



HAL
open science

Abord de la sexualité dans la pratique de médecins généralistes picards : étude qualitative auprès de 20 médecins généralistes en Picardie

Eddy Dourlens

► **To cite this version:**

Eddy Dourlens. Abord de la sexualité dans la pratique de médecins généralistes picards : étude qualitative auprès de 20 médecins généralistes en Picardie. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02152493

HAL Id: dumas-02152493

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02152493>

Submitted on 11 Jun 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.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2018

N° 2018-171

**ABORD DE LA SEXUALITE DANS LA PRATIQUE DE MEDECINS
GENERALISTES PICARDS**

Étude qualitative auprès de 20 médecins généralistes en Picardie

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

SPECIALITE MEDECINE GENERALE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 18 OCTOBRE 2018

PAR

Eddy DOURLENS

Présidente du jury : Madame le Professeur Cécile MANAOUIL

Juges : Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS

Monsieur le Professeur Kaïss LASSOUED

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Georges JUNG

DEDICACES

A ma présidente du jury,

Madame le Professeur Cécile MANAOUIL

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Médecine légale et droit de la santé)

Service de Médecine Légale et Sociale

Adjointe au Chef du Pôle « Urgences, médecine légale et sociale »

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Merci d'avoir accepté de donner de votre temps pour juger ce travail.

Soyez assurée, Madame le Professeur, de toute ma gratitude et de mon profond respect.

A mes juges,

Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Hématologie - Transfusion

Service d'hématologie clinique et thérapie cellulaire

Vous m'avez fait l'honneur de juger ce travail.

Veillez croire en l'expression de ma reconnaissance et de ma considération.

Monsieur le Professeur Kaïss LASSOUED

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Immunologie)

Pôle "Biologie, pharmacie et santé des populations"

Vous m'avez fait l'honneur de porter attention à mon travail.

Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Médecine interne

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Soyez assuré de toute ma gratitude et de mon estime.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Georges JUNG

Professeur Associé de Médecine Générale

Département de Médecine Générale

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse.

Merci pour vos précieux conseils, votre disponibilité et votre bienveillance.

J'ai eu l'honneur comme tant d'autres internes, d'être accompagné par vous dans ce travail et je ne peux qu'exprimer ma gratitude d'avoir connu une personne si impliquée, patiente et dévouée.

REMERCIEMENTS

A Amandine, mon Amour,

Tu sais me conseiller, m'écouter, me canaliser et m'aimer depuis tant d'années. Je t'aime.

A mes enfants Adrien, Grégory et mon troisième fils qui arrive bientôt,

Vous êtes la plus belle chose qui me soit arrivée. Papa sera toujours là pour vous.

A mes parents,

Merci d'avoir toujours cru en moi, m'avoir soutenu et m'avoir encouragé. Vous avez toujours été présents pour moi et ma réussite est la vôtre.

A mon frère Kevin,

Pour tous les moments qu'on a partagés et qu'on partagera encore. En espérant qu'on puisse se voir encore plus souvent à l'avenir.

A mes grands-parents Tatie, Mamie, Tonton Jean, Papi,

Merci pour votre fierté et votre amour, je suis arrivé au bout de mes rêves.

A ma famille proche, Valérie ma marraine, Claudia ma tante, Jean-Marc mon parrain, Geoffrey mon cousin, sa compagne Ophélie et leurs enfants Lucas et Chloé,

Je sais que vous êtes fiers de moi et que les kilomètres ne me permettent pas de profiter de vous autant que je le voudrais.

A mes beaux-parents Danielle et Christian,

Vous m'avez accueilli dans votre famille, merci du fond du cœur.

A mon beau-frère Florent, sa compagne Khadija et leur fils Noha,

J'aimerais pouvoir passer plus de temps avec vous, mais la distance n'aide pas, merci pour tout. Un merci tout particulier à Khadija pour son aide.

A mon meilleur ami Anthony,

Je te remercie d'avoir toujours été présent pour moi et m'avoir conseillé. J'aimerais qu'on puisse se voir encore plus pour profiter de tant de choses.

A mes amis, Sandra, Jonathan et Céline,

Merci de m'avoir soutenu pendant toutes ces années.

A Diane,

Merci de ton soutien permanent.

A Perline,

Merci pour tout ce que tu as fait pour moi.

Aux médecins que j'ai remplacés et que je remplace,

Merci d'avoir partagé votre expérience avec moi.

Aux vingt médecins qui ont participé à l'étude sans lesquels ce travail n'aurait pas été possible.

A mes maîtres,

Merci de m'avoir transmis votre savoir si précieux.

Aux patients qui me poussent à faire de mon mieux chaque jour.

A toutes les équipes médicales et paramédicales que j'ai rencontrées durant mon cursus,

Vous avez contribué à faire le médecin que je suis aujourd'hui.

A l'équipe soignante du CHU notamment Claire et Pauline,

Merci d'avoir pris soin de moi quand j'étais hospitalisé pour ma névrite vestibulaire il y a quelques mois.

A mon chat Oréo, un remerciement tout spécial

Toi, ma bête sauvage, tu as toujours été près de moi pendant toute cette thèse, à surveiller mon avancée, mais également mettre à terre toute feuille sur le bureau qui ne te plaisait pas. Cette thèse est aussi la tienne !

A MES ENFANTS,

PAPA VOUS DEDIE CETTE THESE

SOMMAIRE

DEDICACES	2
REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE	7
INTRODUCTION	9
MATERIEL ET METHODE	11
I- Le choix de la méthode	11
II- Population étudiée	11
III- Recrutement	11
IV- La grille d’entretien	11
V- Déroulement des entretiens	12
VI- Retranscription	12
VII- Analyse	12
VIII- Saturation des données	12
IX- Triangulation	12
RESULTATS	13
I- Caractéristiques de la population étudiée	13
II- Analyse des entretiens	13
1. Une thématique portant sur la sexualité est perçue dans la pratique du généraliste à une fréquence très variable selon les praticiens	13
2. Une difficulté à définir ce qu’est la sexologie et la sexualité	14
3. L’initiateur de l’abord de la sexualité lors d’une consultation est variable	14
4. Des occasions variées d’aborder la sexualité dans la consultation	16
5. Des demandes de nature variée	20
6. Un cadre relationnel très personnalisé et singulier selon la personne du/de la patient(e) et selon la personne du médecin	24
7. Une organisation variée du travail	30
8. Des réponses variées	31
9. Des affects complexes chez le médecin lors de ces consultations	35

10. Professionnalisme.....	40
11. Interférences avec et sur la sexualité du médecin	48
DISCUSSION	50
I- Intérêt du sujet.....	50
II- Forces et limites de la méthode	50
III- Analyse des résultats	51
CONCLUSION.....	59
BIBLIOGRAPHIE	61
ANNEXES.....	64
ANNEXE 1. GUIDE D'ENTRETIEN	64
ANNEXE 2. RETRANSCRIPTIONS DES ENTRETIENS AUPRES DES MEDECINS.....	65

INTRODUCTION

La médecine générale est définie en 2002 par la « WONCA Europe » (World Organization Of National Colleges, Academies And Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) comme une médecine spécialisée, de première ligne, avec une prise en charge globale et continue de tous les problèmes de santé, quel que soit l'individu concerné, dans une approche holistique de la personne [1].

La santé sexuelle est une problématique de santé publique et de soins primaires. La sexualité fait partie des compétences de prise en charge globale du médecin généraliste [2]. Dès 1975, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) élabore la définition de concept de santé sexuelle : « La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux du bien-être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir et développer la personnalité, la communication et l'amour » [3]. Cette définition implique non seulement la santé sexuelle physique, mais également la santé sexuelle reproductive, mentale et émotionnelle. Elle n'est pas limitée au simple traitement, à l'absence de maladies ou à la procréation et se démarque donc des spécialisations de vénérologie, gynécologie, andrologie. Elle est précisée en 2002 comme un « état complet de bien-être physique, psychologique et socioculturel » ; elle aborde également la notion de « droits sexuels » [4]. La liberté et la responsabilité individuelle sont mises en avant, pour la vie sexuelle dans son ensemble notamment le choix du partenaire, la prise en charge de la reproduction, le choix de la natalité, la non-prise de risque et la satisfaction personnelle.

Ces idées émergent notamment de plusieurs facteurs tels que l'arrivée de la contraception en France en 1967 avec la loi Neuwirth permettant de dissocier le rapport procréatif du rapport récréatif, mais également du développement de la contraception au fil des décennies, l'arrivée du VIH ou encore la découverte du Viagra® [5]. De cela découlent une médicalisation et une légitimation de la sexualité dans un contexte de libération des mœurs et d'évolutions sociétales de la sexualité [6].

Le rôle du médecin généraliste prend alors toute son ampleur dans cet abord de la sexualité avec l'ensemble des domaines médicaux pouvant intervenir dans le bien-être, la santé, le plaisir et l'épanouissement personnel de chaque individu.

Il existe de mon constat personnel lors de mes stages et remplacements, une discordance entre le discours des médecins généralistes qui considèrent l'abord de la sexualité de leur patient comme très importante et la verbalisation décrite par les patients du non-abord de la sexualité par leur médecin généraliste.

Ceci a été retrouvé dans de nombreuses études sur ce thème comme les travaux de Dore L. Médecine générale et sexualité. Enquête auprès des médecins généralistes d'Aix-En-Provence, Association Interdisciplinaire post Universitaire de Sexologie. 2004. [7] et Ozanam M. Dialogue et sexualité : l'impuissance des médecins ? MEDEC 2002. [8].

Je vais donc essayer de comprendre pourquoi il en est ainsi en appréciant comment l'abord de la sexualité de leur patient est vécu par les médecins généralistes au sein de leur consultation. On peut aussi se demander s'il n'existe pas un mal-être général des médecins généralistes à aborder la sexualité avec les patients.

L'objectif principal de mon travail est de décrire le vécu des médecins généralistes concernant l'abord de la sexualité de leur patient.

Les objectifs secondaires sont d'identifier les freins à l'abord de la sexualité par les médecins généralistes et de définir des points clefs de formation pour amoindrir la discordance décrite ci-dessus.

MATERIEL ET METHODE

I- Le choix de la méthode

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés.

La méthode qualitative de recueil et d'analyse de données est la plus adéquate pour comprendre, observer et interpréter les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel, les interactions sociales, les perspectives individuelles et donc le ressenti, propre aux médecins. Cette méthode est bien adaptée à la médecine générale de par la complexité des consultations.

II- Population étudiée

La population étudiée est celle de médecins généralistes exerçant en ambulatoire en Picardie.

III- Recrutement

Il a été décidé de contacter des médecins généralistes de façon à avoir une hétérogénéité sur les critères suivants : sexe, âge, lieu d'exercice (rural, mixte ou urbain) avec le choix de ne pas exclure les médecins selon une pratique d'exercice particulière sauf si elle était exclusive en désaccord avec une pratique réelle de médecin généraliste.

Le recrutement a été effectué de fin novembre 2017 à mi-janvier 2018, directement auprès des médecins de la Picardie via un contact téléphonique. L'échantillon a été sélectionné d'une part par l'intermédiaire de mes connaissances personnelles et d'autre part en consultant les pages jaunes dans l'ordre alphabétique, afin de répondre au mieux aux critères énoncés précédemment. L'appel téléphonique permettait de me présenter sommairement, d'expliquer le but de l'étude, et d'exposer le thème de l'étude, si la demande était faite par le médecin, afin d'éviter une réflexion préalable. Il était expliqué au médecin les conditions de réalisation et si le médecin répondait de manière positive, il était fixé un rendez-vous à son libre choix concernant le lieu et les disponibilités horaires pour réaliser l'entretien. Ainsi les médecins se trouvaient dans un lieu familier et avaient pu accorder le temps nécessaire au bon déroulement des entretiens, ce qui a permis de garantir des entretiens plus naturels.

IV- La grille d'entretien

Au préalable, il a été réalisé un guide d'entretien (Annexe 1).

Celui-ci comportait plusieurs thèmes :

- a. L'abord du thème sexuel au sein de la consultation
- b. Le ressenti de la relation entre le patient et le médecin
- c. Les conséquences sur la pratique et l'organisation du travail du médecin, et leurs réponses
- d. Le vécu émotionnel du médecin
- e. Ses réponses professionnelles et éthiques, et son évolution par rapport au thème sexuel

V- Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés du 30 novembre 2017 au 5 février 2018 au sein des cabinets médicaux des médecins participants pour la très grande majorité ou à leur domicile pour certains. Tous les entretiens ont été effectués par moi-même, en tête à tête avec le médecin concerné, et ont été menés à leur terme. L'échange était enregistré via un dictaphone numérique après leur accord, tout en leur rappelant que l'entretien serait anonymisé lors de la retranscription. Les questions de l'entretien suivaient la progression de la grille. Je ne relançais les médecins que pour clarifier une question, permettre un enrichissement d'un thème abordé, ou obtenir un point de vue plus limpide des participants.

VI- Retranscription

Une fois l'entretien réalisé, il était fidèlement retranscrit mot à mot à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word® et en réécoutant l'enregistrement. Il a été choisi de faire apparaître les rires, les silences, les hésitations et de ne jamais altérer le langage utilisé afin de garder la plus grande objectivité. Il a été octroyé à chaque participant une lettre de l'alphabet correspondant à l'ordre de passage lors des entretiens pour conserver leur anonymat.

VII- Analyse

Les données ont été analysées selon la méthode dite de théorisation ancrée et en s'aidant du logiciel d'analyse spécialisé dans l'étude qualitative NVivo 11®.

Elle a été exécutée en commençant par un codage ouvert, c'est-à-dire qu'à travers les verbatims il a été observé des thématiques émergentes. Ensuite le codage axial a été pratiqué afin de rassembler par thème l'ensemble des codes ouverts, en analysant le texte phrase par phrase. Chaque thème intègre des sections de phrases ou des phrases en rapport avec celui-ci. Enfin via le codage matriciel, on recoupe l'ensemble des données afin de concevoir une théorie condensant les données émergentes de l'étude, permettant ainsi de trouver une réponse à la question posée.

VIII- Saturation des données

La saturation des données a déterminé le nombre d'entretiens, en effet dans ce type d'étude, celle-ci est obtenue quand il n'existe plus de nouvelles thématiques au cours des entretiens qui pourraient ajouter des éléments à la théorie.

IX- Triangulation

La triangulation vise à certifier la validité des résultats en superposant et en combinant plusieurs points de vue. Elle a été pratiquée par un codage des entretiens en parallèle et de manière indépendante avec le directeur de thèse, Monsieur le Professeur JUNG, évitant les erreurs dues à une exploitation insuffisante ou défectueuse des données.

RESULTATS

I- Caractéristiques de la population étudiée

Sur les 58 appels téléphoniques effectués, on en dénombre 21 qui se sont soldés par une prise de rendez-vous, dont un médecin qui ne s'est jamais présenté et n'a plus donné de réponse. 15 ont refusé soit par désaffection pour le sujet ou par manque de temps. Enfin 22 n'ont jamais pu être contactés directement (absence de communication par l'intermédiaire de leur secrétaire ou n'ont jamais répondu).

Médecin	Age	Sexe	Ancienneté d'installation	Milieu d'exercice	Pratique complémentaire
A	59	F	27 ans	Rural	∅
B	65	M	36 ans	Rural	∅
C	65	M	32 ans	Rural	∅
D	42	F	5 ans	Rural	∅
E	63	F	2 ans	Rural	∅
F	62	M	36 ans	Semi-rural	∅
G	30	F	3 mois	Semi-rural	DU de gynécologie
H	39	M	12 ans	Semi-rural	∅
I	44	F	15 ans	Semi-rural	Médecin Sexologue
J	36	M	2 ans	Urbain	Médecin du sport
K	51	M	19 ans	Urbain	∅
L	58	F	22 ans	Semi-rural	Médecin du sport
M	56	M	1 an et demi	Urbain	DU de gynécologie
N	34	F	3 ans	Urbain	∅
O	39	F	8 ans	Semi-rural	∅
P	37	F	5 ans	Urbain	∅
Q	60	M	29 ans	Semi-rural	Médecin du sport
R	29	M	1 an	Semi-rural	∅
S	32	F	2 ans et demi	Urbain	∅
T	31	M	1 an et demi	Semi-rural	∅

Tableau 1. Les médecins selon leurs caractéristiques

II- Analyse des entretiens

1. Une thématique portant sur la sexualité est perçue dans la pratique du généraliste à une fréquence très variable selon les praticiens

A. Quelques fois par semaine

- **Dr A** : « on va dire deux à trois fois par semaine »
- *Autres références* : C-D-G-J-K-M-O-Q-R-T

B. Quelques fois par mois

- **Dr I** : « je dirais 2 ou 3 fois dans le mois »
- *Autres références* : H-L-N

C. Quelques fois par trimestre

- **Dr E** : « c'est relativement rare par trimestre plutôt, je dirais peut-être deux fois »
- *Autres références : B-P*

2. Une difficulté à définir ce qu'est la sexologie et la sexualité

A. Sexualité et prévention (contraception/IST)

- **Dr G** : « contraception, MST, est-ce que cela rentre dans la sexualité, j'en sais rien »
- **Dr K** : « c'est pas vraiment de la sexualité c'est des problèmes de contamination »
- *Autres références : P-S*

B. Sexualité et conjugopathie/Harmonie sexuelle

- **Dr F** : « c'est pas uniquement de l'ordre de la sexualité, c'est de l'ordre plutôt, des rapports homme/femme dans le sens dominant/dominé »
- **Dr H** : « quand on parle conjugopathie, on ne parle pas sexualité »

C. Sexualité et gynécologie

- **Dr M** : « c'est plus de la gynécologie que de la sexualité »

D. Sexualité et adolescence

- **Dr T** : « je sais pas si c'est vraiment de la sexologie... il peut y avoir tout ce qui est question autour du début de la sexualité avec les ados »

E. Des cas singuliers

- **Dr E** : « je ne sais pas si cela rentre dans ce cadre-là. » (*homosexualité*)
- **Dr N** : « une femme qui s'était faite violée... je sais pas si ça fait partie de la sexualité »

3. L'initiateur de l'abord de la sexualité lors d'une consultation est variable

A. Le médecin initiateur

- **Dr C** : « C'est bien souvent moi qui enclenche les choses »
- **Dr D** : « pour une prescription de pilule, systématiquement j'aborde le sujet »
- **Dr G** : « Pour les jeunes c'est moi qui initie »
- *Autres références : F-J-R*

- Mais aussi des médecins qui en général ne souhaitent pas être initiateurs
- **Dr E** : « Je ne parle de sexualité... que quand il y a une demande de la part du patient »
- **Dr L** : « tant que le patient n'en parle pas spontanément moi j'aborde pas le sujet »
- *Autres références : B-C-F-M-O-P-S*

B. Le patient initiateur

- **Dr D** : « ils me disent “bon j'aimerais parler de ça nana” je dis “allez-y” »
- **Dr G** : « pour les plus âgés c'est le patient qui initie »
- **Dr K** : « c'est eux qui soulèvent la question et qui me demandent de l'aide »
- *Autres références : A-B-C-E-H-J*

C. Le couple initiateur

- La femme initiatrice
- **Dr C** : « souvent c'est les dames qui amènent leur mari »
- **Dr N** : « c'est la femme qui l'aborde quand ils viennent en couple, c'est la femme qui l'aborde à la fin de consultation parce que le mari n'ose pas »
- Une demande commune
- **Dr D** : « des couples qui viennent ensemble en disant « voilà on a un souci... euh, y a plus y a plus... bin de désir »
- *Autres références : G-I-J-Q*

D. Le proche initiateur

- Parent-Enfant
- **Dr C** : « les mamans qui disent : “ ma fille, elle fréquente, faut lui mettre la pilule ” »
- **Dr D** : « Sa maman l'a su donc sa maman elle est venue m'en parler aussi. Donc il a fallu qu'on discute aussi du club libertin avec les parents »
- **Dr E** : « Ça concernait la sexualité du fils d'une dame que j'ai vue. Elle est venue pour me parler des soucis de son fils »
- Conjoint-Conjointe
- **Dr E** : « des problèmes dans les relations de couple c'était soit l'un soit l'autre qui venait et l'autre ne voulait pas venir »
- **Dr M** : « c'est d'abord l'homme... qui est venu me parler des problèmes d'ordre sexuel de frustration qu'il avait vis-à-vis de son amie qui avait des désirs qui avaient été modifiés »

- **Dr P** : « elle m'avait dit : « ah vous allez bientôt voir mon mari, il va pas oser vous en parler, mais je vais lui dire quand même de venir quand même en parler de ça »
- **Dr R** : « il était amené par sa femme qui l'avait obligé à venir » (*addiction sexuelle*)
- *Autres références : F-H*

4. Des occasions variées d'aborder la sexualité dans la consultation

A. Par le médecin en seconde intention à l'occasion d'une consultation pour un autre motif et pouvant avoir un lien avec la sexualité

▪ Souffrance psychologique

➤ Anxiété

- **Dr C** : « quand je quand je vois que le sujet de l'anxiété... est un sujet sexuel. L'anxiété... c'est le point d'appel »

➤ Mal-être

- **Dr A** : « quand les gens présentent une pathologie un petit peu dépressive ou quand on les sent mal dans leur peau si on a fait le tour de leur situation »

➤ Asthénie

- **Dr D** : « l'asthénie qui pourrait faire comme un point d'appel »

➤ Dépression

- **Dr K** : « quand il y a des situations de déprime où je sens qu'il y a une situation de conflit à l'intérieur d'un couple »

- **Dr T** : « pour dépister des dépressions je dépiste des troubles de la sexualité »

➤ Maltraitance

- **Dr R** : « si suspicion de maltraitance chez la femme, je demande comment ça va à la maison et avec monsieur si ça va, sexuellement comment ça va »

▪ Pathologies somatiques ou traitements pouvant retentir sur la sexualité

➤ Cardiovasculaires-métaboliques

- **Dr C** : « chez l'homme de cinquante ans qui a des problèmes coronariens, des problèmes diabétiques tout ça je pose la question sur son érection »

- *Autres références : D-I-Q*

➤ Neurologiques

- **Dr Q** : « Oui évidemment dans toutes les pathologies neuro »

➤ Iatrogénie

- **Dr K** : « Ça a toujours été abordé dans le cadre d'autre chose et un renouvellement de traitement »

- Contraception, épisodes de la vie génitale, pathologies de la sphère urogénitale, examen gynécologique

➤ Contraception

- **Dr C** : « quand on prescrit la pilule c'est qu'il y a des rapports sexuels donc c'est pas tout de leur expliquer qu'il faut mettre des préservatifs »
- **Dr G** : « cela part toujours de la contraception, mais après je leur demande comment se passent les rapports, si y a un ou plusieurs partenaires, la fréquence des rapports, les douleurs aux rapports, questions basiques en fait »

➤ Ménopause

- **Dr M** : « ça peut m'arriver de de parler de problème, mettre les pieds dans le plat en quelque sorte chez les femmes qui ont par exemple au moment de la ménopause... leur expliquer qu'il y a les bouffées de chaleur, mais qu'il y a d'autres problèmes notamment de désir et qui peuvent poser enfin des problèmes de libido, qui vont peut-être poser des problèmes dans leur couple et avant que eux m'en parlent, je leur suggère, je leur faire remarquer qu'il peut y avoir ce type de problème et ça peut m'arriver dans ce cas précis auquel je pense de leur parler de sexualité de mon propre chef sans que les personnes ne me sollicitent pour ça »

- *Autres références : A-D*

➤ Post-partum

- **Dr N** : « pour les femmes... après un accouchement je vais en parler »

➤ Adolescence

- **Dr G** : « les adolescentes qui viennent pour des demandes de pilules ou de contraception, ou même qui ne viennent même pas pour ça »

➤ Pathologie urogénitale

- **Dr D** : « si elles ont des infections urinaires »
- **Dr D** : « une mycose vaginale, on discute du partenaire et au niveau de la mycose et puis quelquefois on peut parler de ça »
- **Dr H** : « la problématique d'une pathologie ou sexuellement transmissible ou une pathologie gynécologique »
- **Dr J** : « chez les femmes, oui, des fois on a quelques saignements parce ce qu'après on leur demande s'il y a eu une cystite ? Non, est-ce qu'il y a eu un rapport ? »
- **Dr N** : « après opération de prostate ou problème de prostate je vais en parler »

➤ Examen gynécologique

- **Dr G** : « dames qui viennent pour des frottis, des choses comme ça où on demande si y a pas des, des douleurs au rapport »

- **Dr P** : « j'ai du mal à introduire le spéculum parce qu'il y a une sécheresse vaginale importante, là je me dis mince il doit y avoir des problèmes donc là j'enclenche éventuellement là-dessus »
- **Dr S** : « l'examen gynéco moi je trouve que ça s'y prête que c'est facile de dire "ah ben au fait", un petit mot et puis on voit si ça relance derrière ou si ça relance pas »

➤ **Occasion non définie par le médecin**

- **Dr Q** : « C'est assez subjectif, c'est au moment de la consultation. Suivant comment la consultation se déroule..., on se dit tiens là y'a peut-être quelque chose »
- **Dr R** : « Pas en systématique, sur un point d'appel en consultation où je sens qu'il y a besoin »

B. En première intention par le médecin dans une pratique générale

- **Dr F** : « la seule façon que j'ai d'aborder les patients quand je les vois pour n'importe quoi c'est "est-ce que tout fonctionne"... je fais "est-ce qu'avec votre femme cela se passe bien ? Ou avec votre mari cela se passe bien ?" »
- **Dr G** : « pour n'importe quelle consultation les adolescentes je leur demande si y'a un risque de grossesse... Si y a pas de contraception cela permet d'expliquer des choses, de parler de sexualité... de pratiques et compagnie... »
- **Dr J** : « Les jeunes que je vois à partir de 16 ans, seuls, je leur pose la question "Comment ça va ? Quels sont les premiers rapports ?" »

C. En deuxième intention par le patient lors d'une consultation pour un autre motif

▪ **Un abord de fin de consultation**

- **Dr N** : « souvent c'est plutôt le motif de fin de consultation, bon en fait on parle d'autres choses, ils viennent pour un renouvellement de traitement ou pour autre chose et à la fin de la consultation, "Ah au fait Docteur j'ai un petit souci de ce côté-là, c'est un peu gênant d'en parler, mais voilà" »
- **Dr P** : « en tous cas c'est pas verbalisé directement... quand ils veulent aborder la question, y a souvent un autre motif de consultation en premier, et ça vient toujours en dernier à la fin de la consultation »
- **Autres références** : B-D-F-J-M-O-S-T

- Contraception, épisodes de la vie génitale, pathologies de la sphère urogénitale, examen gynécologique
- **Dr B** : « avec les contraceptions, quelques fois elles peuvent évoquer des problèmes de libido ou de chose comme ça »
- **Dr C** : « des femmes au décours d'un frottis m'ont dit : "ah bah y'a ça aussi qui ne va pas, comment cela se fait" »
- **Dr F** : « les femmes, elles abordent ça par l'intermédiaire de la contraception : "Docteur j'ai plus, cela ne marche plus comme avant, je me sens pas bien" »
- **Dr H** : « inquiétudes par rapport à des éventuelles MST, ils viennent nous chercher pour faire une prise de sang, euh parce que y a eu un partenaire qui n'était pas sûr, parce qu'ils ont eu un doute »
- **Dr R** : « c'est elles qui m'en parlent en me demandant là je veux avoir un enfant, je veux être enceinte, j'y arrive pas voilà donc on en discute »
 - Occasion non définie par le médecin
- **Dr I** : « c'est abordé au cours de la consultation, par exemple si on a terminé de prendre la tension, de faire l'examen, etc. et qu'ils m'en parlent à ce moment-là »
- **Dr P** : « mais j'ai jamais vu de patients qui viennent me parler que pour ça »

D. En première intention par le patient dont c'est le motif de consultation

- Sexopathies
 - **Troubles de l'érection**
 - **Dr N** : « les hommes qui viennent pour des problèmes de troubles de l'érection, qui viennent spécifiquement pour ça »
 - *Autres références : H-J*
 - **Rapports douloureux**
 - **Dr D** : « mal lors des rapports donc elles demandent une explication, ça je trouve c'est le motif pour lequel elles viennent »
 - **Dr M** : « un problème de leucorrhées ou de dyspareunies inhabituelles, les gens viennent spécifiquement pour me parler de ce problème-là »
 - Conjugopathies et/ou problèmes de couples ou d'harmonie sexuelle
 - **Dr H** : « en général c'est les femmes qui viennent nous aborder, pour les problèmes de conjugopathie »
 - **Dr N** : « un monsieur est arrivé et il est vraiment venu pour ça et ce n'était pas un de mes patients, voilà il vient parce qu'il a des problèmes avec sa femme »

5. Des demandes de nature variée

A. Sur la norme, la normalité

- **Dr C** : « les pratiques sexuelles... on m'a demandé si c'était normal ou pas : la sodomie, des choses comme ça... de la normalité sur la fréquence... est-ce qu'elle faut qu'elle fasse encore l'amour à leur âge... si on a le droit d'avoir des rapports pendant la grossesse »
- **Dr C** : « ils connaissent la sexualité par les on-dit des voisins de la concierge, par les films pornos »
- **Dr C** : « si c'est normal que le plaisir arrive plus tardivement »
- **Dr H** : « hommes quand ils sont inquiets quant à leur performance »
- **Dr N** : « des jeunes qui se posaient des questions sur leur homosexualité donc là c'était des jeunes voilà qui avaient eu soit une expérience soit qui se posaient beaucoup de questions »

B. Sur la physiologie

- **Dr C** : « femme la soixantaine qui m'a posé la question : comment cela se fait que j'ai moins de plaisir ou j'en ai plus du tout »
- **Dr C** : « on me demande un petit peu comment cela fonctionne une femme »
- **Dr C** : « elles me demandent vraiment un cours de sexo »
- **Dr C** : « Elles (*adolescentes, jeunes femmes*) sont très intéressées »
- **Dr F** : « elles se demandent si ce n'est pas lié aux traitements qu'elles prennent, à la contraception hormonale, à la pré ménopause, aux maladies qu'elles ont en cours »
- **Dr H** : « 80 ans passés et qui se posent des questions parce que cela marche moins bien »
- **Dr N** : « soit sur des questions physiques, sur des gênes »

C. Des conseils, des conduites à tenir

▪ Pour savoir comment faire

- **Dr D** : « des conseils pour la première fois qu'ils ont un rapport »
- **Dr N** : « quelqu'un qui n'a pas eu de rapport depuis longtemps et qui, qui rencontre quelqu'un voilà qui se pose des questions, qui se demande comment ça va se passer, avant même qu'il se passe quelque chose, qu'ils aient des relations, qui s'interroge »
- **Dr R** : « un jeune couple qui venait de se marier... un peu moins d'une trentaine, ils me posaient la question, ils arrivaient pas à avoir de rapport sexuel »

▪ Pour améliorer sa sexualité

- **Dr C** : « Comment faut-il faire pour en avoir (*du plaisir*) ... et puis un cours de, de rapports sexuels, pour lubrifier »
- **Dr C** : « Ce sont des femmes qui ont retrouvé un compagnon, qui ont été euh, peut-être frustrés pendant... avec le premier compagnon ou premier mari et qui redécouvrent un tout petit peu les joies de la vie en couple et pis qui me posent des questions, parce qu'à leur tour, elles ont peur de ne pas être assez désirables ou assez euh par rapport à la fougue de leur mari ou de leur compagnon »
- **Dr D** : « Tout marche bien, mais c'est juste qu'il n'y a plus de désir, ils viennent demander un conseil, ils viennent demander comment est-ce qu'on peut relancer la chose, quelquefois cela peut être ça comme sujet... des conseils un petit peu pour... retrouver... une petite fantaisie »
- **Dr F** : « pour faire plaisir à son mari. Cela ne lui est pas désagréable, mais elle ne le recherche pas, ça, c'est un point que je vois assez régulièrement chez les, chez les femmes... elles me posent la question, de savoir comment on peut changer ça »

▪ Pour modifier le/la partenaire

- **Dr D** : « des conseils pour essayer de... donner une petite excitation à sa femme »
- **Dr D** : « une relation avec un copain qui pose problème »

▪ Pour se protéger

- **Dr J** : « questions de prévention simples : “comment éviter le Sida ? Qu'est-ce que je dois faire ?” »

D. Un traitement

- **Dr H** : « qui veulent éventuellement un traitement pour les aider »
- **Dr L** : « qui réclament un médicament pour tenir dans le temps »
- **Autres références** : A-C-D-F-S-P

E. Un bilan

- **Dr J** : « souvent, en gros, ils viennent pour un premier bilan après avoir eu les premiers rapports »
- **Dr K** : « une dame d'une cinquantaine d'années, veuve qui partait en Tunisie pour faire du tourisme sexuel visiblement et qui m'avait demandé un traitement préventif au cas où elle aurait des mycoses avec les gens qu'elle rencontrerait sur place »
- **Autre référence** : N

F. De l'ordre de la permissivité, du soulagement, de la reconnaissance

- **Dr A** : « c'est souvent des mecs qui viennent me raconter leurs histoires d'ailleurs... c'est un gars qui court les femmes et il vient me voir un peu près tous les trois mois et... il m'explique que bin il a des faiblesses patate patate et puis à chaque il me montre les photos de ses nouvelles conquêtes »
- **Dr A** : « Enfin je lui avais proposé du Cialis® parce qu'il voulait reconquérir sa femme, car il pensait qu'il était peut-être pas à la hauteur et puis il a commencé à s'habiller correctement, se coiffer correctement. Il venait comme ça, je lui dis "bah tiens vous avez changé d'allure, vous êtes pas mal", "oh bah oui et maintenant ça marche ! avec ma femme" »
- **Dr C** : « Qui m'ont avoué, m'ont présenté leur compagnon et leur compagne en disant "on est couple et on voulait vous le dire". Donc y'a eu un comment un besoin de de de le dire au médecin "on avait besoin de de rencontrer quelqu'un qui nous comprenne et pis qui nous juge pas" » (*homosexualité*)
- **Dr D** : « juste pour parler, parce qu'elle avait une relation extra-conjugale donc elle parlait de sa relation, de ses relations sexuelles avec son mari qui étaient pas terribles et pis elle me parlait aussi de ses relations avec son amant... elle venait parler, car... c'était quelque chose de caché pour tout le monde donc la seule personne à qui elle pouvait en parler c'est moi »
- **Dr E** : « (*son fils*) s'est rendu compte qu'en fait il était beaucoup plus attiré par les hommes j'ai eu l'occasion de revoir la maman qui était contente d'avoir pu crever l'abcès »
- **Dr M** : « il est venu parler de sa sexualité et de condylomes et de sodomie qu'il a eus dans un sex-shop où il allait se masturber quand il était adolescent »
- *Autres références : G-I-J-T*

G. Sexopathie

▪ Homme

➤ Éjaculation précoce

- **Dr A** : « des troubles de l'éjaculation »
- **Dr B** : « Plus chez les jeunes, les problèmes d'éjaculation précoce »
- *Autres références : C-D-E-I-L-T*

➤ Dysfonction érectile

- **Dr C** : « problèmes d'érection, si cela pose des problèmes d'avoir des rapports »

- **Dr H** : « au moment du changement de partenaire, un blocage qui fait qu'effectivement ils n'arrivent pas à avoir une érection... ils n'arrivent plus à avoir d'érection... le monde s'effondre pour certains »
- **Dr J** : « des troubles de l'érection la plupart c'est "j'ai des troubles de l'érection" ou "ça dure pas assez longtemps" ou "j'ai pas confiance en moi" »
- **Dr K** : « "Écoutez, j'ai un souci quand même depuis que, depuis qu'on a mis en route mon traitement j'ai du mal, je bande mou, est-ce que vous pourriez, est-ce que vous auriez des solutions ?" »
- **Autres références** : *A-B-D-E-F-G-I-L-M-N-O-P-Q-R-S-T*
 - **Troubles de la libido**
 - **Dr D** : « la baisse de libido »
 - **Dr O** : « le manque de libido chez les hommes »
 - **Autres références** : *E-G-L*
 - **Pathologies diverses**
 - **Dr D** : « venait simplement parce que, le décalotage était pas... oui bah il a 18 ans, ne se fait pas bien et puis au moment de l'érection c'était très douloureux »
 - **Dr J** : « Oui voilà c'était une maladie de Lapeyronie »
 - **Dr M** : « une fracture de verge, donc qui avait cassé un corps caverneux et il m'avait appelé en urgence en fait pour me montrer la déviation de sa verge »
 - **Femme**
 - **Dyspareunie**
 - **Dr C** : « On me parle plus facilement de dyspareunie »
 - **Dr D** : « des plaintes parce qu'elles ont mal lors des rapports donc elles demandent une explication, ça je trouve c'est le motif pour lequel elles viennent »
 - **Autres références** : *G-H-I-M-N*
 - **Anaphrodisie**
 - **Dr F** : « elles se demandent si ce n'est pas lié aux traitements qu'elles prennent, à la contraception hormonale, à la pré ménopause, aux maladies qu'elles ont en cours »
 - **Dr L** : « les femmes souvent c'est des baisses de libido »
 - **Autres références** : *B-D-G-H-M-O*
 - **Sécheresse vaginale avant et pendant la pénétration**
 - **Dr M** : « ça peut-être des problèmes de lubrification »
 - **Dr N** : « chez la femme ça sera des problèmes de sécheresse vaginale »
 - **Autres références** : *C-D-H*

➤ **Traumatismes sexuels**

- **Dr J** : « chez les femmes, oui, des fois on a quelques saignements parce ce qu'après on leur demande s'il y a eu une cystite ? Non, est-ce qu'il y a eu un rapport ? Oui. Est-ce que c'était un rapport un peu fort ? Oui »
- **Dr M** : « Y'a des personnes qui peuvent éventuellement vous parler de rapports traumatisants »

H. Conjugopathies et/ou problèmes de couples ou d'harmonie sexuelle

▪ Épuisement libidinal du couple

- **Dr D** : « des couples qui viennent ensemble en disant “voilà on a un souci... euh, y a plus y a plus... bin de désir” »
- **Dr J** : « de la lassitude avec Madame »
- *Autres références : G-L*

▪ Dysharmonie sexuelle

- **Dr D** : « les soucis avec Madame, Madame n'a pas envie et lui a envie ou y a un souci dans le couple, une tension et il voudrait essayer de remotiver un petit peu »
- **Dr F** : « “Écoutez, vous pouvez pas donner quelque chose à mon mari pour qu'il se calme et qu'il me fiche la paix” »
- **Dr F** : « y a les femmes qui se plaignent que leur homme n'est pas assez entreprenant les femmes qui “au fait il faudrait peut-être faire quelque chose parce que là mon mari” »
- *Autres références : M-P-S*

6. Un cadre relationnel très personnalisé et singulier selon la personne du/de la patient(e) et selon la personne du médecin

A. Selon la personne du médecin

▪ Son âge

➤ **Une aisance du médecin s'il existe un différentiel d'âge patient-médecin**

- **Dr N (34 ans)** : « je suis moins à l'aise avec des jeunes, des hommes de mon âge »
- **Dr P (37 ans)** : « je pense que c'est plus facile d'en parler avec des plus âgés... mais des âges autour du mien c'est plus gênant »
- **Dr R (29 ans)** : « La situation la plus difficile que j'ai vécue c'était avec un jeune couple qui venait de se marier, ils avaient mon âge, un peu moins d'une trentaine »

- **Dr S (32 ans)** : « C'est bizarre, mais le fait d'avoir le même âge, c'est un peu dérangeant... non plus facile avec les plus âgés »
 - **Mais aussi une aisance du médecin favorisée par la similitude générationnelle patient-médecin**
- **Dr D (42 ans)** : « chez les femmes qui commencent, à partir de allez 50 ans et plus âgées je suis un peu sur la réserve »
- **Dr G (30 ans)** : « je suis jeune et j'ai une patientèle jeune donc je pense que cela favorise les choses »
 - **Ou pas d'effet particulier par rapport à l'âge du médecin/âge du patient**
- **Dr I** : « quel que soit l'âge de la personne, ça ne va pas être un frein dans ma prise en charge »
- **Dr K** : « je suis entre deux eaux, je suis à la fois suffisamment jeune pour que des plus jeunes abordent le sujet et à la limite d'arriver dans la période plus âgée pour que les personnes plus âgées n'hésitent pas à aborder le sujet »
- **Autres références : B-C-D-F-H-M-O-Q**
 - **Son sexe**
 - **Un effet positif de la similitude des sexes et plus ou moins un frein si différence des sexes**
- **Dr G (femme)** : « Oui je pense parce que je maîtrise plus le sujet » (*facilité à en parler avec les femmes*)
- **Dr K (homme)** : « Je ne l'ai pas vécu la sexualité féminine et pour poser les questions adéquates je saurais pas faire »
- **Dr N (femme)** : « Oui si, si, si pour être honnête à mon avis je suis plus à l'aise avec une femme pour parler de sexualité qu'avec un homme oui c'est sur »
- **Dr O (femme)** : « Les femmes quand elles te disent "ah bah..." enfin comme toi, tu es toi-même une femme et que peut être tu as eu aussi dans ta vie. Je trouve que c'est quand même plus facile et puis tu ressens un peu, tu ressens la même chose que les femmes en fait »
- **Autres références : L-P-R-S-T**
 - **Un effet positif de la différence des sexes lié à la personnalité du médecin**
- **Dr D (femme)** : « naturellement dans la vie je vais parler plus facilement à un homme qu'à une femme... je pense chez les femmes je suis différente et ça je pense que cela vient de ma personnalité euh... chez l'homme y'a pas de souci »

➤ **Une différence de sexe qui n'influe pas sur l'abord**

- **Dr I** : « je n'ai pas plus de facilité avec les femmes qu'avec les hommes, c'est pareil »
- **Dr Q** : « un homme ou une femme, ça ne change rien au fond du problème »
- *Autres références* : H-M-N-S

▪ **Sa pratique**

➤ **Une pratique gynécologique favorisante**

- **Dr G** : « j'en parle souvent en fait, mais parce que je fais de la gynéco aussi »
- *Autres références* : C-M-O-P-R-S

➤ **Une non-pratique gynécologique défavorisante**

- **Dr J** : « je vais pas très loin en gynécologie. Donc forcément ça peut me mettre un frein par rapport à ça »
- *Autres références* : B-F-H-K-Q

▪ **Sa perception de compétence, incompétence et formation en sexologie**

➤ **Une perception d'insuffisance de compétence et/ou formation**

- **Dr E** : « je ne me sens pas capable de répondre à sa demande tout simplement... c'est pas mon truc je préfère passer la main aux gens qui sont à l'aise dans ce domaine »
- **Dr F** : « la sexo... ce n'est pas mon truc du tout... je ne suis pas compétent. Parce que je n'ai jamais eu de formation »
- *Autres références* : C-H-M-O-T

➤ **Une perception d'une certaine compétence**

- **Dr A** : « aucune formation. C'est surtout en écoutant, en écoutant. J'ai appris beaucoup en écoutant »
- **Dr B** : « si le patient m'en parle, je suis à l'aise avec le sujet. Je suis pas sexologue m'enfin on en discute y a pas de problème »

➤ **Un faible intérêt pour la sexologie**

- **Dr O** : « Et puis que ça ne m'intéresse pas plus que ça en fait »
- **Dr P** : « un manque de considération pour la question... c'est clairement pas une préoccupation principale »

➤ **Une pratique vécue non réellement faisable dans le contexte d'exercice de médecine générale**

- **Dr F** : « je veux pas m'embarquer dans quelque chose qui va me prendre trop de temps et que, que je ne maîtriserai pas »
- *Autres références* : B-L-O-P

- Sa conception de sa place de médecin généraliste dans la problématique sexuelle des patients

- **Un rôle réel**

- **Dr A** : « Je crois que les gens ont souvent besoin de parler de ce genre de choses »
- **Dr C** : « C'est notre travail quoi, c'est c'est autant que pour élever les enfants ou l'orientation scolaire »
- **Dr G** : « Cela fait partie de la santé des gens en fait donc à partir du moment où t'es médecin généraliste, tu prends le patient dans sa globalité et forcément tu l'abordes à un moment ou un autre »
- **Dr I** : « quand ça ne va plus... on est quand même en tant que médecin traitant et médecin de famille, les premières personnes à qui les gens viennent demander de l'aide dans ces cas-là »
- *Autres références : D-E-F-N-T*

- **Un rôle plutôt marginal**

- **Dr H** : « je ne vois pas dans quel cas je pourrais l'aborder (*la sexualité*). Non ce n'est pas important (*de parler sexualité*) »

B. Selon la personne du patient (du point de vue du médecin)

- Son âge

- **La difficulté des adolescents et sujets jeunes**

- **Dr D** : « un jeune homme de 18-20 ans où là cela sera plus, ils ont un peu plus, ils ont un peu plus peur. Ils sont plus mal à l'aise »
- *Autres références : C-J-R*

- **Mais pas forcément**

- **Dr F** : « il y a des filles de 15-16 ans qui sont parfaitement libres dans leur langage »

- **Une facilité d'expression avec l'âge**

- **Dr J** : « Qu'avec le temps, je trouve qu'ils abordent plus facilement après 30-40 ans »
- **Dr R** : « Évidemment les plus âgés ont plus de facilité à en parler que les plus jeunes »
- *Autres références : D-K*

- **Mais pas toujours**

- **Dr F** : « des femmes de 60 ans qui sont complètement coincées, qui sont très pudiques, qui n'osent pas, qui n'osent pas poser la question alors que manifestement il pourrait y avoir des problèmes »

➤ Un différentiel d'âge plutôt favorable

- **Dr A (59 ans)** : « Et quand ce sont des jeunes, ils parlent comme s'ils parlaient à leur mère alors d'une manière comme une autre je n'ai pas trop de soucis »
- **Dr G (30 ans)** : « ils (*sujets âgés*) sont toujours contents d'avoir un œil nouveau sur le problème et au contraire, ils viennent plus parler à quelqu'un de jeune je pense »
- **Dr L (58 ans)** : « je commence à être une femme qui prend de l'âge donc il (*le jeune homme*) va avoir plus de facilités »
- **Dr P (37 ans)** : « je pense que le patient est plus gêné par rapport à moi si je suis, si j'ai un peu près le même âge que le sien »

➤ Mais pas toujours

- **Dr C (65 ans)** : « depuis que je suis plus vieux elles (*femmes ménopausées*) osent m'en parler, je pense que quand j'étais un homme jeune c'était un sujet complètement tabou... on n'aurait pas osé me poser ce genre de question à un homme jeune »

▪ Son sexe

➤ Un effet positif de la similitude des sexes et plus ou moins un frein si différence des sexes

- **Dr K** : « c'est plus facile pour une femme d'en parler à une femme au même titre que c'est plus facile pour un homme d'en parler à un homme »
- *Autres références : D-G-I-J-L*

➤ Des hommes s'exprimant plus clairement

- **Dr A** : « Ils savent (*les hommes*) mettre des mots dessus, c'est plus facile à mettre un mot pour un bonhomme que pour une bonne femme je trouve. »
- **Dr M** : « Je pense que les hommes, dans leur demande, sont plus directs peut-être que les femmes, mais c'est tout. C'est-à-dire qu'ils vont être plus pragmatiques, plus parler de problèmes d'ordre mécanique »
- *Autres références : D-R*

➤ Mais pas forcément plus facilement

- **Dr D** : « Il y a aussi des hommes très très réservés où c'est pas facile de, poser les questions, quand on pose les questions c'est quasiment oui non oui non, on ne peut pas aller loin dans la conversation »
- **Dr E** : « les hommes quand ils en parlent c'est qu'il y a un problème depuis un bout de temps parce qu'ils en parlent pas tout de suite en général »
- **Dr P** : « mais effectivement les hommes oui y'a de la, oui y'a de la pudeur de leur part »

➤ Des femmes s'exprimant plus difficilement

- **Dr D** : « Une femme souvent c'est plus compliqué ou il faut un peu aller interroger, chercher un petit peu plus, ou cela reste plus dans le général que qu'un homme va aller plus dans le détail »
- **Dr M** : « des femmes qui vont peut-être pour lesquelles il faudra peut-être plus... les femmes vont effectivement soulever un problème, mais euh vont peut-être moins pour certaines en tout cas moins détailler, être peut-être moins dans la, dans la, la mécanique donc ça sera plus, je ne vais pas dire plus difficile, il va falloir voir justement où se pose le problème quoi donc euh »
- *Autres références : C-K-R*

➤ Mais pas forcément

- **Dr F** : « il y a des filles de 15-16 ans qui sont parfaitement libres dans leur langage »
- **Dr H** : « les femmes sont beaucoup plus, là-dessus (*conjugopathies*) sont beaucoup plus spontanées que les hommes »
- **Dr I** : « Les femmes parlent plus facilement de leur problème, tout à fait ! »
 - Son milieu de vie, sa culture
- **Dr B** : « on avait toujours tendance à dire qu'à la campagne c'était, c'était un plus compliqué... Je pense que cela a été longtemps tabou à la campagne »
- **Dr C** : « je pense que les gens qui ont une culture, je pense, les gens qui ont, qui vont à la messe, les cathos, ça doit pas être évident de parler de tout ça »
- **Dr R** : « j'ai beaucoup de musulmans plus que dans les autres zones je pense et la religion joue beaucoup sur la sexualité évidemment. Eh oui bien sûr cela joue, surtout par rapport aux femmes en fait, les hommes musulmans ont aucun souci à m'en parler, mais les femmes musulmanes c'est plus compliqué »
 - Sa perception de son médecin (du point de vue du médecin)

➤ Sa capacité d'écoute et à entendre

- **Dr C** : « je n'ai pas la réputation d'être un sexologue, mais de d'être plus ouvert dans le dialogue, de passer un peu de temps »
- **Dr D** : « patients me disent à la fin "bah vous êtes pas gênés, on peut parler avec vous pis c'est facile de parler avec vous de ce sujet-là" ils ont vu que j'étais ouverte »
- **Dr K** : « ils me perçoivent comme étant un médecin peut être avec lequel ils peuvent aborder certains points qui pourraient, qui pourraient être délicats »
- *Autres références : B-F-G-I-J-L-N-P*

➤ L'image du rôle du généraliste

- **Dr C** : « à la campagne le généraliste c'est encore une référence »

- **Dr F** : « les mamans sont contentes que j’aborde cela (*avec leurs adolescentes*) »
- **Dr R** : « des fois j’ai l’impression qu’elle pense que c’est au gynécologue de s’en occuper et que je suis un homme et que je suis un médecin généraliste et que c’est bizarre de poser la question »

C. Selon la nature de la relation médecin traitant-patient

▪ Une relation ancienne facilitante

- **Dr A** : « je n’ai pas trop de pudeur à parler de tout cela... parce que je les connais depuis longtemps »
- **Dr B** : « je suis à l’aise avec les patients que je connais depuis longtemps »
- **Dr C** : « le fait que j’exerce depuis quarante ans euh et que j’ai abordé tous les sujets avec eux... donc je pense que cette femme-là ose poser la question parce qu’elle a une confiance importante »
- **Dr F** : « c’est souvent avec des patients qu’on connaît depuis un certain temps et qui passent des périodes difficiles, c’est à ce moment-là que cela peut venir »
- **Dr F** : « j’ai besoin de le connaître un petit peu, si un petit peu, mais pas forcément depuis longtemps, mais déjà avoir quelques consultations avant, d’avoir, de savoir quelle est l’ambiance si tu veux. Et l’ambiance ce n’est pas sur une consultation que l’on peut le savoir, ça non »
- **Dr H** : « Je pense que parfois certaines jeunes filles sont plus, ont plus de facilité avec des praticiens plus anciens, qui les a éventuellement connues depuis toutes petites »
- **Autres références : D-I-N-S**

▪ Une place de médecin traitant pas toujours facilitante

- **Dr D** : « avec vous ça va on arrive à en parler, mais quand on allait voir Mr X, on se connaissait trop bien, j’arrivais pas à en parler »
- **Dr G** : « en tant que remplaçante ils venaient me voir moi parce que du moins cela leur changeait de leur médecin traitant habituel »
- **Dr J** : « Je pense que des fois, ils ont peut-être plus de mal à aborder le sujet avec leur médecin traitant dans ces cas-là »

7. Une organisation variée du travail

A. Une approche dans la globalité de la consultation de médecine générale

- **Dr C** : « on va faire une consultation dédiée. Non, j’attaque tout de suite le problème, car si on remet plus tard on, on multiplie l’angoisse »

- **Dr D** : « j'ai peur que si on stoppe dans la conversation et on dit : "bon la prochaine fois on va en parler" quelques fois y a des patients, faut que cela, comme si on avait mis une clé comment dire... je ne sais pas moi... pour démarrer une voiture et ça y est le moteur est en marche il faut y aller, car si au cas où on n'arrive plus à mettre la clé, on n'arrive plus à faire démarrer »
- *Autres références : B-F-J-K-M-O-R*

B. Des consultations plus spécifiques

- **Dr C** : « cela peut se faire en plusieurs consultations... les gens complètent de leur côté leur... par de la lecture que je leur indique et pis après ils reviennent avec des questions, je n'ai pas compris telle ou telle chose »
- **Dr F** : « on commence à en parler et généralement on en reparle alors, on en reparle »
- **Dr G** : « qu'à la fin de la consul' ils me disent "ah oui au fait j'ai, j'ai ça aussi", je refixe un rendez-vous pour parler de »
- *Autres références : I-J-N-P-Q-S-T*

C. Des outils

- **Dr A** : « l'histoire de l'affiche du Viagra®. Quand c'est sorti, j'avais dit : "bon je vais mettre la fiche poso du Viagra®, cela fera parler, cela interpellera les gens" »
- **Dr J** : « on a des préservatifs comme ça j'en ai d'avance... je leur en donne un, je leur dis "t'essayeras si tu l'as jamais fait" »
- **Dr L** : « poser une affiche sur laquelle il était demandé : est-ce que vous êtes fatigués ? Est-ce que vous avez une libido en berne ? Est-ce que vous avez des insuffisances érectiles ? Est-ce... et j'avais fini par retirer l'affiche parce que quasiment après chaque consultation pour un renouvellement d'anti hypertenseur, pour un diabète, enfin n'importe quoi quasiment tous les hommes de plus de 50 ans me disaient : "bah en fait j'ai vu l'affiche j'ai exactement ça" »

8. Des réponses variées

A. Réassurance

- **Dr A** : « dédramatiser en disant que c'est un problème comme un autre »
- **Dr C** : « Parce qu'à la fin à chaque fois, même si elles en rougissent quand elles en parlent à la fin du de la consultation, elles sont, oh vous m'avez rassuré Docteur »
- **Dr C** : « le rassurer anatomiquement »
- **Dr H** : « faut essayer de leur, refaire prendre confiance »

- **Dr L** : « il n'y a pas de performance à acquérir dans ce, dans ce domaine et déjà ça ça rassure les gens »
- *Autres références : B-D-E-J-M-N-P-T*

B. Normalisation

- **Dr E** : « sortir des grands principes type catho qu'on nous a enseignés et d'accepter qu'on pouvait avoir une sexualité différente et pas forcément j'allais dire être un monstre ou quelqu'un d'anormal »
- **Dr L** : « vous savez au niveau sexualité il n'y a pas de normalité, c'est ce qui convient au couple si vous avez envie de faire crac crac une fois par semaine et que ça, que vous êtes complètement bien dans cette situation-là, c'est la normalité pour vous »
- **Dr P** : « d'expliquer aux gens quand même si y a un problème et bah c'est super fréquent, que c'est dans la normalité »

C. Information

- **Dr C** : « déjà combler l'ignorance... neuf fois sur dix elles ne savent pas donc je commence par faire une petite leçon d'anatomie pour leur expliquer. C'est un cours »
- **Dr H** : « vous avez quand même des rapports forcément vous, vous allez, vous allez vous refiler le, il faut peut-être traiter le monsieur aussi »
- **Dr H** : « leur faire comprendre pourquoi cela ne marche pas »
- **Dr J** : « on part sur la prévention, “ est-ce que tu as déjà une petite amie, est-ce que tu as déjà utilisé un préservatif ? Est-ce que tu sais le mettre ? ” »
- **Dr L** : « les patients confondent la libido et puis une insuffisance érectile »

D. Conseils, conduite à tenir

- **Dr C** : « je lui explique, que faut pas s'empressez, trop, trop amoureux »
- **Dr C** : « éviter que des couples éclatent pour, parce qu'il y a de l'incompréhension, parce que des moments de tendresse, ils ne savent pas comment, ils n'ont pas lu le mode d'emploi »
- **Dr D** : « conseils oui évidemment... d'ordre général je vais quand même donner un conseil ou quelque chose comme ça »
- **Dr F** : « si le garçon ne veut pas du préservatif, c'est qu'il te manque de respect et c'est que c'est un con »
- **Dr L** : « en donnant des petites astuces, parfois euh... je me souviens d'un couple qui me disait “bah non euh on n'a plus envie de rien” bah je dis “mais vous avez qu'à

essayer de vous passer quelques films érotiques peut-être que ça va stimuler un peu votre libido” »

E. Des médicaments

- **Dr A** : « un petit Cialis® la question de la sécheresse vaginale et pis effectivement qui amène à des traitements locaux pour améliorer les choses »
- **Dr D** : « Priligy® je l’ai prescrit »
- **Autres références** : B-C-E-H-J-K-N
 - **Ou pas**
- **Dr C** : « Je ne prescris pas de médicament. Si on met tout de suite un traitement, on risque de conforter la personne dans son problème » (*cas de l’éjaculation précoce*)

F. Délégation

- **Pour approfondir sur le plan organique**
- **Dr G** : « chez l’homme j’oriente facilement chez l’urologue parce que... en général c’est des gens poly pathologiques et avant de médicamenter j’aime bien qu’ils aient un avis de spé »
- **Dr H** : « moi je les pousse à aller voir leur gynéco »
- **Dr I** : « j’ai déjà adressé des gens à des ostéopathes pour des douleurs purement, enfin vraiment mécaniques et qui nécessitaient vraiment juste une prise en charge en ostéopathie »
- **Dr Q** : « Après si je recherche un trouble fonctionnel plus particulier ou un trouble organique derrière, oui j’envoie au gynéco ou à l’urologue »
- **Autres références** : A-C-E-L
 - **Pour approcher la part psychologique**
- **Dr B** : « Les jeunes j’ai tendance à les envoyer chez le sexologue »
- **Dr E** : « essayer de voir ce qui ne marche pas dans le couple et comment je peux aider, mais la plupart du temps j’envoie voir plus un psy. Parce que le problème de départ est plus la relation entre les deux »
- **Dr I** : « notamment pour tout ce qui est, quand je vois qu’il y a vraiment un gros, un gros travail psy à faire chez la personne, je ne m’engage absolument pas dedans et j’adresse à, j’adresse soit à des psychothérapeutes, soit à des hypno thérapeutes »
- **Autres références** : F-Q

▪ Volontiers après une première étape en médecine générale

- **Dr G** : « chez les femmes j'essaie de gérer au maximum, mais je finis par orienter chez le gynéco si j'arrive pas »
- **Dr J** : « j'ai adressé, mais facilement non, car on essaye déjà de faire notre propre boulot et puis après, en règle générale avec les traitements qu'on a aujourd'hui quand même ça marche plutôt rapidement »
- **Dr K** : « Si par contre, ils me disent que bof ça n'a pas changé grand-chose là à ce moment-là je l'adresse en urologie souvent pour un bilan voilà »
- **Dr L** : « une fois que le bilan est fait je passe la main à un urologue en général »
- **Autres références** : M-T

▪ Mais parfois une gestion seul au maximum

- **Dr N** : « après j'ai jamais eu besoin d'orienter vers un de mes collègues »
- **Dr R** : « j'envoie moins chez le spécialiste et euh vu que j'envoie moins chez le spécialiste aussi, je réponds à plus de questions »
- **Autres références** : D-F-K

▪ Par commodité ou perception d'un échec à venir ou un mal-être

- **Dr C** : « selon les personnages. Quand je sens que je ne vais pas gérer »
- **Dr I** : « Bah oui ça m'arrive, ça m'arrive de passer la main assez facilement enfin je ne m'engage jamais à... dans une, dans une thérapeutique, quand je sens que de toute façon qu'à un moment donné ça va bloquer, je préfère être aidée. Après je peux continuer quand même à voir les gens, mais je me fais, mais je me fais seconder quand même pour leur prise en charge »
- **Dr T** : « je demande d'aller voir le spécialiste, je coupe... si je sens pas les choses »
- **Autres références** : O-P-S

G. Bilan paraclinique

- **Dr C** : « qu'une échographie par exemple déjà ça rassure et pis c'est pas tout de dire "c'est dans la tête ma tiot"... "c'est pas ma tête" qu'il va dire »
- **Dr E** : « ça m'arrive de l'envoyer passer un doppler artériel enfin artérioveineux pardon euh pour voir un petit peu où on en est »
- **Dr E** : « fin, il est évident que si y a des rapports non protégés, je vais faire une, un bilan pour rechercher, les, les fins ce que j'appelle moi les MST »
- **Autres références** : H-I-L-N-P-T

H. Psychothérapie

➤ De soutien

- **Dr A** : « Puis quand on les a écoutés, bah ils sont contents »
- **Dr J** : « En fait on reconforte, un peu de psychologie, on reconforte »
- *Autres références : B-E-I-N-P-T*

➤ Plus structurée

- **Dr C** : « C'est de la psychothérapie, mais pour eux ce n'est pas le psychiatre quoi, ce n'est pas psychiatriser la chose »
- **Dr H** : « c'est surtout, surtout le côté psycho affectif qui est abordé, émotionnel, mais pas, rarement, même jamais la sexualité »

➤ Ou refusée

- **Dr F** : « moi je refuse de faire la psychothérapie »

9. Des affects complexes chez le médecin lors de ces consultations

A. Pas de tabou pour en parler

- **Dr L** : « Aucun souci à en parler »
- **Dr M** : « je ne me mets pas de tabou particulier »
- **Dr N** : « Je suis plutôt à l'aise... moi ça me gêne pas du tout d'en parler »
- *Autres références : A-B-C-D-E-F-G-H-I-J-K-O-P-Q-R-S-T*

B. Mais de la gêne, de la pudeur, de la réserve chez le médecin

▪ Par rapport à l'examen physique

- **Dr N** : « après y a c'est vrai qu'il y a quand on examine des hommes de mon âge ou comme ça, parfois c'est un peu gênant, moi parfois je suis un peu gênée d'examiner quelqu'un de mon âge »
- **Dr P** : « pour en parler, je pense que cela me gêne moins, mais par contre s'il y a un examen clinique en rapport avec ça à faire, c'est un peu plus embêtant... s'il faut faire un examen au niveau testiculaire ou quoique ce soit, c'est plus gênant, c'est vrai... je pense que c'est parce que je suis une femme ça peut me poser problème »
- *Autre référence : E*

▪ Par rapport au thème de la sexualité

- **Dr B** : « sans doute une gêne vis-à-vis de ce sujet-là »
- **Dr C** : « Je ne l'aborde pas de moi-même non, par pudeur peut-être »
- **Dr J** : « Après sur le coup... et qu'on s'y attend pas on est un peu gênée au départ »

- **Dr K** : « il y a une pudeur qui fait que... en général toute la sexualité féminine je ne l'aborde pas »
- **Dr O** : « on est certainement pas hyper à l'aise à pouvoir raconter, enfin à leur apporter toutes les réponses »
 - **Par rapport aux mots liés à la sexualité**
- **Dr C** : « la pudeur vient dans les mots... pudeur si, beaucoup de pudeur quand même »
- **Dr H** : « on reste sur des choses... on reste sur des non-dits, mais voilà. Je vais dire “voilà Monsieur faut qu'il se traite aussi”, je ne vais pas dire “Monsieur faut qu'il applique la crème sur le pénis ou autour du gland”... là peut être que j'ai pas forcément un abord direct euh cru quoi »
- **Dr O** : « ils ne savent pas comment me le dire et peut être qu'ils ne sont pas forcément très à l'aise avec ça et peut être que eux ils sentent que moi non plus je ne suis pas forcément très à l'aise »
 - **Par rapport à la présence d'un tiers**
 - **Le conjoint, la conjointe, les parents**
- **Dr C** : « souvent je leur dis “bah c'est quand même gênant d'en parler à trois donc ou vous en parlez-vous deux et si y a des sujets que vous osez pas aborder ou si vous essayez et êtes ignorante c'est possible, ou que vous osez pas aborder avec votre fille, vous l'amenez, vous allez dans la salle d'attente et je reste 10 minutes avec elle quoi” »
- **Dr I** : « s'ils sont en couple ou pas, car parfois ce n'est pas évident d'aborder, de poser la question d'un, d'un problème s'ils sont tous les deux »
- **Dr N** : « alors qu'ils sont à deux dans mon cabinet, si ils ont seul je suis plus à l'aise pour demander comment ça se passe, quel est le problème à quel moment il y a un problème, je suis plus à l'aise alors que quand ils sont à deux je suis un peu gênée »
 - **L'étudiant**
- **Dr C** : « personne n'expose de problème sexuel en présence d'un interne »
- **Dr I** : « le seul moment où je ne me sens pas à l'aise c'est quand j'ai mon étudiant avec moi. C'est le seul moment parce que c'est toujours délicat alors ça vient probablement de moi parce que mes étudiants, ils n'attendent que ça en fait... quand je suis avec les étudiants, je ne suis pas du tout... je vais moins dans les questions, disons intimes »
 - **Par rapport à la peur de gêner ou choquer le patient**
- **Dr B** : « cela me gêne à cet âge-là de lui reposer cette question. C'est pas évident »

- **Dr F** : « on touche à l'intime déjà puisqu'on met la main sur le ventre. On ne met pas la main sur le ventre de tout le monde »
- **Dr H** : « moi personnellement c'est compliqué parce que je ressens le mal-être de la jeune fille, parce que je me mets un peu à leur place, aussi »
- **Dr L** : « je suis mal à l'aise parce que c'est quelque chose d'intime, je ne suis pas mal à l'aise par rapport au sujet, mais par rapport aux malaises que ça peut créer chez le patient qui n'a pas envie de se dévoiler, des fois on sent qu'il y a une petite réticence donc dans ces cas-là j'insiste pas »
- **Dr N** : « oui c'est peut-être ça de la pudeur, de pas rentrer dans leur vie intime »
 - **Par rapport à la perception d'une gêne chez le patient**
 - **Une gêne fréquente**
- **Dr D** : « souvent ils ont été réticents, ils ont testé tout doucement »
- **Dr T** : « bah le patient en général il est gêné quand même »
- **Autres références : A-C-F-G-J-L-N-O-P**
 - **Mais une gêne pas forcément persistante notamment si le médecin aborde le sujet**
- **Dr A** : « quand on a mis les gens sur la voie, après je trouve qu'ils parlent plus facilement. Le tout c'est de mettre le mot dans la conversation »
- **Dr C** : « Parce qu'à la fin à chaque fois, même si elles en rougissent quand elles en parlent à la fin de la consultation, elles sont, oh vous m'avez rassuré Docteur »
- **Dr Q** : « Bah des patients sont plus ou moins gênés d'en parler après j'allais dire une fois que, que la consult, que la conversation est lancée moins »
- **Autres références : D-G-J-N-P-T**
 - **Par rapport à ses propres valeurs**
- **Dr E** : « Et pis bien entendu toutes ces choses-là en plus, toutes ces choses-là qui au départ te choquent quoi, tu te dis zut c'est quand même triste ces situations » (*paraphilie*)
- **Dr F** : « y a un problème qui me gêne moi c'est le... je le perçois, mais je ne peux pas l'aborder, les problèmes de soumission à l'autre c'est-à-dire que la femme elle couche avec son mari parce que son mari exige et c'est pas pour elle. Et ça je le sens, mais je ne peux pas l'aborder »
- **Dr H** : « elle s'est mis spontanément toute nue, pour l'examen. Et là j'avoue que cela m'avait choqué, euh parce que on était quand même deux dans la pièce, que je ne la connaissais pas voilà. »

- **Dr K** : « en l'occurrence mon patient qui va se taper une jeunette de 22 ans alors qu'il en a 62, ça me choque »
- **Dr M** : « choqué c'est peut-être un grand mot, mais oui... c'est vrai que parfois on est interpellé par des pratiques... qui ne nous sont pas familières »
- **Dr M** : « il n'y a pas de malaise même si parfois je suis "choqué" par la crudité de ce que les gens peuvent me raconter enfin disons que ça ne correspond pas à ma culture »
- **Dr T** : « tu vas avoir des patients qui sont à te raconter leur vie sexuelle un peu délurée et puis aucune gêne par rapport à ça, c'est toi qui va te sentir gêné »

C. Une marque de confiance

- **Dr C** : « donc je pense que cette femme-là ose poser la question parce qu'elle a une confiance importante »
- **Dr L** : « je suis un peu flattée de la confiance qui, qu'elles me font en parlant de choses très intimes »
- **Dr P** : « en parlant de ces sujets-là, ils me font pénétrer dans leur intimité euh moi ce que je me rends compte euh c'est que le fait qu'un patient m'en parle c'est une preuve de confiance supplémentaire de sa part »
- *Autres références : J-K-T*

D. Un autre regard sur le patient, une modification de relation suite à l'accès à l'intimité sexuelle du patient

▪ Une relation confortée

- **Dr P** : « cela modifie forcément la relation qu'on peut avoir... je me sens plus proche peut-être de lui et je sais que lui il a une forte confiance en moi s'il m'a parlé de ces sujets-là »
- **Dr P** : « cela modifie forcément la relation qu'on peut avoir... je me sens plus proche peut-être de lui et je sais que lui il a une forte confiance en moi s'il m'a parlé de ces sujets-là »
- **Dr A** : « la semaine dernière, le gars il a 80 ans, cela fait des années que je lui prescris du Caverject® et bah c'est devenu une habitude entre nous "bon vous n'oubliez pas mon ordonnance à part" c'est devenu... normal ! »
- **Dr G** : « cela n'a jamais changé un rapport ou quoique cela soit et je n'ai jamais eu de souci particulier (*avec les mères du fait d'avoir parlé sexualité à leur adolescent*) »
- **Dr L** : « c'est comme au premier jour j'ai pas changé d'attitude par rapport à la sexualité de mes patients, je la respecte, je ne porte aucun jugement de valeur »
- **Dr M** : « c'est une information supplémentaire sur la personne euh, disons dans l'absolu c'est sûr que toute information supplémentaire va me, va peut-être influencer »

sur ma prise en charge ultérieure, mais sexuelle pas plus que d'autre. Non je ne crois pas, sincèrement je ne crois pas » (*changer son regard*)

- Une gêne, une surprise, une interrogation de ce qui est appris sur le patient

- **Dr E** : « en garde quelqu'un qui s'était retrouvé avec un saignement digestif rectorragique parce qu'il avait eu une sexualité particulière avec introduction de certaines choses au niveau du rectum, c'était complètement dingue ce truc »
- **Dr F** : « je me dis comment elle fait pour bosser comme ça. En plus elle est secrétaire de mairie donc elle accueille les gens comme ça, ça m'amuse parce que je connais le mari, je connais les enfants »
- **Dr H** : « Connaissant parfois leur épouse, je ne sais pas ce qu'ils en font quand ils ont leur médicament, mais est-ce que ce n'est pas des plaisirs solitaires ou je ne sais pas »
- **Dr I** : « Bah ça va changer le ressenti que j'ai... quand on apprend dans notre patientèle qu'il y a des petites histoires d'adultère, ça ne change pas notre prise en charge des gens, mais c'est sûr que ça peut... parfois... euh modifier les... comment on va réagir après avec l'autre quand il va venir en fait »
- **Dr J** : (*échangisme*) « sur le coup, cela me l'a changé (*regard sur le patient*) un petit peu parce que pour le coup, le monsieur était policier, donc j'ai un peu changé mon regard, car je le connaissais dans d'autres situations en plus »
- **Dr L** : « ils étaient échangistes, cela m'a fait tomber des nues parce que je l'aurais jamais cru, ça m'a troublée, j'étais un peu perturbée même parce que je pensais pas qu'ils avaient une sexualité aussi développée au point d'aller chercher des partenaires ailleurs quoi »
- **Dr N** : « je suis tombée des nues quand on imagine quand on voit une famille et qu'on voit un couple classique et que finalement on découvre que le monsieur voilà en l'occurrence il avait des relations homosexuelles par internet avec des jeunes, enfin c'était... enfin c'était là forcément on voit la personne d'un œil différent »
- **Dr S** : « on se retrouve quand même dans des situations, un peu embarrassantes où par exemple, j'ai eu le cas d'un couple où l'homme vient me raconter que sa femme ne veut plus avoir de rapport et puis la femme vient me demander la pilule »
 - Une rupture de la relation ou une relation plus distante
 - **Du fait du patient**
- **Dr F** : « Elle est partie je ne l'ai jamais revue. Plus revu la famille... J'ai posé cette question-là, la porte s'est fermée »

➤ Du fait du médecin

- **Dr N** : « d'aborder la sexualité avec un mec qui est psy là c'est, ça ça me gêne parce que faut vraiment pour le coup que je mette une barrière, là pour le coup de mettre une barrière et de dire "stop, là je veux pas du tout rentrer dans un..." des patients qui m'ont dit "je comprends pas pourquoi vous me touchez pas quand vous m'examinez" »
- **Dr R** : « après je le reçois... je suis moins gentil. Je suis un peu plus sec, mais ça joue, mais oui effectivement ça a modifié mon attitude oui »
- **Dr S** : « C'est vrai qu'il était rentré dans des détails complètement inappropriés... j'avoue que j'ai écourté et le monsieur, il continuait et il n'a pas saisi qu'il y avait un décalage entre ce qu'il me racontait et ce que moi, j'étais prête à entendre »

10. Professionnalisme

A. Un rôle positif de l'expérience professionnelle

- **Dr H** : « on se forme, mais y a quand même plein de choses qui se font avec l'expérience, enfin sur le ressenti et la façon dont on aborde sa pratique quoi »
- **Dr I** : « si je n'avais pas rencontré ce couple-là au début de mon activité j'aurais forcément pris les gens d'une autre manière, je ne les aurais pas pris en charge pareil »
- **Dr J** : « au départ (*quand j'ai débuté*) il y avait un peu de stress. Aborder le sujet, comment l'aborder »
- **Dr K** : « est-ce que j'aborde plus souvent la question à l'heure actuelle que il y a quinze ans quand j'ai commencé, vingt ans quand j'ai commencé oui sans doute »
- **Dr Q** : « je suis sûrement plus à l'aise maintenant que quand j'avais 1 ou 2 ans d'installation, c'est sûrement sûrement plus facile, j'ai plus, j'ai plus de recul »
- **Dr S** : « c'est sûr que j'aborde sans doute un peu plus facilement que y'a 2 ou 3 ans, mais ça ne fait pas non plus 30 ans que je suis installée »

B. Des expériences d'érotisation de la relation

▪ De la part du patient(e) perçues par le médecin

- **Dr C** : « Dans toute ma carrière, trois fois... une dame jeune qui est venue inquiète pour son sein, mais qui est venue simplement se faire caresser les seins... j'ai été embrassé un coup en faisant un, en enlevant un... normalement un cil dans l'œil... elle n'avait pas de culotte quoi, elle m'a montré, elle a soulevé. Elle voulait se faire tirer sur mon bureau »

- **Dr D** : « des petites dragues, allez c'était au début quand, oué allez y a 4/5 ans, sont très... "oh elle est belle" ou "oh vous êtes toujours bien habillée", des petits trucs, des petits trucs légers... ce sont des petites phrases très, on va dire de la petite dragouille de rien, cela n'a jamais été plus que ça... ici au niveau des patients, je trouve que par rapport à d'autres remplacements ou quelquefois cela y allait franco (*pour la drague*) »
- **Dr D** : « j'avais l'impression d'être la prostituée à 23 euros, parce qu'à chaque fois il y avait une érection, à la fin tellement cela m'énervait, y a des fois je me vengeais pas... c'est pas méchant, mais bon *rires soutenus* j'y allais un peu plus fort je me disais "au moins si tu as mal, t'auras pas d'érection au moins" »
- **Dr F** : « je ne sais pas, je n'arrive pas à vraiment percevoir comment les femmes me perçoivent. Est-ce qu'elles me perçoivent que en tant que médecin, est-ce qu'elles me perçoivent comme bienfaiteur ou est-ce qu'elles me perçoivent comme, ou est-ce qu'elles fantasment sur moi ? Et ça c'est très, très piégeux... je pense qu'il y a une espèce de double jeu à ce niveau-là »
- **Dr I** : « je leur demande toujours ce qui les amène et j'en ai un, un jour qui m'a dit "bah c'est vous", là j'ai coupé court tout de suite, je lui ai dit que je ne pouvais plus le recevoir, enfin qu'il ne pouvait pas me dire cela. Il ne pouvait pas venir en consultation, juste pour cela »
- **Autres références : E-H-J-N-R**
 - **Réciproque**
- **Dr F** : « L'ambiguïté dans ce domaine-là du dialogue et de la relation avec une patiente elle existe »
- **Dr M** : « c'est quand même un domaine assez sensible donc qui, qui pour lesquels aussi bien la personne en face de moi, que moi peut avoir, ne pas rester indifférente »
- **Dr M** : « en tous cas pour moi qui suis hétérosexuel si c'est une femme qui aborde des questions y pourrait y avoir des connotations de séduction... »
- **Dr N** : « Un autre jeune homme était venu aussi me voir en me disant : "j'ai un souci en bas", alors là dans ma tête j'ai pensé très fort, parce que je me sentais gênée "faut en plus qu'il soit mignon, il aurait pas pu être moche !" »

C. Des techniques d'approche, d'ouverture

▪ Mettre à l'aise avec le sujet en neutralisant la charge affective

- **Dr A** : « J'essaie toujours de dédramatiser en disant que c'est un problème comme un autre. Que cela... si on n'en parle pas on ne peut pas se soigner et que de toute façon tout le monde a une sexualité »
- **Dr C** : « quand les gens sont coincés, je leur dis vous savez que cela soit une histoire, le cœur, les poumons, les orteils, l'utérus, tout doit être soigné quoi »

• *Autres références : B-J-K-N-P-T*

▪ Un peu d'humour

- **Dr F** : « j'essaie de mettre quelquefois un peu d'humour »
- **Dr G** : « je fais un peu d'humour avec la mère avant en général, on leur disant : “bon je sais que c'est votre bébé, mais quand même elle a seize ans” »

▪ Aborder de façon indirecte la sexualité

- **Dr A** : « Pour aborder le sujet avec une femme, euh on aborde par le biais de la ménopause, les modes de sorties, enfin le mode de vie »
- **Dr J** : « En fait c'est sur l'examen systématique, allongé sur la table, je fais organe par organe et puis quand j'arrive sur l'examen, euh, abdominal, après je prends sur les problèmes urinaires et puis après je vais aborder un peu la sexualité, si je vois qu'il peut y avoir des problèmes »
- **Dr S** : « Ah oui, y'a l'examen gynéco moi je trouve que ça s'y prête que c'est facile de dire “ah ben au fait...”, voilà un petit mot et puis on voit si ça relance derrière ou si ça relance pas »

▪ Garantir la confidentialité

- **Dr C** : « “c'est quand même gênant d'en parler à trois... votre fille, vous l'amenez, vous allez dans la salle d'attente et je reste 10 minutes avec elle quoi” »
- **Dr G** : « si je dois vraiment en parler, je fais sortir les mamans »
- **Dr I** : « j'en avertis le mineur dans ces cas-là en lui expliquant que voilà même si on fait un examen sanguin, ses parents ne seront pas au courant et ça parfois c'est pas évident quand on suit toute la famille »

▪ Prudence dans l'abord

- **Dr D** : « J'y vais plus à tâtons »

▪ Abord direct

- **Dr F** : « je préfère mettre les pieds dans le plat comme ça au cours d'une consultation plutôt que de la revoir avec un problème un peu plus tard »
- **Dr G** : « il ne faut pas essayer de contourner le sujet, y a une question à poser voilà »

- **Dr Q** : « Il faut être assez spontané, assez direct »

D. Le choix des mots

▪ Des mots inducteurs

- **Dr A** : « Et puis après euh... quand on a mis les gens sur la voie, après je trouve qu'ils parlent plus facilement. Le tout c'est de mettre le mot dans la conversation »

▪ Médicalisation du discours

- **Dr C** : « elles attendent que tu mettes le mot à leur place et puis elles sont bien contentes que tu dises le mot clitoris ou vagin. Elles ont du mal à le dire. Y a des gens qui disent ma minette ou ils osent pas dire le mot anatomique. C'est le médecin à lui, sa partie. Mais si tu ne mets pas le mot sur le truc »
- **Dr M** : « enfin je vais rester avec un dialogue plutôt technique donc plutôt neutre dans la mesure du possible »
- **Dr Q** : « ne pas non plus être dans l'argot ou dans le trivial, il faut rester assez médical. Mais en employant les mots... un vagin c'est un vagin, une verge c'est une verge, une érection c'est une érection, une pénétration c'est une pénétration »
- **Dr R** : « Il faut bien formuler parce qu'il faut que cela reste médical, il faut que cela reste professionnel, il faut pas que ce soit la sexologie de comptoir, il faut qu'on ait l'impression que c'est un professionnel qui parle »

▪ Un discours adapté au patient

- **Dr C** : « plusieurs façons de, selon l'interlocuteur si je vois que c'est vraiment un rustique, je lui demande s'il bande »
- **Dr C** : « Si on dit un mot, faut essayer de voir si ce mot ne choque pas... je pense qu'il faut être très délicat. Tendresse et délicatesse »
- **Dr D** : « des mots qui vont dans leur vocabulaire pour ne pas les choquer »
- **Dr M** : « Je pense que ce que je dis peut-être interpréter peut-être parce que je me rends compte que chaque personne a sa signification derrière ses mots et c'est peut-être pour cela que je demande pas mal d'explications et que je demande des précisions pour que, pour que je ne me fourvoie pas et pour que la personne en face ne se fourvoie pas »
- *Autres références : F-J-P*

E. Des protections

▪ Contre trop d'implications dans la vie de l'autre

- **Dr B** : « Mais peut-être que après, cela serait à moi de lui demander, mais bon maintenant cela me gêne à cet âge-là de lui poser cette question. C'est pas évident »
- **Dr I** : « Je ne vais pas leur demander des détails »
- **Dr L** : « Parce que c'est quelque chose d'intime, j'ai pas envie de m'immiscer dans la vie intime des patients, de de mon propre chef »
- **Autres références** : *D-E-F-G-H-N-T*

▪ Contre des révélations de sa vie personnelle, de sa propre sexualité, protéger son image

- **Dr A** : « Quand c'est sorti, j'avais dit : “bon je vais mettre la fiche poso du Viagra®, cela fera parler, cela interpellera les gens” et... oui cela a interpellé tellement les gens qu'on disait qu'en fait je mettais cela parce que j'étais une chaude entre guillemets »
- **Dr C** : « je ne veux rien laisser transparaître de ma vie privée de quoi que ce soit, je ne vais jamais leur raconter une anecdote de moi »
- **Dr D** : « il faut y aller tout doucement voilà pour pas qu'elle se dise non plus “la médecin elle est sacrément... elle parle de tout, cela choque ce qu'elle dit” »
- **Dr G** : « je ne parle pas de ma vie sexuelle et sentimentale à mes patients ça les concerne pas... non dans ce domaine-là j'en dis jamais trop... non je parle pas de ma sexualité à mes patients »
- **Dr S** : « au fond de moi, je me dis bah je ne voudrais pas qu'il se fasse des idées. C'est complètement idiot. Je ne voudrais pas qu'il s'imagine que je vais délivrer des parties de ma situation personnelle ou ce genre de choses »
- **Autres références** : *B-I-J-K-L-M-N-P-Q*

➤ Mais parfois

- **Dr J** : « s'il me dit “j'ai une panne sexuelle”, je lui dis que ça arrive à tout le monde en rigolant un peu, qu'il comprenne, que ça peut arriver à tout le monde, et voilà. “Bah oui ça arrive”. En gros t'as compris que ça peut m'arriver »

▪ Contre des ambiguïtés ou des ambivalences de situation, de discours ou ses propres pulsions

➤ Banaliser

- **Dr D** : « Après des petites phrases : “oh qu'est-ce qu'elle est belle notre médecin” des choses comme ça, c'est, je mets ça sur le compte que voilà dans la rue on peut me dire la même chose »

- **Dr F** : « moi cela me fait sourire, je la regarde en souriant. Pour lui montrer que je ne suis pas dupe et cela s'arrête là d'ailleurs et c'est très bien »

➤ **Garder la distance par la maîtrise de toute expression émotionnelle**

- **Dr D** : « moi je suis d'une froideur pas possible »
- **Dr E** : « je sais être très très froide... tu sens bien qu'on, qu'on te cherche... moi je suis toujours très carrée, la personne ne peut pas se faire d'idée du tout »
- **Dr F** : « maintenant je me méfie de ma naïveté... c'est, c'est l'expérience qui m'a amené à faire comme ça »
- **Dr I** : « il peut y avoir de temps en temps une espèce de plaisir du patient à nous raconter des trucs après si on reste justement imperturbable très rapidement ils arrêtent, ils voient bien que de toute façon ça ne fonctionne pas sur nous »

➤ **Éviter les situations à risque**

- **Dr C** : « je m'interdis de séduire, je m'interdis de regarder ça autrement qu'un anatomiste quoi. Ah les transferts c'est clair c'est niet »
- **Dr E** : « on sait bien qu'il y a des cas où après on peut t'accuser de tout ce que tu veux... c'est une chose à laquelle j'ai toujours fait très attention, c'est toujours d'avoir un parent présent »
- **Dr H** : « je mets tout de suite les, les barrières dans le sens où parfois il peut y avoir des moments où pour certaines auscultations, on les voit en sous-vêtements ou des choses comme ça, enfin voilà... je m'oblige justement à avoir... dès que l'examen est fini je change de discussion ou je reviens à mon ordinateur, enfin je ne regarde pas, je la laisse se rhabiller sans regarder »

➤ **Maitriser l'identification projective**

- **Dr D** : « personnellement je ne voudrais absolument pas (*échangisme*), mais il faut que cela soit quelque chose de consenti tous les deux, tout le monde soit d'accord, faut pas le faire pour l'autre, il faut vraiment que Madame elle en est aussi envie »
- **Dr K** : « en l'occurrence mon patient qui va se taper une jeunette de 22 ans alors qu'il en a 62, ça me choque... parce que c'est culturellement il pourrait être mon père et il sort avec, c'est comme si mon père sortait avec ma fille, c'est... culturellement c'est choquant... je m'imagine moi dans la situation du père, du père de cette fille. Cette fille elle a l'âge de la mienne à deux ans près donc euh... voilà c'est pour ça, c'est pour ça que ça me choque »

- **Dr R** : « forcément moi je me suis identifié parce que je suis papa aussi et je suis jeune marié aussi et donc du coup au fond je me suis dit “mais quel salaud” vraiment il la trompe tout le temps il en a rien à fiche »
- **Dr T** : « Ouais je me suis demandé au début de la consultation tout ça et pis après c’est une femme qui avait mon âge, qui a deux enfants comme moi, qui voilà, et puis en fait en restant très, enfin, relativement clinique tout ça, ça va bien »

➤ **Contrôler sa curiosité**

- **Dr D** : « Parce que lui c’étaient toutes les positions, c’est inimaginable tout ce qu’il a pu me raconter comme trucs »
- **Dr I** : « Bah, j’aime bien bah disons que j’aime bien savoir quand même pour pouvoir les aider au mieux euh savoir ce qu’il se passe et pourquoi ça se passe comme ça et euh c’est vrai qu’assez facilement je vais leur poser des questions »
- **Dr I** : « c’est vrai que j’ai une petite curiosité »
- **Dr J** : « après j’ai quand même demandé oui, les fréquences et tout, après je rentre un petit peu dans leur intimité quand même. C’est forcé au bout d’un moment »
- **Dr M** : « je n’hésiterais pas à pousser la curiosité à leur demander de m’expliquer de manière, plus en détail, pour que j’ai une idée claire de ce dont ils veulent me parler donc euh »
- **Dr N** : « je pense qu’elle faisait des films pornos donc c’est vrai qu’on est tenté de savoir, ce qui, ce qu’elle fait et d’avoir une petite curiosité un peu malsaine, mais je, on est tenté »
- **Dr T** : « tu es obligé d’aller chercher des détails un peu plus croustillants ou des choses comme ça »

F. Une éthique

▪ Ne pas forcer

- **Dr C** : « je ne veux pas prendre la place de la maman, si ils parlent de sexualité entre eux, entre elles, je n’ai pas à intervenir. Si y a pas de demande, je ne vais pas »
- **Dr E** : « j’estime que c’est une chose intime et que si elle vient pour une histoire de MST c’est pas pour autant qu’elle a envie de parler de sa sexualité »

▪ Respect des choix du patient

- **Dr E** : « au niveau relation sexuelle, car ça cela la regarde, c’est son choix. Je n’ai pas à me mêler de ses choix »
- **Dr F** : « je ne vais pas lui donner des cours sur la façon de faire l’amour, ça, c’est pas mon problème »

- **Dr G** : « un couple homo un peu particulier voilà, mais bon c'est tout ils me racontent leur vie sexuelle, ils font ce qu'ils veulent »
- **Dr I** : « Ma sexualité c'est pas forcément la vôtre, celle du patient qui va venir après »
- **Dr K** : « c'est son choix, son choix à lui et à elle, j'ai pas à m'en mêler »
 - **Pas de jugement moral**
- **Dr E** : « ne jamais porter de jugement sur autrui quoiqu'on voit, quoiqu'il se passe. Ne pas porter de jugement. On ne sait pas quelles sont les circonstances de ce qu'on voit »
- **Dr K** : « comme je suis pas là pour les juger, mon opinion personnelle je la garde pour moi même si je peux trouver que c'est bizarre, inhabituel »
- **Dr O** : « mais après ce n'est pas à toi de leur dire, ce n'est pas à toi de les juger sur la façon qu'ils ont de vivre dans leur couple »
- **Dr Q** : « Justement c'est ça avec la sexualité, il faut éviter de juger, éviter de dire "c'est normal", "c'est pas normal" »
 - **Utilisation d'un concept de normalité**
 - **Il n'y pas de normalité sexologique chacun fait ce qu'il veut**
- **Dr I** : « Maintenant en termes de ce qu'il faut faire ou pas faire, accepter ou pas accepter dans la sexualité, ça, c'est à chacun de voir »
- **Dr J** : « la normalité je dirais qu'il n'y en a pas »
- **Dr L** : « au niveau sexualité il n'y a pas de normalité, c'est ce qui convient au couple si vous avez envie de faire crac crac une fois par semaine et que ça, que vous êtes complètement bien dans cette situation-là, c'est la normalité pour vous »
- **Dr T** : « chacun fait ce qu'il veut à partir du moment où il n'embête pas autrui »
 - **Mais des limites pour certains**
- **Dr C** : « sans vouloir faire la morale, mais je leur explique quand même qu'on n'a pas des rapports sexuels euh quand on est très jeunes euh comme on va boire une bière au bistrot du coin. Il ne faut pas galvauder, je j'essaie de leur faire comprendre que c'est quand même un élan de tendresse »
- **Dr D** : « personnellement je ne voudrais absolument pas... mais il faut que cela soit quelque chose de consenti tous les deux, tout le monde soit d'accord, faut pas le faire pour l'autre, il faut vraiment que Madame elle en est aussi envie... lui c'étaient toutes les positions, c'est inimaginable tout ce qu'il a pu me raconter comme trucs »
- **Dr E** : « je fais quand même comprendre aux patients que c'est très bien de vouloir avoir des relations épanouies, mais qu'il faut pas y laisser sa peau »

11. Interférences avec et sur la sexualité du médecin

A. Son expérience personnelle de la sexualité

- **Dr D** : « c'est vrai qu'automatiquement on s'inspire un peu de son histoire personnelle dans le sens où une rupture, une rencontre, une... on peut donner un conseil, une vision même par rapport à ce que j'ai pu vivre ou par rapport à ce que j'ai pu voir. J'ai pas mal de patients, donner un petit conseil, donner des conseils on s'inspire de sa vie, de son expérience, de ce qu'on a pu voir »
- **Dr H** : « on pratique un peu toujours comme on est quoi donc, moi oui clairement. Après je viens d'une famille où effectivement c'était aussi assez tabou, donc peut-être que c'est ça, une famille où on en parlait pas forcément, fin voilà ce sont des choses qui étaient assez... donc peut-être cela m'a marqué plus comme ça... ça fait pas forcément partie des, des choses qui me paraissent... »
- **Dr I** : « Je pense que forcément, on est plus ou moins à l'aise avec les personnes en fonction de sa propre sexualité et moi, il se trouve que j'ai toujours été assez à l'aise avec ma sexualité »
- **Dr M** : « dans le domaine de mon expérience personnelle, je pense qu'elle interfère automatiquement même si j'essaie qu'elle interfère le moins possible »
- **Dr M** : « la sexualité féminine... m'est un peu plus étrangère, mais en tout cas, je ne peux que la, je ne la connais par le peu d'informations que je peux avoir, que j'ai pu avoir et par, dans mon domaine personnel ça sera en fonction de, de, de ce que j'ai pu constater dans mes expériences personnelles »
- **Dr N** : « Forcément ma sexualité elle va, mon expérience va aider, enfin, mais après il y a des choses que je connais, des choses que je connais pas, des choses que je peux imaginer »
- **Dr O** : « Les femmes quand elles te disent "ah bah..." enfin comme toi, tu es toi-même une femme et que peut être tu as eu aussi dans ta vie. Je trouve que c'est quand même plus facile et puis tu ressens un peu, tu ressens la même chose que les femmes en fait »
- *Autres références : C-L-S*

B. Une évolution de son regard personnel sur la sexualité

▪ Peu d'effet

- **Dr E** : « même si voit des choses moches... qu'on voit dans notre métier toutes les misères de la vie à tout point de vue et que... je crois qu'il y a plus grand-chose qui m'étonne maintenant »

- **Dr J** : « Sur la sexualité ? J'ai rien appris que je ne connaissais pas »
- **Autres références : G-K-L-P-R-S-T**
 - **Une vision qui évolue**
- **Dr C** : « j'ai une dame de 80 ans, qui m'a expliqué qu'elle redécouvrait quelque chose et c'était bien... y'a pas d'âge... je découvre aussi... c'est rassurant »
- **Dr D** : « à force de côtoyer les différentes personnes qui ont donné leur avis, leur point de vue quelquefois je redonne à un autre patient en disant "faites attention à ci, faites attention à ça"... je me dis "tiens ça c'est vrai que c'est intéressant hop je vais peut-être le redire à un autre patient" »
- **Dr F** : « C'est intéressant sur le plan sociologique et sur le plan humain »
- **Dr H** : « plus du questionnement, alors je me dis à 80 balais est-ce que je penserais encore à ça, je ne suis pas certain »
- **Dr I** : « j'avais quand même certains préjugés notamment sur les personnes très belles. Pour moi, ils avaient une sexualité parfaite et à l'inverse je n'imaginai pas forcément que certaines personnes notamment j'ai été assez étonné de personnes alors en situation de handicap... qui sont reconnus handicapés mentaux... et qui vivent en institution et j'ai été assez étonné de voir à quel point certaines de ces personnes ont un ressenti et en fait ont une connaissance de leur euh, de leur sexualité qui est importante... du coup je me suis remise en question... »
- **Dr N** : « forcément ma vision des choses elle change... j'ai appris il faut jamais se fier aux apparences »

C. Un effet sur sa vie sexuelle personnelle

- **Dr D** : « Cela a changé quelque chose dans le sens où... de faire très attention à la routine parce que souvent ce que j'ai remarqué, les patients ne faisaient pas forcément très attention à leur couple... au bout de X années cela diminue, perte de désir, ou Monsieur ou Madame allait à droite à gauche et puis après c'est arrivé à saturation... faut faire attention je me l'applique en tous cas »
- **Dr F** : « j'ai eu des problèmes personnels... euh ça m'interpelle de voir des choses qui peuvent se, se enfin des situations un peu similaires dans des couples »
- **Dr F** : « "tiens je connais ce genre de comportement" je me rends compte que je ne suis pas le seul à vivre certaines choses »

DISCUSSION

I- Intérêt du sujet

- Définir la sexualité n'est pas simple et varie selon les époques et les cultures. La définition du Larousse [9] paraît assez opérationnelle : « Ensemble des phénomènes sexuels ou liés au sexe, que l'on peut observer dans le monde vivant... Ensemble des diverses modalités de la satisfaction sexuelle ». Cela permet d'englober les dimensions d'organismes sexués ; de comportements sexuels tant reproductifs qu'érotiques ; d'affects en relation avec le comportement sexuel ; et de dimension cognitive et culturelle de ces phénomènes.
- La sexologie est la science qui traite de la sexualité dans toutes ses dimensions socioculturelles, psychologiques, physiologiques, pathologiques. Son spécialiste est le sexologue médecin ou non. Pour autant le sexologue n'a pas l'exclusivité professionnelle du pouvoir parler de sexualité ni d'avoir une pratique de sexologie. Même si le corpus scientifique, qui base une pratique sexologique, est commun à tous, la pratique peut en être différente selon la position de son acteur, notamment dans le parcours de soins d'un individu exprimant un besoin relevant de la sexualité. Ainsi le médecin généraliste intervenant en premier recours sans sélection d'âge, de sexe, d'organe, de pathologie n'a pas forcément les mêmes demandes sexologiques que d'autres spécialistes. Sa position de médecin traitant dans ses dimensions de globalité, de durée, de personnalisation forte de prise en charge ainsi que sa dimension de coordination, de suivi ne lui donnent pas forcément les mêmes outils que d'autres spécialistes. Enfin sa position de médecin de famille, de groupe de vie et de proximité ne l'expose pas forcément aux mêmes approches que d'autres spécialistes.
- Or la pratique sexologique en médecine générale a été très peu étudiée et encore moins conceptualisée dans ce contexte. Il paraissait ainsi utile d'en apprécier le contenu.

II- Forces et limites de la méthode

- La pratique ayant été peu analysée, la méthode qualitative est apparue plus pertinente pour mettre en évidence et comprendre les phénomènes à l'œuvre tant sur le plan technique, qu'affectif et relationnel chez le médecin généraliste.
- Par définition la méthode qualitative n'a pas l'objectif et donc de valeur pour quantifier, hiérarchiser des phénomènes entre eux [10]. Elle ne prétend pas être représentative d'une population, mais exige le maximum d'hétérogénéité des individus interviewés dans cette population pour recueillir le plus de points de vue et de pratiques fussent-ils marginaux. Elle ne fait que mettre en évidence le maximum d'éléments à l'œuvre dans la situation

étudiée. Charge à une méthode quantitative d'en apprécier ensuite sur un échantillon représentatif leur importance relative et d'éventuelles corrélations statistiques.

- Ce travail n'est pas exempt de biais.
- L'interview est un art difficile et mon inexpérience bien que s'améliorant au fur et à mesure des entretiens a pu limiter l'expression des médecins. Par ailleurs ma neutralité sur le thème de la sexualité a pu être diminuée par le fait que j'étais en exercice via ma propre pratique sexologique en tant que remplaçant, mais aussi que j'avais mon propre vécu et ma représentation de la sexualité.
- Un biais méthodologique est apparu au niveau de la compréhension des questions du fait que les termes de sexualité et de sexologie ne renvoyaient pas à des sens identiques entre les différents médecins.
- Enfin un biais de prévarication a été constaté du fait de l'intimité du sujet. Dans bien des cas, la tendance des interviewés était de dériver sur le ressenti et comportement du patient alors que les questions posées les concernaient eux-mêmes et leur pratique. Il est possible qu'il y ait eu lors des entretiens des omissions volontaires, des refus volontaires de réponse ou encore des réponses non sincères par gêne ou pudeur vis-à-vis des questions ou du thème de manière générale.

III- Analyse des résultats

- **La pratique sexologique en médecine générale est apparue très hétérogène dans son importance.** Ce travail n'a pas de valeur quantitative, mais il montre un très grand éventail de fréquence de la problématique sexologique dans la pratique. Le fait que les médecins ne considèrent pas tous de façon identique ce qui relève de la sexualité et de la sexologie peut expliquer cette différence d'appréciation de fréquence. Mais ce travail montre aussi que la personnalité du médecin, son positionnement face à la sexualité interviennent dans son investissement ou non et sa capacité à recevoir une plainte sexologique. La difficulté qu'ont eue des médecins à définir ce qui relève ou non de la sexologie et de la sexualité suggère qu'on est là dans une pratique plus intuitive, au feeling, au grès des rencontres et expériences professionnelles et personnelles, que conceptualisée et balisée comme elle pourrait l'être chez un sexologue. La définition de l'OMS en 2002 [4] semble méconnue par les médecins dans le sens où la sexualité intègre tous les aspects en rapport avec la vie sexuelle, mais aussi le bien-être. Dans sa thèse, Dausques [11] constate que les médecins décrivent la sexualité comme une « relation physique » entre deux individus ce qui corrobore nos données sur une pratique qui ne revêt pas toutes les thématiques propres à la sexualité.

- **La demande sexologique en médecine générale est de nature extrêmement variée.** Certes il y a des demandes concernant les sexopathies telles que définies dans le DSM-5 avec leurs critères diagnostiques, leurs bilans paracliniques particuliers, leurs traitements spécifiques clairement identifiés. Mais à côté le médecin généraliste se voit confronté en dehors de toute sexopathie à des demandes portant sur le « suis-je normal ? », « mon partenaire, mon enfant est-il normal ? » ; des demandes portant sur le « comment ça marche, comment faire ; comment prévenir ? », des demandes sur le « comment dois-je agir dans cette situation notamment de couple ? » ; des demandes de déculpabilisation ou de libération de la sexualité et de ses affects. On pourrait considérer que beaucoup de ces demandes relèvent de la bobologie sexologique voire ne relèvent pas de la médecine. Pourtant il existe derrière une souffrance et une demande d'aide. Ces besoins et demandes n'amènent pas les patients à consulter spécifiquement un sexologue et aboutissent « naturellement » chez leur médecin de proximité, tant physique qu'affective ; leur « accompagnateur de vie » qu'est leur médecin généraliste traitant et/ou médecin de famille. La difficulté pour le médecin vient alors du fait que ces demandes n'ont pas des modalités de prises en charge aussi bien balisées que les sexopathies clairement répertoriées et sont volontiers très impliquantes de la personnalité du médecin.

- **L'apparition d'un thème sexologique dans la pratique de médecine générale emprunte de multiples voies et volontiers des chemins détournés.** Ceci a été constaté dans d'autres travaux tels ceux d'Oriol [12]. À la différence du sexologue que le patient ou le couple consultent spécifiquement et uniquement pour sa (leur) problématique sexologique, le thème sexologique en médecine générale peut apparaître à l'occasion d'une consultation pour un motif non sexologique, soit suite à la démarche médicale sans demande du patient, soit à l'initiative du patient, et volontiers alors en fin de consultation. Parfois la demande vient d'un tiers voire à l'insu du patient. Il s'agit là d'une situation non optimale de mise en évidence des problématiques et de prise en charge ultérieure. Il y a ainsi pour le médecin besoin d'une organisation et tout un travail préliminaire avec le patient pour faire exprimer, reconnaître la problématique sexologique et cadrer ensuite les limites et besoins de prise en charge.

- **Les réponses aux besoins et demandes sexologiques sont en miroir de la variété et complexité des demandes en médecine générale.** Selon l'affinité du médecin pour la sexologie concernant les sexopathies, il les prend en charge au maximum de ses possibilités en termes de diagnostic, bilan et traitement ou au contraire délègue très vite.

Ces modalités sont ainsi très dépendantes du médecin et de la sexopathie comme l'ont constaté différents auteurs : De Andrade [13], K. Dunn [14] et P. Costa [15]. Pour le reste, les réponses s'adaptent à la demande perçue ou au besoin ressenti : expliquer, informer, rassurer, conseiller, déculpabiliser, libérer, soutenir. Dédramatiser ou encore reconforter sont notamment des réponses retrouvées également dans le travail de thèse de Kobel [16]. Force est de constater que sur bien des questions posées par le patient, il n'y a pas de réponse médicale « standardisée » ce qui laisse le champ à une implication plus personnelle du médecin. Concernant la normalité, par exemple, l'approche montre des nuances entre les médecins. Cela va du « il n'y a pas de normalité les gens font ce qu'ils veulent » au rajout de l'exigence du consentement et pour certains à un questionnement sur la sincérité de ce consentement face au constat par exemple du fatalisme de beaucoup de femmes (Médecin F) ou de la dimension dominant-dominé dans la sexualité (Médecin F). Il faut dire que définir la normalité est complexe. La normalité morale ramène aux valeurs de l'individu notamment religieuses. La normalité psychologique ramène à l'harmonie psychique personnelle avec la sexualité. La normalité de couple ramène à la convergence des normes sexuelles individuelles des partenaires. La normalité sexologique fait essentiellement référence à l'absence de perversion et à la présence du consentement. Cela est retrouvé dans le livre de Pasini et Crépault [17]. Cette dernière reste pour autant de manière sociétale dépendante et n'annule pas le droit du patient à avoir ses conceptions de la normalité, mais elle permet au médecin d'avoir une référence médicale pour discuter avec le patient de la normalité et l'ouvrir sur d'autres manières non délétères d'aborder la sexualité. De même en matière de conseils, les attitudes sont variées relevant chez certains médecins plutôt du « c'est vous qui voyez », mais chez d'autres une implication personnelle plus forte relativisant l'importance de la sexualité par rapport au reste des choses de la vie, ou élargissant la sexualité au-delà de la performance de l'acte sexuel, ou prenant clairement position « si le garçon ne veut pas du préservatif, c'est qu'il te manque de respect et c'est que c'est un con » (Médecin F).

- **L'expression d'un thème sexologique dans la pratique du généraliste est apparue profondément liée à l'interaction entre des caractéristiques des personnes du médecin et du patient.** Du côté du médecin, l'aisance à aborder ou laisser exprimer une problématique sexuelle lors d'une consultation était chez certains médecins influencée, par la différence ou non d'âge et/ou de sexe médecin-patient, une différence ou une similitude, pouvant avoir un effet plutôt facilitateur ou plutôt freinateur selon le médecin. L'effet genre du médecin dans sa pratique en générale a déjà été étudié en particulier dans

l'étude de Cousin et Schmid Mast [18]. Dans mon travail, il apparaît qu'en matière sexologique c'est l'accès à la dimension sexuelle du corps d'un patient d'un autre sexe qui met mal à l'aise des médecins. Mais ce qui est difficile pour certains c'est aussi l'accès à la dimension psychique de la sexualité du patient d'un autre genre que le sien, notamment du fait d'un vécu de ne pouvoir la comprendre réellement faute de le vivre soi-même. On voit ici toute la dimension de l'implication personnelle du médecin. Concernant la différence ou similitude générationnelle médecin-patient, l'impact de façon générale sur la pratique du médecin est moins étudié. Pour Burd [19], la différence générationnelle est un facteur limitant dans l'abord de la sexualité. On pourrait effectivement s'attendre à ce que la similitude soit plutôt favorisante via l'impression d'un vécu et d'une représentation assez voisins de la sexualité entre le médecin et son patient. Or la différence d'âge est plutôt citée dans les interviews comme donnant de l'aisance chez le médecin. Cela est peut-être en rapport avec un mécanisme protecteur du médecin, la différence d'âge pouvant alors être perçue par le médecin comme un neutralisateur de toute ambiguïté sur la dimension sexuelle de la relation. Il est intéressant de noter que dans la dyade médecin-patient, les médecins ont attribué au patient des modalités différentes d'abord de la sexualité selon son âge, sexe ou milieu socioculturel. C'est une réalité probable au niveau des patients, mais ici il ne s'agit que de la représentation que se font les médecins de l'aisance ou non du patient à aborder la sexualité avec eux. Or cette représentation volontiers généralisée de l'aisance du patient selon son sexe, âge, statut socioculturel n'est probablement pas sans influence sur l'aisance ou non du médecin face à ce patient. Fainzang [20] a ainsi montré que la représentation subjective qu'avait le médecin sur l'identité socioculturelle du patient modifiait l'abord de celui-ci.

- Un autre élément est apparu. Il s'agit de la représentation qu'a le généraliste de sa place en sexologie et de la représentation qu'a le patient du rôle du généraliste. Des enquêtes comme celles de Brandenburg [21] ou de Rose [22] ont montré que la réticence de patient à parler de leur sexualité à leur médecin pouvait venir d'une perception, selon laquelle ce médecin était un interlocuteur inadéquat pour cela, n'y pouvait rien, avait esquivé le sujet ou risquait d'être gêné. De même la sexualité ne relevant pas à priori de l'urgence, ni du risque vital, ni d'une nécessité absolue d'être abordée, chaque généraliste peut en apprécier l'importance qu'il souhaite donner à la sexualité du patient dans sa pratique selon la conception qu'il a de sa mission.

- **Aborder la sexualité du patient ou du couple n'est pas neutre dans la relation médecin-patient et médecin-famille.** L'importance d'une relation médecin-patient

ancienne et de médecin de famille a été décrite comme facilitatrice d'abord des thèmes sexologiques lors d'une consultation tant pour le médecin que pour le patient ou le couple. Des médecins en ont exprimé des limites, du moins pour certains patients qui préfèrent aborder les thèmes sexuels avec un praticien qui ne les suit pas par ailleurs et avec qui la relation s'arrêtera une fois la problématique sexologique résolue. Des données similaires sont retrouvées par Dausques [11]. Cette dimension continuité relationnelle avant, pendant et après l'apparition et/ou résolution du thème sexologique est une particularité de la pratique sexologique en médecine générale. Elle est à la fois un avantage pour en faciliter l'expression, mais elle peut avoir ensuite une influence délétère sur la prise en charge des autres soins et la relation médecin-patient. De même la position de médecin de famille a des avantages. Mais ce travail montre qu'elle expose le médecin à la gestion de demandes sexologiques venant de tiers, avec ou sans accord ou demande du patient concerné, et notamment les risques de manipulation ou de jouer un rôle qui n'est pas le sien.

- L'impact sur la relation provient dans certains cas d'une modification du regard du médecin sur le patient suite à ce qu'il a appris de la sexualité de celui-ci. C'est volontiers un regard plus négatif ou du moins interrogatif sur la personne ou le couple dont il lui est difficile de faire abstraction ensuite. D'un autre côté se voir autoriser à accéder à l'intimité sexuelle de son patient est vécu par des médecins comme une marque de confiance de celui-ci et un renforcement-valorisation de la relation. Concernant le patient, des médecins ont exprimé le danger pour la relation de devenir celui qui en sait trop sur l'intimité du patient ou qui pourrait paraître vouloir en savoir trop par ses questions, cela pouvant aller jusqu'au changement de médecin. Pour autant en se référant aux travaux sur le sujet, les patients voient globalement positivement le fait que leur médecin parle sexualité [7].

- **L'abord de la sexualité du patient n'est pas sans affect pour le médecin.** Certes les médecins se sont dits volontiers ouverts, sans tabou sur ce thème. Ceci a été constaté aussi par Ceglarec [23]. Pour autant ils ont exprimé de la gêne, de la prudence et parfois un certain mal-être. Dans l'étude d'Aschka, on retrouve un sentiment de « honte » ressenti par les praticiens [24]. Cette gêne est majorée notamment en présence d'un tiers observateur. La présence d'un étudiant en consultation comme élément perturbateur est retrouvée par Voisin [25]. Cette gêne a été volontiers présentée comme la réponse à la gêne présumée du patient. En fait, l'analyse montre que si la peur de choquer le patient est un élément important, il y a derrière cela aussi d'autres freins chez le médecin à aborder la sexualité du patient : peur d'être choqué par rapport à ses propres valeurs, peur de dévoiler sa sexualité, mal-être à utiliser des mots à connotation sexuelle. La littérature

donne des résultats similaires avec le travail d'Oriol [15] et d'Aschka [24]. Il semble y avoir là une sorte de jeu de miroir médecin-patient, chacun argumentant sa gêne à aborder le sujet par la peur de ne pas choquer l'autre. Contrairement à ce que pensent souvent les médecins, les patients ne sont pas choqués et même plutôt demandeurs que le généraliste aborde leur sexualité lors d'une consultation. Par contre, des patients déclarent ne pas aborder eux-mêmes ces problèmes par peur de choquer ou de mettre mal à l'aise leur médecin, ce qui est abordé dans l'étude de Zeler [26] ou de Fievet [27].

- Des médecins ont reconnu que dans l'abord de la sexualité du patient, il pouvait y avoir chez eux une dose de curiosité qu'ils déclarent maîtriser ou combattre, mais qui existe tout de même. L'importance du phénomène ne peut être précisée par ce type d'étude d'autant plus que sur ce point le biais de prévarication est probablement élevé. Cette curiosité n'apparaît pas tant comme une curiosité sur l'autre, sur ses pratiques sexuelles que comme une tentative de répondre à ses propres interrogations personnelles sur la sexualité. Cela renvoie à l'identification projective énoncée par plusieurs médecins, sur le fait d'avoir vécu les mêmes épreuves affectives ou sexuelles que le patient. Cela renvoie aussi à des questionnements « existentiels » sur la sexualité humaine, sur le devenir et le management de sa propre sexualité, ses propres interdits ou désirs. Au final, beaucoup de médecins ont déclaré que via l'abord et la découverte de la sexualité de leur patient, ils avaient eux-mêmes évolué dans leur approche personnelle de la sexualité.
- L'abord de la sexualité du patient en médecine générale est ainsi apparu comme une situation qui dépasse de loin un simple savoir technique sur les sexopathies. L'importance du savoir-faire, savoir-être, savoir devenir est ici majeure toute comme la personnalité du médecin et son implication personnelle, d'où la constatation d'une grande hétérogénéité des demandes, besoins et pratiques. Tout cela n'est pas sans difficulté ni risque.
- **Face à ces problématiques, les généralistes ont construit un professionnalisme.**
- **Le premier constat a été l'importance de la maturité professionnelle reconnue par quasi tous les médecins.** Cela traduit que l'on est dans une situation où l'Homme médecin prend autant d'importance que le technicien de médecine. On ne peut dire ici si cette maturité est liée à l'âge du médecin et donc sa maturation personnelle vis-à-vis de la sexualité, ou au nombre de situations sexologiques auxquelles il a déjà été confronté dans sa pratique, les deux allant cependant souvent de pair.
- **Le deuxième constat a été la difficulté à avoir une organisation du travail** facilitant l'abord des problèmes sexuels qui nécessitent volontiers du temps et une ambiance plus spécifique, là où l'abord est parfois fait à la porte de sortie et non comme motif de

consultation. Si certains médecins ont préféré avoir un temps dédié, beaucoup ont préféré jouer sur la répétition des contacts pour d'autres motifs. Cette problématique du choix entre un temps spécifique dédié à un problème comme un sexologue ou l'intégration dans un suivi global est habituelle en médecine générale. La solution prise étant plus volontiers de dire en médecine générale « on n'a pas le temps, mais on a la durée ». Ce manque de temps pour parler de sexualité est considéré comme une limite dans les études menées par Gott [28] et Temple-Smith [29].

- **En fait le professionnalisme s'est surtout exprimé dans le savoir-être.** Par expérience vécue, par ressenti ou par réflexion, les médecins ont montré que la relation médicale en médecine générale gardait une dimension sexuée et n'était pas exempte de séduction. Plus particulièrement accéder à l'intimité sexuelle d'un patient pouvait amener à des situations ambiguës s'apparentant à l'amour de transfert de Freud, ou plus centrées sur l'aspect physique de la sexualité. Cela fait écho à des procès récents de soignants notamment sexologues ayant eu des relations sexuelles avec des patients et aux débats actuels sur le renforcement des textes déontologiques dans ce domaine. L'origine du problème peut venir du patient, mais comme l'ont reconnu certains médecins cela peut venir d'eux-mêmes. Les médecins avaient conscience de cela ce qui est basique pour la maîtrise du problème. Ils appliquaient des stratégies conseillées notamment par L'Ordre des médecins : ne pas parler de soi, de sa sexualité ; utiliser un langage technique ayant le moins de connotation affective sexuelle ; laisser une intimité au patient lors du dénuement ; ne laisser passer aucune équivoque. Chez certains médecins, ces comportements semblaient aller plus loin qu'une protection vis-à-vis des risques relationnels. Ils servaient de barrage à l'introduction du thème sexologique dans la consultation du fait d'un mal-être, d'un manque d'intérêt ou de compétence.
- Le professionnalisme s'exprimait aussi dans la prise en compte de la difficulté pour le patient, en fait de tout un chacun, de parler de sa sexualité aisément à autrui fut-il son médecin. Même si des médecins étaient peu enclins à initier ce thème lors des consultations, les médecins comprenaient qu'il leur appartenait de faire l'ouverture notamment en rebondissant à partir d'autres symptômes, pathologies ou périodes de vie. Une très grande attention était portée au choix des mots et à la réceptivité et spécificité de chaque patient avec un souci de ne pas choquer, de dédramatiser. Cette attitude est nécessaire dans le sens où les enquêtes montrent que la majorité des patients souhaitent que le médecin généraliste soit l'inducteur du thème sexologique et non eux. Même si cela est loin d'être toujours simple pour le généraliste, il se doit d'intégrer cette donnée dans sa

pratique. L'éthique était une autre facette du professionnalisme : ne pas juger ; respecter le choix du patient ou du couple ; ne pas faire la morale... Pour autant comme nous l'avons vu cela n'empêchait pas toujours des affects plutôt négatifs chez le médecin.

- **Ce professionnalisme pourrait surement être amélioré** devant le constat exprimé par des médecins d'une pratique volontiers au feeling, selon l'expérience avec peu ou pas de formation. Pourtant il paraît difficile pour la médecine générale de revendiquer une approche globale et holistique du patient en laissant plus ou moins de côté sa santé sexuelle. Cette optimisation nécessite cependant de prendre en compte que la pratique sexologique du généraliste, comme le montre ce travail, a ses spécificités et n'est pas superposable à celle d'un sexologue, et qu'en conséquence sa formation en sexologie doit intégrer ces spécificités.

CONCLUSION

Notre travail montre que la pratique sexologique du généraliste s'inscrit dans la spécificité d'exercice de la médecine générale ce qui la différencie de celle du sexologue ou des autres spécialistes. Médecin de premier recours sans sélection des patients par âge, sexe ou pathologie ; médecin de la continuité et de la coordination ; médecin traitant avec une personnalisation relationnelle forte construite dans la durée et globalité ; médecin de famille ou de groupe de vie : l'ensemble de ces caractéristiques entraîne une pratique sexologique particulière.

Ce travail montre une grande hétérogénéité de l'abord de la sexualité du patient dans la pratique du généraliste. Cette hétérogénéité s'exprime par une grande variété des circonstances d'apparition d'un thème sexologique dans les consultations : parfois une demande directe, mais souvent à l'occasion d'une consultation pour un autre motif ; à l'initiative tantôt du médecin, tantôt du patient ou du couple, et parfois d'un tiers. C'est aussi une hétérogénéité et une étendue de la nature des demandes et besoins sexologiques des patients consultant en médecine générale : les sexopathies, mais aussi bien au-delà avec des demandes d'information, de conseils, de déculpabilisation, de reconnaissance, de réassurance sur la sexualité. De ce fait les réponses des médecins sont variées : expliquer, informer, rassurer, conseiller, déculpabiliser, libérer ou soutenir ; ce qui n'empêche pas dans certains cas la prescription de médicaments ou la délégation à un professionnel plus spécialisé. L'hétérogénéité des pratiques est apparue être profondément liée à la dimension personnelle et de personnalité de chacun des acteurs constituant la dyade relationnelle médecin-patient et/ou médecin-couple : âge, sexe, niveau de la relation, conception de la place du généraliste. L'interaction de ces critères liés au médecin et au patient donne une grande variété de pratiques, de demandes, de réponses, et ce d'autant plus que l'effet de ces interactions peut différer totalement selon le médecin et selon le patient.

Aborder, accompagner, une problématique sexologique n'est pas simple en médecine générale. D'ailleurs, attendre que le patient exprime un besoin plutôt que prendre l'initiative est une attitude du généraliste fréquemment décrite dans divers travaux alors que l'on sait que le patient souhaite plutôt que cela soit le médecin qui aborde le sujet et le vit positivement dans ce cas.

Intriqué volontiers au reste du suivi, le thème sexologique demande une adaptation de l'organisation du travail notamment temporelle qui peut se faire par du temps dédié ou par l'utilisation de la durée du suivi via la répétition des contacts pour divers motifs. Mais pour

certain on retrouve une délégation rapide à un autre professionnel et/ou une minimisation des possibilités d'expression des thèmes sexologiques.

L'impact sur la relation médecin-patient ou médecin-couple de l'accès à l'intimité sexuelle physique, psychologique, comportementale du patient ou du couple est une autre difficulté à gérer. Ceci d'autant plus qu'en médecine générale la relation pré existe au thème sexologique et continue d'exister une fois celui-ci « réglé ». La relation peut ainsi être modifiée en positif ou en négatif pour des raisons diverses : évolution du regard du médecin sur le patient ou le couple volontiers interrogatif ou parfois désapprobateur ; gêne ultérieure du médecin et/ou du patient ; renforcement de la relation et de la confiance.

Par ailleurs du fait de demandes dépassant de loin les sexopathies clairement référencées et bien balisées dans leur prise en charge, ce qui n'est pas forcément garantie de succès, le généraliste est volontiers mis par le patient, le couple, voire un tiers, dans une situation impliquante de sa personne, de son opinion.

Les généralistes ont conscience de ces difficultés et besoins. Face à cela ils développent un professionnalisme. Dans notre travail celui-ci paraît lié à la notion de maturité professionnelle autant de l'expérience vécue professionnelle que personnelle. Ce professionnalisme se base sur des méthodes : faciliter l'expression avec l'importance des mots, s'adapter à chaque patient. Il se base sur une éthique : respecter, ne pas juger, ne pas forcer, maîtriser ses propres affects et ne pas les projeter sur le patient. Les affects chez le médecin sont complexes d'autant plus que la relation médecin-patient reste une relation sexuée et qu'il est difficile de s'affranchir de cet aspect en sexologie. Il peut y avoir ainsi selon le médecin : de la gêne, de la pudeur, une peur de révéler sa sexualité, d'être jugé, une curiosité dérangeante, une perception d'érotisation de la relation, un vécu d'incompétence.

Dès lors on peut se demander comment optimiser l'abord de la sexualité des patients en médecine générale à l'heure où l'on reconnaît que la santé sexuelle fait partie intégrante de la santé de l'Homme et qu'il revient donc au médecin de soins primaires qu'est le généraliste de s'en préoccuper. La réponse n'est pas évidente, car la formation initiale touche des médecins, dont la maturité professionnelle n'est pas encore réellement nourrie de l'expérience professionnelle, et peut être même aussi de l'expérience personnelle : la sexualité étant un processus évolutif se construisant au cours de la vie d'une relation. Pour autant au-delà du nécessaire enseignement initial et continu sur les sexopathies il convient, du fait des demandes faites aux généralistes, de développer chez eux la réflexion éthique, philosophique, sociologique, relationnelle indispensable pour aborder des thèmes sexologiques dans la pratique.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] WONCA Europe. La Définition Européenne de la Médecine Générale-médecine de famille. [Internet]. [cité 10 avr 2018]. Disponible sur:
<http://www.woncaeurope.org/content/france-la-definition-europeenne-de-la-medecine-generale-%E2%80%93-medecine-de-famille>
- [2] OMS. Santé sexuelle et reproductive : compétences de base en soins primaires. [Internet]. 2012 [cité 25 mai 2018]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77743/1/9789242501001_fre.pdf
- [3] OMS. Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitements en sexualité humaine : rapport d'une réunion de l'OMS. Série de rapports techniques n°572. Genève : organisation mondiale de la santé. 1975 : 35p [Internet]. 1975 [cité 10 janv 2018]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38316>
- [4] OMS. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. 2002 Jan 28-31; Geneva. [Internet]. [cité 10 janv 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexueal_health/defining_sh/en/
- [5] Bajos N, Bozon M. La sexualité à l'épreuve de la médicalisation : le Viagra. Actes de la recherche en sciences sociales. Sur la sexualité. 1999;128:34-7.
- [6] Bozon M. Sociologie de la sexualité : Domaines et approches. 3e édition. Armand Colin; 2013. 128 p.
- [7] Dore L. Médecine générale et sexualité. Enquête auprès des médecins généralistes d'Aix-En-Provence, Association Interdisciplinaire post Universitaire de Sexologie [Mémoire de Sexologie]. Marseille ; 2004.
- [8] Ozanam M. Dialogue et sexualité : l'impuissance des médecins ? MEDEC 2002.
- [9] Sexualité. In: Larousse [Internet]. [cité 17 août 2018]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sexualit%C3%A9/72486>
- [10] Rousseau N, Saillant F. Chercher avec, plutôt que chercher pour... Une introduction aux méthodes qualitatives de recherche en soins infirmiers. Recherche en soins infirmiers. 1996;45:138:146
- [11] Dausques C. L'abord de la sexualité des adultes en médecine générale. Etude qualitative des pratiques et représentations de Médecins généralistes hommes et femmes [Thèse d'exercice : médecine]. Bordeaux 2 ; 2013.
- [12] Oriol S. Abord de la sexualité en consultation de médecine générale : méthodes, expériences et représentations utilisées par les médecins [Thèse d'exercice : médecine]. Lyon 1 ; 2009.

- [13] De Andrade J. Dysfonctions sexuelles et parcours de soin : la place du sexologue : enquête auprès de 105 médecins généralistes [Thèse d'exercice : médecine]. Créteil ; 2009.
- [14] Dunn K, Croft P, Hackett G. Sexuals problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. *Fam Pract.* 1998;15(6):519-24.
- [15] Costa P, Avances C, Wagner L. Dysfonction érectile : connaissances, souhaits et attitudes. Résultats d'une enquête française réalisée auprès de 5.099 hommes âgés de 18 ans à 70 ans. *Prog Urol.* 2003;13(1):85-91.
- [16] Kobel C. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des difficultés sexuelles masculines [Thèse d'exercice : médecine]. Nancy ; 2011.
- [17] Pasini W, Crépault C. L'imaginaire en sexologie clinique. Presses Universitaires de France; 1987. 96 p.
- [18] Cousin G, Schmid Mast M. Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s'en préoccuper ? *RMS.* 2010;6:1444-7.
- [19] Burd I, Nevadunsky N, Bachmann G. Impact of physician gender on sexual history taking in a multispecialty practice. *J Sex Med.* 2006;3(2):194-200
- [20] Fainzang S. La communication d'informations dans la relation médecins-malades. Une approche anthropologique. *Questions de communication.* 2009;1(15):279-95.
- [21] Brandeburg U, Bitzer J. The challenge of talking about sex: the importance of patient-physician interaction. *Maturitas.* 2009;63(2):124-7.
- [22] Rose J. Attentes et représentations des médecins sur l'abord de la santé sexuelle en médecine générale [Thèse d'exercice : médecine]. Bordeaux 1 ; 2017.
- [23] Ceglarec H. L'abord de la sexualité des adolescents en médecine générale : étude qualitative des pratiques et représentations de médecins généralistes hommes et femmes [Thèse d'exercice : médecine]. Bordeaux 2 ; 2010.
- [24] Aschka C, Himmel W, Itner E, Kochen MM. Sexual problems of male patients in family practice. *J Fam Pract.* 2001Sep;50(9):773-78
- [25] Voisin Faragou C. Sexualité en médecine générale. Enquête auprès de 191 médecins généralistes en Midi-Pyrénées : Déterminants de l'anamnèse sexuelle [Thèse d'exercice : médecine]. Toulouse 3 ; 2008.
- [26] Zeler A, Troadec C. Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, France. *Sexologies.* 2017;26(3):136-45.
- [27] Fievet C. Comment aborder le sujet de la sexualité en consultation de médecine générale ? Enquête qualitative auprès de patientes à La Réunion [Thèse d'exercice : médecine]. Nice ; 2014.

[28] 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*. 2004;21(5):528-36

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

ANNEXES

ANNEXE 1. GUIDE D'ENTRETIEN

1) Dans quelles occasions le thème sexuel intervient-il dans vos consultations ?

Relances éventuelles

- i. Qui aborde le sujet (vous - le patient - un tiers ...) ?
- ii. Quelle est la demande, le thème ?
- iii. Quelle fréquence ?
- iv. Pourquoi en parlez-vous ?
- v. Comment abordez-vous le thème sexuel, comment vous organisez-vous pour l'aborder ?

2) Comment vivez-vous une demande sexologique du patient ? = Racontez-moi quelques situations de sexologie que vous avez vécues en essayant de me décrire les affects qui vous ont traversés à cette occasion, les conséquences éventuelles sur votre pratique ou votre vision personnelle de la sexualité, les difficultés ressenties...

Relances éventuelles

- i. La différence de sexe, d'âge médecin - patient et pourquoi
- ii. La pudeur, la gêne, le mal-être et pourquoi
- iii. La séduction, le voyeurisme, votre manière d'interpréter et de ressentir la demande ou la façon dont le patient vous en parle
- iv. La compétence médicale, les difficultés organisationnelles
- v. Votre relation médecin traitant – patient - famille présente et future
- vi. La morale, vos conceptions personnelles de la sexualité

3) Caractéristiques de l'interviewé. (Sexe)

- Vous avez quel âge ?
- Depuis combien de temps êtes-vous installé ?
- Comment avez-vous fait votre formation ? Où avez-vous appris la pratique sexologique en médecine générale ?
- Votre exercice est rural ou urbain ?
- Quel est l'âge moyen de votre clientèle ? Rapport hommes/femmes
- Avez-vous un exercice particulier en plus de votre exercice de médecin généraliste ?

4) Avez-vous d'autres choses à ajouter ?

ANNEXE 2. RETRANSCRIPTIONS DES ENTRETIENS AUPRES DES MEDECINS

Disponibles sur le CD en troisième de couverture.

RESUME

ABORD DE LA SEXUALITE DANS LA PRATIQUE DE MEDECINS GENERALISTES PICARDS ETUDE QUALITATIVE AUPRES DE 20 MEDECINS GENERALISTES EN PICARDIE

Contexte : La santé sexuelle est considérée comme intégrante de la santé humaine et une problématique de santé publique. À ce titre elle relève de la fonction du médecin généraliste. Mais son intégration dans une pratique de médecine générale n'est pas évidente.

Objectifs : Décrire le vécu de généraliste concernant l'abord de la sexualité dans leur pratique, en identifier les freins et définir des points clés de formation.

Méthode : Étude qualitative par des entretiens semi-dirigés auprès de 20 médecins généralistes picards. Analyse selon la méthode de la théorie ancrée.

Résultats : La pratique sexologique était très hétérogène. Elle était liée à la singularité de chaque dyade relationnelle médecin-patient selon leur âge, sexe, relation et conception de la place de médecin généraliste. L'initiateur du thème sexologique était le médecin, le patient ou un tiers. La demande et les réponses touchent aux sexopathies mais aussi au comment ça marche, que faire, est-ce normal et à des besoins d'être reconnu, déculpabilisé, libéré. Cela mobilisait des affects chez le médecin notamment de gêne, besoin de se protéger, questionnement personnel, et pouvait modifier la relation. Le généraliste développait un professionnalisme avec l'expérience.

Discussion : La pratique sexologique du généraliste se différencie de celle du sexologue au niveau de l'origine et de la nature des demandes et des réponses. Elle est intégrée à une prise en charge qui dépasse la sexualité et dans le cadre d'une relation et d'une position du médecin très particulières.

Conclusion : La spécificité de la pratique sexologique du médecin généraliste justifie chez celui-ci un savoir sur les sexopathies mais tout autant un travail de réflexion éthique, philosophique, sociologique, et sur la relation médecin - patient.

Mots clés : médecine générale – sexualité – pratique professionnelle – affect – relations médecin-patient

ABSTRACT

APPROACH TO SEXUALITY IN THE PRACTICE OF GENERAL PRACTITIONERS FROM THE REGION OF PICARDY A QUALITATIVE STUDY WITH TWENTY GENERAL PRACTITIONERS IN PICARDY

Context: Sexual health is considered an integral part of an individual's health and is also a public health issue. As such, it falls under the role of general practitioners but how sexual health is implemented into their practice is not clear.

Objective: Describe the experiences of general practitioners regarding approaches to sexuality in their practice, then identify the impediments and define the key points of training.

Method: Qualitative study by interviews semi-supervised of 20 Picardy general practitioners. Analysis according to the method of the grounded theory.

Results: The practice of sexology was very diverse. It was tied to the singularity of each doctor-patient relationship including factors such as their age, gender, relationships and their concept of the general practitioner's role. The initiator of the sexology topic was either the doctor, the patient or a third party. The questions and answers mainly concerned sexual disorders but also on how it works, what to do, what's normal and what needs to be attended to. The study also revealed a need for recognition, and guilt-free feelings. This could have affects on the doctor such as discomfort, a sense of need for safety, personal questioning, and could further modify the relationship. The doctor developed professionalism with experience.

Discussion: The sexology practice provided by general practitioners distinguishes itself from sexologists in terms of roots and nature of the needs and responses. It includes a treatment which does not focus on sexuality but rather considers relationships and medical status specifically.

Conclusion: The distinctiveness of the sexology practice results in specific knowledge on sexual disorders but also relies on a social, ethical, and psychological work of reflection.

Keywords: general medicine – sexuality – professional practice – affect – doctor-patient relationships