient	3e	5	44%	ES
- Lors du recueil des antécédents généraux	3e	6	44%	ES
20) Savoir argumenter auprès du patient l'importance d'inclure la sexualité en consultation	3e	8	76%	AC
<u>Utiliser des techniques et outils de communication :</u>				
- 21) Rappeler l'aspect confidentiel de la consultation	1er	9	81%	AC
- 22) Employer des adjectifs et pronoms neutres pour ne pas présager de la sexualité du patient	1er	8	78%	AC
- 23) Poser des questions ouvertes	1er	9	96%	AC
- 24) Être à l'aise avec le vocabulaire lié à la sexualité, dans les registres médical et commun	2e	8	96%	AC
- 25) Opportunisme : savoir utiliser l'association d'idées pour amener le sujet vers la sexualité en partant du discours du patient	2e	8	80%	AC
- 26) Importance de l'écoute active	2e	9	96%	AC
- 27) Savoir aménager un temps dédié pour parler de sexualité	2e	8	92%	AC
- 28) Utiliser des outils de communication passive en salle d'attente ou dans son cabinet : affiches, prospectus ...	2e	8	88%	AC
- 29) Proposer un panel de réponses	3e	8	72%	AC
Utiliser des questionnaires standardisés en santé sexuelle	3e	5	40%	ES
30) Les limites de la proactivité : savoir être attentif aux réticences des patient-e-s, formulé-e-s ou non, à s'ouvrir sur leur sexualité, et les respecter.	3e	9	88%	AC
Partie C : Renforcer les connaissances théoriques				
<u>Thèmes :</u>		<u>Points</u>		<u>Rang</u>
31) Connaître le concept de santé sexuelle		101 pts		1 ^{er}
32) Aspects psychologiques et affectifs de la sexualité		111 pts		2 ^e
33) Violences sexuelles : dépistage et prise en charge		113 pts		3 ^e

—Dysfonctions sexuelles : diagnostic et prise en charge	127 pts	4 ^e		
—Physiologie des sexualités féminine et masculine	137 pts	5 ^e		
—Identité de genre et orientation sexuelle	149 pts	6 ^e		
—Cadre légal en matière de sexualité : conduites pénalisables	151 pts	7 ^e		
—IST : prévention diagnostic et thérapeutiques	155 pts	8 ^e ex-aequo		
—Contraception	155 pts	8 ^e ex-aequo		
—Reproduction, PMA, IVG	176 pts	10 ^e		
Partie D : Gérer une consultation en lien avec la sexualité				
Propositions	Tour	M	%	R
<u>Recueil de l'anamnèse sexuelle, savoir questionner sur :</u>				
- 34) La prise de risque en sexualité	1er	9	96%	AC
- 35) L'utilisation d'une contraception	1er	9	93%	AC
- 36) La satisfaction sexuelle	1er	8	81%	AC
- 37) De potentielles violences sexuelles subies (viol, attouchement, harcèlement ...)	2e	9	88%	AC
- 38) Savoir questionner sur l'orientation sexuelle du patient	3e	8	68%	ACS
39) Savoir s'enquérir des représentations, besoins, et attentes du patient en matière de sexualité.	2e	8	96%	AC
40) Connaître ses limites et savoir référer de manière adaptée	1er	9	100%	AC
41) Savoir expliciter l'absence de norme en matière de sexualité : sous réserve du respect de la Loi et d'une "sexualité sans contrainte, discrimination ou violence" (selon définition OMS)	2e	9	100%	AC
42) Participer à l'éducation en santé sexuelle : augmenter les connaissances et renforcer les compétences du patient (prévention, accompagnement ...)	2e	9	96%	AC
43) Connaître les réseaux de recours en lien avec la sexualité pour se constituer un "annuaire de proximité"	2e	9	92%	AC
<u>Connaître certains modèles de consultation pour s'en inspirer :</u>				
(Choix de 1 parmi 3)				
- 44) modèle CBS			15 votes	
—modèle BETTER			5 votes	
—modèle EX-PLISSIT			5 votes	

4.7 Analyse qualitative de la forme de la formation

A l'aide d'une question ouverte obligatoire, les experts ont, chacun, imaginé la forme que cette formation pourrait prendre. Volontairement, aucun thème n'a été proposé au préalable afin de ne pas influencer cette réflexion.

Le recueil complet des commentaires se trouve en Annexe 11.14.

L'analyse qualitative des réponses à la question de la forme a permis de regrouper les verbatims dans les thèmes suivants : approche pédagogique, supports et organisation, intervenants.

4.7.1 Approche pédagogique

Le point de départ proposé partait de l'interne, que ce soit son expérience, ses questions, ou ses attentes.

E23 : « encourager les participants à venir avec des situations vécues, difficultés rencontrées (et pourquoi) servant de matériel pour le séminaire »

E01 : « en partant de ce que savent les étudiants »

Placer ainsi l'élève de manière active au cœur de ses apprentissages correspond à une approche pédagogique de type constructiviste (65).

Ce processus d'apprentissage domine actuellement les autres théories pédagogiques que sont l'approche transmissive (où l'élève accumule du savoir, transmis par son maître) et l'approche comportementaliste (où l'élève par la répétition d'essais-erreurs finit par adopter le comportement prévu) [23]. L'approche constructiviste se base sur l'affirmation du caractère individuel et actif de tout apprentissage. L'enseignant y est un médiateur des savoirs et facilitateur des apprentissages. Mis en situation, l'élève se questionne, puis modifie ses représentations, et acquiert des compétences

contextualisées.

Le choix, par le panel d'experts, d'une approche constructiviste pour la mise en forme de cette formation, s'inscrivait ainsi dans le sillage de l'évolution de la pensée sur l'approche pédagogique.

4.7.2 Supports et organisation

Dans la lignée de l'approche pédagogique prônée par les experts, les supports pédagogiques proposés, matériels ou non, donnaient la priorité à des outils et méthodes interactifs.

E09 : « L'acquisition de technique de communication nécessite la mise en exercice par des jeux de rôles. Dans tous les cas une animation interactive et la participation des apprenants est nécessaire. »

Sur la dynamique du déroulement de cette formation, il a été mis en avant l'importance d'alterner des parties théoriques courtes, pouvant se faire en plénière, et portant sur des rappels ou séances de questions-réponses (Savoir) avec des sessions pratiques en petits groupes, de type jeux de rôle, situations cliniques, etc (Savoir-faire, Savoir-être).

E08 : « par un travail de réflexion en petits groupes, puis par une exploitation collective »

E15 : « travailler en petit groupe (...) puis chaque groupe passe devant les autres »

E23 : « Focus théoriques éventuels mais très courts (...) prévoir des ateliers en petits groupes qui tournent avec des thématiques différentes (...) puis plénière finale courte pour les "take-home messages" »

E24 : « Un temps plus "théorique" (...) Un temps d'outils de communication (...) Un temps d'application en petit groupe, jeux de rôle.»

4.7.3 Intervenants

Enfin, très souvent a été proposée l'idée d'intervenants multiples et variés, comprenant des professionnels de santé, mais également des personnalités issues du monde juridique, philosophe, etc... en accord avec le caractère pluridisciplinaire du thème de la sexualité. La suggestion d'inclure des patients-experts, quant à elle, renforçait l'idée de prêter une attention toute particulière à la qualité de la relation médecin-patient dans l'abord de la sexualité, sans stigmatiser [24].

E17 : « *avec des acteurs très très variés (...) pas que des médecins !* »

E17 : « *des sages-femmes, des sexologues, des psychologues, psychothérapeutes ... des gens du planning, des conseillères ... bref des gens qui sont vraiment dans leur travail à parler de sexualité et/ou qui ont une formation spécialisée là-dedans* »

E23 : « *juriste/avocat, philosophe etc (...) impliquer les patient.e.s dans ce séminaire* »

5 DISCUSSION

5.1 Discussion autour des résultats statistiques

En conclusion de cette enquête DELPHI®, 44 objectifs pédagogiques ont finalement été retenus par les experts, répartis en 4 catégories :

- « Travail sur soi »
- « Communication, être proactif »
- « Gestion d'une consultation en lien avec la sexualité »
- « Renforcement des connaissances ».

5.1.1 Objectifs pédagogiques retenus

Les titres des différentes parties n'ont pas été remis en cause par les experts, d'où la présentation des résultats sous la même forme.

Les objectifs pédagogiques validés par les experts prônaient neutralité, non-jugement, ouverture d'esprit, empathie, des qualités de communication, une relation médecin-patient centrée sur le patient, ainsi que le sentiment de légitimité du médecin généraliste à aborder la sexualité.

Au travers des items sélectionnés, a été priorisée l'acquisition de compétences plutôt que celle de connaissances. L'analyse de la forme convergeait également en ce sens.

A cela deux explications potentielles, et possiblement complémentaires :

- le questionnaire initial, réalisé avec l'aide de la littérature, était plus étoffé sur l'acquisition de compétences plutôt que celle de connaissances.
- les connaissances peuvent être accessibles de manière autonome par l'interne (recherche personnelle), et font déjà partie du programme du deuxième cycle comme

le précisait différents experts, via les commentaires. (E23 : « *"apporter des connaissances " n'est pas productif d'un point de vue pédagogique surtout en 3^e cycle des études et surtout sur des notions ultra théoriques pour lesquelles des articles et des bouquins apportent les notions assez aisément accessibles.* »)

L'accent a donc été mis sur l'acquisition du « Savoir-faire » et du « Savoir-être » au sujet de l'abord de la sexualité. Le « Savoir » quant à lui paraissait accessible autrement, notamment au travers de la recherche personnelle.

5.1.2 Objectifs pédagogiques éliminés

Seules trois propositions ont finalement été éliminées.

1^{er} contact avec le patient

- « Apprendre à aborder la sexualité lors du premier contact avec un patient »
- « Apprendre à aborder la sexualité lors du recueil des antécédents généraux »

Ceci peut s'expliquer par la complexité du premier contact avec le patient, et met en lumière plusieurs freins décrits par le médecin généraliste. Sont évoqués la contrainte d'un temps limité ainsi que la multitude des thématiques à aborder lors d'un premier contact. Les experts l'expriment clairement (E23 : « *1^{er} contact profus, donc pas forcément propice* » - E21 : « *La question concernant la première consultation où l'on aborderait systématiquement la sexualité, tout comme il faudrait aborder les addictions, les violences subies "pour faire connaissance" devient lourde quand le-a patient-e vient pour un syndrome grippal* »). D'autres freins possibles sont la peur de gêner le patient, le sentiment de manque de légitimité et la nécessité d'avoir construit une relation médecin-patient solide avant d'aborder une thématique intime [10].

Questionnaires standardisés

- « Utiliser des questionnaires standardisés en santé sexuelle »

Ce résultat renvoie à la problématique des questionnaires standardisés, qui sont validés, mais seulement en contexte spécifique. Ceux-ci sont peu adaptés en médecine générale, soit par leur aspect très spécifique, soit par leur longueur chronophage, tel que le commentent les experts (E11 : « *cela n'a pas sa place en cas de médecine générale (...) pas le temps pour ça.* » - E23 : « *trop de questionnaires peu utilisables en pratique clinique ... j'ai l'impression que ceux-là sont aussi difficiles à placer* »).

5.1.3 Classement des thèmes de connaissances à aborder

Sur l'axe des connaissances, les trois objectifs pédagogiques retenus prioritairement par les experts ne faisaient pas partie du programme du deuxième cycle. L'analyse du sous-groupe des internes donnait des résultats similaires aux résultats généraux, reflétant ainsi d'une bonne évaluation des besoins des internes par le panel d'experts choisis.

Les 3 domaines priorisés par le groupe étaient :

- « Concept de santé sexuelle » : ce concept n'est actuellement pas encore enseigné aux futurs médecins, et pourtant, cette définition, globale, profondément éthique et respectueuse de l'être humain, donne une base solide et rapide sur la place du généraliste. Il est donc logique de la trouver comme objectif prioritaire dans une telle formation.
- « Aspects psychologiques et affectifs en lien avec la sexualité » : cet item est présent dans les objectifs de l'OMS [1] et retrouvé dans les besoins des internes [16]. Dans la classification de Badeau (1998) sur les différentes dimensions de la sexualité, l'aspect affectif renvoie aux émotions. L'aspect psychologique, quant à lui, renvoie au rapport au corps, à l'estime de soi, à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre [25]. Cet item reste donc assez vaste par la multitude des idées

auxquelles il se rapporte. Et l'interprétation de son contenu peut être très variable d'un expert à un autre. Néanmoins, les experts n'ayant pas demandé de le préciser, celui-ci n'a pas été reformulé.

- Dépistage et prise en charge des violences sexuelles : ce sujet est d'actualité, de fréquence non négligeable et d'impact majeur. Aussi, le panel d'experts (dont les internes) y est sensibilisé.

5.1.4 Choix du modèle de consultation en lien avec la sexualité

Parmi les trois modèles soumis à un choix unique, c'est celui de la CBS (Consultation Brève relative à la Sexualité) qui a été choisi par la majorité du groupe. Ceci est en accord avec les recommandations de l'OMS qui a créé ce modèle en réponse aux problématiques actuelles de santé sexuelle.

5.2 Réflexion sur la forme

La question de la forme d'une telle formation paraissait pertinente. Cependant, le cadre de cette étude, employant la technique DELPHI®, n'était pas adapté sur le plan méthodologique pour répondre de manière validée à une telle question. Ainsi, malgré une analyse rigoureuse, inspirée de la méthodologie qualitative, les résultats ne sont qu'une trame à interpréter avec prudence, et seraient à confirmer par une étude adaptée.

5.3 Forces de l'étude

5.3.1 Qualité méthodologique

La technique DELPHI® est une méthode d'élaboration de consensus validée et donc adaptée à la question de recherche. Les critères de qualité méthodologique, ont été respectés tels que :

- Anonymisation de tous les résultats : garantissant une libre expression des experts sans l'influence d'un leader d'opinion.
- Nombre suffisant d'experts inclus (> 15 dans la littérature [21]).
- Faible nombre de perdus de vue (4 perdus de vue depuis l'inclusion soit 13%, mais 2 seulement à partir du 1^{er} tour soit 7%).
- Emploi, pour la cotation des objectifs pédagogiques, d'une échelle classiquement utilisée en méthodologie DELPHI® (échelle ordinale de 1 à 9) [21].
- Recrutement d'experts qualifiés sur la thématique abordée. Et, en priorisant des participants cumulant plusieurs compétences, valorisant ainsi un regard transversal sur la question.

5.3.2 La définition du consensus

La définition du consensus n'est pas strictement établie dans la littérature [26]. Selon les références, celui-ci peut être reconnu comme un pourcentage de réponses dans l'intervalle de la médiane supérieur ou égal à 50%, ou 70% (comme utilisé dans cette étude), voire 80% [27]. Une autre définition, celle de la RAND-UCLA, détermine qu'il y a consensus si la distance inter-percentile (IPR), correspondant à l'intervalle entre le 30e percentile (IP30) et le 70e percentile (IP70), se situe dans le même intervalle que la médiane [28].

A posteriori, les résultats ont été comparés à la définition de la RAND-UCLA. Ils se sont avérés strictement similaires pour les trois tours, ce qui renforce la validité du consensus obtenu. Cf. Annexes 11.11 (1^{er} tour), 11.15 (2^{ème} tour) et 11.18 (3^{ème} tour).

5.3.3 Une convergence forte du groupe

Sur les 56 objectifs pédagogiques soumis sur l'ensemble des tours, seuls 5 n'ont pas fait consensus stricto sensu au sein du groupe d'experts. Et la stabilité des résultats entre les tours pour ces 5 items a finalement permis de statuer, n'en laissant aucun en suspens.

5.3.4 Avis extrêmes

La principale limite de la méthode DELPHI®, est qu'elle ne retient pas les avis extrêmes. Ce biais a été pris en compte en faisant le choix de soumettre à nouveau les propositions qui avaient obtenu un accord consensuel mais pour lesquelles un commentaire exprimait un avis contraire. Il était ainsi donné la possibilité aux experts de réviser leur opinion au tour suivant, à la lumière des avis extrêmes.

5.3.5 Apport des Commentaires

L'obligation méthodologique de créer un questionnaire initial, entraîne un risque d'étouffer l'émergence d'idées nouvelles. La possibilité via les questions ouvertes de faire de nouvelles propositions, avait pour objectif de limiter ce biais, et a permis ainsi l'émergence de 12 nouveaux objectifs pédagogiques.

5.3.6 Critère d'applicabilité au réel

Le but de ce travail purement théorique était de pouvoir proposer les lignes directrices d'une telle formation, en vue de son application pratique ultérieure. Il fallait donc que les résultats obtenus soient réalistes. Cette contrainte a été respectée tout au long du travail et a notamment justifié les variations de méthodologie au 3^e tour.

5.4 Limites de l'étude

5.4.1 Biais de sélection des experts

La santé sexuelle étant une matière pluridisciplinaire, il était impossible de recruter des experts ayant chacun toutes les compétences recherchées. Aussi, l'objectif a été de tendre vers une répartition des qualifications au sein du groupe, qui serait pertinente au vu de la question posée. Il a ainsi été décidé par les investigateurs de recruter une majorité de médecins généralistes (qui avaient d'ailleurs souvent une voire deux compétences supplémentaires), d'avoir également le regard d'autres spécialistes, et d'inclure quand même une petite proportion d'internes (car principaux concernés dans le cadre de la formation initiale). Ce choix peut être un biais de sélection.

5.4.2 Biais de suggestibilité

Comme décrit plus haut, le fait de proposer un questionnaire initial limite l'émergence d'idées nouvelles, appelé biais de suggestibilité. Cet effet a été limité par la prise en compte des avis extrêmes via la possibilité d'émettre en commentaire de nouvelles propositions.

5.4.3 Nuances dans la méthodologie au 3^e tour

Dans un souci d'applicabilité au réel, au 3^e tour, deux nouvelles méthodes d'analyse ont été mises en place pour certains items (choix de 1 parmi 3, et sélection des trois premiers d'un classement). Ces résultats sont à nuancer car obtenus grâce à une analyse non validée en méthodologie DELPHI®.

5.4.4 Implication hétérogène des experts

Bien qu'incités à laisser des commentaires via des questions ouvertes multiples sur chaque tour, l'analyse des commentaires a montré que les experts ont commenté ce travail de manière hétérogène.

5.5 Validité externe

Ce travail est le premier sur cette question, et ne peut donc être comparé directement à la littérature. Néanmoins, les résultats obtenus sont en accord avec les recommandations internationales (OMS) et nationales (HCSP). En effet, celles-ci prônent une prise en compte volontariste de la dimension « santé sexuelle » au sein de la consultation. Elles appellent à une approche holistique et positive de celle-ci, et à développer des attitudes et valeurs qui lui sont favorables, telles que l'ouverture d'esprit, le respect de soi et d'autrui...

Cette conformité aux recommandations actuelles confère donc à cette étude une certaine validité externe [1,3].

6 CONCLUSION

Cette étude DELPHI® a permis d'élaborer, par consensus d'experts, un référentiel d'objectifs pédagogiques pour enrichir la formation des internes à l'abord de la sexualité en médecine générale. Ce travail, original et unique, est en accord avec les recommandations actuelles, nationales (HCSP) et internationales (OMS).

En définitive, les compétences nécessaires pour intégrer la santé sexuelle dans sa pratique, s'avèrent être très proches de celles que le médecin généraliste utilise déjà quotidiennement :

- Privilégier une approche globale et transversale du patient.
- Centrer la relation médecin-patient sur le patient.
- Être à l'écoute et accompagner le patient vers une décision partagée.
- Informer et éduquer le patient pour le rendre autonome.

Cet exercice peut s'avérer complexe, parfois difficile. C'est là toute la spécificité et la richesse de la médecine générale.

7 RÉSUMÉ

La santé sexuelle contribue à la santé globale des patients. Spécialiste de premier recours, le médecin généraliste en est un acteur privilégié. Au-delà du souhait des patients, l'abord de la sexualité reste complexe et rare en consultation. Les freins sont nombreux. La formation à ce propos reste timide, inégale et non consensuelle au cours du cursus universitaire de médecine générale (MG). Ainsi, quel devrait être le contenu d'une formation à l'abord de la sexualité en consultation de MG, destinée aux internes en MG, et quelle pourrait en être la forme ?

Par consensus d'experts Delphi, ce travail a permis d'élaborer un référentiel de 44 objectifs pédagogiques répartis en 4 catégories : « Travail sur soi », « Communication : être proactif », « Gestion d'une consultation en lien avec la sexualité » et « Renforcement des connaissances ». Les compétences prônées étaient : légitimité, neutralité, non-jugement, ouverture d'esprit, empathie, qualités de communication et relation médecin-patient centrée sur le patient. Les connaissances prioritaires étaient : connaître le concept de santé sexuelle, aspects psychologiques et affectifs de la sexualité, dépistage et prise en charge des violences sexuelles. La réflexion sur la forme d'une telle formation ouvrait sur une approche constructiviste, interactive et pluridisciplinaire. Les résultats de ce travail original et unique, sont en accord avec les recommandations internationales (OMS) et nationales, donnant ainsi les lignes directrices à la mise en place d'une telle formation.

8 ABSTRACT

DEVELOPMENT BY DELPHI® METHOD OF THE TRAINING CONTENT OF SEXUALITY APPROACH IN GENERAL PRACTICE, INTENDED FOR RESIDENTS, AND REFLECTION ON ITS FORM

Sexual health contributes to global health of the patients. As a first resort, the general practitioner is a privileged actor of it. Apart from the wish of patients, the approach to sexuality remains complex and rare in consultation. There are several brakes remaining. This educational topic continues to be shy, unequal and non-consensual in general medicine (GM) studies. In this way, what should be the training content to approach sexuality in consultation, intended for GM residents, and which form would it take?

By consensus of experts Delphi, this work established a report of 44 educational goals divided into 4 categories: "Work on oneself", "Communication: to be proactive", "Management of a consultation related to sexuality" and "Knowledge Building". The skills advocated were: legitimacy, neutrality, non-judgment, open-mindedness, empathy, communication skills and patient-centered physician-patient relationship. Prioritized knowledges were: to know the concept of sexual health, psychological and emotional aspects of sexuality, the screening and management of sexual violence. Reflection on the form of such training opened on a constructivist, interactive and multidisciplinary approach. The results of this original and unique work are in agreement with international (WHO) and national recommendations, thus giving guidelines for setting up such training.

9 BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Santé sexuelle et reproductive Compétences de base en soins primaires [Internet]. OMS; 2012 [cité 1 juin 2018] p. 1-70. (Bibliothèque de l'OMS). Disponible sur:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77743/9789242501001_fre.pdf?sequence=1
2. INPES. Une approche positive et respectueuse de la sexualité, définition de la santé sexuelle d'après la définition de l'OMS (2002) [Internet]. INPES - Information sexuelle. 2012 [cité 7 juin 2018]. Disponible sur:
http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/information_sexuelle/index.asp
3. HCSP. Rapport : Santé sexuelle et reproductive [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 mars [cité 10 déc 2017] p. 20. Disponible sur:
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550>
4. Allen J, Heyrman jan, Svab I. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille - WONCA Europe [Internet]. 2002 p. 52. Disponible sur:
<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
5. Bajos N, Bozon M, Godelier M. Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé. Beltzer N, éditeur. Paris, France: La Découverte, impr. 2008; 2008. 609 p.
6. Donguy E. Quels sont les obstacles au dépistage du VIH, et à l'abord de la sexualité, en cabinet de médecine générale? Représentations des patients [Internet]. 2012. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01471577/document>
7. Lemaire A, Colson M-H, Alexandre B, Bosio-leGoux B, Klein P. Pourquoi les patients qui ont des difficultés sexuelles ne consultent-ils pas plus souvent? *Sexologies*. 2008;18(1):32-7.
8. Freedman E, Britt H, Harrison CM, Mindel A. Sexual health problems managed in Australian general practice: a national, cross sectional survey. *Sex Transm Infect*. févr 2006;82(1):61-6.
9. 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(13178):6.
10. Oriol S. Abord de la sexualité en consultation de médecine générale: méthodes, expériences et représentations utilisées par les médecins [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2009.
11. Tartu N. Les freins à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale: étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine [Thèse

d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2016.

12. Temple-Smith M, Hammond J, Pyett P, Presswell N. Barriers to sexual history taking in general practice. *Aust Fam Physician*. sept 1996;25(9 Suppl 2):71-4.

13. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Family Practice*. 10 janv 2004;21(5):528-36.

14. Chambelland L. Exploration des difficultés des internes en médecine générale pour communiquer en santé sexuelle avec les patients [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/d7c77acc-9353-4a07-b2ad-548560c98354>

15. Périchon Ecot A. La relation médecin-patient dans l'abord de la santé sexuelle et reproductive: analyse des traces d'apprentissage produites par les internes du Département de médecine générale Paris-Diderot [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot; 2016.

16. Vallée J. Enseigner la prise en charge de la plainte sexuelle. *Exercer, la revue francophone de Médecine Générale*. 2008;19(81):49-51.

17. Annon JS. The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of Sex Education and Therapy*. 1 avr 1976;2(1):1-15.

18. Mick J, Hughes M, Cohen MZ. Using the BETTER Model to assess sexuality. *Clin J Oncol Nurs*. févr 2004;8(1):84-6.

19. OMS. Communication brève relative à la sexualité (CBS) - Recommandations pour une approche de santé publique [Internet]. 2015 mai [cité 11 déc 2017] p. 70. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexuality-related-communication/fr/

20. Chaire Unesco, Université Paris Diderot, Santé sexuelle et droits Humains. FUN - La santé sexuelle pour tous [Internet]. [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.fun-mooc.fr/courses/course-v1:parisdiderot+56005+session01/about>

21. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? *Exercer, la revue francophone de Médecine Générale*. 2011;22(99):170-7.

22. Hasson F, Keeney S, Mckenna H. Research guidelines for the Delphi Survey Technique. Vol. 32. 2000. 1008 p.

23. Girault I. Théories d'apprentissage et Théories didactiques. Cours de master IC2A / Spécialité didactique des sciences. Université de Grenoble [Internet]. 2007 oct. Disponible sur: http://imss-www.upmf-grenoble.fr/prevert/SpecialiteDEMS/Cours%202007/UE1/Theories_Apprentissage_m aster.pdf

24. Besson A. Le patient expert dans les établissements de santé. [Internet]. 2013

[cité 1 août 2018]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/469505/>

25. Badeau D. La cinquantaine au masculin en regard de l'expression de la sexualité : pistes pour une intervention sexologique. *Contrasexion*, vol. 15, no. 1, p. 3-21 [Internet]. 1998 [cité 8 août 2018]. Disponible sur: http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/jeunes/thematiques/sexoclic/pourquoi/les_six_dimensions.html

26. Hsu C-C, Sandford BA. The Delphi Technique: Making Sense Of Consensus. *Practical Assessment, Research & Evaluation*,. 2007;12(10):8.

27. À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? Auteurs : Letrilliart L, Vanmeerbeek M. [Internet]. *exercer, la revue francophone de Médecine Générale*. [cité 16 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr>

28. Fitch K, éditeur. *The Rand/UCLA appropriateness method user's manual*. Santa Monica: Rand; 2001. 109 p.

29. Taylor B, Davis S. Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nurs Stand*. 22 nov 2006;21(11):35-40.

10 TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	8
SOMMAIRE	12
LISTE DES ABREVIATIONS	13
1 INTRODUCTION	14
1.1 QU'EST-CE QUE LA SANTE SEXUELLE ?	14
1.2 POURQUOI PARLER DE SANTE SEXUELLE EN MEDECINE GENERALE ?.....	15
1.3 POSITION DU MEDECIN GENERALISTE : LE PARADOXE.....	16
1.4 COMMENT TRAITER DE SEXUALITE EN CONSULTATION ?.....	17
1.5 FORMATION ACTUELLE DES MEDECINS GENERALISTES	18
2 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	19
3 MATÉRIEL ET MÉTHODES	20
3.1 ACCORDS PRÉALABLES À L'ÉTUDE.....	20
3.2 MÉTHODE DELPHI®	20
3.3 LES EXPERTS	20
3.4 REALISATION DES QUESTIONNAIRES ET DEROULEMENT	21
3.5 ANALYSE	23
4 RÉSULTATS	27
4.1 DONNEES GENERALES	27
4.2 LES EXPERTS : DONNEES SOCIOPROFESSIONNELLES	27
4.3 RESULTATS DU PREMIER TOUR	28
4.4 RESULTATS DU DEUXIEME TOUR.....	29
4.5 RESULTATS DU TROISIEME TOUR.....	30
4.6 SYNTHESE DES RESULTATS A L'ISSUE DES 3 TOURS	30
4.7 ANALYSE QUALITATIVE DE LA FORME DE LA FORMATION	34
5 DISCUSSION	38
5.1 DISCUSSION AUTOUR DES RESULTATS STATISTIQUES	38
5.2 REFLEXION SUR LA FORME.....	41
5.3 FORCES DE L'ÉTUDE	42
5.4 LIMITES DE L'ÉTUDE.....	44
5.5 VALIDITE EXTERNE.....	45
6 CONCLUSION	46
7 RÉSUMÉ	47
8 ABSTRACT	48
9 BIBLIOGRAPHIE	49
10 TABLE DES MATIÈRES	52
11 ANNEXES	54
11.1 ANNEXE SANTE SEXUELLE ET ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE	54
11.2 MAIL DE RECRUTEMENT DES EXPERTS	57
11.3 PIECE-JOINTE EXPLICATIVE METHODE DELPHI	58
11.4 COURRIEL D'INVITATION AUX EXPERTS POUR LE PREMIER TOUR	59
11.5 COURRIEL D'INVITATION AUX EXPERTS POUR LE DEUXIEME TOUR.....	60
11.6 COURRIEL D'INVITATION AUX EXPERTS POUR LE TROISIEME TOUR.....	61

11.7	QUESTIONNAIRE 1 ^{ER} TOUR.....	62
11.8	QUESTIONNAIRE 2 ^{EME} TOUR.....	66
11.9	QUESTIONNAIRE 3 ^{EME} TOUR.....	69
11.10	DONNEES SOCIO-PROFESSIONNELLES DES EXPERTS.....	71
11.11	RESULTATS STATISTIQUES DU 1 ^{ER} TOUR.....	73
11.12	COMMENTAIRES AYANT SERVI A LA REFORMULATION DE CERTAINES PROPOSITIONS (1 ^{ER} TOUR).....	76
11.13	RECUEIL COMPLET DES COMMENTAIRES (1 ^{ER} TOUR).....	78
11.14	RECUEIL DES REPONSES A LA QUESTION DE LA FORME.....	85
11.15	RESULTATS STATISTIQUES DU 2 ^{EME} TOUR.....	88
11.16	COMMENTAIRES AYANT SERVI A LA REFORMULATION DE CERTAINES PROPOSITIONS (2 ^{EME} TOUR).....	90
11.17	RECUEIL COMPLET DES COMMENTAIRES (2 ^{EME} TOUR) :.....	93
11.18	RESULTATS STATISTIQUES DU 3 ^{EME} TOUR.....	97
11.19	MODELES CBS, EX-PLISSIT ET BETTER.....	99

11 ANNEXES

11.1 Annexe santé sexuelle et enjeux de santé publique

Du fait de son caractère pluridisciplinaire, la santé sexuelle impacte sur de nombreuses thématiques en lien avec la santé globale des patients. Quelques chiffres, non-exhaustifs, sont détaillés ci-après pour illustrer les enjeux à l'échelle individuelle et publique de ces problématiques.

Dysfonctions sexuelles

En 2006, en France, 12% de femmes et 9% d'hommes déclaraient avoir eu au moins une dysfonction sexuelle dans l'année, dont respectivement 10% de troubles du désir chez la femme et 10% de troubles de l'excitation ou de l'érection chez l'homme (1). Symptôme sentinelle, la dysfonction érectile est souvent le premier signe des pathologies cardiovasculaires (2). Et, cause ou conséquence, les états dépressifs sont les affections les plus liées aux troubles sexuels (1).

Violences

« En France une femme meurt tous les trois jours sous les coups de son conjoint ».

Plus de 80% des victimes de violences domestiques sont des femmes et dans plus de 70% des cas l'agresseur est connu de la victime. Seules ¼ de ces femmes consultent un médecin dans les suites et moins de 10% portent plainte (3).

Reproduction IVG contraception :

En France une grossesse sur trois est déclarée comme « non-désirée » dont un tiers sans contraception (4). De plus, le gradient social est marqué, laissant les pratiques contraceptives les plus défavorables aux catégories les moins éduquées (5).

VIH

L'épidémie du VIH se poursuit avec 6000 nouveaux cas déclarés en 2017 (6). Elle touche prioritairement les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) (44%) puis les personnes nées à l'étranger (surtout Afrique sub-saharienne). Ceci, malgré les recommandations de dépistage ciblant notamment les populations à risque sus-citées, mais également étendue en population générale recommandant le

dépistage au moins une fois au cours de la vie entre 15 et 70 ans (7). Les traitements évoluent rapidement et actuellement il en est proposé à différentes étapes de l'infection : traitement pré-exposition (PreP), post-exposition et TASP (*treatment as prevention*), qui a ainsi transformé le SIDA initialement rapidement fatal en maladie chronique si traitée précocement et contrôlée.

Autres IST

En 2017, il y a eu plus de 1500 cas déclarés de gonococcies et autant de syphilis, avec une nette prédominance chez les HSH (respectivement 70% et 80% des cas) (6). Ce sous-groupe est également plus à risque que la population générale pour l'hépatite A et le méningocoque C d'où l'extension de la vaccination à cette population (8).

Cette même année, il y a eu 15 000 cas d'infections à *Chlamydiae Trachomatis* dont 2/3 de femmes de 15 à 24 ans, alors que l'infection reste asymptomatique dans près de la moitié des cas (6). Du fait des complications chez la femme (stérilité, algies pelviennes chroniques, grossesses extra utérines), le dépistage large et fréquent de cette infection est donc primordial.

Publics spécifiques

En plus du versant infectieux, il est également pertinent de connaître l'appartenance de son patient au sous-groupe LGBTQ du fait d'une plus grande fréquence de dépressions, addictions et suicides dans cette population (9).

Les populations handicapées et les personnes âgées sont souvent à tort classées comme un sous-groupe sans sexualité. En réponse à ce constat, le HCSP recommande de poser un regard favorable et d'en permettre l'expression (8).

Bibliographie de l'annexe 11.1

1. Bajos N, Bozon M, Godelier M. Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé. Beltzer N, éditeur. Paris, France: La Découverte, impr. 2008; 2008. 609 p.
2. Uddin SMI, Mirbolouk M, Dardari Z, Feldman DI, Cainzos-Achirica M, DeFilippis AP, et al. Erectile Dysfunction as an Independent Predictor of Future Cardiovascular Events: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Circulation*. 11 juin 2018;
3. Palisse M. Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes [Internet]. [Paris, France]: Paris Descartes; 2013 [cité 14 juin 2018]. Disponible sur: <https://core.ac.uk/download/pdf/52192986.pdf>
4. HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. 2013 [cité 14 juin 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
5. Bajos N, Rouzeau-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif? *Population et Sociétés* [Internet]. 2014^e éd. [cité 14 juin 2018]; Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19893/population.societes.2014.511.crise.pilule.fr.pdf
6. Chlamydioses, gonococcies, Syphilis : les chiffres des infections sexuellement transmissibles en 2017 | Vih.org [Internet]. [cité 13 nov 2018]. Disponible sur: <http://vih.org/20171220/chlamydioses-gonococcies-syphilis-chiffres-infections-sexuellement-transmissibles-en-2017>
7. HAS. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France [Internet]. 2017 mars [cité 16 juin 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir2/reevaluation_de_la_strategie_depistage_vih_-_recommandation.pdf
8. HCSP. Rapport : Santé sexuelle et reproductive [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 mars [cité 10 déc 2017] p. 20. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550>
9. Jedrzejewski T. EGaLe-MG: état des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France : réflexions sur le contexte et les données actuelles, l'histoire et les subjectivités gays et lesbiennes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine;

11.2 Mail de recrutement des experts

Objet : Thèse de Médecine Générale - "Formation à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale : quelles aptitudes et connaissances développer chez les internes ?"



Bonjour,

Internes en médecine générale à Grenoble, nous vous contactons par rapport à notre travail de Thèse sur l'élaboration d'une formation à l'abord de la sexualité en consultation pour les internes de médecine générale.

En effet, parler de sexualité est primordial de par la fréquence des troubles et l'importance des domaines touchés. Cependant, bien que les patients soient souvent dans l'attente que leur médecin instaure la discussion, ceci est peu réalisé en pratique, notamment parce que - tel que la littérature le décrit - certains médecins généralistes expriment des difficultés à aborder le sujet.

Dans ce domaine, la formation initiale des internes reste limitée aux items de l'internat et son contenu est principalement théorique. Comment alors, l'enrichir de manière pertinente pour que parler de sexualité soit plus facile en consultation?

Afin de pouvoir par la suite exploiter nos résultats, nous choisissons de fixer un cadre réaliste à celle-ci: elle devra pouvoir être contenue dans un séminaire de 7 heures, accessible à tout interne de médecine générale .

Pour répondre à notre problématique nous avons choisi comme technique d'élaboration de consensus la Méthode Delphi. Celle-ci consiste en l'interrogation itérative d'un panel d'experts sur différentes propositions. Est défini comme expert toute personne ayant une connaissance du sujet traité pour tout ou partie.

Vous trouverez dans le document annexe joint, plus de détails sur la méthode DELPHI.

L'intérêt de notre travail réside dans le fait de confronter les opinions d'experts ayant des compétences et pratiques très diverses, mais complémentaires: médecins généralistes, internes, urologues, gynécologues, responsables de formation , psychologues, psychiatres, sexologues, sage femmes, ... afin d'obtenir un consensus pluridisciplinaire fort.

C'est pourquoi nous avons besoin de vous !

En pratique, l'étude se déroule en 3 étapes. A chacune d'elle vous aurez à apprécier l'intérêt des propositions via un questionnaire en ligne d'une durée de moins de 45 minutes. Les propositions initiales seront tirées de notre recherche bibliographique et les suivantes résulteront de l'analyse de vos réponses aux tours précédents.

Selon notre calendrier prévisionnel, l'étude se déroulera de début avril à fin juin 2018. A la fin de cette étude, nous vous transmettrons nos résultats.

En espérant que notre travail attirera votre attention et que vous accepterez de participer à cette réflexion, nous restons à votre disposition pour toute question.

Nous vous serions grés de nous confirmer votre participation, en y joignant l'adresse mail à laquelle vous souhaitez que nous vous contactions ainsi qu'un numéro de téléphone.

Anaïs BOREL et Evelyne MERTZ

Travail de Thèse de Médecine Générale dirigé par le Docteur Dominique LAMY- DMG Grenoble

11.3 Pièce-jointe explicative méthode DELPHI

Tout d'abord, merci de votre curiosité pour notre travail.

La technique Delphi est une méthode d'élaboration de consensus. Elle permet d'obtenir un avis final unique et convergent d'un groupe d'experts. Le principe est d'interroger les différentes personnalités sur la base d'un questionnaire structuré, auto-administré, de manière itérative et interactive, sans qu'il y ait de communication directe entre elles.

Les principaux avantages de cette méthode sont l'anonymat, qui permet d'éviter l'influence d'un leader d'opinion et l'interrogation distance, qui brise les limites géographiques et laisse chaque expert le temps de la réflexion.

A partir de nos recherches, concernant l'abord de la sexualité en consultation, nous avons établi une liste de propositions pouvant être pertinentes dans la formation des internes à ce sujet.

Nous souhaitons connaître d'une part votre appréciation concernant chacune d'entre elles, mais également l'intérêt de sa présence ou non dans une formation à destination des internes.

Le but est de mettre en évidence quels sont les points importants, les messages clés à délivrer aux internes, pour que la discussion sur la sexualité entre futur médecin et patient soit plus aisée.

L'objectif général de la formation sera "être à l'aise pour aborder la sexualité en consultation de médecine générale".

Premier tour : Pour chacune des propositions, nous vous demanderons d'indiquer votre niveau d'accord, en cochant votre choix sur une échelle cotée de 1 à 9 ("1" étant considéré comme « désaccord complet » – "9" comme « accord total »).

Ce tour est ouvert et exploratoire, ainsi, après chaque groupement de questions, nous vous inviterons à laisser un commentaire pour appuyer votre cotation, proposer une nouvelle formulation ou faire de nouvelles propositions.

Deuxième tour : Après le premier tour de l'enquête, certains items auront pu être validés ou éliminés d'emblée, et ne vous seront donc plus présentés. Ceux que nous vous proposerons alors, seront ceux qui auront été considérés comme équivoques ou inappropriés, ou ceux pour lesquels il existe un désaccord entre experts. Nous les aurons au préalable retravaillés à l'aide des commentaires laissés au premier tour.

Pour chaque item nous vous informerons de la médiane accordée par le groupe et de la cotation que vous lui aviez attribuée initialement. Vous serez ainsi invité à réévaluer votre degré d'accord avec chaque proposition et ce en connaissance de l'avis du groupe au tour précédent.

La cotation se faisant toujours selon l'échelle de 1 à 9, et nous vous inviterons à nouveau à laisser des commentaires pour chacune des propositions.

Troisième et dernier tour : Le principe de cotation sera le même que pour les tours précédents. Par contre, les items proposés étant tirés de vos avis (via notre analyse et synthèse), ils seront définis comme non-modifiables et seront ainsi soit validés soit éliminés, afin d'obtenir un consensus final unique et convergent.

Informations pratiques quant à notre projet :

- Seul impératif : disposer d'une connexion internet et d'une adresse mail: questionnaires en ligne, dont les liens vous seront envoyés sur l'adresse mail que vous nous aurez communiquée au préalable. En cas de non réponse nous vous adresserons une relance sous 15 jours.

- Durée du questionnaire : environ 30 minutes / 3 tours successifs entre avril et juin 2018

- Vous pouvez nous contacter par mail ou téléphone pour toute question (cf infra), n'hésitez pas !

Nous vous remercions par avance du temps que vous nous consacrerez !

Anaïs BOREL et Evelyne MERTZ

11.4 Courriel d'invitation aux experts pour le premier tour

Objet : Invitation 1er tour Delphi / thèse abord de la sexualité



Cher(e) {NOM},

Vous avez accepté de participer à notre travail de thèse, merci !

Nous vous invitons à prendre part à ce 1er tour de ronde DELPHI, en cliquant sur le lien suivant: {lien URL}

Celui-ci est intitulé : « FORMATION A L'ABORD DE LA SEXUALITE EN CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE – PREMIER TOUR »

Afin de pouvoir vous proposer l'ensemble des tours du Delphi sur une durée totale acceptable; en l'absence de réponse de votre part sous 10 jours, nous vous enverrons une relance, vous laissant encore 7 jours supplémentaires.

Dans l'attente de vous lire,

Anaïs BOREL et Evelyne MERTZ

11.5 Courriel d'invitation aux experts pour le deuxième tour

Objet : Préalable au deuxième tour Delphi - Thèse « Formation à l'abord de la sexualité »



Bonjour,

Nous vous remercions d'avoir participé au premier tour Delphi de notre travail de thèse. Ci-dessous quelques informations pour préparer le 2ème tour.

Pour rappel l'objectif de cette étude est de déterminer le contenu d'une formation destinée aux internes de médecine générale pour que l'abord de la sexualité soit plus facile en consultation.

En résumé de l'analyse du 1^{er} tour:

- 11 propositions sur les 45 soumises, ont été validées d'emblée (médiane supérieure ou égale à 7 avec plus de 70% des réponses supérieures ou égales à 7; et en l'absence de commentaire contradictoire); celles-ci ne vous seront donc plus proposées.
- Pour les 34 restantes ; certaines ont été reformulées à l'aide de vos commentaires ; d'autres vous seront proposées inchangées.

Pour ce 2^{ème} tour ; vous serez invités à réévaluer votre position pour chacun des items proposés ; cette fois-ci en connaissance de la position du groupe et des commentaires.

Pour ce faire, vous trouverez en pièce jointe :

- Les résultats du groupe en regard de votre cotation pour chacun des items du 1^{er} tour
- Et le recueil des commentaires, anonymisés.

Nous vous invitons à en prendre connaissance d'ores et déjà; et à y avoir accès aisément lorsque vous répondrez au questionnaire du 2^{ème} tour qui sera ouvert du 2 au 27 mai 2018.

Nous vous remercions par avance du temps consacré à ce travail.
N'hésitez pas à nous contacter pour toute question.

Anaïs BOREL et Evelyne MERTZ

Travail de Thèse de Médecine Générale dirigé par le Dr Dominique LAMY- DMG Grenoble

11.6 Courriel d'invitation aux experts pour le troisième tour

Objet : Préalable au troisième tour Delphi - Thèse «Formation à l'abord de la sexualité»



Bonjour,

Nous vous remercions d'avoir participé au 2ème tour Delphi de notre travail de thèse.

Pour rappel l'objectif de cette étude est de déterminer le contenu d'une formation destinée aux internes de médecine générale pour que l'abord de la sexualité soit plus facile en consultation.

En résumé de l'analyse du 2ème tour: 19 propositions sur les 42 soumises, ont été validées.

Les propositions restantes vous seront à nouveau soumises dont certaines avec un mode d'interrogation différent : choix parmi un panel de réponses ou classer vos réponses.

Vous pourrez encore une fois réévaluer votre position pour chacun des items proposés, en connaissance de la position du groupe et des commentaires.

Pour ce faire, vous trouverez en pièce jointe :

- Les résultats du groupe en regard de votre cotation pour chacun des items du 2^{ème} tour
- Et le recueil des commentaires, anonymisés.

Nous vous invitons à en prendre connaissance d'ores et déjà; et à y avoir accès aisément lorsque vous répondrez au questionnaire du 3^{ème} tour qui sera **ouvert du 3 au 30 juin 2018**.

Il ne comporte que 10 questions.

Nous vous remercions par avance du temps consacré à ce travail. N'hésitez pas à nous contacter pour toute question.

Anaïs BOREL et Evelyne MERTZ

Travail de Thèse de Médecine Générale dirigé par le Docteur Dominique LAMY- DMG Grenoble

11.7 Questionnaire 1^{er} tour

Bonjour,

Tout d'abord, merci d'avoir accepté de participer à notre travail de thèse.

Le but de ce travail est d'obtenir un consensus sur les principales compétences et connaissances que devrait acquérir un interne de médecine générale afin d'aborder plus facilement la sexualité en consultation.

Pour ce premier tour, nous vous demandons votre avis sur les différents items en les notant de 1 à 9 selon leur pertinence.

Ce tour est volontairement ouvert et exploratoire : nous vous invitons à laisser des commentaires, reformuler et faire d'autres propositions à la fin de chaque sous partie.

A vous de jouer !

Anaïs BOREL et Evelyne MERTZ

Pour toute question ou si vous rencontrez un problème, vous pouvez bien sûr nous joindre par mail ou par téléphone

Anaïs BOREL Evelyne MERTZ

[Données à caractère personnel]

PRÉSENTATION

Quelle est votre profession ?*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous . Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre' :

- Médecin généraliste
- Interne en médecine générale
- Gynécologue-obstétricien
- Sage-femme
- Urologue
- Sexologue
- Autre

Avez vous une qualification spécifique (théorique et/ou pratique) concernant:

- la sexualité ?
- l'enseignement ?
- la communication ?*

- Oui
- Non

Si oui Laquelle ? *

PARTIE A : = COMMUNICATION : TRAVAIL SUR SOI

- Notez de 1 à 9 la pertinence des objectifs pédagogiques suivants, tel que:

1: Pas du tout pertinent

9: Tout à fait pertinent

- A la fin de chaque page, se trouve une question libre pour tout commentaire, reformulation ou nouvelle proposition.

- L'aide (?) se situe toujours à la fin d'une question

1. Prendre connaissance de ses propres perceptions, opinions et normes envers la sexualité , pour s'en détacher *

1 2 3 4 5 6 7 8 9.
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

2. Connaître les normes sociales en matière de sexualité et s'en détacher *

1 2 3 4 5 6 7 8 9.
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

3. Acquérir une position a-normée *

1 2 3 4 5 6 7 8 9.
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

4. Savoir se détacher des difficultés habituelles liées à une différence médecin/patient (?) *

1 2 3 4 5 6 7 8 9.
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Aide : Difficultés liées à une différence médecin/patient retrouvées dans la littérature: différences d'âge / de genre / d'orientation sexuelle / de culture / de religion .

5. Savoir se détacher de ses a priori vis-à-vis de certains publics spécifiques (?) *

1 2 3 4 5 6 7 8 9.
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Aide : Publics spécifiques retrouvés dans la littérature : personnes âgées / personnes handicapées / adolescents / séropositifs et à haut risque d'IST / homosexuels et transsexuels

6. Savoir adopter la distance adéquate avec le patient dans la discussion sur la sexualité*

1 2 3 4 5 6 7 8 9.
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

7. Se sentir légitime en tant que médecin généraliste à aborder le thème de la sexualité *

1 2 3 4 5 6 7 8 9.
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

8. Développer une ouverture d'esprit sur les différentes perceptions de la sexualité *

1 2 3 4 5 6 7 8 9.
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

9. Savoir développer une écoute attentive, respectueuse, et sans jugement *

1 2 3 4 5 6 7 8 9.
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Avez-vous des commentaires concernant les items proposés dans cette sous-partie "travail sur soi", ou d'autres propositions ?

Merci de nous en faire part ci-dessous en précisant le numéro de l'item si besoin.

Veillez écrire votre réponse ici :

PARTIE B: COMMUNICATION - ETRE PROACTIF

- Notez de 1 à 9 la pertinence des objectifs pédagogiques suivants, tel que:

- 1: Pas du tout pertinent
9: Tout à fait pertinent

- A la fin de chaque page, se trouve une question libre pour tout commentaire, reformulation ou nouvelle proposition.

- L'aide (?) se situe toujours à la fin d'une question

1. Apprendre à aborder la sexualité dans les contextes suivants

	1	2	3	4	5	6	7	8	9.
Pendant un temps de prévention	<input type="radio"/>								
Lors du renouvellement d'un traitement au long cours	<input type="radio"/>								
Lors du premier contact avec un patient	<input type="radio"/>								
En partant d'un symptôme évocateur	<input type="radio"/>								
A partir d'un organe ou d'une fonction de proximité	<input type="radio"/>								
A partir d'un motif de consultation en lien avec la reproduction ou la sexualité	<input type="radio"/>								
Autre (à préciser en commentaire en fin de page)	<input type="radio"/>								

2. Savoir argumenter auprès du patient l'importance d'inclure la sexualité en consultation.*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="radio"/>								

3. Utiliser des techniques et outils de communication verbale *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Rappeler l'aspect confidentiel de la consultation	<input type="radio"/>								
Employer des adjectifs et pronoms neutres pour ne pas présager de la sexualité du patient	<input type="radio"/>								
Poser des questions ouvertes	<input type="radio"/>								
Proposer un panel de réponse	<input type="radio"/>								
Etre à l'aise avec le vocabulaire lié à la sexualité	<input type="radio"/>								
Opportunisme: savoir partir du discours du patient pour amener le sujet vers la sexualité en utilisant l'association d'idées	<input type="radio"/>								

4. Connaître des questionnaires standardisés en santé sexuelle (de dépistage, d'évaluation ...)

- questionnaires spécifiques à l'encontre de certains public (des adolescents ...)
- questionnaires généraux sur la base de listes de symptômes
- questionnaires d'évaluation globale de la sexualité féminine et masculine
- questionnaires spécifiques de certains troubles de la sexualité
- etc ...

1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="radio"/>								

Aide: Vous trouverez -pour exemples- quelques-uns de ces questionnaires en cliquant sur les liens ci-après:

- <http://www.urofrance.org/sites/default/files/fileadmin/documents/data/PU/2013/v23i9/S1166708713000110/main.pdf>
- <http://www.urofrance.org/sites/default/files/fileadmin/documents/data/PU/2006/PU-2006-00160174-2/TEXF-PU-2006-00160174-2.PDF>
- https://www.researchgate.net/figure/The-modified-Brief-Sexual-Symptom-Checklist-for-Men-BSSC-M_fig2_277610474

5. Avez-vous des commentaires concernant les items proposés dans cette sous-partie "être pro actif" ou bien d'autres propositions ?

Vous pouvez nous en faire part ci dessous en précisant le numéro de l'item si besoin

Veillez écrire votre réponse ici :

PARTIE C: RENFORCER LES CONNAISSANCES THÉORIQUES

- Notez de 1 à 9 la pertinence des objectifs pédagogiques suivants, tel que:

- 1: Pas du tout pertinent
9: Tout à fait pertinent

- A la fin de chaque page, se trouve une question libre pour tout commentaire, reformulation ou nouvelle proposition.

- L'aide (?) se situe toujours à la fin d'une question

Dans quels domaines apporter des connaissances aux internes

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Physiologie des sexualités féminine et masculine	<input type="radio"/>								
2. Dysfonctions sexuelles: diagnostic et thérapeutiques	<input type="radio"/>								
3. Infections sexuellement transmissibles : prévention, diagnostic et thérapeutiques	<input type="radio"/>								
4. Reproduction: Procréation médicalement assistée, interruption volontaire de grossesse, contraception	<input type="radio"/>								
5. Identité de genre et orientation sexuelle	<input type="radio"/>								

6. Aspects psychologiques et affectifs de la sexualité

7. Violences sexuelles : dépistage, prise en charge

8. Cadre légal en matière de sexualité

9. Connaître le concept de "santé sexuelle" (*)

Aide : Définition de la santé sexuelle selon l'OMS :
 « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité.
 La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence.

Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés.

La sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction.

La sexualité est vécue sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, ces dernières ne sont pas toujours vécues ou exprimées simultanément.

La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels. »

Avez-vous des commentaires concernant les items proposés dans cette sous-partie "renforcer les connaissances" ou bien d'autres propositions ?

Vous pouvez nous en faire part ci dessous en précisant le numéro de l'item si besoin

Veillez écrire votre réponse ici :

PARTIE D : GÉRER UNE CONSULTATION EN LIEN AVEC LA SEXUALITÉ

- Notez de 1 à 9 la pertinence des objectifs pédagogiques suivants, tel que :

1: Pas du tout pertinent

9: Tout à fait pertinent

- A la fin de chaque page, se trouve une question libre pour tout commentaire, reformulation ou nouvelle proposition.

- L'aide (?) se situe toujours à la fin d'une question

1. Recueil de l'anamnèse sexuelle : savoir questionner sur ...

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
L'orientation sexuelle du patient	<input type="radio"/>								
La prise de risque en sexualité	<input type="radio"/>								
L'utilisation d'une contraception	<input type="radio"/>								
La satisfaction sexuelle	<input type="radio"/>								
De potentielles violences sexuelles subies	<input type="radio"/>								

2. Savoir interroger le patient sur ses représentations, besoins, et attentes en matière de sexualité

1 2 3 4 5 6 7 8 9

3. Connaître certains modèles de consultation pour s'en inspirer

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Modèle EX-PLISSIT (*)	<input type="radio"/>								
Modèle BETTER (**)	<input type="radio"/>								
"Counseling" appliqué à la sexualité et BCS "Brève communication en sexualité" (***)	<input type="radio"/>								

Aide :

(*) Modèle EX-PLISSIT :

P (Permission) : Aborder la sexualité avec la permission du patient (implicite ou tacite ou non). Le médecin amène la question de la sexualité et encourage le patient à faire part de ses inquiétudes et à poser ses questions relatives à la sexualité.

LI (Limited Information) : Donner une information fiable sur l'anatomie et la physiologie de la fonction sexuelle et reproductive, les conduites à risques ... Donner des informations adaptées au patient : ses attentes et sa compréhension, en prenant compte de son milieu socio-religieux et culturel.

SS (Specific Suggestions) : Faire des suggestions spécifiques au patient : à sa pathologie, à ses attentes, à ses besoins. Les suggestions peuvent être des conseils, un traitement médicamenteux ou les deux.

IT (Intensive Therapy) : Intervention spécifique : Cette étape requiert une formation plus avancée et est généralement délivrée par un conseiller expert, d'où la nécessité de pouvoir référer.

(**) Modèle BETTER :

B (bring up): Soulever la question

E(explain): Expliquer pourquoi

T(tell): Offrir des ressources

T(time): Choisir le bon moment

E(educate): Enseigner

R(record): Noter les interventions

(***) Modèle de counseling appliqué à la sexualité : " Brève communication relative à la sexualité" (BCS):

Définition de l'ONUSIDA 2010 et OMS 2015 et d'après cet ouvrage « Santé sexuelle et droits humains : un enjeu pour l'humanité / sous la direction de Joëlle Mignot et Thierry Troussier »

Le counseling est « un processus dynamique de communication interpersonnelle entre un client et un conseiller qualifié, qui est lié par un code de déontologie, pour résoudre des problèmes et des difficultés personnelles, sociales ou psychologiques. Le conseil exige empathie, authenticité, absence de tout jugement moral ou personnel, et respect pour aider le client à explorer, découvrir et clarifier les moyens de faire face à son problème ... »

Les valeurs du counseling et de la BCS sont donc la primauté de l'individu et son autonomie, une relation entre patient et conseiller où l'empathie l'emporte sur l'autorité et une approche fondamentalement centrée sur l'individu.

La BCS est constituée des étapes successives suivantes :

- la prise de contact : physique (poignée de main), regard ; attitude d'écoute et mise en confiance du patient.

- l'ouverture de la discussion sur la santé sexuelle avec des questions ouvertes : permettant d'évaluer l'histoire médicale, sexuelle, psychologique et d'identifier les dimensions physiques, émotionnelles et mentales du patient.

- une écoute active (relancer, reformuler, synthétiser).

- interpréter ce que présente le patient et distinguer ce qui est des préoccupations et difficultés, des troubles et dysfonctions; et rechercher la dynamique entre tous ces éléments.

- informer, renforcer les compétences, personnaliser l'échange, reformuler de manière à construire le projet personnel.

- permettre au patient de chercher ses propres ressources pour résoudre son problème, étape par étape avec un retour sur chacune d'elles, utiliser des méthodes d'entretien motivationnel ; Prendre une décision partagée.

- orienter vers d'autres ressources en cas de besoin et mettre en place un suivi.

4. Savoir expliciter l'absence de norme en matière de sexualité *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

1. Pas du tout pertinent	2	3	4	5	6	7	8	9. Tout à fait pertinent
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Participer à l'éducation en santé sexuelle, en délivrant un message adapté au patient *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

1. Pas du tout pertinent	2	3	4	5	6	7	8	9. Tout à fait pertinent
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Connaître ses limites et savoir référer de manière adaptée *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

1. Pas du tout pertinent	2	3	4	5	6	7	8	9. Tout à fait pertinent
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous des commentaires concernant les items proposés dans cette sous-partie "gestion d'une consultation en lien avec la sexualité" ou bien d'autres propositions ?

Vous pouvez nous en faire part ci-dessous en précisant le numéro de l'item si besoin.

Veuillez écrire votre réponse ici :

PARTIE E: OUVERTURE

Pour être réalisable sur la faculté de Grenoble, une telle formation pourrait se présenter sous la forme d'un séminaire d'une demi-journée ou journée complète.

Dans ce cadre, comment imagineriez-vous cette formation à l'abord de la sexualité, dans sa forme et son déroulement ?*

Veuillez écrire votre réponse ici :

Avez-vous d'autres commentaires ou de nouvelles propositions à nous soumettre pour le 2ème tour ?*

Veuillez écrire votre réponse ici :

Merci d'avoir participé à ce 1er tour de ronde DELPHI.
Lors de l'invitation pour le prochain tour, vous recevrez en annexe l'analyse des résultats de cette première ronde.
Pour chacune des propositions, vous y trouverez la répartition des cotations, les commentaires anonymisés, ainsi que votre propre position.
Il pourra vous servir de support afin de réévaluer votre position par rapport au groupe, lors du 2ème tour.

A Bientôt !
Anaïs BOREL et Evelyne MERTZ

11.8 Questionnaire 2^{ème} tour

Bonjour,

Tout d'abord, merci de l'intérêt que vous portez à ce travail de thèse. Pour rappel, le but de celui-ci est d'obtenir un consensus sur les principales compétences et connaissances que devrait acquérir un interne de médecine générale afin d'aborder plus facilement la sexualité en consultation.

Pour ce deuxième tour, les items proposés sont issus de notre analyse du 1er tour.

A partir des résultats statistiques et des commentaires joints dans le mail que nous vous avons envoyé le 02/05/2018 (intitulé "Préalable 2ème tour DELPHI - Thèse formation à l'abord de la sexualité), vous aurez -pour chacune des propositions soumises- à vous positionner en connaissance des résultats du groupe.

La cotation reste identique, allant de 1 à 9 selon le degré de pertinence jugé.

Ce tour reste ouvert, aussi vous trouverez à la fin de chaque sous-partie une question libre pour recueillir vos commentaires (reformulations, explications de cotation, nouvelles propositions...).

A vous de jouer !

Pour toute question ou si vous rencontrez un problème, vous pouvez bien sûr nous joindre par mail ou par téléphone

Anaïs BOREL

Evelyne MERTZ

[Données à caractère personnel]

Il y a 22 questions dans ce questionnaire

PARTIE A « TRAVAIL SUR SOI »

- Notez de 1 à 9 la pertinence des objectifs pédagogiques suivants, tel que:

1: Pas du tout pertinent

9: Tout à fait pertinent

- A la fin de chaque page, se trouve une question libre pour tout commentaire, reformulation ou nouvelle proposition.

- L'aide (?) se situe toujours à la fin d'une question

1. Réfléchir à nos propres perceptions, opinions et représentations de la sexualité pour avoir conscience de notre propre référence.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

2. Avoir connaissance des conventions sociales en matière de sexualité *

1 2 3 4 5 6 7 8 9

3. Prendre conscience des difficultés éventuelles en lien avec une différence médecin/patient et apprendre à travailler avec celles-ci sur le thème de la sexualité. *

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Aide : Difficultés liées à une différence médecin/patient retrouvées dans la littérature: différences d'âge / de genre / d'orientation sexuelle / de culture / de religion

4. Prendre conscience des a priori vis-à-vis de certains publics spécifiques *

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Publics spécifiques retrouvés dans la littérature : personnes âgées / personnes handicapées / adolescents / séropositifs et à haut risque d'IST / homosexuels et transsexuels.

5. Savoir adopter la distance adéquate avec le patient dans la discussion sur la sexualité *

1 2 3 4 5 6 7 8 9

6. Aborder avec tolérance et ouverture d'esprit la sexualité, sous ses déclinaisons multiples et variées; sous réserve du respect de la Loi et d'une "sexualité sans contrainte, discrimination ou violence" (selon définition OMS)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

7. Avez-vous des commentaires concernant les items proposés dans cette sous-partie "travail sur soi", ou d'autres propositions ?

Merci de nous en faire part ci-dessous en précisant le numéro de l'item si besoin.

Veuillez écrire votre réponse ici :

PARTIE B - COMMUNICATION : ETRE PROACTIF

- Notez de 1 à 9 la pertinence des objectifs pédagogiques suivants, tel que:

1: Pas du tout pertinent

9: Tout à fait pertinent

- A la fin de chaque page, se trouve une question libre pour tout commentaire, reformulation ou nouvelle proposition.

- L'aide (?) se situe toujours à la fin d'une question

1. Apprendre à aborder la sexualité dans les contextes suivants

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Lors des vaccinations

Lors du renouvellement de certains traitements au long cours

Lors du premier contact avec un patient

Lors du recueil des antécédants généraux

A partir d'un organe (ou fonction) de proximité de la région pelvienne

Autour de la grossesse : pré et post partum

A partir d'un symptôme évoqué par l'entourage (en respectant le secret médical)

Dans un contexte évocateur de violences domestiques

Sur des plaintes polymorphes

Dans le suivi de pathologies (ou états) pouvant entraîner des dysfonctions sexuelles

2. Savoir argumenter auprès du patient l'importance d'inclure la sexualité en consultation

1 2 3 4 5 6 7 8 9

3. Utiliser des techniques et outils de communication ...

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
a. Proposer un panel de réponses	<input type="radio"/>								
b. Etre à l'aise avec le vocabulaire lié à la sexualité, dans les registres médical et commun	<input type="radio"/>								
c. Opportunisme : savoir utiliser l'association d'idées pour amener le sujet vers la sexualité en partant du discours du patient	<input type="radio"/>								
d. Importance de l'écoute active	<input type="radio"/>								
e. Savoir aménager un temps dédié pour parler de sexualité	<input type="radio"/>								
f. Utiliser des outils de communication passive en salle d'attente ou dans son cabinet : affiches, prospectus ...	<input type="radio"/>								

4. Utiliser des questionnaires standardisés en santé sexuelle
 - questionnaires destinés à certains publics (adolescents ...)
 - questionnaires généraux sur la base de listes de symptômes
 - questionnaires d'évaluation globale de la sexualité féminine et masculine
 - questionnaires spécifiques de certains troubles de la sexualité

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Vous trouverez -pour exemples- quelques-uns de ces questionnaires en cliquant sur les liens ci après:
<http://www.urofrance.org/sites/default/files/fileadmin/documents/data/PU/2013/v23i9/S1166708713000110/main.pdf>
<http://www.urofrance.org/sites/default/files/fileadmin/documents/data/PU/2006/PU-2006-00160174-2/TEXF-PU-2006-00160174-2.PDF>
https://www.researchgate.net/figure/The-modified-Brief-Sexual-Symptom-Checklist-for-Men-BSSC-M_fig2_277610474

5. Avez-vous des commentaires concernant les items proposés dans cette sous-partie "être pro actif" ou bien d'autres propositions ? Vous pouvez nous en faire part ci dessous en précisant le numéro de l'item si besoin
 Veuillez écrire votre réponse ici :

PARTIE C : RENFORCER LES CONNAISSANCES THÉORIQUES DES INTERNES

- Notez de 1 à 9 la pertinence des objectifs pédagogiques suivants, tel que:
 1: Pas du tout pertinent
 9: Tout à fait pertinent
 - A la fin de chaque page, se trouve une question libre pour tout commentaire, reformulation ou nouvelle proposition.

- L'aide (?) se situe toujours à la fin d'une question

Dans quels domaines apporter des connaissances aux internes ?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Physiologie des sexualités féminine et masculine	<input type="radio"/>								
2. Dysfonctions sexuelles : diagnostic et prise en charge	<input type="radio"/>								
3. Infections sexuellement transmissibles : prévention, diagnostics et thérapeutiques	<input type="radio"/>								
4. Reproduction : procréation médicalement assistée, Interruption volontaire de grossesse, contraception	<input type="radio"/>								
5. Identité de genre et orientation sexuelle	<input type="radio"/>								
6. Aspects psychologiques et affectifs de la sexualité	<input type="radio"/>								
7. Cadre légal en matière de sexualité : conduites pénalisables	<input type="radio"/>								
8. Violences sexuelles : dépistage et prise en charge	<input type="radio"/>								
9. Connaître le concept de santé sexuelle (*)	<input type="radio"/>								

(aide : idem premier tour rappelée aux experts)

Avez-vous des commentaires concernant les items proposés dans cette sous-partie "renforcer les connaissances" ou bien d'autres propositions? Vous pouvez nous en faire part ci dessous en précisant le numéro de l'item si besoin.
 Veuillez écrire votre réponse ici :

PARTIE D: GÉRER UNE CONSULTATION EN LIEN AVEC LA SEXUALITÉ

- Notez de 1 à 9 la pertinence des objectifs pédagogiques suivants, tel que:

- 1: Pas du tout pertinent
- 9: Tout à fait pertinent

- A la fin de chaque page, se trouve une question libre pour tout commentaire, reformulation ou nouvelle proposition.
- L'aide (?) se situe toujours à la fin d'une question

1. Recueil de l'anamnèse sexuelle : savoir questionner sur ...

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
L'orientation sexuelle du patient	<input type="radio"/>								
De potentielles violences sexuelles subies (viol, attouchement, harcèlement ...)	<input type="radio"/>								

2. Savoir s'enquérir des représentations, besoins, et attentes du patient en matière de sexualité.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="radio"/>								

3. Connaître certains modèles de consultation pour s'en inspirer

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Modèle EX-PLISSIT (*)	<input type="radio"/>								
Modèle BETTER (**)	<input type="radio"/>								
Counseling appliqué à la sexualité et BCS (Brève communication en sexualité) (***)	<input type="radio"/>								

Aide identique au premier tour rappelée aux experts

() Modèle EX-PLISSIT :*

*(**) Modèle BETTER :*

*(***) Modèle de counseling appliqué à la sexualité : " Brève communication relative à la sexualité" (BCS):*

4. Savoir expliciter l'absence de norme en matière de sexualité : sous réserve du respect de la Loi et d'une "sexualité sans contrainte, discrimination ou violence" (selon définition OMS)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="radio"/>								

5. Participer à l'éducation en santé sexuelle : augmenter les connaissances et renforcer les compétences du patient (prévention, accompagnement ...)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="radio"/>								

6. Connaître les réseaux de recours en lien avec la sexualité pour se constituer un "annuaire de proximité".

1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="radio"/>								

Avez-vous des commentaires concernant les items proposés dans cette sous-partie "gestion d'une consultation en lien avec la sexualité" ou bien d'autres propositions ?

Vous pouvez nous en faire part ci-dessous en précisant le numéro de l'item si besoin

Veillez écrire votre réponse ici :

PARTIE E: OUVERTURE

Avez-vous d'autres commentaires ou de nouvelles propositions à nous soumettre pour le 3ème tour ?

Veillez écrire votre réponse ici :

FIN

Merci d'avoir participé à ce deuxième tour de ronde DELPHI. Lors de l'invitation pour le prochain tour, vous recevrez dans un mail annexe, l'analyse des résultats de celui-ci.

A Bientôt !

Anaïs BOREL et Evelyne MERTZ

**PARTIE D : GERER UNE CONSULTATION
EN LIEN AVEC LA SEXUALITÉ**

1. Recueil de l'anamnèse sexuelle

Notez de 1 à 9 la pertinence de cet objectif pédagogique, tel que :

1: Pas du tout pertinent 9: Tout à fait pertinent

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
savoir questionner sur l'orientation sexuelle du patient	<input type="radio"/>								

2. Parmi ces 3 modèles quel est celui qui devrait être porté à la connaissance des internes lors d'une formation à l'abord de la santé sexuelle ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Modèle EX-PLISSIT (*)
- Modèle BETTER (**)
- Modèle de counseling appliqué à la sexualité : " Brève communication relative à la sexualité" (BCS)(***)

FIN

Merci de votre participation !

Selon l'analyse des résultats du 3ème tour, nous nous réservons la possibilité d'un 4ème tour début juillet.

Si ce n'est pas le cas, nous vous transmettrons les résultats finaux dès que l'analyse et la mise en forme seront faites !

A bientôt

Anaïs BOREL et Evelyne MERTZ

11.10 Données socio-professionnelles des experts

Profession	Autre compétence ?	Si oui laquelle ?
Médecin généraliste	Oui	L'enseignement comme MSU et MCA
Interne en médecine générale	Non	
Médecin généraliste	Non	
Interne en médecine générale	Non	
Médecin généraliste	Oui	Maitre de stage des universités (Accueil et encadrement d'internes en médecine Générale)
Médecin généraliste	Oui	Enseignant à la faculté
Urologue	Oui	Andrologie Sexologie
Référente pédagogique éducation à la sexualité	Oui	DU sexualité humaine Faculté médecine Lyon
Médecin généraliste	Oui	Enseignement et communication
Gynécologue-obstétricien	Oui	DU pédagogie formation management
medecin sexologue	Oui	DIU de sexologie
Médecin généraliste	Oui	MSU
Sage-femme	Oui	Je suis diplômée DIU de sexualité humaine et enseigne 10h/ an la santé sexuelle à l'école de sages-femmes de Grenoble.
Médecin généraliste	Oui	Professeur associé à Paris-Diderot Enseignant en congres l'abord de la sexualité

Médecin généraliste	Oui	<p>la sexualité:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sujet de thèse sur l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale, - travaille depuis 2009 dans des lieux dédiés aux soins et à la prévention d'évènement en lien avec la sexualité (suivi de grossesse, réalisation d'IVG, contraception, dépistage et diagnostic et traitement d'infections sexuellement transmissibles): Centre de Planification et d'Education Familial géré par l'association Planning Familial de 2009 à 2014, Centre d'orthogénie et Centre Gratuit d'Information Dépistage Diagnostic des IST depuis 2009. - investissement militant concernant les risques sexuelles dans les relations entre femmes (participation à l'élaboration de brochure nationale), la santé des lesbiennes et des trans. Présidence d'une association de prostituées et de travailleuses et travailleurs du sexe de lutte pour leurs droits et pour leur santé depuis 2010. - l'enseignement: plusieurs formations pour former des bénévoles sur l'animation de stand de Réduction des Risques Sexuels en milieu festif, sur l'accompagnement d'une mineure à l'IVG, création et dispensation du TD contraception et du CM+TD IVG à l'école de sage-femme de Lyon depuis 2014 - formation: formation initiale commune sur "relation médecin patient", puis formation continue sur "réponse non médicamenteuse à la plainte"
Interne en médecine générale	Non	
Interne en médecine générale	Non	
Médecin généraliste	Oui	l'enseignement, la communication
Médecin généraliste	Oui	en communication: formation de 2 jours à l'entretien motivationnel
Sexologue	Oui	Directeur d'enseignement de Sexologie à la Faculté.
Médecin généraliste	Oui	DU de psychologie médicale Formation Balint
Médecin généraliste	Oui	Sexologue
Médecin généraliste	Oui	chef de clinique en médecine générale, et formation animation niveau 1
Interne en médecine générale	Non	
Médecin généraliste	Oui	Maitre de Stage Universitaire
Médecin généraliste	Oui	DIU sexo lyon
Médecin généraliste	Oui	suivi TCC , séminaire sexologie Formation TCC

11.11 Résultats statistiques du 1^{er} tour

Médiane	IP30	IP70	% de valeurs dans [7;9]	Classification selon médiane et répartition	Com-mentaire	Conclusion du 1er tour	Proposition
Partie A : Communication « travail sur soi »							
9	7	9	74%	Pertinent consensuel	Oui	Reformulation	1. Prendre connaissance de ses propres perceptions, opinions et normes envers la sexualité , pour s'en détacher
9	7,8	9	74%	Pertinent consensuel	Oui	Reformulation	2. Connaître les normes sociales en matière de sexualité et s'en détacher
8	6	9	67%	Pertinent	Oui	Reformulation	3. Acquérir une position a-normée
7	6	9	67%	Pertinent	Oui	Reformulation	4. Savoir se détacher des difficultés habituelles liées à une différence médecin/patient
9	7	9	78%	Pertinent consensuel	Oui	Reformulation	5. Savoir se détacher de ses a priori vis-à-vis de certains publics spécifiques
9	8	9	85%	Pertinent consensuel	Oui	Reformulation	6. Savoir adopter la distance adéquate avec le patient dans la discussion sur la sexualité
9	8	9	85%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	7. Se sentir légitime en tant que médecin généraliste à aborder le thème de la sexualité
9	8	9	93%	Pertinent consensuel	Oui	Reformulation	8. Développer une ouverture d'esprit sur les différentes perceptions de la sexualité
9	9	9	93%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	9. Savoir développer une écoute attentive, respectueuse, et sans jugement
Partie B : Communication – être proactif							
							1. Apprendre à aborder la sexualité dans les contextes suivants :
9	7	9	93%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	- Pendant un temps de prévention
6	5	8	48%	Equivoque	-	Equivoque	- Lors du renouvellement d'un traitement au long cours
5	3	5,2	22%	Equivoque	-	Equivoque	- Lors du premier contact avec un patient
9	8	9	93%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	- En partant d'un symptôme évocateur
8	6	9	67%	Pertinent	Oui	Reformulation	- A partir d'un organe ou d'une fonction de proximité
9	9	9	100%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	- A partir d'un motif de consultation en lien avec la reproduction ou la sexualité
5	5	9	48%	Equivoque	-	Equivoque	- Autre (à préciser en commentaire)
6	5	8	44%	Equivoque	-	Equivoque	2. Savoir argumenter auprès du patient l'importance d'inclure la sexualité en consultation

							3. Utiliser des techniques et outils de communication verbale :
9	8	9	81%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	- Rappeler l'aspect confidentiel de la consultation
8	7,8	9	78%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	- Employer des adjectifs et pronoms neutres pour ne pas présager de la sexualité du patient
9	8	9	96%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	- Poser des questions ouvertes
5	4	7	41%	Equivoque	-	Equivoque	- Proposer un panel de réponse
9	8	9	93%	Pertinent consensuel	Oui	Reformulation	- Etre à l'aise avec le vocabulaire lié à la sexualité
8	7	8,2	74%	Pertinent consensuel	Oui	Reformulation	- opportunisme: savoir partir du discours du patient pour amener le sujet vers la sexualité en utilisant l'association d'idées
7	5	8	52%	Pertinent	-	Accord non consensuel	4. Connaître des questionnaires standardisés en santé sexuelle
Partie C : Renforcer les connaissances théoriques							
							Dans quels domaines apporter des connaissances aux internes ?
6	5	9	48%	Equivoque	-	Equivoque	1. Physiologie des sexualités féminine et masculine
8	7	9	78%	Pertinent consensuel	Oui	Reformulation	2. Dysfonctions sexuelles: diagnostic et thérapeutiques
8	5,8	9	63%	Pertinent	-	Accord non consensuel	3. Infections sexuellement transmissibles : prévention, diagnostic et thérapeutiques
8	7	9	74%	Pertinent consensuel	Oui	Commentaire	4. Reproduction: Procréation médicalement assistée, interruption volontaire de grossesse, contraception
8	7,8	9	81%	Pertinent consensuel	Oui	Commentaire	5. Identité de genre et orientation sexuelle
9	8	9	85%	Pertinent consensuel	Oui	Commentaire	6. Aspects psychologiques et affectifs de la sexualité
9	8	9	93%	Pertinent consensuel	Oui	Commentaire	7. Violences sexuelles : dépistage, prise en charge
9	8	9	89%	Pertinent consensuel	Oui	Reformulation	8. Cadre légal en matière de sexualité
9	8	9	85%	Pertinent consensuel	Oui	Commentaire	9. Connaître le concept de "santé sexuelle"
Partie D : Gérer une consultation en lien avec la sexualité							
							1. Recueil de l'anamnèse sexuelle, savoir questionner sur :
8	6	9	67%	Pertinent	-	Accord non consensuel	- l'orientation sexuelle du patient
9	8	9	96%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	- La prise de risque en sexualité
9	8	9	93%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	- l'utilisation d'une contraception
8	7,8	9	81%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	- La satisfaction sexuelle

9	8	9	89%	Pertinent consensuel	Oui	Commentaire	- De potentielles violences sexuelles subies
8	6	8,2	67%	Pertinent	Oui	Reformulation	2. Savoir interroger le patient sur ses représentations, besoins, et attentes en matière de sexualité
							3. <i>Connaitre certains modèles de consultation pour s'en inspirer :</i>
7	5	7,2	52%	Pertinent	Oui	Commentaire	- Modèle EX-PLISSIT
6	5	7,2	48%	Equivoque	Oui	Commentaire	- Modèle BETTER
8	7	9	78%	Pertinent consensuel	Oui	Commentaire	- " <i>Counseling</i> " appliqué à la sexualité et BCS "Brève communication en sexualité"
8	7	9	74%	Pertinent consensuel	Oui	Reformulation	4. Savoir expliciter l'absence de norme en matière de sexualité
9	8	9	93%	Pertinent consensuel	Oui	Reformulation	5. Participer à l'éducation en santé sexuelle, en délivrant un message adapté au patient
9	9	9	100%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	6. Connaitre ses limites et savoir référer de manière adaptée

11.12 Commentaires ayant servi à la reformulation de certaines propositions (1^{er} tour)

Proposition	Détail des commentaires principaux
1. Prendre connaissance de ses propres perceptions, opinions et normes envers la sexualité, pour s'en détacher	Difficultés avec le terme "s'en détacher": - <i>"pas le terme a priori"</i> ; - <i>"gêné par ce terme, je ne dirai pas pour s'en détacher, plutôt pour être plus objectif dans l'abord des patients, en connaissance de notre propre vécu"</i> - <i>"Je préfère la formulation "faire avec" que "se détacher" "</i>
2. Connaître les normes sociales en matière de sexualité et s'en détacher	Difficultés avec le terme "s'en détacher" (cf supra)
3. Acquérir une position a-normée	<i>"pas de norme donc pas de normalité en sexualité"; "pas forcément être "a-normé" mais prendre conscience de notre norme"; "Pourquoi avoir une position à normée si on se détache de ses à priori"</i>
4. Savoir se détacher des difficultés habituelles liées à une différence médecin/patient	Difficultés avec le terme "s'en détacher" (cf supra)
5. Savoir se détacher de ses a priori vis-à-vis de certains publics spécifiques	Difficultés avec le terme "s'en détacher" (cf supra)
6. Savoir adopter la distance adéquate avec le patient dans la discussion sur la sexualité	<i>« pourquoi ici spécifiquement?"</i>
8. Développer une ouverture d'esprit sur les différentes perceptions de la sexualité	<i>"Je ne suis pas sûre de bien comprendre cet item"</i>
- A partir d'un organe ou d'une fonction de proximité	<i>"je ne comprends pas la notion de "fonction de proximité" "</i>
- Être à l'aise avec le vocabulaire lié à la sexualité	<i>"à double tranchant : entre un vocabulaire très médical qui n'est parfois pas pertinent pour le patient et des mots d'un langage plus vulgaire mais compréhensible pour le patient"</i>
- opportunisme : savoir partir du discours du patient pour amener le sujet vers la sexualité en utilisant l'association d'idées	<i>" je ne vois pas trop comment faire de l'opportunisme ici"</i>
2. Dysfonctions sexuelles : diagnostic et thérapeutiques	<i>"il est intéressant que lorsqu'une dysfonction sexuelle est diagnostiquée, le médecin puisse adresser le(la) patient(e) à un spécialiste de la sexualité"</i>
4. Reproduction : Procréation médicalement assistée, interruption volontaire de grossesse, contraception	<i>"que vient faire la PMA dans la sexualité, quand ici justement il n'y a pas de plaisir sexuel"; "correspond (...) à quelque chose de plus spécifique"</i>

5. Identité de genre et orientation sexuelle	<i>"peu fréquent et hyper spécialisé, il faut adresser!"</i>
6. Aspects psychologiques et affectifs de la sexualité	<i>"une affaire de spécialiste en sexologie"</i>
7. Violences sexuelles : dépistage, prise en charge	<i>"dépister (...) et passer la main à une personne de référence"</i>
8. Cadre légal en matière de sexualité	<i>« Qu'entendez-vous par "cadre légal" de la sexualité? Age de la majorité sexuelle?"</i>
9. Connaître le concept de "santé sexuelle"	<i>"pas nécessaire de parler de santé sexuelle pour en aborder les thèmes"</i>
- De potentielles violences sexuelles subies	<i>"cibler les violences sexuelles spécifiquement ou toute forme de violences ?"</i>
2. Savoir interroger le patient sur ses représentations, besoins, et attentes en matière de sexualité	<i>Je n' aime pas le mot "interroger" comme si il fallait que le -a patiente réponde à un questionnaire où il nous dirait TOUTE la vérité</i>
- Modèle EX-PLISSIT	<i>" du mal à comprendre le modèle PLISSIT que je trouve trop complexe, les deux autres semblent plus compréhensibles quoique non spécifiques à la santé sexuelle"</i>
- Modèle BETTER	<i>"je ne connais pas ces modèles"</i>
- "Counseling" appliqué à la sexualité et BCS "Brève communication en sexualité"	
4. Savoir expliciter l'absence de norme en matière de sexualité	<i>"Pour moi, il existe une norme et une seule : le respect de l'acceptation du partenaire dans tous »</i>
5. Participer à l'éducation en santé sexuelle, en délivrant un message adapté au patient	<i>« je comprends pas vraiment cette phrase ... elle est bien vague, belle mais vide (...) une phrase de politicien ! »</i>

11.13 Recueil complet des commentaires (1^{er} tour)

Partie A: communication - travail sur soi

1. Prendre connaissance de ses propres perceptions, opinions et normes envers la sexualité , pour s'en détacher

E23 : « je ne comprends pas la distinction entre différents items (notamment la 1 et la 4) »

E2 : 6« Je n'ai pas compris vos 2 premières questions dsl..... Le " Pour s'en détacher" ne me semble pas le terme a priori ; merci de ne pas prendre en compte ces 2 réponses »

E17 : « je trouve ça pertinent de s'y intéresser, mais je ne dirai pas pour s'en détacher, plutôt pour être plus objectif dans l'abord des patients, en connaissance de notre propre vécu. donc plutôt pour l'utiliser ..? »

E14 : « peut on être sain et traiter un tuberculeux ? Peut-on traiter un meurtrier blessé ? Peut-on être hétéro et traiter un HSH ? Je n'ai pas à me détacher de mes valeurs. »

2. Connaître les normes sociales en matière de sexualité et s'en détacher

E11 : « il n'y a pas de norme donc pas de normalité en sexualité, il n'y a que des statistiques qui reflètent ce qui se passe dans la population (sans être la norme). du coup le terme de norme n'est pas bon, de a-normé non plus. il y a ce qui est pathologique ou interdit par la loi et ce qui ne l'est pas. (paraphilie, non consentement etc..) »

E12 : « J'ai été gêné par la question 2 notamment en référence à des pratiques perverses comme la pédophilie qui est un délit et condamnable , on peut donc considérer que la norme sociale ne nous interdit de prendre en compte ce type de déviance au même titre que les autres pratiques sexuelles »

E17 : « pareil, je suis gênée par le terme, "détacher". plutôt travailler avec cette connaissance. »

+ commentaires proposition 1

3. Acquérir une position a-normée

E01 : « Pourquoi avoir une position à normée si on se détache de ses à priori »

E03 : « je pense plus pertinent de prendre conscience des normes que l'on a, de la société, de celles que le/la patient a plutôt que de vouloir avoir une position a normé qui pour moi n'est pas réaliste idem pour préjugés (plutôt faire avec, en avoir cse, avoir cse de l'impact sur la relation,etc...) »

E14 : « comprends pas »

E19 : « très liées aux normes liées au genre: lire des écrits sur le sexisme, le féminisme, voir le racisme, tout les rapports de domination/exclusion, aide à comprendre nos préjugés, nos représentations, nos "normes"

il ne s'agit pas forcément d'être "a-normé" mais de prendre conscience de notre norme qui n'est pas la même que pour les autres »

4. Savoir se détacher des difficultés habituelles liées à une différence médecin/patient

E03 : « en quoi les différences sont une difficultés ? Je préfère la formulation "faire avec" que "se détacher" (idem rq précédents) »

E08 : « Les items 4 et 5 devraient pour moi faire partie de la posture professionnelle de tout médecin ou personnel de santé quelle que soit la problématique discutée avec le patient. Ce travail sur soi n'est pas propre à la sexualité, c'est pour cela que je ne les ai pas évalués comme tout à fait pertinent si l'on se réfère seulement à la thématique de la sexualité, car ce n'est pas cette thématique seulement qui doit entraîner ce type de posture professionnelle. »

E11 : « indispensable recul pour ne pas se prendre soi en référence »

E14 : « valable pour tout pb médicaux (pb psy, maladie grave ...) pas spécifique du thème sexualité »

E17 : « encore le mot détacher me gêne.. plutôt s'adapter à chaque patient tel qu'il est, avec nos différences mutuelles mais ces différences ne doivent pas être un frein pour discuter sexualité et c'est au médecin de s'adapter à chaque patient, comme pour beaucoup de sujets dans notre métier »

E21 : « Savoir se détacher des difficultés habituelles liées à une différence médecin/patient (?) : le mot détacher seul me paraît devoir être accompagné de : percevoir ses difficultés et une fois repérées , s'en détacher »

5. Savoir se détacher de ses a priori vis-à-vis de certains publics spécifiques

E17 : « là oui.. travailler sur notre tolérance à l'autre est super important, je le comprends comme ça »

+ commentaires propositions 4 et 1

6. Savoir adopter la distance adéquate avec le patient dans la discussion sur la sexualité

E03 : « pourquoi ici spécifiquement, c'est un thème comme un autre, la distance est déjà acquise par ailleurs »

7. Se sentir légitime en tant que médecin généraliste à aborder le thème de la sexualité

E18 : « pour le médecin généraliste en particulier, qui n'a pas de précision sur sa plaque quand a une spécialisation sexo, qui n'est donc pas fléché sexologie, sa légitimité est Soit donnée par le patient qui vient solliciter le MG sur ce terrain car il a confiance
Soit donnée par le MG qui emmène volontairement le patient sur se terrain la suite a ce qu'il a compris de la problématique du patient, soit se qu'il connaît du patient »

8. Développer une ouverture d'esprit sur les différentes perceptions de la sexualité

E09 : « qu'entendez-vous par ouverture d'esprit sur les différentes perceptions de la sexualité? C'est être prêt à "accepter" des perceptions du patients quel qu'elles soient ou être capable de les anticiper, de s'être documenté dessus? Je ne suis pas sûre de bien comprendre cet item. »

9. Savoir développer une écoute attentive, respectueuse, et sans jugement

E20 : « Faire de la sexologie est une école de la tolérance, sans jugement, c'est ce que j'enseigne à mes étudiants. »

E21 : « pour l' écoute , elle devrait être active . Il faut être à l'écoute de façon attentive et savoir reformuler , écouter pour écouter : bof!

La restitution participe de l' écoute : ex: Si je vous ai bien compris , vous souffrez de difficulté d'érection.»

Partie B : communication - être proactif

Apprendre à aborder la sexualité dans les contextes suivants :

- Pendant un temps de prévention
- Lors du renouvellement d'un traitement au long cours
- Lors du premier contact avec un patient
- En partant d'un symptôme évocateur
- A partir d'un organe ou d'une fonction de proximité
- A partir d'un motif de consultation en lien avec la reproduction ou la sexualité
- Autre (à préciser en commentaire en fin de page)

E01 : « Lors du renouvellement de traitement chroniques: cela dépend desquels. »

E04 : « la sexualité est surtout de la prévention et de l'éducation du patient, peu d'intérêt Lors d'un renouvellement ou surtout première visites où ce thème n'est pour moi pas la première chose à connaître, sauf demande spécifique du patient. »

E10 : « Dans les plaintes polymorphes sans liens évidents. Dans les contextes évocateurs de violence domestique. Dans les contraceptions jamais idéales »

E11 : « en cas de pathologies dont on sait qu'il existe des dysfonctions sexuelles: SAS, diabète, cancer, dépression etc.. »

E14 : « autres : symptôme dévoilé par l'entourage (étant le médecin famille) en gardant le secret médical »

E15 : « Il est impératif d'avoir du temps. Pas de temps = ne pas chercher à ouvrir sur la santé sexuelle ou avoir prévu un plan B pour que la personne puisse accéder réellement, sans autre frais et rapidement à un temps de discussion. »

E16 : « Je trouve que la consultation de renouvellement d'ordo peut être déjà une consultation longue avec plusieurs points à aborder (alimentation , activité physique, loisirs ..) »

E17 : « lors du premier contact avec le patient .. non, sauf s'il vient pour ça / autre : l'aborder peut être de façon plus généralisé quand même, comme on demande les antécédents médicaux, savoir trouver une phrase ouverte laissant la possibilité au patient d'en parler s'il le souhaite. »

E18 : « quelques écueils à éviter pour le MG : ne pas tomber mal à propos : comme on n'est pas fléché "sexo", le patient qui vient n'a peut être pas du tout cette attente, même si ça participe aussi à l'informer de la possibilité de recours qu'offre le MG sur le Sujet. Bien noter que l'on a déjà abordé le sujet , car si on le fait régulièrement à l'occasion de diverses consultations, ça peut être perçu comme intrusif »

E21 : « La question concernant la première consultation où l'on aborderait systématiquement la sexualité , tout comme il faudrait aborder les addictions , les violences subies "pour faire connaissance" devient lourde quand le-a patient-e vient pour un syndrome grippal . / autre circonstance : En post partum même si ce n' est pas une consultation gynécologique »

E22 : « Savoir aborder le pb de la sexualité dans le cas de cancer en particulier d'organes génitaux et en cas de handicap (paraplégiques par ex) »

E23« premier contact profus donc pas forcément propice (mais les notions de vocabulaire neutres sont importantes ici à mon sens pour la mise en confiance future), je ne comprends pas la notion de "fonction de proximité", et autre par des méthodes de communications passives (affiches, tracts en salle de consultation et en salle d'attente, affiche d'un sticker rainbow flag "médecin friendly" etc.) »

E25 : « Dans le contexte du suivi de grossesse ou du post-partum »

E27 : « s'interroger devant toutes "souffrances" exprimées par le patient pour aborder ce sujet »

2. Savoir argumenter auprès du patient l'importance d'inclure la sexualité en consultation.

E16 : « On pourrait aborder la sexualité lors de la vaccination (25 ans - 45 ans ...) »

E17 : « argumenter au patient ... j'y vois beaucoup de pression et je me dis que ça risque plus de lui faire peur qu'autre chose au patient ; pas besoin de l'argumenter, juste laisser de la place à l'autre pour en parler s'il le souhaite uniquement, sans pression »

3. Utiliser des techniques et outils de communication verbale

- Rappeler l'aspect confidentiel de la consultation
- Employer des adjectifs et pronoms neutres pour ne pas présager de la sexualité du patient
- Poser des questions ouvertes
- Proposer un panel de réponse
- Être à l'aise avec le vocabulaire lié à la sexualité
- opportunisme: savoir partir du discours du patient pour amener le sujet vers la sexualité en utilisant l'association d'idées

E06 : « Importance de l'écoute active »

E09 : « la question du vocabulaire est toujours à double tranchant, entre un vocabulaire très médical qui n'est parfois pas pertinent pour le patient et des mots d'un langage plus vulgaire mais compréhensible pour le patient »

E11 : « pas de blague, pas de minimisation, après un climat de confiance »

E17 : « dernière partie : attention à ne pas trop tomber dans de la manipulation .. pour moi, c'est toujours mieux si ça vient du patient au maximum »

E23 : « proposer un panel de réponse peut sembler en décalage avec le fait d'encourager les questions ouvertes, et je ne vois pas trop comment faire de l'opportunisme ici »

4. Connaître des questionnaires standardisés en santé sexuelle (de dépistage, d'évaluation ...)

E01 : « Pour les questionnaires cela peut aider ou être trop standardisé et donc plus dans l'écoute Il est important d'avoir l'accord du patient pour aborder ces sujets »

E11 : « cela n'a pas sa place en cs de médecine générale à mon sens (j'étais généraliste, je suis maintenant sexologue), pas le temps pour ça. »

E13 : « Le questionnaire pourrait être présenté après avoir abordé la sexualité avec le(la) patient(e) et exploité avec lui. »

E14 : « questionnaires spécifiques à l'encontre de certains publics (des adolescents ...) : vous voulez dire j'espère : questionnaires spécifiques en faveur de certains publics ? »

E21 : « Connaître les questionnaires pourquoi pas , mais si la question sous entend les utiliser (ce dont je ne suis pas certaine) , explique ma réponse du milieu . Utiliser un questionnaire nécessite une explication qui prend du temps en plus du questionnaire, ce qui pourrait impliquer une consultation dédiée une fois un mot mis sur le problème avec le patient. »

E23 : « trop de questionnaires peu utilisables en pratique clinique ... j'ai l'impression que ceux là sont aussi difficiles à placer »

Partie C : renforcer les connaissances théoriques

Dans quels domaines apporter des connaissances aux internes ?

- Physiologie des sexualités féminine et masculine

E06 : « Les items anatomie et physiologie relèvent du 2ème cycle »

E09 : « domaine abordé dans le socle du 2eme cycle » « en fait, tout ce qu'on apprend pas dans nos études classiques ... les thèmes de 5 à 9 seraient fort intéressants à creuser ! les premiers m'apparaissent plus comme des rappels de cours , certes importants mais du "déjà vu " »

E21 : « Apprentissage deuxième cycle devrait être acquis pour l' interne »

- Dysfonctions sexuelles: diagnostic et thérapeutiques

E13 : « Renforcer les connaissances théoriques me semble important pour aborder, écouter et diagnostiquer un trouble de la sexualité. Par contre, je pense qu'il est intéressant que lorsqu'une dysfonction sexuelle est diagnostiquée, le médecin puisse adresser le(la) patient(e) à un spécialiste de la sexualité qu'il soit médecin, psychiatre, sage-femme, psychologue, conseillère conjugale sexologue pour la prise en charge thérapeutique. Le travail en réseau est important. »

- Infections sexuellement transmissibles : prévention, diagnostic et thérapeutiques

E21 : « IST : idem , même si en parler nécessite des qualités de communicant pour éloigner ses propres préjugés »

- Reproduction: Procréation médicalement assistée, interruption volontaire de grossesse, contraception

E21 : « Reproduction : me laisse perplexe car que vient faire la PMA dans la sexualité, quand ici justement il n' y a pas de plaisir sexuel (sauf exception peut être). Des femmes et des hommes ont lutté pour séparer sexualité et reproduction d'où les évolutions sociétales sur la contraception et la place des femmes dans certaines sociétés. Ce serait plutôt la dissociation sexualité/reproduction que je mettrais en avant. »

E10 : « très nombreuses fausses idées sur le lien sexualité/procréation. non connaissance de la physio de la reproduction et des cycles féminins »

E09 : « L'item 4 correspond pour moi à quelque chose de plus spécifique et pourrait concerner des formations complémentaires. »

- Identité de genre et orientation sexuelle

E11 : « j'ai mis 5 en peu pertinent car peu fréquent et hyper spécialisé, il faut adresser! »

- Aspects psychologiques et affectifs de la sexualité

E11 : « les aspects psycho de la sexualité c'est très très très vaste... c'est aussi une affaire de spécialiste en sexologie »

- Violences sexuelles : dépistage, prise en charge

E11 : « idem pour les trauma... dépister (poser la question, y a t il eu des abus? et passer la main à une personne de référence) »

- Cadre légal en matière de sexualité

E09 : « Qu'entendez-vous par "cadre légal" de la sexualité? Age de la majorité sexuelle? »

- Connaître le concept de "santé sexuelle"

E01 : « Il n'est pas nécessaire de parler de santé sexuelle pour en aborder les thèmes »

Commentaires hors proposition spécifique :

E14 : « Surtout donner du vocabulaire neutre (dire : avez vous des rapports sexuels, plutôt que faites vous des câlins) et les faire dire par les internes lors de jeu de rôle ou pdt l intervention de l enseignant ou en phase d observation directe en stage chez le praticien »

E15 : « les 9 thématiques me paraissent à hiérarchiser:

- en 1er bien connaître les thématiques médicales et médico-légales, qui sont normalement déjà acquises pour une bonne partie dans le cursus du 2ème cycle
- en 2ème découvrir les thématiques psycho-sociales et les dysfonctions plus complexes »

E23 : « "apporter des connaissances " n'est pas productif d'un point de vue pédagogique surtout en 3è cycle des études et surtout sur des notions ultra théoriques pour lesquelles des articles et des bouquins apportent les notions assez aisément accessibles.

Par contre, il faut pouvoir se faire poser des questions au public ciblé sur ces sujets qui aboutiront aux recherches documentaires, quitte à les guider sur les sources utiles / avec aussi un recrutement d'intervenants pertinents hors milieu médical ou avec des exercices innovants / favoriser la construction d'annuaires de proximité pour orienter, connaître les réseaux intervenant dans le domaine de la prise en charge des violences, dans le domaine de la santé sexuelle etc. »

Partie D : gérer une consultation en lien avec la sexualité

Recueil de l'anamnèse sexuelle : savoir questionner sur :

- L'orientation sexuelle du patient
- La prise de risque en sexualité
- L'utilisation d'une contraception
- La satisfaction sexuelle

E21 : « La prise de risques : comment s'entendre avec le-a patiente sur ce qu'est un risque ou des risques? »

E23 « cibler les violences sexuelles spécifiquement ou toute forme de violences ? »

Savoir interroger le patient sur ses représentations, besoins, et attentes en matière de sexualité

E11 : « c'est une affaire de spécialiste en sexologie »

E21 : « Je n' aime pas le mot "interroger" comme si il fallait que le -a patiente réponde à un questionnaire où il nous dirait TOUTE la vérité , rien que la vérité sachant que nous sommes le médecin de la famille . Laisser parler , on verra ce qui vient ... »

Connaître certains modèles de consultation pour s'en inspirer*

- Modèle EX-PLISSIT
- Modèle BETTER
- "Counseling" appliqué à la sexualité et BCS "Brève communication en sexualité"

E03 : « je n'en sais rien car je ne connais pas ces modèles et ne les ai pas utilisés »

E17 : « les modèles semblent intéressants, plus pour nous, avoir un petit cadre pour nous lancer .. j'ai globalement la sensation qu'ils se valent un peu .. ça dépend »

E23 : « j'ai du mal à comprendre le modèle PLISSIT que je trouve trop complexe, les deux autres semblent plus compréhensibles quoique non spécifiques à la santé sexuelle (plutôt de l'ordre d'une formation plus générale à la communication) »

4. Savoir expliciter l'absence de norme en matière de sexualité

E17 : « chaud... comment on fait ça ? héhé, mais oui c'est important de .. déculpabiliser les patients que l'on sentirait dans de la culpabilisation concernant leur sexualité »

E21 : « Pour moi, il existe une norme et une seule : le respect de l'acceptation du partenaire dans tous »

E23 : « part de message adaptée selon le public je pense qu'il y a d'autres étapes avant »

5. Participer à l'éducation en santé sexuelle, en délivrant un message adapté au patient

E17 : « je comprends pas vraiment cette phrase ... elle est bien vague, belle mais vide à la fois ... comme une belle paroleuse qui n'a rien dans le ventre ^^ genre une phrase de politicien ! »

E21 : « assez vaste ? »

6. Connaître ses limites et savoir référer de manière adaptée

E14 : « Savoir trouver les mots pour engager la discussion avec le patient qui attend une attitude proactive de la part du MG pour parler de sexualité »

E15 : « hiérarchiser en fonction du temps et du contexte. faut 2 niveaux de formation différents ? »

11.14 Recueil des réponses à la question de la forme

Réponses des experts à la question : « Pour être réalisable sur la faculté de Grenoble, une telle formation pourrait se présenter sous la forme d'un séminaire d'une demi-journée ou journée complète. Dans ce cadre, comment imagineriez-vous cette formation à l'abord de la sexualité, dans sa forme et son déroulement ? »

E01	<i>A partir de cas cliniques en partant de ce que savent les étudiants puis amener une discussion sur leurs questions et demandes Lister les éléments non abordés et y répondre</i>
E02	<i>Journée entière semble un minimum. Idéalement avec médecin généraliste ayant une formation sur le sujet +/- participation infectiologues/gynécologues. Aborder les prises en charge spécifiques en fonction de l'orientation sexuelle du patient (ex : homosexuel homme à partenaires multiples -> test IST tous les 3 mois/aborder le traitement pré-exposition pour le VIH...) Aborder la question de la prévention +++ (IST mais aussi contraception). Des clefs sur comment aborder la question de la sexualité avec les adolescents..</i>
E03	<i>J'ai peu d'expérience en matière de cours, donc je ne sais pas peut être jeux de rôle mais sans spectateurs : pl situations où tout le monde joue</i>
E04	<i>Séminaire, une demi-journée me semble loin d'être suffisant. Une journée (voire une 2ème ouverte aux étudiants ayant participé à la première journée) Surtout en formations théoriques (sur les thèmes précédemment décrit). Difficile de faire un atelier pratique selon moi.</i>
E05	<i>1ère demi-journée Petits rappels de physiologie, d'anatomie et sur la sexualité Faire jouer des petits scénarios aux internes et faire émerger les éventuelles difficultés à aborder la sexualité dans les différentes situations : les freins liés au médecin, liés au patients, aux a priori... Expliciter éventuellement les questionnaires et/ou modèles interventions brèves en sexualités déclinés dans votre questionnaire 2e demi-journée traitements et prise en charge des principaux pb de sexualité Nouvelles saynètes à jouer avec application des techniques éventuellement développées la première demi-journées</i>
E06	<i>Pour éviter de réaliser un DES de MG en 30 ans, c'est la communication, l'approche centrée patient et l'entretien motivationnel qui sont à privilégier.</i>
E07	<i>choix des intervenants - personne sur Grenoble en universitaire ! choix du format : DPC / internat cas cliniques ou jeux de rôle ? choix du suivi ... et de la formation continue</i>
E08	<i>Permettre, par un travail de réflexion en petits groupes, puis par une exploitation collective, de repérer ses propres représentations par rapport à la sexualité et travailler sur les normes sociales en matière de sexualité (hétéronormativité, stéréotypes de sexe, ...). Comprendre comment aborder les questions de sexualité pas uniquement dans la dimension biomédicale mais en prenant en compte les dimensions psychologique et sociale du patient.</i>
E09	<i>Diverses formes sont possibles, le cours magistral permet l'apport de beaucoup de connaissance mais est parfois rébarbatif, un échange autour de cas clinique peut être plus intéressant mais peu passer à côté de certaines notions clés. L'acquisition de technique de communication nécessite la mise en exercice par des jeux de rôles. Dans tous les cas une animation interactive et la participation des apprenants est nécessaire.</i>
E10	<i>commencer par remettre en perspective la physiologie (sexualité, reproduction, systèmes) cas cliniques reprenant les principales difficultés (dont les liens avec les troubles de la fertilité)</i>

E11	<p>une journée de formation: matin définition, absence de norme, statistique, classification des dysfonctions sexuelles féminines(vaginisme, dyspareunie, trouble du désir anorgasmie etc) et masculines (dysfonction érectile, éjaculation précoce, primaire secondaire, anorgasmie, trouble de éjaculation etc.), entretien en cs: comment aborder la sexualité en médecine générale après: traitement en médecine générale de première intention des dysfonctions sexuelles les plus fréquentes: DE, EP, vaginisme, douleur pelvienne, anorgasmie etc.. quand adresser au spécialiste en sexologie?</p>
E12	<p>je pense que la formation pourrait se dérouler sous forme d'ateliers ou serait aborder les différents aspects de la sexualité masculine et féminine les spécificité de chacune (représentations fantasmatiques, désir sexuel, notion de consentement pour les plus jeunes notamment (actu)) le but étant pour les médecins d'acquérir des outils pour aborder la sexualité plus facilement et de pouvoir répondre aux questions des patients</p>
E13	<p>La formation pourrait être enseignée et encadrée par des sexologue diplômé(e)s par un DIU en sexualité humaine. Elle comporterait: - une partie théorique destinée à un grand groupe d'étudiants (anatomie, physiologie, dysfonctions.....) - une partie plus pratique sous forme de petits groupes Balint toujours encadrés par des sexologues</p>
E14	<p>Rechercher les motifs justifiant de parler de sexualité Explorer le vocabulaire à employer par le MG sans jargon professionnel Faire des jeux de rôle pour des motifs trouvés par l'assistance Theoriser les docs de l'OMS et du HCSP Presenter des cas concrets ou avoir aborder la sexualité à été utile au patient (ex éjaculation précoce, vaccination hépatite A pourHSH</p>
E15	<p>si on n'a qu'une journée, un temps théorique axé sur sexualité comme construction sociale, normes contemporaines, outils de communication spécifiques, qq petits films ou ouvrages conseillés un temps pratique où il faudra bcp d'intervenant et bcp d'espace pour travailler en petit groupe sur des petites situations cliniques où les rôles sont déterminées à l'avance (1 MG et son contexte, 1 patient-e et son contexte, 1 observateur) mais où MG et patient-e ne connaissent pas le contexte de l'autre, et où le MG doit le faire émerger. les petites situations sont réalisées en 15-20 min en simultanément, puis chaque groupe rédige une synthèse de la situation en 10 min, puis chaque groupe passe devant les autres: l'observateur parle du contexte, MG et patient parle du ressenti, puis la salle peut formuler des questions, des observations. l'intérêt est d'avoir une variété de situations possibles, de pouvoir faire émerger des lacunes sur les connaissances de base et de faire des rappels</p>
E16	<p>1/ Préparation du séminaire en amont : cours / biblio envoyés bien avant le séminaire 2/ Séminaire en petit groupe avec des experts (pas forcément médecin) qui ne sortent pas du moule du DMG (en mode séance question-réponse plutôt que cours professoral) + "experts patients" c'est à dire des patients avec des orientations sexuelles différentes avec qui nous pourrions échanger 3/ Mise en situation à distance du séminaire : jeux de rôle (avec les patients experts ?)</p>
E17	<p>pas derrière des tables..... une discussion ouverte avec des acteurs très très variés ! pas que des médecins ... des sages femmes, des sexologues, des psychologues, psychothérapeutes ... des gens du planning , des conseillères.. bref des gens qui sont vraiment dans leur travail à parler de sexualité et/ou qui ont une formation spécialisée la dedans. du vécu concret à discuter peut être même bien des gens non médecins, pour leur demander ce qu'ils souhaiteraient eux, en consultation .</p>
E18	<p>outre les rappels théoriques, et des intervenant "spécialisés", il faut qu'il y ai une réflexion sur la posture du MG non "spécifiquement fléché" sur la sexualité, et comment faire connaître qu'il peut être soit un recours direct soit un interlocuteur pertinent : une affiche ou info dans la salle d'attente, dans le cabinet de consultation, dans sa manière de recueillir les ATCD , et autres éléments de consultations etc le savoir être et savoir faire donc</p>

E19	<ul style="list-style-type: none"> - s'appuyer sur d'autre séminaire existant (par exemple si formation à la communication qui aborde le conseil ou l'entretien motivationnel, faire la votre après..) - connaître ce qui est déjà abordé sur la contraception, l'IVG, le dépistage des violences conjugales - aborder les questions de genre et de préjugés - lien avec la prévention de l'usage des réseaux sociaux chez les ado, évoquer aussi les normes et "valeurs" véhiculées par l'industrie du porno - jeux de rôles en binome en s'inventant des personnages pour s'entraîner à formuler des questions sur la sexualité... - aborder la question des règles et de leur vécu comme porte d'entrée - aborder le plaisir féminin, moins connu - partir d'idées reçues, même très basiques, encore véhiculées ou de question (les hommes ont plus de besoin/désirs...) - outils à manipuler: clitoris en 3D, préservatif féminin, digue dentaire, diaphragme...
E20	Séminaire d'une journée complète, matin réservé à la théorie, après midi interactivité et jeux de rôles.
E21	<p>Plusieurs abords en ne parlant que de sexualité (pas contraception, ni reproduction, ni IST, ni violences dans le couple)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Santé génésique : définition, apport de connaissances sur la base de situations cliniques - Ateliers : jeux de rôle , échanges pour travailler la communication et ses préjugés
E22	Séminaire d'une journée avec travail sur cas clinique et une partie théorique sur les connaissances de base en matière de sexualité
E23	une journée complète ou deux demi journées : encourager les participants de venir avec des situations vécues, difficultés rencontrées (et pourquoi) servant de matériel pour le séminaire. Focus théoriques éventuels mais très courts. Sur une demi journée, prévoir des ateliers en petits groupes qui tournent avec des thématiques différentes avec des intervenant.e.s éventuel.le.s (planning, associations, MG à pratique particulière pour l'accompagnement de public transgenre ou grosse activité gynécologique, juriste/avocat, philosophe etc.) puis plénière finale courte pour les "take-home messages". Je ne sais pas comment impliquer les patient.e.s dans ce séminaire en dehors des associations, mais c'est à réfléchir.
E24	<p>Un premier temps de mise en commun de ses connaissances en matière de santé sexuelle , ses expériences de consultation , son vécu.</p> <p>Rappeler rapidement la légitimité du médecin généraliste à parler de sexualité.</p> <p>Un temps plus "théorique" sur les différent thèmes devant lesquels il est important de parler de santé sexuelle.</p> <p>Un temps d'outils de communication adapter à ce sujet.</p> <p>Un temps d'application en petit groupe , jeux de rôle.</p> <p>Alterner des temps en groupes de réflexion et des temps de mis en commun</p>
E25	Plutôt sur une journée complète avec au départ un apport théorique/anatomique puis une exploration des représentations de la sexualité (photolangage si le groupe n'est pas trop important ou partagé en petits groupes de 6-8 personnes) et enfin une approche plus pratique pourquoi pas au moyen de jeux de rôle par petits groupes de 3 (1 médecin, 1 patient, 1 observateur qui tournent sur plusieurs situations cliniques).
E26	<p>Comment poser les questions sur la sexualité en MG</p> <p>Listing des patho les plus fq en ft de l'age des patientes</p> <p>Voir les partenaire formé a la sexualité sur grenoble: kiné, Sf, Mg gyneco, psy.....</p>
E27	journee de formation

11.15 Résultats statistiques du 2^{ème} tour

Médiane	IP30	IP70	% de valeurs dans [7;9]	Classification selon médiane et répartition	Com-mentaire	Conclusion du 2e tour	Proposition
Partie A : Communication « travail sur soi »							
9	7,2	9	80%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	1. Réfléchir à nos propres perceptions, opinions et représentations de la sexualité pour avoir conscience de notre propre référence.
8	7	9	72%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	2. Avoir connaissance des conventions sociales en matière de sexualité
8	7	8,8	76%	Pertinent consensuel	Oui	Reformulation	3 .Prendre conscience des difficultés éventuelles en lien avec une différence médecin/patient et apprendre à travailler avec celles-ci sur le thème de la sexualité.
8	8	9	88%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	4. Prendre conscience des a priori vis-à-vis de certains publics spécifiques
9	8,2	9	92%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	5. Savoir adopter la distance adéquate avec le patient dans la discussion sur la sexualité
9	8,2	9	92%	Pertinent consensuel	Oui	Reformulation	6. Aborder avec tolérance et ouverture d'esprit la sexualité, sous ses déclinaisons multiples et variées; sous réserve du respect de la Loi et d'une "sexualité sans contrainte, discrimination ou violence" (selon définition OMS)
Partie B : Communication – être proactif							
						1. Apprendre à aborder la sexualité dans les contextes suivants :	
7	6	8	56%	Pertinent	Oui	Reformulation	- Lors des vaccinations
7	5,2	8,8	52%	Pertinent	-	Accord non consensuel	- Lors du renouvellement de certains traitements au long cours
5	3,2	5,8	24%	Equivoque	-	Equivoque	- Lors du premier contact avec un patient
6	5	7	36%	Equivoque	-	Equivoque	- Lors du recueil des antécédants généraux
8	8	9	92%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	- A partir d'un organe (ou fonction) de proximité de la région pelvienne
9	8	9	92%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	- Autour de la grossesse : pré et post partum
7	6	8	56%	Pertinent	-	Accord non consensuel	- A partir d'un symptôme évoqué par l'entourage (en respectant le secret médical)
9	7,2	9	80%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	- Dans un contexte évocateur de violences domestiques
8	7	9	72%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	- Sur des plaintes polymorphes
9	9	9	96%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	- Dans le suivi de pathologies (ou états) pouvant entrainer des dysfonctions sexuelles

7	6	8	64%	Pertinent	-	Accord non consensuel	2. Savoir argumenter auprès du patient l'importance d'inclure la sexualité en consultation
							3. Utiliser des techniques et outils de communication :
5	3,2	6,8	32%	Equivoque	-	Equivoque	- Proposer un panel de réponses
8	8	9	96%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	- Être à l'aise avec le vocabulaire lié à la sexualité, dans les registres médical et commun
8	7	9	80%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	- Opportunisme : savoir utiliser l'association d'idées pour amener le sujet vers la sexualité en partant du discours du patient
9	8	9	96%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	- Importance de l'écoute active
8	8	9	92%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	- Savoir aménager un temps dédié pour parler de sexualité
8	7	9	88%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	- Utiliser des outils de communication passive en salle d'attente ou dans son cabinet : affiches, prospectus ...
7	5,2	7,8	52%	Pertinent	-	Accord non consensuel	4. Utiliser des questionnaires standardisés en santé sexuelle
Partie C : Renforcer les connaissances théoriques							
							<i>Dans quels domaines apporter des connaissances aux internes ?</i>
7	6	8	56%	Pertinent	Oui	Reformulation	1. Physiologie des sexualités féminine et masculine
9	8	9	80%	Pertinent consensuel	Oui	Reformulation	2. Dysfonctions sexuelles : diagnostic et prise en charge
8	7	9	76%	Pertinent consensuel	Oui	Reformulation	3. Infections sexuellement transmissibles : prévention, diagnostic et thérapeutiques
7	7	8	72%	Pertinent consensuel	Oui	Reformulation	4. Reproduction : procréation médicalement assistée, Interruption volontaire de grossesse, contraception
8	8	9	80%	Pertinent consensuel	Oui	Reformulation	5. Identité de genre et orientation sexuelle
8	8	9	84%	Pertinent consensuel	Oui	Reformulation	6. Aspects psychologiques et affectifs de la sexualité
9	8	9	80%	Pertinent consensuel	Oui	Reformulation	7. Cadre légal en matière de sexualité : conduites pénalisables
9	8	9	100%	Pertinent	Oui	Reformulation	8. Violences sexuelles : dépistage et prise en charge
8	8	9	92%	Pertinent	Oui	Reformulation	9. Connaître le concept de santé sexuelle
Partie D : Gérer une consultation en lien avec la sexualité							
							<i>1 Recueil de l'anamnèse sexuelle, savoir questionner sur :</i>
8	6,2	9	68%	Pertinent	-	Accord non consensuel	- l'orientation sexuelle du patient
9	9	9	88%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	- De potentielles violences sexuelles subies (viol, attouchement, harcèlement ...)
8	8	9	96%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	2. Savoir s'enquérir des représentations, besoins, et attentes du patient en matière de sexualité.

							3. Connaître certains modèles de consultation pour s'en inspirer :
7	6	8	64%	Pertinent	Oui	Reformulation	-Modèle EX-PLISSIT
7	6	8	52%	Pertinent	Oui	Reformulation	- Modèle BETTER
8	7	8,8	76%	Pertinent consensuel	Oui	Reformulation	- <i>Counseling</i> appliqué à la sexualité et BCS (Brève communication en sexualité)
9	8	9	100%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	4. Savoir expliciter l'absence de norme en matière de sexualité : sous réserve du respect de la Loi et d'une "sexualité sans contrainte, discrimination ou violence" (selon définition OMS)
9	8	9	96%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	5. Participer à l'éducation en santé sexuelle : augmenter les connaissances et renforcer les compétences du patient (prévention, accompagnement ...)
9	8	9	92%	Pertinent consensuel	-	Accord consensuel	6. Connaître les réseaux de recours en lien avec la sexualité pour se constituer un "annuaire de proximité"

11.16 Commentaires ayant servi à la reformulation de certaines propositions (2^{ème} tour)

Proposition	Détail des commentaires principaux
Partie A : Communication « travail sur soi »	
3. Prendre conscience des difficultés éventuelles en lien avec une différence médecin/patient et apprendre à travailler avec celles-ci sur le thème de la sexualité.	- "OK avec la 1ere partie (...) mais pas du tout avec la 2eme partie qui sous-entend qu'on devrait forcer un peu la main au ressenti négatif pour qu'il devienne positif." ; - "dépend de la vaccination. Pour HPV très pertinent, pour rappel DTP ne me semble pas pertinent";
6. Aborder avec tolérance et ouverture d'esprit la sexualité, sous ses déclinaisons multiples et variées ; sous réserve du respect de la Loi et d'une "sexualité sans contrainte, discrimination ou violence" (selon définition OMS)	- "redondant avec les précédents items ?"; - "formulation est incompréhensible"
Partie B : Communication – être proactif	
1. Apprendre à aborder la sexualité dans les contextes suivants :	
- Lors des vaccinations	- "à nuancer suivant les vaccins (HPV par exemple utile)"; - "dépend de la vaccination. Pour HPV, très pertinent, pour rappel DTP ne me semble pas pertinent"
Partie C : Renforcer les connaissances théoriques	
Dans quels domaines apporter des connaissances aux internes ?	- "proposer des sources permettant aux internes de se documenter par eux-mêmes (...) les éléments théoriques purs devant être évités autant que possible"; - "il est assez facile de trouver les réponses aux questions bio-médicales qui relèvent du second cycle"
2. Dysfonctions sexuelles : diagnostic et prise en charge	
3. Infections sexuellement transmissibles : prévention, diagnostic et thérapeutiques	
4. Reproduction : procréation médicalement assistée, Interruption volontaire de grossesse, contraception	" il faudrait scinder cet item en sous-parties (...) la PMA et l'IVG n'ont pas leur place (...) hyperspécialisé"
5. Identité de genre et orientation sexuelle	
6. Aspects psychologiques et affectifs de la sexualité	

7. Cadre légal en matière de sexualité : conduites pénalisables	
8. Violences sexuelles : dépistage et prise en charge	
9. Connaître le concept de santé sexuelle	
Partie D : Gérer une consultation en lien avec la sexualité	
3. Connaître certains modèles de consultation pour s'en inspirer :	<i>"à voir la forme que cela prendrait en formation (mais à mettre au second plan je pense)"</i>
-Modèle EX-PLISSIT	
- Modèle BETTER	
- <i>Counseling</i> appliqué à la sexualité et BCS (Brève communication en sexualité)	

11.17 Recueil complet des commentaires (2^{ème} tour) :

Partie A : communication - travail sur soi

2. Avoir connaissance des conventions sociales en matière de sexualité

E17 : « Q2 : je trouve ça vague.. j'imagine que nous n'avons pas tous les mêmes .. »

E15 : « pour la question 2, la reformulation proposée change "norme" par "convention", et supprime "et s'en détaché". Tout à fait OK pour supprimer "et s'en détacher", mais pas OK pour remplacer "norme" par "convention" qui ne sont pas synonymes. Comment allez vous trouver le contenu des "conventions sociales" puisque ce mot n'existe pas dans le vocabulaire sociologique auquel vous allez devoir vous rapporter, si vous voulez que vos références aient de la valeur ? la double injonction paradoxale faite aux filles, de rester vierge et d'accepter des rapports sexuels, qui les soumet au stigmate de "salope" et qui norme leur sexualité, peut-elle être qualifiée de "convention sociale"? »

3. Prendre conscience des difficultés éventuelles en lien avec une différence médecin/patient et apprendre à travailler avec celles-ci sur le thème de la sexualité

E16 : « la formulation de l'item 3 devient plutôt alambiqué »

E15 : « pour la question 3, OK avec la 1ère partie de la proposition ("Prendre conscience des difficultés éventuelles en lien avec une différence médecin/patient") mais pas du tout avec la 2ème partie ("et apprendre à travailler avec celles-ci sur le thème de la sexualité") qui sous entend qu'on devrait forcer un peu la main au ressenti négatif pour qu'il devienne positif. on ne peut pas demander à un médecin qui n'a que des privilèges sociaux (être un homme, blanc, hétéro, classe supérieure...) de faire comme si un module "sexualité" allait lui permettre d'adopter une posture suffisamment respectueuse pour que les patient-e-s le perçoivent comme neutre. Pour moi cela revient à dire que l'éthique et la posture professionnelle garantissent l'absence d'abus de pouvoir, ce qui est concrètement faux (pour preuve des témoignages de certains médecins dans ma thèse, des témoignages de certaines patientes dans une thèse sur le suivi gynéco chez les femmes en situation de précarité). Donc je reformulerai la 2ème partie de la phrase : "et apprendre à reconnaître les réticences des patient-e-s, formulé-e-s ou non, à s'ouvrir sur leur sexualité, et les RESPECTER.

4. Prendre conscience des a priori vis-à-vis de certains publics spécifiques

E17 : « Q4 : oh je me dis que c'est avoir des préjugés que de partir comme ça .. dire que tous les handicapés ont tels a priori , et les vieux tels apriori .. ça me paraît pas juste. Pour moi, le plus sage n'est pas de chercher qui va penser quoi, mais d'y aller, d'en parler avec un profond respect et justement sans a priori. au fur et a mesure de l'échange on s'adapte à la personne en face de soi, individuellement »

5. Savoir adopter la distance adéquate avec le patient dans la discussion sur la sexualité

E22 : « d accord avec l' item 5 mais savoir trouver la bonne distance est valable pour tous les domaines de notre exercice en médecine en général »

E09 : « pour l'item 5 je rejoins le commentaire publié sur la fiche récapitulative, y-a-t'il finalement une distance différente entre le praticien et son patient lorsque l'on aborde la sexualité que lors du reste des soins? »

6. Aborder avec tolérance et ouverture d'esprit la sexualité, sous ses déclinaisons multiples et variées; sous réserve du respect de la Loi et d'une "sexualité sans contrainte, discrimination ou violence" (selon définition OMS)

E23 : « Q6 redondant avec les précédents items ? »

E22 : « l' item 6 me paraît le plus pertinent et résume bien à lui tout seul la posture à adopter : c est à dire écoute sans jugement, savoir que la sexualité a des déclinaisons multiples et variées , qu' il n y a pas de norme en matière de sexualité , en étant bien conscient qu'il existe une limite qui est la loi et la souffrance du patient »

E15 : « pour la question 6, la formulation est incompréhensible. Sinon l'idée de faire de "l'abord de la sexualité" quelque chose d'automatique ne me paraît pas déontologique. Avez-vous la preuve que l'abord de la sexualité ne nuit jamais ? Moi j'ai le souvenir d'une CCF (conseillère conjugale et familiale) au Planning qui, à la demande d'un patient invalide qu'elle avait vu lors d'une intervention "sexualité" en IME, avait organisé une consultation avec un sexologue et moi même pour de l'info sur les aidant-sexuels. Cette consultation s'est faite en cachette de la mère de ce patient, comme le droit l'autorise. Mais pour l'aller-retour à la consultation, il a du recourir à un taxi qui a relaté à la consultation au Planning à sa mère. Sa mère a ensuite menacé le Planning d'une plainte pour

avoir organisé cette consultation, et a bien sur empêché son fils de revenir. Aussi des exemples de collègues praticiennes et moi même une fois, qui ont refusé d'aborder la sexualité avec des patient-e-s pervers, en continuant le suivi gynéco par exemple. Je pense donc que l'important c'est de connaître ses limites, de pouvoir les formuler avec respect, et de reconnaître celles des patient-e-s. »

Commentaires hors proposition spécifique

E18 : « Cet item " travail sur soi" n'ayant jamais été abordé dans la formation initiale des médecins > 50 ans ... »

E10 : « Connaître sa propre sexualité, le vécu de celle-ci, ses attentes personnelles éventuelles, afin de ne pas interférer avec les apports du patient »

E12 : « Les différents item me semblent tous très pertinents car l'abord de la sexualité nécessite de sortir de ses propres paradigmes et d'avoir une écoute empathique avec le patient sans jamais tomber dans une quelconque familiarité »

E21 : « Si vous écrivez , relation , écrivez patient-e- médecin , histoire de rester centré sur le patient-e »

Partie B : communication : être proactif

1.Apprendre à aborder la sexualité dans les contextes suivants ...

E02 : « Question 1 : dépend de la vaccination. Pour HPV très pertinent, pour rappel DTP ne me semble pas pertinent. »

E23 : « Vaccinations à nuancer suivant les vaccins (HPV par ex plus utile), je ne comprends pas l'item portant sur les plaintes polymorphes »

E21 : « Pro-actif si le contexte s'y prête. ex: vaccin : si c'est antiHPV ou hépatite B ca s'y prête , si c'est antitétanos : bof... »

E16 : « Item 1/ le recueil des ATCD généraux se fait pour moi lors du premier contact avec le patient

E15 : « pour la question 1: les 4 premières formulations peuvent amener au maximum je trouve à aborder "le risque sexuel" et donc les IST, ce qui peut être une amorce pour ouvrir vers une discussion sur la sexualité. Mais dans ce cas pourquoi ne pas inclure directement la question du dépistage des IST à chaque fois que l'occasion se présente lors des consultations sur la vaccination, sur les ATCD, sur un 1er contact etc... »

E22 : « Je pense qu'il y a des situations évidentes où le médecin se doit d'aborder la sexualité : les cancers et autres maladies invalidantes , la contraception »

E21 : « J'ai oublié précédemment , je ne crois pas que le terme le plus souvent utilisé soit violences domestiques , mais plutôt violences conjugales. »

3. Utiliser des techniques et outils de communication ...

E16 : « Item 3/ le panel de réponses est pour moi un outil que l'on pourrait utiliser en dernier recours quand par exemple le patient a des difficultés à exprimer ses idées »

E0 : 9« question 3 je ne vois pas très bien ce que vous entendez par panel de réponse et je ne me sens pas très à l'aise avec l'idée de l'opportunisme (mais c'est peut-être aussi une technique de communication que je ne maîtrise pas) »

4.Utiliser des questionnaires standardisés en santé sexuelle

E09 : « question 4 comme tout les questionnaires je pense qu'il faut se l'être approprié pour pouvoir le faire de façon "naturelle" avec le patient, que les questions et l'air spontanées et pas en mode je les lis une à une sur mon écran »

E15 : « pour la question 4: les questionnaires peuvent être de bons outils de communication, d'information. En revanche, ceux qui sont cités sont très "normatifs" notamment sur la fréquence des rapports, etc... Donc ils n'inspirent pas forcément "l'ouverture" et risques d'être contre-productifs. Mieux vaut sélectionner des infos-questionnaires-affiches pour détendre l'atmosphère que des infos-questionnaires qui vont renvoyer les hommes à la performance (et son absence) et les femmes à la jouissance (et son absence), ce qui est TRES TRES NORMATIF. »

E23 : « je reste tjr un peu sur la réserve concernant les questionnaires »

E22 : « on peut proposer des supports comme des questionnaires qui vont susciter (ou non) l envie d aborder leurs problèmes »

E21 : « Les questionnaires peuvent avoir un intérêt dans une étude de façon anonyme mais en tête à tête , je ne crois pas. »

Commentaires hors proposition spécifique

E18 : « la limite de la " proactivité", c'est, en médecine générale, la multitude de sujet sur lesquels il faudrait être proactifs ...
et les addictions
et la sédentarité
et les vaccinations
et la maltraitance intra-familiale
et la souffrance au travail !!! »

E22 : « l écoute proactive oui mais pas invasive :les patients ne sont pas toujours à l aise pour parler de leur sexualité il faut s adapter à chaque cas . »

E21 : « Si l'on veut aborder l' orientation sexuelle d'un-e patient-e lors de la toute première consultation , il convient d'exposer pour quelles raisons médicales on le fait et que c'est une question qu'on pose à toute le monde et il faut qu'il soit seul-e ; Savoir aménager un temps dédié , oui parfois util , mais surtout se saisir de la parole et rebondi . »

Partie C : Renforcer les connaissances théoriques des internes

1. Physiologie des sexualités féminine et masculine

E02 : « Concernant la physiologie des sexualités féminine et masculine, c'est à peu près les seules connaissances qu'on a déjà d'après les cours de premier et deuxième cycle. »

E11 : « physiologie: déjà traitées dans les études de médecine générale »

3.Infections sexuellement transmissibles : prévention, diagnostics et thérapeutiques

E11 : « IST (...) : déjà traitées dans les études de médecine générale »

4. Reproduction : procréation médicalement assistée, Interruption volontaire de grossesse, contraception

E16 : « Item 4/ peut être qu'il faudrait scinder cet item en sous partie : autant faire une "mise à jour" sur la contraception peut être pertinent (bien qu'il y ait déjà un séminaire contraception), autant je trouve que la PMA et l'IVG n'a pas sa place, PMA s'est hyperspécialisée, l'IVG s'est déjà un DU. »

E11 : « (...) Reproduction (...) : déjà traitées dans les études de médecine générale »

5. Identité de genre et orientation sexuelle

E11 : « identité de genre et orientation sexuelle: on peut aborder rapidement les définitions, pour savoir quand passer la main car c'est une affaire de spécialiste en sexologie »

6. Aspects psychologiques et affectifs de la sexualité

E11 : « aspects psycho et affectifs de la sexualité: trop complexes et chronophages à traiter pour une approche en médecine générale »

8. Violences sexuelles : dépistage et prise en charge

E11 : « violences sexuelles: indispensables à aborder car tellement fréquentes et méconnues.. »

Commentaires hors proposition spécifique

E23 : « connaissances : proposer des sources permettant aux internes de se documenter par eux mêmes (et de les retrouver au moment utile), les éléments théoriques purs devant être évités autant que possible ... peut être choisir à la lumière des éléments d'actualité (et à aborder au gré des situations apportées par les internes participant à cette formation) »

E18 : « il me semble que les internes en général, et la formation initiale, sont bien plus au fait des ces aspects que ça ne l'était auparavant »

E21: « Il est assez facile de trouver les réponses aux questions bio-médicales qui relèvent du second cycle si l'on a des méconnaissances » ; « Faire connaître et dédramatiser les prescriptions possibles pour certaines dysfonctions sexuelles qui bien que physiologiques , sont considérés désormais comme une maladie. Faire prendre conscience de l' influence sociétale et pharmaceutique sur ces prescriptions. »

Partie D : Gérer une consultation en lien avec la sexualité

1 . Recueil de l'anamnèse sexuelle : savoir questionner sur ...

E21 : « Savoir faire un signalement ou une information préoccupante en cas de maltraitance sexuelle ou de suspicion chez un-e mineur-e et savoir rédiger une certificat pour une victime adulte ou enfant. Si cela s'inclut dans un séminaire , il faut au moins en parler car la sexualité n'est pas heureuse pour tout le monde. »

3. Connaître certains modèles de consultation pour s'en inspirer

E23 : « modèles de consultations / à voir la forme que cela prendrait en formation (mais à mettre en second plan je pense) »

Commentaires hors proposition spécifique

E21 : « Proposer une contraception à l' occasion d'un dialogue sur la sexualité ou à l' inverse parler de sexualité à l' occasion d'une demande contraceptive (non cité dans votre liste, si je me souviens bien) »

Partie E : Ouverture

E23 : « pas de remarque / attention à la place accordée aux éléments théoriques "purs" (modèles et données théoriques) à placer au bon moment, sur une mise en situation (soit des exemples cliniques soit des éléments apportés par les participants eux mêmes en préalable à la formation) »

E18 : « non »

E21 : « On pourrait aussi dans un séminaire sur la sexualité , aborder le changement de sexe car il y a "sex" dans sexualité même si c'est peu fréquent pour un MG . Ca peut permettre d'être moins perplexe face à un-e patient-e qui a fait cette démarche et qui prend des traitements spécifiques. Ce sont des notions peu connues le plus souvent. »

E14« aborder les violences sexuelles comme au Canada au 1er entretien »

E15 : « Je suis encline à penser que les étudiant-e-s en médecine ne savent pas reconnaître leurs limites en général, parce que le cursus les oblige à les franchir régulièrement sans broncher, tout comme les victimes de violence. Celles et ceux qui défont pendant ce cursus seront les plus à même à formuler leurs limites et à respecter celles des autres, ce qui est extrêmement important quand on aborde la sexualité. Celles et ceux qui ne défont pas peuvent-ils et elles apprendre qu'ils et elles ont des limites, qu'ils et elles ont le droit de les respecter, de les faire respecter, et que ce faisant ils et elles seront plus à même à respecter celles de leurs patient-e-s ? Faut-il prévoir un cours d'autodéfense, de communication non violente ? En tout cas j'espère que ce module insistera sur cet aspect là. »

E27 : « merci à vous . Savoir introduire les questions ouvertes pour que les patients parlent " librement " de leur pratique avec précisions et en sachant y mettre les mots. »

11.18 Résultats statistiques du 3^{ème} tour

Médiane	IP30	IP70	% de valeurs dans [7;9]	Classification selon médiane et répartition	Conclusion du 3e tour	Proposition
Partie A : Communication « travail sur soi »						
8	7	9	76%	Pertinent consensuel	Accord consensuel	1. Prendre conscience des difficultés liées aux différences patient-e/médecin
9	8	9	96%	Pertinent consensuel	Accord consensuel	2. Aborder avec tolérance et ouverture d'esprit la sexualité sous réserve du respect de la Loi et d'une "sexualité sans contrainte, discrimination ou violence" (selon définition OMS)
Partie B : Communication – être proactif						
					1. Apprendre à aborder la sexualité dans les contextes suivants :	
8	7	9	80%	Pertinent consensuel	Accord consensuel	- Certaines vaccinations : HPV et Hépatites A et B
8	7	9	72%	Pertinent consensuel	Accord consensuel	- Lors du renouvellement de certains traitements au long cours
5	4,2	7	44%	Equivoque	Éliminé (par stabilité)	- Lors du premier contact avec un patient
6	5,2	8	44%	Equivoque	Éliminé (par stabilité)	- Lors du recueil des antécédents généraux
7	5	7,8	56%	Pertinent	Accord consensuel (par stabilité)	- A partir d'un symptôme évoqué par l'entourage
8	7,2	9	76%	Pertinent consensuel	Accord consensuel	2. Savoir argumenter auprès du patient l'importance d'inclure la sexualité en consultation
8	7	9	72%	Pertinent consensuel	Accord consensuel	3. Utiliser des techniques et outils de communication : Proposer un panel de réponses
5	5	7	40%	Equivoque	Éliminé (par stabilité)	4. Utiliser des questionnaires standardisés en santé sexuelle
9	9	9	88%	Pertinent consensuel	Accord consensuel	5. Les limites de la pro activité : savoir être attentif aux réticences des patient-e-s, formulé-e-s ou non, à s'ouvrir sur leur sexualité, et les respecter.
Partie C : Renforcer les connaissances théoriques						
Somme des classements individuels			101 pts	1er	Priorité	Connaître le concept de santé sexuelle
			111 pts	2e	Priorité	Aspects psychologiques et affectifs de la sexualité
			113 pts	3e	Priorité	Violences sexuelles : dépistage et prise en charge

Pondération décroissante vers le moins prioritaire	127 pts	4e	Non-prioritaire	Dysfonctions sexuelles : diagnostic et prise en charge		
	137 pts	5e	Non-prioritaire	Physiologie des sexualités féminine et masculine		
	149 pts	6e	Non-prioritaire	Identité de genre et orientation sexuelle		
3 premiers conservés	151 pts	7e	Non-prioritaire	Cadre légal en matière de sexualité : conduites pénalisables		
	155 pts	8e ex-aequo	Non-prioritaire	IST : prévention diagnostic et thérapeutiques		
	155 pts	8e ex-aequo	Non-prioritaire	Contraception		
	176 pts	10e	Non-prioritaire	Reproduction, PMA, IVG		
Partie D : Gérer une consultation en lien avec la sexualité						
8	6,2	9	68%	Pertinent	Accord consensuel (par stabilité)	1. Recueil de l'anamnèse sexuelle : savoir questionner sur l'orientation sexuelle du patient
Modèles de consultation en lien avec la Sexualité						
Choix de 1 parmi 3				15 votes	Priorité	- modèle CBS (communication brève relative à la sexualité)
				5 votes	Non-prioritaire	- modèle BETTER
				5 votes	Non-prioritaire	- modèle EX-PLISSIT

11.19 Modèles CBS, EX-PLISSIT et BETTER

✓ Modèle de *counseling* appliqué à la sexualité : Communication Brève relative à la Sexualité (CBS) [19] :

Le *counseling* est « un processus dynamique de communication interpersonnelle entre un client et un conseiller qualifié, qui est lié par un code de déontologie, pour résoudre des problèmes et des difficultés personnelles, sociales ou psychologiques. Le conseil exige empathie, authenticité, absence de tout jugement moral ou personnel, et respect pour aider le client à explorer, découvrir et clarifier les moyens de faire face à son problème ... ».

La CBS est constituée des étapes successives suivantes :

- prise de contact et mise en confiance du patient.
- attitude proactive : ouverture de la discussion sur la santé sexuelle et écoute active
- interpréter ce que présente le patient pour identifier l'existence de problèmes d'ordre sexuel
- informer et renforcer les compétences du patient
- autonomisation et prise de décision partagée avec le patient sur les mesures à prendre.
- le cas échéant, orientation ou suivi

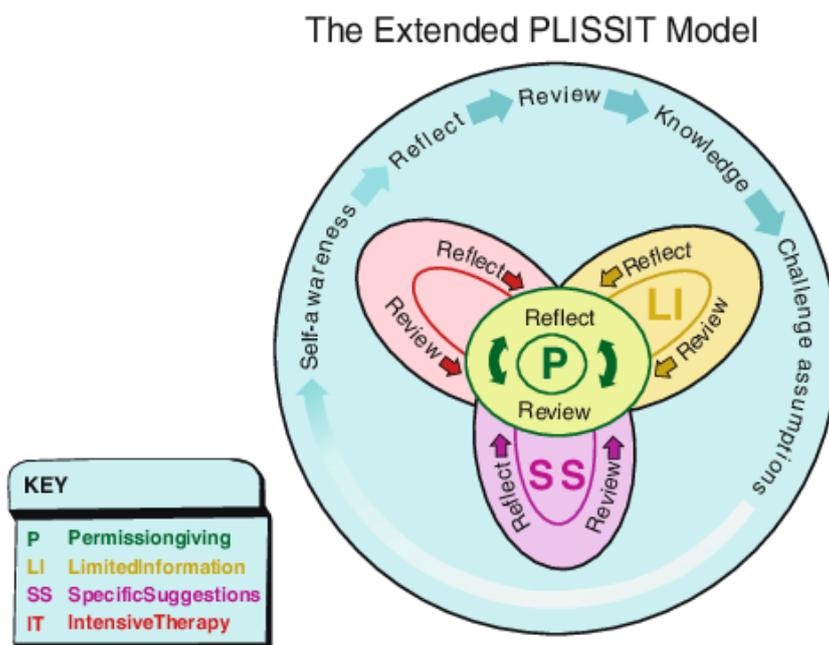
✓ Modèle EX-PLISSIT [29] :

P (*Permission*) : Aborder la sexualité avec la permission du patient (implicite ou tacite ou non). Le médecin amène la question de la sexualité et encourage le patient à faire part de ses inquiétudes et à poser ses questions relatives à la sexualité.

LI (*Limited Information*) : Donner une information fiable sur l'anatomie et la physiologie de la fonction sexuelle et reproductive, les conduites à risques ... Donner des informations adaptées au patient : ses attentes et sa compréhension, en prenant compte de son milieu socio-religieux et culturel.

SS (*Specific Suggestions*) : Faire des suggestions spécifiques au patient : à sa pathologie, à ses attentes, à ses besoins. Les suggestions peuvent être des conseils, un traitement médicamenteux ou les deux.

IT (*Intensive Therapy*) : Intervention spécifique : Cette étape requiert une formation plus avancée et est généralement délivrée par un conseiller expert, d'où la nécessité de pouvoir référer.



[Davis S, Taylor B: *From PLISSIT to Ex-PLISSIT. In Rehabilitation: the use of Theories and Models in Practice*, Davis S (ed). Edinburgh, Churchill Livingstone, 2006, p.111, with permission from Elsevier Ltd.]

✓ **Modèle BETTER** [18]:

B (*bring up*) : Soulever la question

E (*explain*) : Expliquer pourquoi

T (*tell*) : Offrir des ressources

T (*time*) : Choisir le bon moment

E (*educate*) : Enseigner

R (*record*) : Noter les interventions

THÈSE SOUTENUE PAR : Anais BOREL et Evelyne MERTZ

TITRE :

**ÉLABORATION PAR METHODE DELPHI DU CONTENU D'UNE FORMATION A L'ABORD
DE LA SEXUALITE EN CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE, DESTINEE AUX
INTERNES de MEDECINE GENERALE, ET REFLEXION SUR SA FORME**

CONCLUSION :

La santé sexuelle contribue à la santé globale des patients. Spécialiste de premier recours, le médecin généraliste en est un acteur privilégié.

Au delà du souhait des patients, l'abord de la sexualité reste complexe et rare en consultation. Les freins sont nombreux. La formation à ce propos reste timide, inégale et non consensuelle au cours du cursus universitaire de médecine générale (MG). Ainsi, quel devrait être le contenu d'une formation à l'abord de la sexualité en consultation de MG, destinée aux internes en MG, et quelle pourrait en être la forme ?

Par consensus d'experts Delphi ce travail a permis d'élaborer un référentiel de 44 objectifs pédagogiques répartis en 4 catégories : « Travail sur soi », « Communication : être proactif », « Gestion d'une consultation en lien avec la sexualité » et « Renforcement des connaissances ». Les compétences prônées étaient : légitimité, neutralité, non-jugement, ouverture d'esprit, empathie, qualités de communication et relation médecin-patient centrée sur le patient. Les connaissances priorisées étaient : connaître le concept de santé sexuelle, aspects psychologiques et affectifs de la sexualité, dépistage et prise en charge des violences sexuelles. La réflexion sur la forme d'une telle formation ouvrait sur une approche constructiviste, interactive et pluridisciplinaire. Les résultats de ce travail original et unique, sont en accord avec les recommandations internationales (OMS) et nationales, donnant ainsi les lignes directrices à la mise en place d'une telle formation.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 19/12/18

LE DOYEN

Le Doyen de l'UR de Médecine
Pr. Patrice MORAND

Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Pr. Patrick IMBERT