



HAL
open science

Les représentations de la Santé sexuelle chez les médecins généralistes : un frein à une approche globale et positive de la santé sexuelle

Anne Fleury

► **To cite this version:**

Anne Fleury. Les représentations de la Santé sexuelle chez les médecins généralistes : un frein à une approche globale et positive de la santé sexuelle. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02404098

HAL Id: dumas-02404098

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02404098>

Submitted on 11 Dec 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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Les représentations de la Santé sexuelle chez les médecins généralistes : un
frein à une approche globale et positive de la santé sexuelle ?**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 31 Octobre 2019

Par Madame Anne FLEURY nom d'usage FLEURY-MATHIEU

Née le 12 août 1989 à Tours (37)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur COURBIERE Blandine

Président

Monsieur le Professeur AGOSTINI Aubert

Assesseur

Monsieur le Professeur LECHEVALLIER Eric

Assesseur

Madame le Docteur DEPARIS Noémie

Assesseur

Madame le Docteur ROMBY Axelle

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Administrateur provisoire: Georges LEONETTI

Affaires Générales : Patrick DESSI
Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Asseseurs :

- aux Etudes : Jean-Michel VITON
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHIERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSO François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

IMMUNOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)
 BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
 TOMASINI Pascale (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

À Madame le Professeur Blandine COURBIERE,

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

À Monsieur le Professeur Aubert AGOSTINI,

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

À Monsieur le Professeur Eric LECHEVALLIER,

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

À Madame le Docteur Noémie DEPARIS,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail en tant que médecin généraliste et sexologue. Soyez assurée de mon profond respect et de ma gratitude.

À Madame le Docteur Axelle ROMBY,

Tu as accepté de diriger ma thèse, tu m'as soutenue dans le choix d'un tel sujet et dans sa réalisation, cela malgré la distance. Je t'en suis extrêmement reconnaissante.

À Emilie MOREAU,

Tu as accepté de co-diriger avec Axelle mon travail et tu l'as enrichi de ta vision de psycho-sociologue. Je t'en suis extrêmement reconnaissante.

Merci aussi

À mes parents qui m'ont toujours soutenue durant ces longues études et dans mes choix de formations complémentaires.

À ma sœur et mon frère ainsi qu'à leur petites familles qui égaiant mes week-ends en Franche Comté.

Aux médecins que j'ai rencontrés pendant ma formation, en particulier Séverine Postaire, Anaïs Ledoyen et Marion Joubert qui m'ont inspirée, soutenue et motivée par leur passion au travail et l'attention portée à leurs patients.

À mes compagnons de cordée : Morgane, Céline, Gentiane, Antoine, Ulrich, Fred, Victor, Eric, Chloé, Vlado, Thierry, Bruno et les autres. Lieu de ressourcement, la montagne est aussi la source de belles aventures humaines.

À Vannina, mon amie depuis tant d'années. Un parcours et des épreuves similaires qui nous ont rapprochées pour une amitié sincère et indéfectible.

Aux hommes qui ont jalonné ma vie et qui ont contribué à faire de moi la femme que je suis aujourd'hui.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	5
PREAMBULE.....	6
INTRODUCTION.....	8
SANTE SEXUELLE : CONTEXTE ET DEFINITIONS.....	10
1) HISTOIRE DE LA SEXUALITE ET DE LA SANTE SEXUELLE	10
2) DEFINITIONS DE LA SANTE SEXUELLE	11
3) PROBLEMATIQUES SEXUELLES.....	12
4) ETAT DES LIEUX DE LA SANTE SEXUELLE	13
A) SANTE SEXUELLE DANS LE MONDE.....	13
B) SANTE SEXUELLE EN FRANCE.....	14
5) POLITIQUES NATIONALES ET INTERNATIONALES EN SANTE SEXUELLE.....	17
SANTE SEXUELLE EN MEDECINE GENERALE	20
1) LA MEDECINE GENERALE AU SEIN DU SYSTEME DE SANTE	20
A) DEFINITION DE LA MEDECINE GENERALE	20
B) ROLE DU MEDECIN GENERALISTE	21
2) LA SANTE SEXUELLE AU CŒUR DE LA MEDECINE GENERALE.....	21
A) SEXUALITE ET MEDECINE GENERALE.....	22
B) ABORD DE LA SEXUALITE EN MEDECINE GENERALE	22
C) RECHERCHE EN MEDECINE GENERALE	24
ETUDE DES REPRESENTATIONS SOCIALES ET RECHERCHE QUALITATIVE.....	27
1) ETUDE DES REPRESENTATIONS SOCIALES	27
2) RECHERCHE QUALITATIVE EN SANTE	28
A) DEFINITION	28
B) INTERET EN MEDECINE GENERALE	28
C) LA METHODOLOGIE	29
ETUDE : LES REPRESENTATIONS DE LA SANTE SEXUELLE EN MEDECINE GENERALE	30
I. PROBLEMATIQUE.....	30
II. HYPOTHESE.....	30
III. MATERIEL ET METHODE	31
1) ECHANTILLONNAGE.....	31
2) RECUEIL DE DONNEES	32
3) ANALYSE DES RESULTATS.....	33
IV. RESULTATS	34
1) CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS	34
2) IMPRESSION GENERALE DES ENTRETIENS	36
3) DONNEES GENERALES DE L'ANALYSE	37
4) LES DEFINITIONS DE LA SANTE SEXUELLE PAR LES MEDECINS GENERALISTES	37
5) L'APPROCHE DE LA SANTE SEXUELLE EN PRATIQUE	41
6) LES PROBLEMATIQUES DE SANTE SEXUELLE ABORDEES EN MEDECINE GENERALE.....	47
7) L'EDUCATION A LA SANTE SEXUELLE EN MEDECINE GENERALE.....	51
8) CONNAISSANCES ET FORMATIONS DES MEDECINS GENERALISTES EN SANTE SEXUELLE.....	55
9) LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE EN SANTE SEXUELLE.....	57
10) REMARQUES DIVERSES	60

V. DISCUSSION	64
1) COMMENTAIRES SUR LA METHODOLOGIE.....	64
a) Limites.....	64
b) Points forts	64
2) COMMENTAIRES SUR LES RESULTATS.....	65
a) Une difficile définition	65
b) De la notion intellectuelle à la pratique.....	66
c) Le rôle du médecin généraliste : quel est-il ?.....	67
d) Des populations parfois oubliées	70
e) Sexe du médecin versus sexe du patient	72
f) Une formation initiale des médecins en santé sexuelle absente ou inefficace.....	73
g) Quels apports pour la médecine générale ?	73
 CONCLUSION	 75
 ANNEXES.....	 77
ANNEXE 1 : FICHE DE RENSEIGNEMENTS STATISTIQUES	77
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN	78
ANNEXE 3 : SANTE SEXUELLE EN 5 MOTS.....	79
 BIBLIOGRAPHIE	 80

Liste des abréviations

AMP	Assistance médicale à la Procréation
CBS	Communication Brève relative à la Sexualité
CCP	Consultation de Contraception et de Prévention
CeGIDD	Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
COREVIH	Comités de coordination régionale de la lutte contre les infections due au VIH
CPEF	Centre de Planification et d'Education Familiale
DESIU	Diplôme d'Etudes Supérieures Inter Universitaires
DU	Diplôme Universitaire
EICCF	Etablissements d'Information de Consultation et de Conseil Familial
EPU	Enseignement Post Universitaire
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RSP	Réseau de Santé Périnatalité
SIDA	Syndrome de l'Immuno-déficience acquise
VIH	Virus de l'Immuno-déficience Humaine
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family

Préambule

On me questionne souvent sur ce qui m'a amenée à choisir ce sujet pour ma thèse. Depuis le début de mon internat, je souhaitais travailler sur une thématique qui avait du sens pour moi. Ce sujet a pris corps au cours de mes études médicales et suite à plusieurs expériences et échanges qui m'avaient interpellée.

Après une expérience en tant qu'animatrice auprès de jeunes diabétiques, j'ai décidé de réaliser un DU d'Education thérapeutique durant mon externat afin de renforcer la perspective sociale et humaine de mes études médicales. Le travail que j'ai réalisé pour le mémoire de ce premier DU a porté sur une évaluation qualitative d'un programme d'éducation thérapeutique destiné à des patients atteints du VIH et ce, à l'aide d'entretiens avec une vingtaine de patients pris en charge dans des structures médicales adaptées. L'une des conclusions principales de mon évaluation était qu'un certain nombre de patients avait des problématiques sexuelles, qu'ils m'ont facilement exprimées, mais dont ils n'avaient jamais parlé avec leurs soignants. Etonnée de ce constat, je percevais ainsi que le problème n'était vraisemblablement pas la difficulté des patients à parler de ce sujet, mais plutôt la difficulté à l'aborder sans une ouverture du médecin.

Plus tard dans mes études, j'ai pu me rendre compte que la sexualité et toutes les problématiques concernant la sexualité restaient un sujet souvent à peine effleuré par les patients comme par les médecins.

En tant qu'étudiante en médecine, j'ai eu peu de formation dans ce domaine et celle-ci est restée plutôt : anatomique (apprentissage discutable car incomplet sur l'anatomie du sexe féminin), physiologique (principalement centré sur la fonction reproductive) et pathologique (maladies infectieuses ou tumorales). La sexualité en tant qu'objet de soin ne faisait pas partie des connaissances acquises durant les études de médecine.

Les questions et préoccupations importantes d'une grande part de la population à ce sujet et mes lacunes face aux discussions autour de la sexualité en consultation m'ont conduite à débiter une formation de sexologie (DESIU Sexologie Marseille-Nîmes) afin de pouvoir mieux répondre aux demandes de mes patients.

Mais une question demeurait en moi : Pourquoi les médecins confrontés tous les jours à l'intimité de leurs patients ont ils autant de difficultés à aborder la sexualité avec eux ?

C'est cette question qui m'a conduit à choisir ce sujet pour ma thèse.

Introduction

Dans notre société, la sexualité n'a jamais été autant médiatisée, les corps mis à nus... Pour autant si l'image érotique a pris le devant de la scène, parler de sa sexualité dans ses dimensions physiques, psychiques et spirituelles n'est pas une évidence.

Quand le sujet de la sexualité est abordé dans le monde médical, les thématiques les plus souvent retrouvées sont les problématiques de contraception, de grossesse et d'IST. Pourtant si l'on regarde la définition de l'OMS, la santé sexuelle est une entité plus complexe. On y retrouve des dimensions physique, émotionnelle, mentale et sociale dans une approche holistique de la sexualité.

Mais pourquoi donc ce sujet ne reste-t-il qu'effleuré par les professionnels de santé ? Est-ce lié au tabou relatif à la sexualité toujours présent dans notre société ? S'agit-il d'une méconnaissance scientifique et/ou des professionnels?

Si l'on en parle peu, il n'en demeure pas moins que les problématiques à ce sujet existent dans la population : dysfonction sexuelle, troubles du désir, troubles de l'identité du genre, violences sexuelles, stratégie de réduction des risques inadaptée ou inexistante etc.

En outre, plusieurs études ont montré qu'une sexualité épanouie était associée à une meilleure qualité de vie ainsi qu'à une meilleure santé et une plus grande espérance de vie. (1) (2) (3)

Longtemps négligé, cet axe de santé génère peu à peu l'intérêt de la communauté médicale.

En France, une chaire UNESCO santé sexuelle et droits humains existe depuis une dizaine d'années pour réfléchir aux politiques de santé publique et proposer des plans d'actions.

Mais quels vont être les acteurs de cette santé sexuelle ?

A ce jour, il n'existe pas de corps médical chargé spécifiquement de cette thématique.

On pense alors souvent aux spécialistes d'organes concernés : le gynécologue pour la femme et l'urologue pour l'homme. Mais ne serait-ce pas réduire la santé sexuelle à une problématique organique ?

Si l'on prend la santé sexuelle dans sa dimension globale, personnelle et intime, ne peut-on pas imaginer une place pour le médecin généraliste ?

Le médecin généraliste a en effet une position particulière dans le monde médical : il est le médecin de famille, ancré auprès du patient dans le temps, dans l'espace géographique et social et dans une certaine intimité. Il est le médecin de premier recours, celui ayant la vision globale du patient, faisant le lien avec les spécialistes.

Dans cette vision holistique de la médecine, n'est il pas par conséquent un acteur/interlocuteur privilégié dans la santé sexuelle de ses patients ?

Actuellement la santé sexuelle bien que parfois abordée au cabinet de médecine générale demeure une thématique souvent « oubliée » voire évitée.

Certains ont questionné les médecins ou les patients sur leurs freins à discuter de ce genre de problématique. Mais ne peut on pas déjà se demander ce qu'est la santé sexuelle pour nous : patients ou médecins. Notre représentation de ce concept n'est elle pas le premier déterminant de la façon dont nous aborderons cette thématique ?

A partir de ces différentes réflexions est née cette question de recherche :

Les représentations de la santé sexuelle chez les médecins généralistes constituent-elles un frein à une approche globale et positive de la santé sexuelle ?

Santé sexuelle : contexte et définitions

1) Histoire de la sexualité et de la santé sexuelle

Longtemps sexualité et procréation ont fait partie de l'ordre du monde sans être considérées comme un domaine d'étude à part entière.

Le terme de « sexualité » semble être apparu au XIX^{ème} siècle d'abord dans la botanique puis dans le genre humain, orienté tout d'abord essentiellement sur la fonction reproductive. (4)

C'est dans cette visée procréative que la sexualité nécessitait d'être considérée. Les pathologies et problématiques sexuelles responsables de difficultés à la procréation étaient alors dignes d'intérêt et prises en compte. Les conduites sexuelles non reproductives étaient quant à elles réduites au domaine de la perversion.

Au XX^{ème} siècle, les mouvements d'émancipation de la femme, la découverte de la contraception et le droit à l'avortement, ouvrent la possibilité d'une activité sexuelle à visée érotique séparée de la fonction reproductive. (5)

C'est à ce moment là que le terme de « sexualité » prend son sens moderne, c'est à dire représentant l'ensemble des diverses modalités de la satisfaction sexuelle.

L'épidémie de VIH au début des années 1980 va de nouveau radicalement modifier la place et le statut de la sexualité dans la société et la santé publique. Sexualité et bien être sont de nouveau écartés et le sexe se retrouve associé à la maladie, à la mort. (5)

Le XXI^{ème} siècle voit l'usage de la contraception se généraliser et la procréation ne se place maintenant plus au centre de la sexualité. Au cœur de l'intimité et de l'affectivité, la sexualité apparaît désormais comme une pratique fondamentale dans la construction du sujet. Le répertoire sexuel s'est enrichi et la vie sexuelle n'est plus simplement représentée par la vie matrimoniale d'un couple hétérosexuel marié pour la vie. (4)

A ce jour, le terme de sexualité dans les dictionnaires de la langue française, comporte encore plusieurs définitions relativement différentes, représentant l'ensemble : des caractères de chaque sexe, des comportements relatifs à l'instinct sexuel, des phénomènes sexuels, ou des modalités de satisfaction instinctuelle liée à la reproduction de l'espèce. Cette définition évoluant selon les époques, sera surement amenée encore à évoluer dans les siècles à venir.

2) Définitions de la santé sexuelle

Le terme « santé sexuelle » apparaît au début du XX^{ème} siècle, c'est un concept issu du champ de la sexologie. Il est fondé sur une représentation interdisciplinaire de la sexualité humaine. (6)

La première définition de ce concept par l'OMS a été énoncée en 1974. Cette première définition a été par la suite enrichie pour être celle qui est aujourd'hui mondialement reconnue, adoptée par l'OMS en 2002.

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence. Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés.

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

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

La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux,

économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels. »
(7)

En 2013, aux Etats Unis, le CDC (Centers for Disease Control and Prevention) et l'ACCS (Comité consultatif sur l'administration sur le VIH, les hépatites, les MST, la prévention et le traitement) adoptent une définition de la santé sexuelle qui reprend la notion de globalité de la santé sexuelle ainsi qu'une approche positive de la sexualité. Cette définition ajoute à celle de l'OMS, « la capacité de compréhension des avantages, des risques et des responsabilités du comportement sexuel ».

Ces dernières années, les réflexions concernant la santé sexuelle semblent donc tendre à une démedicalisation et à une **approche globale et positive de la sexualité**.

3) Problématiques sexuelles

Les problématiques de santé sexuelles sont diverses et de plusieurs ordres.

En médecine et en psychiatrie, les problématiques sexuelles sont ainsi classifiées dans le DSM V (8) :

- Dysfonctions sexuelles :
 - Retards de l'éjaculation
 - Troubles de l'érection
 - Troubles de l'orgasme chez la femme
 - Troubles de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme
 - Troubles liés à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration
 - Diminutions du désir sexuel chez l'homme
 - Ejaculations prématurées
 - Dysfonctions sexuelles induites par une substance ou un médicament
 - Autres dysfonctions sexuelles spécifiées
 - Dysfonctions sexuelles non spécifiées
- Troubles de dysphorie de genre

- Troubles paraphiliques : exhibitionnisme, voyeurisme, frotteurisme, pédophilie, masochisme sexuel, sadisme sexuel, fétichisme, transvestisme

Cette classification est discutable et peu satisfaisante pour les professionnels travaillant en santé sexuelle.

Il est vrai qu'il est difficile de faire une liste exhaustive des problématiques sexuelles et de les classer, celles-ci étant souvent multifactorielles.

On peut proposer les regroupements suivants :

- Les problématiques liées à un manque ou une absence de connaissance sur son propre corps, ses organes, sur le fonctionnement de la sexualité et des pratiques sexuelles
- Les problématiques liées à la relation à l'autre : sentiments, attachement, violences psychologiques et physiques
- Les problématiques psychologiques : traumatismes infantiles, initiation sexuelle ratée, absence d'estime de soi, mauvaise image corporelle
- Les problématiques somatiques associées à : des maladies, des déficiences, des blessures, des chirurgies, des mutilations sexuelles.
- Les problématiques liées à l'usage de substances licites ou illicites : opiacés, antidépresseurs, anxiolytiques, amphétamines etc...

4) Etat des lieux de la santé sexuelle

Si les travaux sont relativement peu nombreux, il existe tout de même plusieurs études concernant l'état de la santé sexuelle de la population française et de la population mondiale. Nous décrivons ci-dessous les principales.

a) Santé sexuelle dans le monde

La méta-analyse australienne réalisée en 2015 sur les différentes études concernant l'incidence et la prévalence des dysfonctions sexuelles depuis 2009, montrait des résultats variables liés à des variations de méthodologie. Elles montraient cependant

que la prévalence de la plupart des dysfonctions sexuelles augmentait avec l'âge excepté pour les éjaculations prématurées. (9)

Au Québec, en 2014, l'importante étude PIXEL dressait le portrait de la santé sexuelle des jeunes adultes au Québec avec 3 indicateurs principaux : la prévalence des IST, les antécédents de grossesse non planifiée et le bien-être sexuel. Cette étude portait sur près de 3 400 jeunes âgés de 17 à 29 ans.

Dans cette étude, un homme sur dix (9,7 % des hommes de 17 à 20 ans; 11,3 % des hommes de 21 à 29 ans) et près d'une femme sur trois (24,9 % des femmes de 17 à 20 ans; 38,9 % des femmes de 21 à 29 ans) indiquaient avoir déjà vécu une fois ou plus une forme d'abus sexuel au cours de leur vie.

Concernant les IST, pratiquement une femme sur cinq (19 %) et un homme sur dix (10 %) avaient déjà reçu un diagnostic de chlamydie une fois ou plus au cours de leur vie. (10)

Aux Etats Unis, la santé sexuelle des personnes âgées a été évaluée dans une étude de 2007 chez 3005 américains entre 57 et 85 ans, montrant que même si l'activité sexuelle diminuait avec l'âge, une grande part des personnes restait active sexuellement. La prévalence des dysfonctions sexuelles était plus importante que dans une population plus jeune (troubles de la lubrification, dysfonctions érectiles, baisse du désir, dyspareunies, difficultés à atteindre l'orgasme) mais peu avaient discuté de sexualité avec leur médecin traitant depuis l'âge de 50 ans (38% des hommes, 22% des femmes). (1)

b) Santé sexuelle en France

En France, parmi les principales études réalisées sur la santé sexuelle des français, on peut citer : le rapport Simon de 1972 (11), l'enquête ACSF de 1993 (12) et l'enquête sur la sexualité en France réalisée en 2006 par Nathalie Bajos et son équipe (13).

Concernant les derniers résultats de 2006 nous retiendrons les suivants :

Au total, 11,7% des femmes et 9% des hommes déclaraient être « souvent » confrontés à au moins une difficulté sexuelle au cours de l'année passée.

Les difficultés liées à la sexualité variaient de 35 à 65% en fonction de l'âge, du sexe. Les troubles et dysfonctions sexuelles variaient (13% à 38%) en fonction de l'âge, du sexe et des comorbidités associées.

L'âge, les maladies chroniques avaient un impact sur la prévalence de problématiques sexuelles.

L'absence ou l'insuffisance de désir, augmentait nettement à partir de 50 ans : 10 % des femmes et 3 % des hommes déclaraient que cela leur était arrivé souvent au cours de l'année.

L'association entre des problèmes de santé et des difficultés sexuelles a été évoquée et semblait significative pour plusieurs pathologies : la dépression, la consommation de tranquillisants ou de somnifères, les maladies cardiaques, les troubles musculo-squelettiques, le diabète.

Les personnes porteuses d'une maladie chronique rapportaient une moindre activité sexuelle, davantage de dysfonctions sexuelles et une moins bonne satisfaction à l'égard de leur vie sexuelle.

Plus récemment, en 2009, une étude a été publiée dans la revue d'urologie. (14)

Les dysfonctions sexuelles masculines les plus fréquentes étaient, l'éjaculation précoce (16%) et la dysfonction érectile (15%). Treize pour cent des hommes rapportaient aussi un manque d'intérêt sexuel, 10 % une anorgasmie, 7.5 % une absence de plaisir pendant les rapports et 3.6 % des douleurs pendant les rapports.

Chez les femmes, les dysfonctions sexuelles féminines les plus évoquées étaient : le manque de désir sexuel (20,9%), l'absence de plaisir (17,8%), l'incapacité à atteindre l'orgasme (15,8%) et les difficultés de lubrification (14,3%). Près de dix pour cent rapportaient aussi une dyspareunie.

En 2011, le psychiatre Philippe Brenot publiait les résultats de son étude dans le livre « Les hommes, le sexe et l'amour » : 27% des hommes déclaraient avoir au moment de l'étude, un problème qui perturbait leur sexualité (dans l'ordre décroissant : troubles érectiles, éjaculation précoce, éjaculation retardée, troubles du désir, troubles en lien

avec leur partenaire). Dans cette même étude il retrouvait que 20% des hommes et 15% des femmes se disent peu ou pas satisfaits vis à vis de leur vie sexuelle. (15)

Très récemment une enquête qualitative réalisée par la sociologue Janine Mossuz-Lavau, auprès de 65 français de 19 à 85 ans, étudiait la vie sexuelle des français. Au cours de ces entretiens, elle a pu relever une fréquence importante de violences sexuelles subies, de fréquents troubles du désirs mais aussi des données aussi plus ciblées sur le genre de sexualité : une sexualité semblant plus libérée et plus variée qu'auparavant. (16)

En résumé :

Les problématiques de santé sexuelle dans une vie humaine sont relativement fréquentes.

Des facteurs de risques de dysfonction sexuelle semblent avoir été identifiés : la dépression, la prise d'un traitement antidépresseur (17), le traitement de l'infertilité du couple (18), l'apnée du sommeil, la toxicomanie, le diabète, les maladies cardiaques, les troubles des voies urinaires, les maladies chroniques (19).

En ce qui concerne la consultation d'un médecin, l'enquête sur la sexualité de 2006, montre que moins de 5% des hommes et des femmes qui présentaient une difficulté survenant de manière isolée consultaient. Seuls 13% des femmes qui présentaient des rapports douloureux et 9% des hommes qui présentaient des difficultés d'érection consultaient. Le cumul de plusieurs troubles est ce qui semblait motiver la consultation (18% des hommes et 21% des femmes) et plus encore si ces troubles survenaient souvent (38% des hommes, 59% des femmes). (13)

L'étude des problématiques sexuelles ne doit pas résumer la santé sexuelle. Et elle ne se limite pas à l'anatomie ou aux rapports sexuels à risque, elle doit prendre en compte une vision globale de la personne, les rapports de genre, les situations de violence, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, et les autres vulnérabilités qui peuvent interagir avec la santé sexuelle. Ainsi, l'OMS et l'Agence de santé publique du Canada (ASPC, 2008) recommandent également de porter attention à des indicateurs globaux et « positifs » de la santé sexuelle tels que : l'autonomie ou la satisfaction. (10)

5) Politiques nationales et internationales en santé sexuelle

Avec l'évolution des définitions, les réflexions politiques et les programmes de santé ont également changé.

La première action de santé publique en lien avec la sexualité a eu lieu à la fin du XIX^{ème} siècle. La préoccupation des pouvoirs publics était alors liée la recrudescence des maladies vénériennes et donc à une mise en péril de la sexualité procréative. Les premiers textes avaient alors pour but de protéger la capacité procréative de la population en régulant et contrôlant l'activité sexuelle. (6)

Ces textes ont ensuite été enrichis avec les combats des femmes pour le droit à la contraception (Neuwirth 1967) et à l'avortement (Veil, 1975).

Le concept de santé sexuelle est apparu dans cette même période avec une première définition de l'OMS en 1974 (voir partie précédente).

Il est fondé sur une compréhension interdisciplinaire de la sexualité humaine. (6)

La mise en exergue du droit à la santé sexuelle dans le cadre des droits humains a été débattue en 1994 à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), qui s'est tenue au Caire (Égypte). Un premier programme d'action a entre autres évoqué la mise en place de moyens pour que les hommes et les femmes puissent jouir d'une bonne santé sexuelle (information, éducation et services...). (20)

Lors de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, qui s'est tenue à Beijing (Chine) en 1995, ces convictions ont été réaffirmées avec l'adoption de la déclaration et du programme d'action de Beijing. (21)

Suite à ces conférences, de nombreux pays et organisations du monde entier ont travaillé sur ces programmes d'action et ont élaboré leurs propres stratégies et plans d'action en matière de santé sexuelle et reproductive.

En Europe, une stratégie régionale pour la santé sexuelle et reproductive, publiée en 2001, a été utilisée par de nombreux États membres de la Région pour la formulation de leurs politiques nationales. (22)

En mai 2004, lors de la 57^{ème} Assemblée mondiale de la santé, la stratégie mondiale en matière de santé reproductive a été adoptée par les États membres de l’OMS.

Le rapport des Nations Unies, produit en 2015 puis 2016, concernant les objectifs du millénaire pour le développement, identifie 4 objectifs en rapport avec la santé sexuelle:

- Assurer l’éducation primaire pour tous
- Promouvoir l’égalité des sexes et l’autonomisation des femmes
- Améliorer la santé maternelle
- Combattre le VIH, le paludisme et d’autres maladies. (23)

En France, dans la continuité de ces réflexions, différents plans et dispositions juridiques ont été décidés en intégrant des objectifs relatifs à la santé sexuelle. Parmi ceux-ci, on peut citer : le plan “VIH-IST 2010-2014” (24), le plan “hépatites virales B et C 2009-2012” (25), le plan “santé des jeunes 16/25 ans 2008-2010” (26), les plans périnatalité “Humanité, proximité, sécurité qualité” (27), le plan “lutte contre les violences faites aux femmes, 2014-2016” (28), la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 (29)

Dans la mouvance des politiques de santé publique, différentes structures ont été créées en France : les CeGIDD, centrés principalement sur le dépistage et l’information concernant les maladies sexuellement transmissibles ; les RSP et les PMI, visant la santé autour de la natalité ; les EICCF et les CPEF, orientés vers le conseil et l’éducation à la famille. (30)

Les missions primaires des différentes structures existantes à ce jour portent sur la santé sexuelle dans ses axes de prévention des IST et des problématiques liées à la procréation. La place du plaisir sexuel et d’une santé sexuelle globale et positive n’est pas encore clairement rattachée à de telles structures. Il est cependant à noter que la réforme des CeGIDD de 2015 place le psychologue dans le personnel nécessaire à la structure et évoque la possibilité pour un sexologue d’y être également intégré.

Si les missions évoquées en premier ordre sont toujours en rapport avec la lutte contre les IST, une place semble petit à petit se faire pour une approche aussi plus globale de la santé sexuelle.

« La vision “positive” de la sexualité, indiscutablement au centre de la définition de la santé sexuelle telle que l’OMS nous la propose à ce jour, interroge et oblige le clinicien à élargir son regard sur plusieurs plans. »

Dans l’ouvrage *Santé sexuelle et droits humains, un enjeu pour l’humanité*, les auteurs décrivent sept voies positives de la santé sexuelle : l’autonomie, le consentement, l’égalité, la réciprocité, le respect, la sécurité et la satisfaction.

Sept voies, sept valeurs aussi, qui nous montrent le chemin d’une meilleure santé sexuelle... (6)

Une chaire UNESCO Santé sexuelle et Droits humains a été créée en 2010 à Paris, pour promouvoir la santé sexuelle dans le respect des droits humains et des objectifs du millénaire de l’ONU.

Cette structure travaille depuis lors à former et informer les professionnels et les populations dans cette vision là.

Santé sexuelle en médecine générale

1) La médecine générale au sein du système de santé

a) Définition de la médecine générale

Définir la médecine générale est une tâche bien complexe, tant la médecine générale peut revêtir des pratiques et des activités bien différentes. Nous identifions tout de même, des objectifs et des valeurs communes aux différents praticiens.

La WONCA décrit ainsi la médecine générale : « *Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.* » (31)

Elle inscrit ainsi 6 compétences fondamentales du médecin généraliste :

- la **gestion des soins de santé primaire** : premier contact avec le patient, rôle de coordonnateur avec les autres professionnels de santé
- des **soins centrés sur la personne**
- une aptitude spécifique à la résolution de problèmes : prise de décision en fonction de la prévalence et de l'incidence des maladies en soins primaires, gestion de situations au stade précoce et indifférencié, voire dans l'urgence
- une **approche globale** : gérer simultanément les problèmes aigus et chroniques, promouvoir l'éducation pour la santé
- l'orientation communautaire
- l'adoption d'un **modèle holistique** : utiliser un modèle biopsychosocial qui prenne en considération les dimensions culturelles et existentielles (31)

b) Rôle du médecin généraliste

Les missions du médecin généraliste sont décrites dans le Code de la Santé Publique (article L.4131-1) :

- **Contribuer à l'offre de soins ambulatoire**, en assurant pour ses patients la **prévention**, le **dépistage**, le **diagnostic**, le **traitement** et le **suivi** des maladies ainsi que l'**éducation pour la santé**.
- **Orienter ses patients dans le système de soins** et le secteur médico-social.
- S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients.
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques.
- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.
- **Contribuer aux actions de prévention et de dépistage**.
- Participer à la mission de service public de permanence de soins.
- Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de 2^{ème} et 3^{ème} cycles d'études médicales.

2) La santé sexuelle au cœur de la médecine générale

Le médecin généraliste tient, par sa fonction, une place de choix dans le réseau de santé. Médecin de premier recours, médecin de famille avec une relation médecin-patient souvent privilégiée.

Son omnipraticité fait de lui un interlocuteur privilégié pour toutes les questions transversales, qui ne sont pas rattachées spécifiquement à une autre spécialité.

Comme le met en évidence une enquête de la sexualité en France en 2008, les professionnels les plus sollicités pour les difficultés de la fonction sexuelle sont des médecins, et surtout des généralistes, plutôt que des « psys ». (13)

a) Sexualité et médecine générale

Toutes les problématiques de santé sexuelle existantes peuvent être rencontrées en médecine générale.

Au regard des missions décrites par la WONCA et le Code de Santé Publique (partie précédente), le rôle du médecin généraliste sera d'apporter une écoute, une aide, des conseils, une thérapeutique ou de pouvoir guider le patient vers un spécialiste adapté par rapport à sa problématique sexuelle. Il pourra également identifier une éventuelle pathologie sous jacente à ce problème : maladie cardio vasculaire, dépression, prise de toxique...

Le médecin généraliste aura de plus, un rôle prépondérant en terme de santé publique et d'éducation à la santé.

Aux différentes étapes de la vie de ses patients il pourra intervenir : à la demande de ses patients mais aussi en acteur de santé publique sur des problématiques particulières en informant ses patients ou en recherchant des situations à risque (contraception, IST, violences et atteintes sexuelles...).

Des missions spécifiques sont progressivement confiées au médecin généraliste par les instances publiques, visibles notamment avec l'instauration de la consultation de contraception et de prévention (CCP) en 2017, de la prescription gratuite de préservatifs en 2018.

b) Abord de la sexualité en médecine générale

Les problèmes de santé liés à la sexualité existent mais ils ne sont pas toujours source de consultation en médecine générale.

Différents travaux de recherches ont étudié ce sujet, recherchant quelles pouvaient être les explications à cette situation : des difficultés du médecin généraliste aux difficultés des patients en passant par les méconnaissances...

Alain Giami dans son enquête auprès de médecins généralistes réalisée entre 2002 et 2004 retrouvait 4 postures par rapport à l'abord de la sexualité en consultation :

- l'évitement : Le sujet n'est pas abordé pour des raisons évoquées par les médecins telles que le manque de temps, le fait que les patients eux même ne l'abordent pas, par gêne, ou parce que considéré comme hors du domaine médical
- entre appropriation médicale et évitement relatif : La problématique sexuelle est traitée comme un « simple » problème médical, la problématique est analysée sous l'angle de la « pathologie sexuelle » et notamment sous l'angle des problèmes physiologiques, fonctionnels ou infectieux qui concernent les organes génitaux et les conduites sexuelles et reproductives. Cette posture est concrétisée par la prescription d'examens et d'avis spécialisés.
- une approche globale et holistique : La sexualité est prise en compte dans ses dimensions physiologiques et fonctionnelles ainsi que ses dimensions psychologiques et relationnelles dans le cadre d'une approche qui se veut « globale ». Cette posture est concrétisée par des approches qui associent l'examen somatique et l'écoute soutenue des patients
- la spécialisation : La sexualité est devenue un sujet d'exercice à part entière pour des consultations parfois dédiées chez des médecins qui se sont formés dans le domaine. Le sujet de la problématique sexuelle est alors au centre de la prise en charge.(32)

L'OMS, constatant les problématiques de santé publique en rapport avec la santé sexuelle et les difficultés des professionnels pour aborder ces sujets a travaillé à l'élaboration d'une méthode de communication : l'intervention brève autour de la sexualité, la CBS (Communication Brève relative à la sexualité). Ce processus de communication peut être utilisé par tous les professionnels de santé formés. Il se réalise en moins d'une heure et le plus souvent en seulement quelques minutes. L'entretien sera centré sur la personne plus que sur la pathologie ou le symptôme. (33)

Cet outil intéressant demeure encore peu connu et peu utilisé par les praticiens.

Le fascicule est en accès libre sur le site internet de l'OMS.

c) Recherche en médecine générale

Quelques thèses et recherches récentes montrent un intérêt nouveau des jeunes médecins pour la santé sexuelle et des questions qu'ils peuvent se poser à ce sujet.

Julie Rose, dans son travail de thèse en 2017, a étudié les attentes et représentations des patients sur l'abord de la sexualité. Elle a en particulier retrouvé que la représentation de la santé sexuelle chez les patients était souvent limitée aux aspects médicaux et que certains aspects étaient occultés comme les violences sexuelles. Ce sujet était souvent jugé par les patients pas assez important pour nécessiter une consultation avec le médecin généraliste, d'autant que celui-ci ne semble souvent pas avoir beaucoup de temps à y consacrer.

Chez les interviewés, la demande de communication était présente et le médecin était perçu comme l'interlocuteur privilégié de par son rôle de dépistage et de prévention notamment. Il pouvait être perçu comme une personne avec une écoute neutre sous couvert du secret médical. Quand la santé sexuelle avait pu être abordée avec le médecin, les patients consultés ont parfois été déçus car le sujet avait été survolé ou traité superficiellement.

Les personnes interrogées émettaient l'idée que le médecin initie le sujet au moins une fois, qu'il « ouvre la porte », qu'il « tende la perche ». Différents leviers décrits par les interviewés pourraient être utilisés par le médecin pour amener le sujet en parlant du couple ou en évoquant les possibles effets secondaires d'un traitement. (34)

Laura Dusz en 2017 a interrogé les patients sur la question de l'abord de la sexualité en médecine générale. Pour 80% des patients interrogés la sexualité fait partie du rôle du médecin généraliste, $\frac{1}{4}$ des patients aimeraient ou ressentent le besoin d'aborder le sujet avec leur médecin et plus du $\frac{1}{3}$ des patients attendent que le médecin aborde le sujet pour en parler. Pour les personnes interrogées les interlocuteurs privilégiés étaient le médecin généraliste et le gynécologue. Il semble également y avoir une préférence chez les femmes pour aborder ce sujet avec un médecin du même sexe. (35)

Sandra Bartoli en 2015 a étudié les attentes et les représentations des hommes par rapport à l'abord de la sexualité en médecine générale. Près d'un tiers des hommes

interrogés exprimaient des attentes vis à vis de leur médecin généraliste sur ce sujet : que le médecin soit plus proactif en les informant, en communiquant davantage sur ce sujet. Pour d'autres, le rôle du médecin généraliste était un peu plus flou : l'impression que ce sujet pouvait être hors du domaine de compétence des médecins généralistes, la peur des conséquences sur la relation médecin-malade (érotisation, gêne...). (36)

Arnaud Zeler dans une étude publiée en Juillet 2017 dans la revue *Sexologies* avait étudié le ressenti des patients sur l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale. Les conclusions de son étude montraient en particulier que le fait d'être interrogés sur leur sexualité par le médecin généraliste ne paraissait pas intrusif pour la grande majorité d'entre eux (93% d'entre eux). La moitié d'entre eux étaient même favorables à un « interrogatoire sexologique » systématique par leur médecin généraliste et 30% à un interrogatoire ciblé.

En cas de problématique sexuelle, 52% des patients attendraient que leur médecin aborde le sujet (32% en parleraient spontanément). (37)

Le rôle du médecin généraliste comme premier recours dans la prise en charge des troubles sexuels était également décrit par Maxime Gallet dans sa thèse effectuée en 2016. Dans son travail, les patients exprimaient eux aussi le souhait d'une démarche plus proactive du médecin à ce sujet. (38)

Ces différentes recherches effectuées en France traitent principalement de l'abord de la santé sexuelle en médecine générale et de ses difficultés, que cela soit du côté des médecins ou du côté des patients. Les différents résultats montrent que cette thématique mériterait d'être plus abordée par les médecins généralistes.

En dehors de l'étude d'Alain Giami peu d'études sont allées interroger les facteurs intrinsèques et inconscients chez les médecins et pouvant influencer leurs façons de penser ou d'être dans leur rôle social.

L'homme, être social, construit sa pensée par rapport à la société dans laquelle il évolue, grâce à un savoir commun, une culture, des normes, des valeurs mais également des représentations sociales.

Ayant souvent manqué de ce questionnement psycho-social et philosophique pendant mes études de médecine, médecine de l'homme donc subjective par essence, il m'était important d'aborder de tels concepts dans mon travail de thèse. J'ai donc choisi d'aborder les représentations sociales des médecins sur un thème d'actualité qui contribue également à notre façon d'être et de penser la vie : la sexualité.

Etude des représentations sociales et recherche qualitative

1) Etude des représentations sociales

L'étude des représentations sociales a largement contribué à l'avancée des sciences sociales dans le domaine de la santé.

Mais qu'est ce qu'une représentation sociale ? Et pourquoi s'y intéresser dans le contexte de cette recherche ?

Durkheim en 1898 évoquait la représentation sociale comme l'interprétation collective d'un phénomène donné.

L'universitaire française, Denise Jodelet, définit le concept de représentation qui désignerait « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social ». (39)

Les représentations sociales détermineraient les comportements des sujets ou des groupes de manière plus importante que les caractéristiques objectives de la situation.

Différentes études placent les représentations sociales comme « grille de lecture et de décodage de la réalité » permettant « l'anticipation des actes des conduites, l'interprétation de la situation dans un sens préétabli grâce à un système de catégorisation cohérent et stable. » (40)

Pour S. Moscovici, la représentation sociale a une double vocation : permettre aux individus de se positionner socialement par rapport à un objet, et fournir aux membres d'une communauté un référentiel commun pour la communication.

Dans le cadre de la santé, l'étude des représentations sociales permet d'explicitier la façon dont les membres d'un groupe conceptualisent et se positionnent par rapport à une maladie, un malade, un comportement préventif... (41)

S'intéresser aux représentations de la santé sexuelle des médecins généralistes c'est donc chercher à comprendre la façon dont ceux-ci conceptualisent cette notion et donc analyser quel pourra être leur positionnement face à ce type de problématique.

Ces représentations pourront avoir été modelées par leur culture, leur apprentissage et leur environnement médical, leurs expériences personnelles et professionnelles et de nombreux autres facteurs. Dans cette perspective, on comprend que les connaissances médicales ne sont pas les seules à entrer en ligne de compte dans la façon d'interagir avec les patients. Les représentations subjectives des médecins selon leurs propres expériences interviennent également.

2) Recherche qualitative en santé

a) Définition

La recherche qualitative est souvent mise en opposition à la recherche quantitative. En réalité ces deux approches sont complémentaires car elles n'explorent pas les mêmes champs de connaissance. La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales et à les analyser. Par son approche compréhensive, la recherche qualitative permet d'explorer le lien entre la « vraie vie » du clinicien et la « science dure ». (42)

La recherche qualitative permet au sujet de s'exprimer dans toute sa subjectivité, son unicité et avec liberté. Cette méthode l'autorisera à sortir du cadre attendu par le chercheur, ouvrant la possibilité d'être surpris par de nouvelles perspectives.

b) Intérêt en médecine générale

Ce mode de recherche est adapté à l'étude des phénomènes sociaux en explorant le vécu du sujet dans son environnement et en prenant en compte ses émotions, ses sentiments, ses comportements afin de contextualiser la thématique de recherche. C'est un mode de recherche inductif qui crée des hypothèses, ce sont les propos recueillis et l'analyse effectuée qui permettent de mettre à jour les attendus de la recherche.

La recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale car elle ouvre la réflexion sur la compréhension de la santé et des déterminants des soins. (42)

c) La méthodologie

Plusieurs méthodes de recueil des données existent en recherche qualitative, les principales sont : les entretiens individuels, les « focus group » et l'observation.

L'entretien individuel semi-structuré vise à collecter des données en interrogeant les participants en face-à-face (ou à distance) par des techniques de communication. L'entretien est alors structuré à l'aide d'un guide d'entretien reprenant une liste de questions ouvertes ou une liste de sujets à aborder au cours de l'entretien. Ces questions sont élaborées grâce à l'analyse de la littérature et constituent une grille d'entretien. Le fait d'utiliser la technique semi-directive c'est-à-dire avec des questions ouvertes permet aux personnes interviewées de déployer leur pensée, c'est-à-dire un processus d'élaboration. L'utilisation d'un tel procédé dans le contexte de la recherche en soins de santé est opérant lorsque l'objectif est d'identifier les points de vue, les croyances, les attitudes, l'expérience de patients, praticiens ou divers intervenants. De même, le caractère individuel convient lorsqu'aucune interaction entre les répondants n'est nécessaire ou recherchée, comme lorsque le sujet d'étude est sensible ou intime, par exemple. (43)

Notre sujet d'étude portant sur les représentations sociales d'une thématique relative à l'intimité, le mode de recueil de données par entretiens individuels paraissait donc ici le plus adapté.

Étude : les représentations de la santé sexuelle en médecine générale

I. Problématique

Aborder la santé sexuelle au cabinet de médecine générale reste aujourd'hui, malgré l'évolution des mœurs, difficile pour le médecin et pour le patient.

Différents travaux de thèses (cités précédemment) ont identifié cette difficulté et ont retrouvé plusieurs facteurs semblant favoriser ou défavoriser cette discussion (âge du médecin vs âge du patient, genre du médecin versus genre du patient, formations...)

Les différents travaux relèvent également de manière évidente un manque de formation des soignants dans ce domaine.

Sortant tous de la faculté de Médecine après 9 ans d'études (ou 7 ans pour ceux qui n'ont pas connu l'internat) et après plusieurs années d'exercice, nous pouvons nous questionner sur la représentation de la « santé sexuelle » au sein d'un tel corpus médical. Comment études, expérience professionnelle et vie personnelle ont-elles façonné leur image de la santé sexuelle ? En quoi cette représentation influence-t-elle leur exercice ?

Les représentations de la santé sexuelle chez les médecins généralistes sont-elles un frein à une approche globale et positive de la santé sexuelle ?

II. Hypothèse

En posant cette problématique, notre hypothèse portait sur la représentation des médecins généralistes de la santé sexuelle et les conséquences de cette représentation sur leur approche de ce sujet auprès de leurs patients.

Nous avons donc 2 hypothèses :

- Après une formation initiale centrée sur des problématiques organiques, les médecins ont une représentation organique et médicale de la santé sexuelle.
- Leur représentation de la santé sexuelle induit une approche de la santé sexuelle centrée sur la pathologie infectieuse, cancéreuse (IST, cancer génitaux...) et la maternité (grossesse, contraception, AMP...), laissant de côté les autres aspects de la santé sexuelle.

III. Matériel et méthode

Pour l'objet de cette recherche, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels auprès de médecins généralistes en activité en France.

1) Echantillonnage

L'échantillon de médecins interrogés a été constitué par la chercheuse elle-même.

Afin d'avoir un échantillon intéressant, les participants ont été recrutés par recherche de variation maximale.

Les facteurs de variation étaient : le sexe (homme/femme), l'âge/la durée d'exercice, le mode d'exercice (en cabinet seul, en cabinet de groupe), le lieu d'exercice (rural ou urbain). Le critère rural ou urbain a été caractérisé à partir de la définition de l'INSEE déterminant une zone urbaine à partir du moment où la commune dépassait les 2000 habitants. Au vu des intérêts médicaux qui nous concernaient nous avons choisi de rajouter le critère suivant : l'hôpital le plus proche est situé à plus d'une demi heure.

Par raison de commodité et pour un intérêt probable de la variation géographique, les médecins recrutés travaillaient dans des zones habitées par la chercheuse (Corse, Franche Comté, PACA, Bretagne).

Le recrutement a été réalisé de manière aléatoire dans l'annuaire téléphonique à la section « médecin généraliste ». Par un appel téléphonique la chercheuse expliquait rapidement le contexte de l'étude et son déroulement. Un rendez vous pour la

réalisation de l'entretien était ensuite programmé après accord du médecin pour participer.

Le nombre de participants nécessaires a été estimé autour de 15 à 20 participants. Cette quantité pouvant être ajustée au cours de l'étude en fonction des données et de leur saturation.

2) Recueil de données

Le recueil de données a été fait au cours d'entretiens semi directifs réalisés par la chercheuse à l'aide d'un guide d'entretien construit au préalable.

Un premier temps au début d'entretien était prévu pour reposer le contexte de l'étude et la façon dont allait se dérouler l'entretien. Les questions ont ensuite été réfléchies autour de l'étude des représentations de la santé sexuelle. La première question cherchait à faire définir cette notion ; cela en premier afin de recueillir leur représentation « à vif » avant qu'elle ne soit influencée par les questions suivantes. Dans un second temps a été interrogée la pratique des médecins afin d'identifier leur positionnement dans le réel : de manière générale puis sur des cas concrets. À également été interrogé la façon dont il percevaient leur rôle par rapport à la thématique. Puis, des questions plus précises concernant des nouveautés spécifiques : la CCP et la prescription du préservatif, ont été posés pour recueillir leur avis à ce niveau. Toutes les questions étaient formulées de façon ouvertes afin de donner la parole sans orienter les réponses.

Ce guide a été discuté, modifié et validé avec la directrice et la codirectrice de thèse.

La durée prévisible des entretiens était estimée entre 20 à 30 minutes.

Ces entretiens étaient enregistrés après accord oral du praticien.

Le recueil des données factuelles telles que l'âge, le sexe, le mode d'exercice, le lieu d'exercice, le statut marital, le nombre d'enfants, l'éducation et la pratique religieuse; a été réalisé en complément de l'entretien à l'aide d'un questionnaire papier remis en fin de rencontre. Ces critères ont été recherchés afin d'analyser un éventuel impact sur les représentations de la santé sexuelle.

Les critères de sexe et d'âge ont été utilisé au préalable des entretiens pour la sélection des médecins afin d'obtenir un échantillon varié.

Dans le recueil de données, nous avons demandé aux médecins des informations personnelles telles que le statut marital, le nombre d'enfants et l'éducation religieuse car cela nous semblait être des éléments qui pouvaient modifier leur représentation de la santé sexuelle ou leur manière d'aborder la santé sexuelle et l'éducation sexuelle.

Afin de préserver l'anonymat des données, un numéro a été attribué à chaque participant au début de son entretien. Ce numéro permettait d'identifier l'entretien retranscrit anonymement ainsi que le questionnaire papier. Il permettait de relier ces données anonymes aux données confidentielles non retranscrites et gardées à la discrétion de la chercheuse.

Les enregistrements audio étaient supprimés après leur retranscription informatique.

La recherche n'impliquant que des médecins, elle était hors cadre de la loi Jardé.

3) Analyse des résultats

Les données des entretiens, une fois retranscrites ont été analysées de façon inductive selon la méthode de la théorisation ancrée.

Dans ce type de méthode, le chercheur ne vise pas à construire des théories à partir d'une hypothèse prédéterminée mais plutôt à faire émerger ces hypothèses des données récoltées sur le terrain. En ne se focalisant pas sur l'hypothèse, on se laisse la chance d'être surpris.

Le travail d'analyse, effectué au fur et à mesure de la collecte, consiste à identifier des idées, des concepts, des thèmes récurrents à partir des réponses, des phrases et des expressions utilisées par les interviewés. Ces idées sont ensuite codées et groupées en catégories.

Ce codage des données a été réalisé à l'aide du logiciel N'Vivo, logiciel d'analyse qualitative des données.

IV. Résultats

1) Caractéristiques des participants

Sur la période de Avril 2019 à Aout 2019, 16 médecins généralistes issus de 4 régions différentes ont été inclus dans l'étude.

Les principales caractéristiques de l'échantillon sont répertoriées dans le tableau I et leur répartition au sein de l'échantillon est représentée dans le schéma 1.

L'échantillon comportait 9 hommes pour 7 femmes. Une petite moitié a été recrutée en Corse (n=7), un quart dans la région marseillaise et le reste entre la Bretagne et la Franche Comté. Parmi les médecins recrutés, 6 travaillaient en zone rurale (dans une agglomération de moins de 2 000 habitants et à plus de ½ heure de l'hôpital le plus proche), les 10 autres en zone urbaine.

Les 16 médecins interrogés ont été formés dans 5 facultés différentes (Rennes, Paris, Besançon, Nice et Marseille).

La moyenne d'âge était de 47,5 ans, le plus jeune ayant 27 ans et le plus âgé 69 ans.

La moitié d'entre eux (n=8) avait eu une éducation religieuse mais seulement 2 étaient pratiquants.

Les entretiens ont duré entre 10 et 35 minutes avec une moyenne de 20 minutes.

Numéro d'entretien	E01	E02	E03	E04	E05	E06	E07	E08	E09	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16
Région (FC=Franche Comté)	Corse	Corse	Corse	Corse	Corse	Bretagne	Bretagne	PACA	PACA	PACA	PACA	FC	FC	FC	Corse	Corse
Lieu d'activité	Urbain	Urbain	Urbain	Urbain	Rural	Rural	Rural	Urbain	Urbain	Urbain	Urbain	Urbain	Rural	Rural	Urbain	Rural
Age	69	35	47	43	43	39	63	57	27	65	35	42	44	53	53	46
Sexe	M	M	F	M	M	M	M	F	F	M	F	F	M	F	M	F
Ville d'étude	Marseille	Nice	Nice	Marseille	Nice	Rennes	Rennes	Marseille	Marseille	Marseille	Marseille	Besançon	Besançon	Besançon	Paris	Marseille
Doctorat	1975	2017	1999	2006	2007	2012	1983	1995	2019	1985	2012	2006	2003	1995	1993	2004
Exercice (S=seul,G=groupe)	mixte	libéral G	libéral S	libéral G	libéral G	libéral G	libéral S	libéral G	remplacant	libéral G	libéral G	libéral S	libéral G	libéral G	mixte	mixte
Situation matrimoniale	marié	pacsé	marié	marié	divorcé	pacsé	marié	marié	célibataire	marié	marié	marié	union libre	divorcé	divorcé	marié
Vie de couple	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui
Enfants	1	1,5	2	2	2	2	2	2	0	1	0	2	1	2	2	2
Education religieuse	oui	non	oui	non	oui	oui	non	oui	non	non	oui	non	non	oui	oui	oui
Pratique religieuse	oui	non	non	non	non	non	non	non	non	non	oui	non	non	non	non	non
Durée de l'entretien (min)	30	22	17	19	21	25	13	16	10	18	13	20	16	20	25	36

* Concernant le lieu d'activité, la définition utilisée pour définir le critère rural ou urbain était celle de l'INSEE définissant comme urbain toute commune de plus de 2 000 habitants

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés

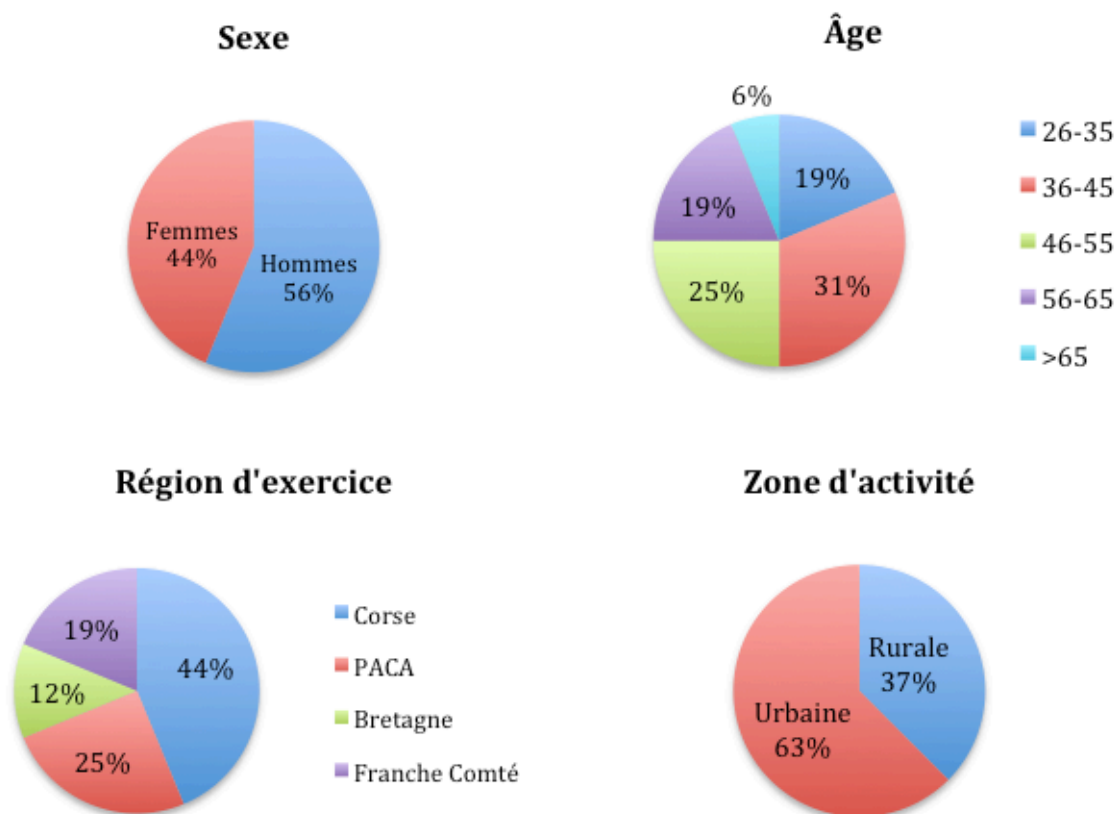


Schéma 1 : Répartition de l'échantillon selon les caractéristiques retenues

2) Impression générale des entretiens

Lors de la réalisation des entretiens, l'enquêtrice a reçu un accueil très favorable de la part des médecins contactés.

Les refus lors des sollicitations téléphoniques étaient en grande partie imputés au manque de temps des praticiens pour la réalisation de ces entretiens et un seul médecin a signalé ne pas être intéressé par le sujet sur les environ 70 médecins contactés.

Lors de la réalisation de ces entretiens, la majorité des médecins ont exprimés leur étonnement quant au choix du sujet, sortant apparemment des sujets pour lesquels ils avaient pu être contactés.

Les médecins interrogés montraient souvent, un intérêt pour le sujet mais exprimaient dans quasiment tous les cas une méconnaissance importante vis à vis de ces problématiques.

3) Données générales de l'analyse

Le plan du guide d'entretien et l'analyse des verbatims a permis de cibler les grandes thématiques suivantes :

- les définitions de la santé sexuelle par les médecins généralistes
- l'approche de la santé sexuelle en pratique
- les problématiques de santé sexuelle abordées en médecine générale
- l'éducation à la santé sexuelle en médecine générale
- les connaissances des médecins généralistes en santé sexuelle
- le rôle du médecin généraliste en santé sexuelle

4) Les définitions de la santé sexuelle par les médecins généralistes

La présente étude cherchait à analyser les représentations des médecins généralistes concernant la santé sexuelle, pour cela, il leur a été demandé dans un premier temps comment ils pouvaient définir la notion de santé sexuelle. La question était posée en début d'entretien afin que leur réponse ne soit pas influencée par les questions suivantes et ainsi révéler leurs représentations à l'état « brut ».

Pour tous, la réponse a demandé réflexion et il leur a été difficile d'en donner une définition précise. Les réponses récoltées ont été bien différentes et les principales idées clés sont résumées dans le schéma 2.

En fin d'entretien, dans la fiche de renseignements statistiques qu'il leur a été demandé de compléter, une question leur demandait de donner 5 mots auxquels ils pensaient devant la notion de « santé sexuelle ». Ces mots sont retranscrits dans l'annexe 3.

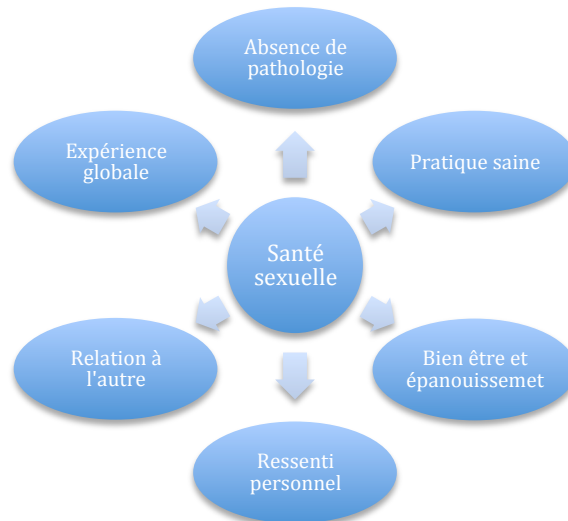


Schéma 2 : Définitions de la santé sexuelle selon les médecins généralistes

❖ **La santé sexuelle par l'absence de pathologie ou de problématique**

La santé sexuelle a été à 3 reprises définie par la négative : l'absence de problème ou de pathologie pendant l'acte sexuel ou en rapport avec l'organe sexuel.

*E3 : la santé sexuelle, c'est plutôt **l'absence de trouble de la libido** (...)*

E10 : Je peux répondre à ça que par le contraire, les plaintes, les rares fois où les plaintes s'expriment par rapport à ce qui n'est pas un vécu positif de la vie sexuelle. Voilà je le décrirais par défaut. (...) Donc la santé sexuelle serait définie comme une absence de ces problématiques là.

*E11 : Si y a pas de santé c'est à dire que y a des problèmes dans la sexualité. Donc je dirais que c'est soit des problèmes physiques soit des problèmes comportementaux liés à la sexualité. (...) Donc la santé par **l'absence de troubles** aussi bien physiques que mentaux ou comportementaux par rapport à la sexualité, je dirais.*

❖ **La santé sexuelle par une pratique « saine » et sans risque**

Pour 2 médecins interrogés, la santé sexuelle était avant tout définie par une pratique sexuelle saine et sans risque. Ces notions là n'ont par ailleurs pas été précisées quant à leur sens profond. Qu'est ce qu'une pratique saine ? Qu'est ce que le risque ? Pour E1, vu la suite de l'entretien, sa définition de la pratique saine semble rattachée à une norme morale en perpétuelle évolution et où lui même s'interroge sur sa propre morale et l'évolution de la société et des mœurs.

*E1 : je définis la santé sexuelle : c'est une **pratique saine**.*

Pour E2, la pratique sans risque semble être celle d'une pratique réfléchie et conscientisée par rapport aux risques médicaux existants.

*E2 : La santé sexuelle c'est d'être heureux dans ce qu'on fait et de **pas tomber malade**. (...) c'est ... savoir ce qu'on fait et ne pas prendre de risque.*

❖ **La santé sexuelle, un bien être et un épanouissement**

La majorité des médecins interrogés définissait la santé sexuelle comme un bien être et un épanouissement de la personne vis à vis de la sexualité. Ce bien être est autant physique que psychique/mental.

*E5 : (...) la notion de santé sexuelle : je dirais du **bien être** tout simplement ! C'est quand les gens sont **bien dans leur corps**, bien dans le pantalon ça va quoi ! (...) la santé sexuelle c'est le bien être par rapport à la personne, ses besoins à elle. C'est d'être en adéquation avec ses propres besoins et les besoins de sa partenaire.*

*E6 : Comment je définirais la notion de santé sexuelle ? Eh ben un petit peu comme la définition du bien être de l'OMS. C'est le ressenti avant tout (...), le ressenti du patient, **bien être physique et mental** en rapport avec l'activité sexuelle.*

E12 : Moi je... en un mot, je dirais : épanouissement sexuel. C'est le fait d'avoir une activité sexuelle qui permet de se sentir bien dans son corps. Voilà ça serait ça.

*E14 : C'est un **épanouissement**... sur le plan général ! Ca fait partie de la vie !*

*E15 : c'est tout ce qui pourrait toucher au **bien être** des patients vis à vis de leur vie sexuelle, de leur quotidien, que ce soit leur quotidien de rapports sexuels, leur quotidien anatomique.*

E9 ajoute la notion de satisfaction, en faveur d'une subjectivité de cet épanouissement : ce qui satisfait l'un ne satisfera peut être pas d'autre...

*E9 : je dirais que c'est une sexualité que la personne définit comme épanouie, qui **satisfait** la patiente.*

E4 évoque également un épanouissement qu'il définit par l'absence de questionnement à ce sujet, ce qui semble nous renvoyer à la première vision l'épanouissement par l'absence de trouble.

*E4 : il faut que la personne soit épanouie (...) On est épanoui si on se pose **pas de question** par rapport à ça... si la sexualité apporte... apporte un bien être tout simplement*

❖ La santé sexuelle dans la relation à l'autre

Trois des médecins interrogés ont défini la santé sexuelle dans la relation à un partenaire avec une santé caractérisée par la satisfaction des 2 partenaires.

E13 ne définit la santé sexuelle que à travers la relation de couple. E8 et E16 évoquent la relation de couple en complément d'un ressenti individuel à la personne.

E8 : Alors santé sexuelle, c'est des relations sexuelles sans... des relations sexuelles convenables pour le couple.

E13 : Un bonheur accompli entre les 2 partenaires.

E16 évoque également la relation à l'autre mais plus dans le sens d'un partage et d'un équilibre dans cette relation, ce qui n'est possible pour E16 que si la personne est en phase avec elle même.

*E16 : Ben c'est un être entier qui se sent bien dans son corps et qui peut **partager** une relation saine et équilibrée dans le sens d'échanges qui nourrissent son estime de soi sans l'humilier, sans au contraire le mettre en position de défense ou de soumission avec un autre aussi qui du coup s'épanouit dans cette relation.*

❖ La santé sexuelle, un ressenti personnel et subjectif

Pour une bonne part des médecins interrogés la santé sexuelle est avant tout un ressenti personnel, un état ressenti par la personne vis à vis de soi même, son corps, son esprit, ses émotions...

*E5 : la santé sexuelle c'est le bien être **par rapport à la personne**, ses besoins à elle. C'est d'être en adéquation avec ses propres besoins*

*E9 : une sexualité que la personne définit comme épanouie, qui satisfait la patiente. (...) La bonne santé sexuelle c'est ce que le patient... c'est plus **patient dépendant**.*

Pour E16, le bien être personnel est un préalable à la relation de couple et donc à la santé sexuelle.

*E16 : (...) pour moi la santé sexuelle, c'est d'abord **un individu** avant d'être un couple ! Enfin pour moi quelqu'un qui est en bonne santé il a une connaissance et un équilibre qui passe par le point d'origine qui est psychique et physique... avant de le partager.*

❖ **La santé sexuelle, une expérience globale**

Si la santé sexuelle est difficile à définir, c'est aussi car la santé sexuelle revêt de nombreux aspects, c'est en tout cas ce que décrit une bonne partie des médecins. Une santé sexuelle définie dans la globalité de l'individu...

E1 : une santé qui est épanouie, à la fois le couple, l'individu, la famille, l'environnement ou le travail. (...) Si ça vous apporte un bonheur psychique, physique et surtout dans votre environnement, je dis alors ça c'est une santé sexuelle.

*E7 : y a **plusieurs niveaux**. Y a le niveau personnel, le ressenti et puis le niveau somatique.*

E8 : le bien être personnel (...) Physique et intellectuel, psychique

E12 : Pour moi ça fait partie de la bonne santé en générale, aussi bien que la santé physique ou que la santé psychique voilà.

Pour E15 c'est une notion vaste qu'il a du mal à préciser.

E15 : C'est difficile vraiment de bien préciser les choses. C'est vague et ça englobe beaucoup de choses.

5) L'approche de la santé sexuelle en pratique

Lors de l'entretien a ensuite été discuté la façon dont était abordé la santé sexuelle en consultation de médecine générale. D'un médecin à un autre les méthodes et les sujets abordés sont bien différents.

Les différents moyens ouvrant la discussion sur la santé sexuelle sont résumés dans le schéma 3.

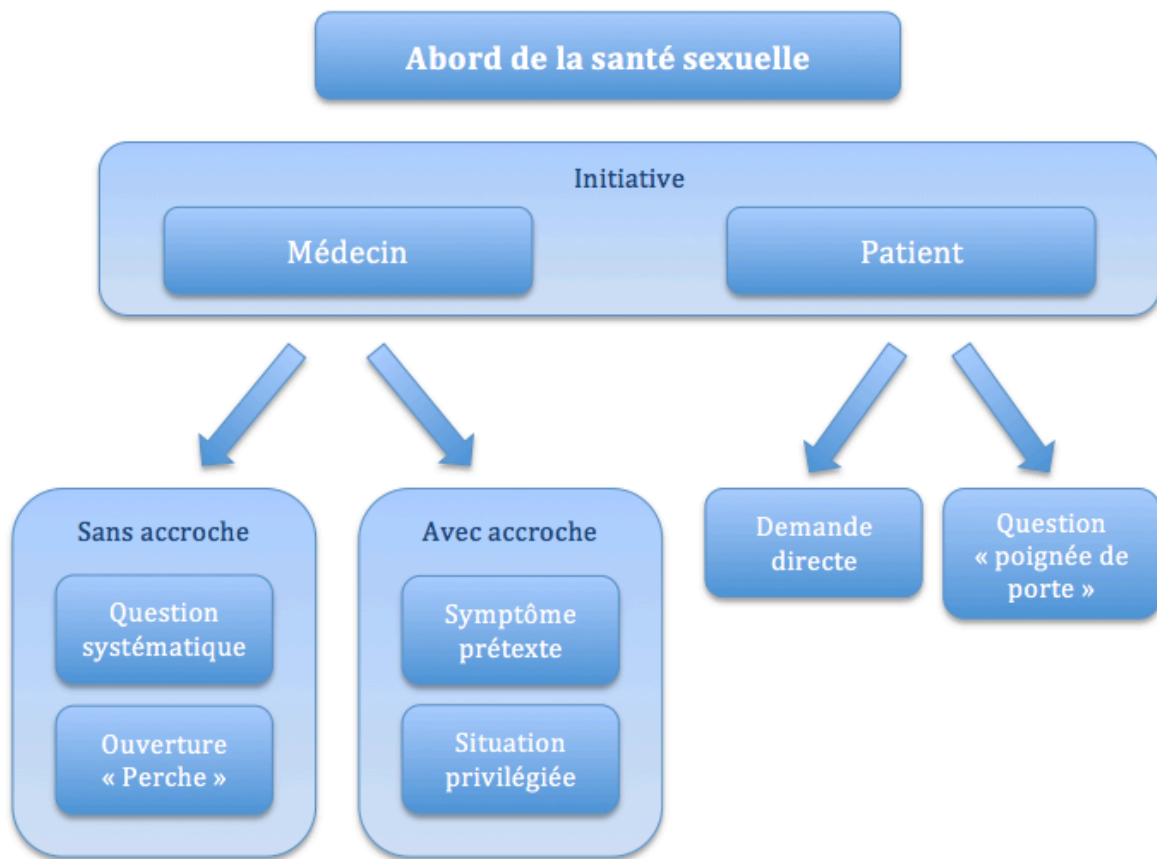


Schéma 3 : Comment est abordée la santé sexuelle en médecine générale ?

❖ **Une question systématique**

Pour 3 médecins interrogés, la question de la santé sexuelle se pose de façon presque systématique en consultation, que cela soit dans le questionnaire sémiologique pour E1, que cela soit lors de certaines consultations spécifiques (gynécologiques par exemple) pour E12.

E1 : faut s'occuper de la santé sexuelle de nos patients ! Ca doit être inclus dans le questionnaire sémiologique !

*E12 : Donc avec les femmes c'est franchement assez régulièrement au cours d'un examen gynéco, je pose assez **systématiquement** la question.*

❖ **Une ouverture pour en parler**

Sans poser une question systématique, plusieurs médecins signalent lancer de temps en temps des perches aux patients pour qu'ils puissent aborder le sujet si ils le souhaitent.

*E5 : j'essaye de **tendre des perches**... de temps en temps. « Avec monsieur ça va ? » quand c'est une dame*

*E6 : On a une **porte qui est grande ouverte** et on peut leur tendre des perches. Ca c'est important ! Que la porte soit facilement ouverte et que pour tout problème ils puissent venir nous voir pour en parler.*

E14 : Donc on va dire « Puis à ce niveau là ça se passe comment ? ». Puis des fois c'est là qu'ils nous disent « ben ouais tu fais bien de m'en parler »

❖ **Nécessité d'une accroche, d'un prétexte**

Une bonne part des médecins interrogés émettent des réserves à aborder la thématique de la santé sexuelle sans avoir la présence d'une accroche : que cela soit par le biais d'une consultation orientée autour de l'appareil génital (gynécologie, urologie...), ou par le biais d'un médicament potentiellement iatrogène... Ils sont plusieurs à signaler ne pas aborder cette thématique de leur propre chef avec leurs patients sans avoir cette accroche. Les raisons exprimées à cette réticence, sont : la peur d'être intrusif, la sensation que cela serait mal perçu par le patient etc.

*E2 : Enfin faut quand même qu'il y ait une **accroche**, sinon je vais pas... Ca ferait un peu bizarre je pense, d'en parler comme ça sans qu'ils aient de première question qui vienne de leur part.*

*E5 : Mais c'est vrai que des fois, on a pas de **point d'appel**. Et y a beaucoup de patients qui passent à l'as parce que... quand la personne elle vient pour un nez qui coule, on va pas lui dire « au fait ça se passe bien avec madame ? » C'est un peu difficile.*

*E12 : Moi je trouve qu'on a besoin quand même d'une **accroche** pour lancer le truc.*

❖ **Un symptôme prétexte à aborder la santé sexuelle**

Pour la plupart des médecins interrogés, sans être systématique, l'abord de la sexualité se fera à l'occasion d'un symptôme ou d'une autre problématique présentée par le patient. En effet certains symptômes peu spécifiques peuvent être le reflet d'une problématique sexuelle non abordée en tant que telle. Ainsi les plaintes telles que l'asthénie, la dépression, le stress sont des symptômes qui pourront inciter ces médecins à poser des questions relatives à la santé sexuelle.

*E1 : C'est pas marqué sexologue sur ma plaque, donc la consultation primaire elle vient pour autre chose : un **état de fatigue** (...)*

E3 : C'est souvent à l'occasion de gens qui viennent parce qu'ils se sentent fatigués.

*E7 : Quand y a des plaintes, si il y a des plaintes de **mal être**, une sensation de mal être, ça peut faire partie. On demande un peu qu'est ce qu'il se passe... ou les gens qui ont (...) un peu mal partout (...)*

*E10 : Ben c'est des échanges sur des **états dépressifs** ou vécus comme dépressifs.*

*E13 : En fin de consult quand on sent qu'y a une notion de **stress**, c'est à ce moment là qu'on...*

E16 aborde la santé sexuelle par le biais de symptômes reliées à la sphère gynécologique ou autre : les dysparéunies, les infections urinaires à répétition...

E16 : Comment j'aborde la sexualité ? : par les maladies, par les dysparéunies, par les chlamydia, par la violence familiale.

(...) les femmes qui viennent parce qu'elles ont des infections à répétition, là on est en pile dedans. Donc on reprend un peu leur conduite, pourquoi... est ce que y a des infections urinaires ou des vaginites à répétition.

❖ **Des situations privilégiées**

Dans la quasi totalité des entretiens on retrouve des moments privilégiés pour aborder la question de la santé sexuelle en consultation de médecine générale. Parmi ceux ci on retrouve : la consultation gynécologique annuelle (quand elle est faite par le médecin généraliste), la consultation pour la prescription d'un premier contraceptif chez les jeunes fille, le suivi de grossesse... A ces occasions, ils sont plusieurs à signaler pouvoir aborder la santé sexuelle mais ce qui est abordé n'est pas toujours la même chose : pour certains les éléments abordés porteront surtout sur la prévention concernant les IST, la prévention des grossesses indésirées etc ; pour d'autres cette approche abordera également le rapport en lui même avec les notions de consentement, de respect, les difficultés, les douleurs etc.

*E2 : des fois ça vient en parlant du **frottis** chez les jeunes filles... ou après elle peut parler d'autre chose quand on va lui prescrire la pilule.*

*E6 : Facilement chez tous les jeunes, parce qu'y a les **contraceptions** chez la femme donc ça c'est vrai que c'est très simple.*

*E8 : quand je prescris la pilule souvent on parle de ça (...) Ou quand elles sont **enceintes**, je leur dis, enfin on parle un peu sexualité (...)*

E9 : c'est plus dans les consultations orientées gynéco (...) renouvellement de pilule, ou après l'accouchement sinon, ou les jeunes, les débuts de prescription de pilule ou les vaccins Gardasil. Quand t'es motivé, que la patiente aussi... et voilà.

E12 : (...) au cours d'un examen gynéco, je pose assez systématiquement la question (...) comment ça se passe au cours des rapports sexuels, est ce qu'elles ont des douleurs... et c'est sur ce biais là que je l'aborde avec les femmes.

Pour les hommes les situations privilégiées seront surtout les consultations de suivi dans le cadre de pathologies chroniques pourvoyeuses de dysfonctions érectiles : le diabète, les maladies dégénératives etc ; ou de traitements ayant une possible iatrogénie à ce niveau.

E4 : Quand je demande comment va la personne je vais pas lui demander au niveau sexuel comment ça va. Sauf dans le cas de pathologies ou de traitements.

E5 : (...) quand y a un antécédent, du diabète, de la tension ou autre chose, ou des problèmes artériels ou des médicaments X ou Y, là oui on va aller chercher : « Et vous avez pas ce genre de trouble etc, parce que ça peut arriver... »

E12 : ça m'arrive de poser des questions sur les troubles de l'érection... avec les traitements antidiabétiques, antihypertenseurs... cardiovasculaires.

E13 : (...) chez les plus âgés c'est systématique, notamment chez le diabétique, le diabétique hypertendu j'en parle à chaque fois.

❖ Une demande directe du patient

La question de la santé sexuelle a parfois été abordée avec les médecins interrogés directement à la demande du patient concernant une problématique sexuelle précise. Ces demandes directes étaient tout de même plutôt rares et concernaient surtout les dysfonctions érectiles en rapport souvent avec une demande de prescription médicamenteuse.

E3 : (...) les patients qui viennent vraiment consulter pour ça, particulièrement les hommes... à l'occasion de troubles érectiles.

E4 : j'aborde le sujet (...) enfin c'est plus les patients qui... enfin sur la demande des patients en fait.

E5 : c'est eux qui en parlent directement souvent

E8 : Les hommes c'est eux qui viennent me parler quand ils ont des pannes sexuelles, des choses comme ça.

E11 : Ca arrive d'en parler (...) mais c'est plus des choses qu'eux abordent d'eux même mais je vais pas aller chercher ce genre d'informations là auprès de mes patients.

*E15 : Parfois j'ai les patients qui m'en parlent **spontanément**, ce qui est donc rare mais pas non plus complètement impossible.*

❖ **La question « poignée de porte » ou syndrome du pas de porte**

Des études ont montré la prévalence et l'importance de la question formulée au pas de la porte alors que le médecin a déjà la main sur la poignée : « Au fait docteur, je voulais vous demander... ». Dans presque un cas sur 5, c'est un nouveau problème qui est évoqué, et celui-ci est parfois plus important que le motif initial de consultation. (44) Ce mode de questionnement est également évoqué par certains médecins pour l'abord des problématiques de santé sexuelle.

E3 : des patients (...) à la fin de la consultation disent « au fait, j'ai oublié de vous dire, il y a ça qui marche pas, donc je voudrais des comprimés... ». Je dis asseyez vous et on va voir ce qui se passe

E16 évoque également ces questions abordées sur le pas de la porte, comme des sujets anodins et rapides. Pour ces cas là, E16 réagit de 2 façons différentes selon la situation : soit en programmant une nouvelle consultation pour s'occuper de cette question, soit faire rassoir le patient pour gérer cela directement. La 2^{ème} solution étant chronophage et difficile à réaliser en cas de programme de consultation déjà bien rempli.

E16 : Comment j'aborde la sexualité ? (...) par les questions de poignée de porte : « Ah au fait, vous lui mettez pas la pilule à la petite parce qu'elle fréquente » « Euh enfin oui, là vous êtes venus pour... On peut se revoir ? » Et souvent c'est là où ça se joue. En pratique, l'idéal... et moi quand je peux le faire... « Attendez, on peut se rassoir... » Mais c'est très chronophage !

❖ **La cotation CCP : pas de réel changement**

Durant l'entretien, les médecins ont été questionnés sur l'utilisation de l'acte « CCP ».

La cotation CCP est une consultation de contraception et de prévention qui a été introduite dans la nouvelle nomenclature des médecins généralistes effective depuis le 1^{er} novembre 2017. Cette consultation dédiée à la première consultation de contraception et de prévention des jeunes filles âgées de 15 à 17 ans (inclus) a été valorisée au tarif de 46 euros.

L'arrivée de la cotation CCP ne semble pas avoir modifié les pratiques. Certains l'utilisent, certains l'oublient, certains ne la connaissent pas bien, d'autres sont contre mais les pratiques ne semblent dans tous les cas pas en avoir réellement été modifiées, au regard de nos entretiens du moins.

Ceux qui l'utilisent, ne disent pas en parler plus qu'avant.

Ceux qui sont contre, expliquent ne pas adhérer au système de cotation qui valorise certains actes par rapport à d'autres, qui oblige à connaître ou à rechercher la bonne cotation, qui complexifie le travail des médecins généralistes.

De plus certains signalent les limites importantes de cette nouvelle cotation : fourchette d'âge réduite, limitation au filles discutable, applicable qu'une seule fois...

E16, médecin ayant travaillé sur des projets pilotes concernant la contraception émet une réserve quant à cette cotation. La crainte que cette partielle avancée ne freine le travail sur des projets de plus grande ampleur.

E16 : C'est déjà bien, ça a le mérite d'exister. Ca suffit pas, on aurait tort de croire que ça suffit ! Sauf que maintenant qu'ils l'ont fait, ils vont pas forcément chercher à aller plus loin, c'est le risque.

6) Les problématiques de santé sexuelle abordées en médecine générale

Nous avons cherché dans un second temps à déterminer les problématiques de santé sexuelle qui pouvaient être abordées au cabinet, cela afin d'identifier les problématiques les plus récurrentes, les problématiques les plus facilement abordées... mais aussi éventuellement identifier des problématiques de santé publique absentes de ces consultations.

Les principales problématiques évoquées sont synthétisées dans le schéma 4.

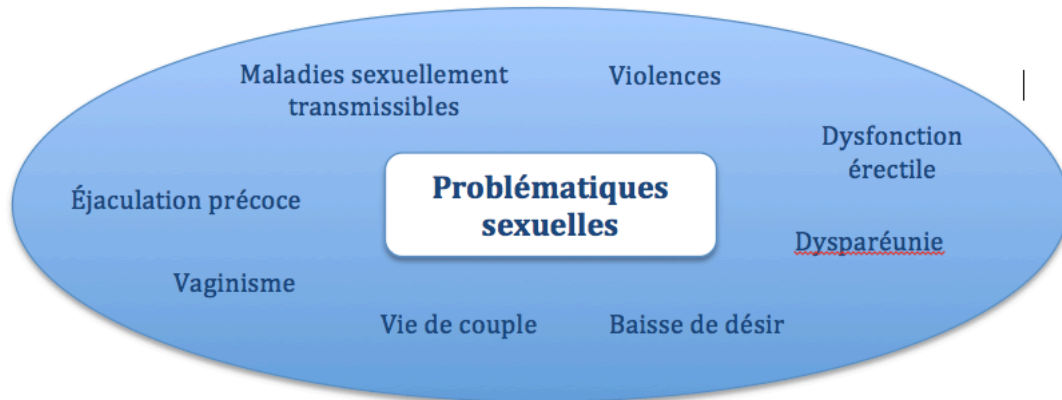


Schéma 4 : Problématiques sexuelles abordées en médecine générale

❖ **Les maladies sexuellement transmissibles**

Cette thématique était récurrente dans tous nos entretiens (hormis E1 qui s'est beaucoup plus axé sur le côté psychologique et sociologique de la question)

❖ **Les dysfonctions érectiles de l'homme**

C'est une des premières problématiques évoquée de manière unanime par les médecins interrogés et concernant la santé sexuelle de l'homme très peu d'autres problématiques ont été énoncées.

Sont indiqués ci dessous les termes rapportés par les médecins pour définir cette problématique, ces mots sont quelques fois eux mêmes des reprises de mots utilisés par les patients (c'est le cas de « l'impuissance »).

E2, E10, E11, E15 : problèmes d'érections

E3, E7 : troubles érectiles

E1, E11, E14 : dysfonctions érectiles

E7, E8, E10 : panne sexuelle

E4 : impuissance

E2, E3, E4 : problème de performance

❖ **L'éjaculation précoce**

Seule 2 médecins femmes ont évoqué cette problématique : E8 et E16.

❖ **Manque ou baisse de désir**

Ce problème a été souvent énoncé comme étant le principal problème de santé sexuelle chez les femmes, voire quasi le seul pour certains.

E1 : C'est elles même qui disent « wouf ça m'intéresse plus la libido ». Surtout en période de la ménopause. (...) Maintenant chez les femmes j'ai très peu d'abord de cette question. Ca les passionne pas. Enfin c'est pas que ça ne les passionne pas, c'est qu'on a pas encore bien compris. Pourquoi elles en causent pas, pourquoi elles posent pas la question, pourquoi... Je dirais comme Brassens 95 fois pour 100 la femme s'emmerde en baisant.

E5 : La plupart des cas, j'aurais tendance à dire que c'est « mon mari veut trop le faire et j'ai plus envie », « il est insatiable, il est ceci, il est cela ».

*Y a un **manque de libido** à ce niveau là.*

*E10 : des discussions qui venaient sur **l'absence de désir** chez la femme. C'est à dire presque une culpabilité à n'éprouver aucun désir vis à vis de l'homme avec qui elle était sensée avoir des relations.*

E12 : des baisses de libido aussi. Les femmes souvent elles nous parlent de ça.

E14 : Puis après les femmes souvent elles se contentent de... avec la ménopause elles s'en foutent de plus en plus, donc c'est plus... C'est moins des plaintes venant des femmes quand même !

E16 : l'élan vital et la baisse de libido c'est quotidien. Ca fait partie des doléances les plus fréquentes.

E15 évoque également la baisse de désir chez les « anciens » couples, situation vécue comme une fatalité par ces couples, comme une évolution normale après des années de vie commune.

E15 : des problèmes de libido, de manque de désir, mais je pense qu'en fait le truc le plus fréquent à mon avis c'est l'atténuation du désir de beaucoup de couples, mais ça c'est vécu par les patients comme quelque chose d'inéluctable et pour lequel ils n'en parlent pas parce que c'est normal de ne plus avoir de désir, ou de moins avoir de désir, et de ne plus avoir de rapports ou de moins avoir de rapports. J'ai l'impression que c'est vécu comme une fatalité et du coup c'est pas vécu comme quelque chose qui pourrait être solutionné par un médecin. Du coup ils en parlent pas trop. (...) Des fois je mets le doigt dessus.

❖ Les dysparéunies de la femme

En dehors des troubles du désir, le principal problème sexuel féminin évoqué est la douleur au moment des rapports : les dysparéunies.

E4 : les femmes on parle surtout quand y a un problème de douleur pendant le rapport.

E6 : Chez la femme (...) on a des jeunes avec des douleurs, des dysparéunies, (...) des névralgies pudendales.

E9 : c'est que des trucs physiques, des dysparéunies...

E10 : Chez les femmes, oui y a quelques fois des plaintes de dysparéunies ou des problèmes qui sont liés aux effets secondaires de la ménopause.

E11 : ils me parlent de problèmes (...) pour les femmes de dysparéunies ou de problèmes pour avoir une grossesse ou lors de douleurs.

E12 : Donc chez les femmes, c'est souvent des douleurs au moment des rapports

E15 : des soucis de douleurs par exemples : des dysparéunies

❖ Vaginisme

Le vaginisme est évoqué par 3 médecins femmes : E8, E14 et E16

E16 : Déjà rien que leur faire un frottis chez certaines c'est... y a un vaginisme

❖ Les violences conjugales et sexuelles

La problématique des violences sexuelles et conjugales n'a été que peu évoquée par les médecins rencontrés. Seuls 3 médecins femmes l'ont évoqué spontanément dont un médecin qui avait intégré ce type de question dans l'interrogatoire des antécédents personnels.

E8 : Moi j'ai pas mal d'enfants donc ici, je reconnais que dès que j'ai un enfant qui a mal au ventre, une petite gêne, j'essaye toujours de voir si y a pas un abus sexuel derrière (...)

E12 : maintenant de plus en plus, j'arrive à poser la question, au moment où je note les antécédents, sur les antécédents d'éventuelles violences. Donc c'est vrai que dans ces cas là je note : violences physiques, violences psychiques, violences sexuelles...

E16 : Donc quelqu'un qui vient, qui a des dysparéunies, je la laisse pas partir... je lui demande si elle est battue (...)

Comment j'aborde la sexualité ? : (...) par la violence familiale

Un des médecins, interrogé sur les violences sexuelles, a mis au second plan ce problème sous l'argument que ce n'était pas le problème de santé le plus fréquent et le plus préoccupant.

E1 : Alors ça non, j'interroge très peu. D'abord elles, ils se confient très peu les gens. (...) Parce que les violences sexuelles, y a que 100 blessés par an de femmes par violences sexuelles... Que 100, je veux dire, combien d'arrêts par autres maladies, par toxiques, par tabac, par violence routière... C'est des milliers, des dizaines de milliers. C'est dérisoire.

❖ **Rapports de couple**

Les problématiques conjugales, relationnelles en dehors des violences, ont pu être évoqués par 2 médecins. Elles révèlent en fait être des troubles du désir envers le partenaire.

E10 : elle constatait qu'elle n'avait pas de désir (...) ça posait tous les problèmes « est ce que j'ai envie de lui, est ce que je l'aime, est ce que je dois rester avec lui ? » etc etc.

E16 : j'ai quelques idées qui viennent de patients qui se trouvaient moins bien dans leur vie de couple !

7) L'éducation à la santé sexuelle en médecine générale

Les médecins rencontrés ont été interrogés sur leurs actions en terme d'éducation à la santé sexuelle et sur le rôle qu'ils pensaient avoir à ce niveau là. Les réponses à ce sujet sont parfois opposées entre elles.

❖ **Pas le rôle des médecins généralistes**

Deux médecins ont déclaré penser que l'éducation à la santé sexuelle n'était pas le rôle du médecin généraliste, l'un soulignant que les médecins n'avaient pas de leçon à donner à ce niveau là et l'autre exprimant l'opinion que par son statut de professionnel médical, il n'était pas la personne la plus adaptée pour aborder ce sujet éducationnel.

E1 assimilait l'éducation à une forme de « leçon » réduisant l'éducation à une transmission unilatérale d'un savoir du médecin au patient. Cette vision est discutable au vu des derniers travaux concernant l'éducation du patient et l'empowerment.

De plus E1 évoque une sexualité potentiellement discutable des médecins, « des carabins », cette remarque nous renvoie encore à une norme et une morale sexuelle.

E1 : (...) là, nous on a pas de leçon à donner nous les médecins. Vous savez nous les médecins on est des carabins. Sur ces histoires, on a pas de leçon à donner, le bien faire l'amour, le bien baiser (...)

E16 évoque l'idée que l'éducation sexuelle était plutôt le rôle de la famille et d'acteurs médicaux ayant un rôle spécifique à ce sujet, mais qu'il ne faudrait pas médicaliser ce sujet en orientant ce rôle vers les médecins généralistes.

E16 : je pense que c'est pas le rôle du médecin traitant ou du médecin généraliste. C'est vraiment un rôle d'éducation ! Donc ça incombe aux parents, pas forcément directement mais je reprends la phrase d'une marraine « c'est de l'éducation, ça doit rester dans le milieu intime, médicaliser ça c'est un problème de santé publique à mon avis, du coup ça dévie le responsable. On n'est pas responsable de ça ! Nous on est responsable de la maladie ! Donc avant d'être malade, on est sensé être en santé donc oui on a un message à faire passer, préventif ! Mais il doit être travaillé en amont par des parrains ou une marraine, des tatis ou une cousine ou une copine qui peuvent transmettre une info. Donc plutôt par l'intermédiaire de plannings familiaux ou d'associations médicalisées mais dédiées à ça !

E16 précise tout de même une certaine obligation en tant que professionnel de santé de répondre aux questions des patients ou au moins de les orienter vers des personnes à même de le faire.

E16 : on est des professionnels de santé ! C'est à dire que si une personne vient nous en parler, on se doit d'être compétent et au moins de ne pas trop dire de conneries, d'orienter si possible vers des spécialistes ou des gens qui sont avisés

❖ Rôle possible du médecin mais manque de temps et de compétence

Certains imaginent un rôle possible du médecin généraliste dans cette éducation à la santé sexuelle mais n'arrivent pas à prendre ce rôle là. Les principales raisons évoquées à cela sont le manque de compétence ou le manque de temps.

E4 : Y aurait une place ! Moi je l'ai pas (...) mais c'est peut être un tort en fait ! (...) Mais du coup y aurait besoin de plus de formation.

E9 : Je pense qu'on a une place importante mais qu'on la remplit pas.

E10 : Je suis au même niveau qu'eux.

❖ Prévention et dépistage des MST, contraception

Le rôle de prévention des maladies sexuellement transmissibles et d'information à la contraception est un rôle quasi unanimement décrit par les médecins interrogés.

Le médecin serait là pour prévenir des risques inhérents à la sexualité...

E2 : nous on est là pour leur rappeler qu'y a pas que le SIDA, y a les chlamydiae, y a des gonocoques, y a l'hépatite, y a le bébé... y a pleins de chose, que l'acte sexuel n'est pas si anodin que ça, ça peut avoir des conséquences et que il faut savoir se protéger (...) ouais c'est un peu ça notre rôle.

E3 : je parle du préservatif (...) Puis après, ça permet aussi d'aborder le sujet du rapport sexuel en lui même.

E5 : Chez les adolescent oui ! On va en parler obligatoirement et les sensibiliser à tout ce qui est protection et autre et la vaccination pour les jeunes filles.

E14 : on va aborder un peu « ben fais attention quand même », voilà les maladies sexuellement transmissibles, on en parle

Le rôle du médecin de famille décrit par les médecins interrogés se limite souvent à ces préoccupations infectieuses et obstétriques de la santé sexuelle.

E7 : sur la sexologie je vais pas leur donner des cours, je vais pas leur donner des conseils (...) je reste clinicien, contraception, prévention des IST...

E11 : c'est vrai qu'on pourrait faire quelque chose avec les jeunes... enfin c'est vrai qu'après dans les dépistages d'IST, les choses comme ça, on en parle souvent avec les jeunes hommes, les jeunes femmes mais... pas plus que ça.

❖ Respect de son corps et prévention des maltraitances

La médecin E8, travaillant dans les quartiers nord de Marseille, rapporte un rôle supplémentaire aussi bien préventif que lié à l'éducation à la santé sexuelle en recherchant la présence d'abus sexuels avec les jeunes et en apportant des notions telles que le consentement, l'intimité...

E8 : dès que j'ai un enfant qui a mal au ventre, une petite gêne, j'essaye toujours de voir si y a pas un abus sexuel derrière, je pose carrément la question aux parents en général (...) et puis je leur dis « tu sais, dans la sexualité on fait tout ce qu'on veut du moment que les 2 sont d'accord ». Donc moi souvent je leur en parle, je dis « tu fais ce que tu as envie, il faut jamais se forcer, faut jamais faire ce qu'on a pas envie »

❖ **En parler, laisser la porte ouverte aux questions**

En terme d'éducation à la santé sexuelle, plusieurs médecins généralistes pensent pouvoir être des interlocuteurs privilégiés car ils se situent hors du cadre familial, dans un cadre de confidentialité et de confiance qui peut rendre ce genre de discussions plus aisé. Le rôle du médecin généraliste est donc de laisser la porte ouverte à ce sujet et à ce type de questions, voire de lancer des ouvertures.

*E6 : On a une porte qui est grande ouverte et on peut leur **tendre des perches**. Ca c'est important ! Que la porte soit facilement ouverte et que pour tout problème ils puissent venir nous voir pour en parler. Parce que c'est pas facile d'en parler à ses parents etc. Que quel que soit le souci, faut pas hésiter à nous en parler, je pense que c'est vraiment ça notre place.*

E8 : Chez les jeunes oui. Je pense que c'est important. C'est plus facile d'en parler que d'en parler avec ses parents.

E10 évoque une discussion avec le médecin généraliste facilitée par la proximité et le rapport de confiance qui existe entre un médecin et sa patientèle.

*E10 : c'est dans des **échanges de proximité** avec des gens qui nous connaissent soit depuis leur enfance... parce que c'est des jeunes gens qui viennent nous en parler ou parce que c'est des adultes ou même des séniors qui peuvent nous en parler parce qu'ils sont dans un **rapport de confiance** qui s'est établi dans pleins d'autres domaines, ils peuvent éventuellement nous en parler. Mais je vais pas chercher, je vais pas les questionner sur ce sujet là.*

❖ **Peu de place pour l'éducation à la santé sexuelle chez les adultes**

Quand on parle d'éducation à la santé sexuelle la plupart des médecins pensent à une population adolescente ou pré-adolescente. Vis à vis des adultes, ils ne voient pas de place pour une éducation.

E5 : Pour les adultes on en a pas tellement, sincèrement. L'éducation à ce niveau là... ils viennent pas nous réclamer ce genre de choses. On a pas une demande vraie. Alors on la cherche peut être pas assez non plus ! Mais euh... Alors après les trucs simples, quand quelqu'un vient avec une infection, vous allez lui donner les règles hygiéno diététiques etc mais ça va se border à des règles d'hygiène, de vie et d'autre. Ca va pas être quelque chose de très... On va pas aller dans la profondeur !

❖ Un abord différent entre garçons et filles

Après plusieurs entretiens et en observant que la question de l'éducation à la santé sexuelle était souvent rattachée à des interventions auprès de jeunes filles, les médecins suivants ont pu être interpellés par la chercheuse sur la différence d'abord entre filles et garçons. Ils remarquaient alors en effet que leur discours vis à vis de la santé sexuelle était plus tourné vers les jeunes filles. Pour les médecins femmes la raison évoquée à cette différence était justement leur sexe et la facilité à aborder ce sujet avec les jeunes du même sexe qu'eux. Cependant, pour les médecins hommes interrogés, bien qu'abordant peut être moins précisément le sujet avec les filles que leurs consoeurs, ils ne semblaient pas pour autant avoir plus de facilités à le faire avec les jeunes garçons.

E8 (femme): Les hommes, je reconnais que j'en parle moins.

E9 (femme): je parle que des filles parce que les garçons, j'ai vraiment... après le côté IST, mettre le préservatif... je pense que j'en ai jamais vraiment parlé. Mais je pense que les garçons en parlent plus aux garçons et les filles plus aux filles

E12 (femme): Alors en tous les cas pour les jeunes filles, moi j'accorde énormément de place à tout ce qui est prévention, prévention des maladies sexuellement transmissibles, contraception. Ca j'essaye d'y passer vraiment du temps. Donc je pense qu'on a un rôle à jouer vraiment important, en tous les cas chez les jeunes filles... Alors je sais pas, c'est peut être biaisé parce que je suis une femme, j'en parle beaucoup plus facilement. C'est vrai que je ne me souviens pas... alors si chez les jeunes hommes quand ils viennent... y en a qui viennent spontanément chercher des tests VIH. Donc là j'insiste aussi sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles.

E13 (homme): c'est vrai que la santé sexuelle chez les mecs moi j'y pense jamais !

8) Connaissances et formations des médecins généralistes en santé sexuelle

Durant les entretiens ont tous indiqué à un moment leur manque de connaissance et de formation sur le sujet de la santé sexuelle. Les médecins les plus à l'aise pour parler de cette thématique avaient suivi des formations complémentaires.

❖ Pas ou peu de formation durant le cursus initial de médecine

Quand on les interrogeait sur leur formation initiale leur réponse a été unanime : à part des données anatomiques succinctes, les MST et autres pathologies, ils n'ont pas eu de formation à la santé sexuelle ou à l'éducation à la santé sexuelle.

E4 : (...) y aurait besoin de plus de formation. (...) Parce que là c'est un sujet... on a jamais été formé à ça. A part la psychologie, les trucs comme ça en 2ème année mais sinon y a jamais rien eu.

E8 : Oh je sais pas si on en a parlé pendant les études moi. Je crois pas, je m'en rappelle pas ou alors je les ai pas entendu. Je me rappelle pas de ça

E9 : J'y pense pas parce qu'on nous en parle pas non plus (pendant nos études)

E11 : je pense pas qu'on ai des... enfin à la fac j'ai jamais eu de cours de sexologie. Et pour aborder la santé sexuelle... non jamais, jamais eu de choses comme ça en tout cas

E13 : Ben moi j'ai eu zéro cours ! Zero ! Je suis un peu plus vieux que toi, j'ai eu zero cours de sexo.

E14 : (...) qu'est ce qu'on a eu comme formation... Moi j'en ai pas eu moi ! C'est vite vu.

❖ Une formation complémentaire

Concernant les formations complémentaires, quelque uns avaient pu suivre des conférences ou des formations annexes. Une médecin qui avait suivi le DU de gynécologie signalait également ne pas avoir eu d'intervention à ce niveau là en dehors du côté très médical et spécialisé en gynécologie.

E11 : j'ai eu un DU de gynéco et on en a pas trop parlé non plus. Ils nous ont conseillé d'aller dans des séminaires, des choses comme ça, des formations. Mais c'est vrai que si on n'y va pas nous même, ça va jamais être abordé au cours de notre formation, au cours de nos études ça c'est sûr.

E16 avait quant à elle bénéficié d'une formation complémentaire organisée par un laboratoire qui en présentant un nouveau médicament avait abordé la consultation autour de la sexualité.

E16 : En Corse du Sud on avait fait un EPU avec une sexologue qui venait de Marseille et on avait eu une super formation qui était vraiment de qualité, à l'époque où le nouveau Viagra était sorti, le Cialis.

❖ Une formation non académique

Concernant les sources de formation ou du moins d'information à la santé sexuelle, 2 médecins ont signalé des sources non académiques telles que les émissions radio de Brigitte Lahaie. L'une des médecins concernée « avouait » cela un peu gênée, tout en admettant que les informations obtenues par ce biais là, lui avaient tout de même permis de débrouiller plusieurs problématiques rapportées par ses patients.

E8 : Alors moi j'ai été formée par Brigitte Lahaie à la radio, vous connaissez ? Voilà j'ai appris pleins de choses avec cette femme. Plus qu'en cours. Et... Nous on a pas eu vraiment de cours là dessus donc j'ai eu des petites informations comme ça mais je reconnais pour l'éjaculation précoce j'ai appris beaucoup de choses avec elle, elle invite des médecins et tout, c'est très bien fait.

E13 : J'ai appris ça sur le tas !

9) Le rôle du médecin généraliste en santé sexuelle

Quel rôle s'assignent les médecins généralistes concernant la prise en charge de la santé sexuelle de leurs patients ? C'est cela que nous avons également interrogé chez les médecins rencontrés.

Le schéma 5 synthétise les différents rôles que s'attribuent les médecins généralistes vis à vis de la santé sexuelle de leurs patients.

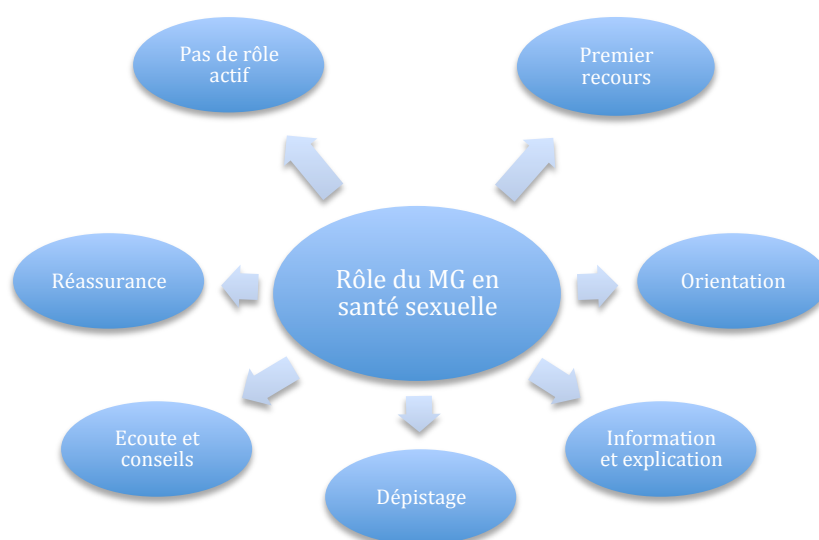


Schéma 5 : Rôle du médecin généraliste en santé sexuelle

❖ Pas de rôle actif

Pour 2 médecins interrogés, le médecin généraliste n'a pas de rôle actif à avoir par rapport à la santé sexuelle de ses patients. Quand ils parlent de rôle actif ceux ci entendent qu'ils sont là pour répondre aux demandes des patients mais pas pour discuter de ce sujet là de leur propre initiative.

E10 : (...) j'ai défini la santé sexuelle par défaut, je réponds aux problèmes révélés par les quelques cas que j'ai décrits mais maintenant est ce que je peux avoir un rôle actif sur ce qu'on pourrait qualifier de santé sexuelle en dehors de ces problèmes là, personnellement non (...) j'ai pas de rôle actif là dedans finalement.

Pour E13, le médecin a un rôle « contemplatif » et non actif. Le médecin est là pour observer et écouter puis expliquer.

E13 : Je pense que c'est pas au médecin d'aborder la notion de sexualité (...) On n'est pas là pour orienter les gens ! (...) on est plus dans la contemplation puis dans l'explication de certaines choses c'est tout

❖ Dépistage

Pour d'autres médecins au contraire, le médecin généraliste avait comme rôle en particulier de dépister certaines problématiques de santé sexuelle, parmi d'autres problématiques, car certains symptômes sexuels peuvent être précurseurs de pathologies potentiellement mortelles.

*E1 : Alors c'est très important pour un généraliste, parce que comme vous le savez la dysfonction érectile est un symptôme prévalent (**prédictif**) de coronaropathie, de problème plus grave. (...)Très important ! Capital ! Capital dans la détection de problèmes psy, de problèmes organiques graves et notamment dans ce qu'on vient de démontrer que c'est prévalent, des fois même d'AVC, d'AIT en tout cas, et prévalent de coronaropathie*

E12 : Ben je pense qu'on peut être un bon moyen de dépister. Peut être que les gens nous en parlent plus facilement.

❖ Premier recours

Ils décrivaient aussi un rôle en tant qu'interlocuteur de premier recours. Ce rôle pourrait être facilité par la relation de confiance potentielle entre un patient et son médecin généraliste.

E2 : On est le premier recours et la sexualité... les gens ont quand même besoin d'être en confiance. C'est nous qui les voyons le plus souvent (...) je pense que c'est à nous oui de... parce qu'on est en première ligne et que c'est des sujets des fois un peu intime, qu'ils ont besoin de confiance.

❖ **Orientation**

Pour certains, notre rôle est partiellement ou complètement désigné consistant à orienter les patients présentant des problématiques sexuelles vers des professionnels spécialisés dans ce domaine avec une dominante plus ou moins psychologique ou physique ou d'une autre nature.

E11 : si ils nous en parlent, c'est vrai qu'on a un rôle à jouer, d'aiguillage... enfin de savoir déjà si c'est un problème physique, psychologique ou autre et pouvoir les orienter par la suite.

❖ **Ecoute et conseils**

Quelque uns expriment l'importance de l'écoute et de quelques conseils opportuns.

E11 : Ben déjà de leur donner des conseils, puis après de les orienter par la suite.

E14 : Puis le fait d'en parler tout ça, on règle quand même quelques problèmes ! En étant pas sexologue ! On parle d'écoute et puis voilà 2-3 petits conseils ! Voilà c'est tout !

❖ **Réassurance**

Le rôle du médecin généraliste dans la santé sexuelle consistait aussi à réassurer sur des problématiques qui pouvaient être plus en rapport avec un manque de confiance en soi du patient.

E5 : Mais quoi qu'il en soit dans tous les cas de figure, on essaye de dédramatiser les choses. Et de redonner la confiance aux gens.

❖ **Information, explication et sensibilisation**

Le médecin généraliste avait pour certains un rôle en éducation à la santé : en expliquant les mécanismes physiologiques et en sensibilisant les patients à la santé sexuelle.

E4 : Ben d'expliquer, d'expliquer le dysfonctionnement ou pas, le ressenti ou pas, donc les mécanismes (...) Et éventuellement de trouver des solutions.

E12 : Après notre rôle, peut être effectivement de sensibiliser plus les patients à la bonne santé sexuelle, ouais ça peut être possible.

❖ **Prise en charge globale**

Pour certains la prise en charge de la santé sexuelle fait partie de la prise en charge globale de leurs patients au même titre que le reste.

E3 : Je pense ça fait partie d'une prise en charge, de la prise en charge globale. A partir du moment où les patients abordent le sujet, c'est qu'ils estiment que voilà, on peut les aider, qu'ils ont besoin d'en parler. Alors après je pense que pour eux la démarche d'en parler à leur médecin qui peut être peut les orienter justement sur un spécialiste, un sexologue ou même un thérapeute de couple ou des choses comme ça. Peut être que le fait que ça soit leur médecin qui leur conseille, peut être ça les rassure et ça leur permet de se dire peut être que bon y a peut être une solution et si le docteur le dit c'est qu'il faut le faire. Ça peut être peut être dédramatiser le truc aussi.

10) Remarques diverses

❖ **Quantité ne veut pas dire qualité**

Quand on leur demandait de définir la santé sexuelle, plusieurs médecins avaient souhaité préciser qu'une bonne santé sexuelle n'était pas caractérisée par la quantité de rapports sexuels, et que même certains pouvaient se sentir en santé sans rapport sexuel. Derrière cette notion, on trouve la notion que la santé n'est pas caractérisée par une norme du rapport sexuel et que la quantité n'est pas le corollaire de la qualité et donc de la bonne santé.

E1 : J'ai autour de moi des gens qui ont des pratiques sexuelles quotidiennes, très rapides, puis qui divorcent, qui sont pas heureux, qui ont pas la santé. Qui pourtant, ils font l'amour entre guillemets avec toutes les pratiques possibles, les plus perverses, et qui sont pas heureux. Et j'en ai d'autres qui pratiquent pratiquement rien du tout, qui s'abstiennent et qui sont heureux.

E5 : Y a des gens ils vont se suffire de 2 fois dans le mois, d'autres il va leur en falloir 2 fois par jour. Si ça leur suffit, moi je vois par l'intérêt à aller dire « c'est pas normal » ni dans un sens ni dans l'autre. Et pareil, là encore l'important c'est l'adéquation avec sa ou son

partenaire. Parce que bon on se retrouve face à des cas des fois, où ben y en a un qu'à l'appétit et l'autre pas du tout et inversement. Après du moment que c'est en adéquation...

❖ **Un réseau professionnel pauvre**

Interrogés sur leur réseau professionnel concernant les problématiques de santé sexuelle, les médecins révélaient régulièrement un manque d'interlocuteurs adéquats, en particuliers de sexologues. En cas de problématiques compliquées, dépassant leurs compétences, ils disaient souvent être démunis pour trouver des soignants appropriés. Faute de quoi, ils adressaient le plus souvent aux confrères urologues, gynécologues et psychologues.

E3 : pour les hommes on envoie chez les urologues, en général les urologues font un peu de sexo voilà et il arrive à gérer un peu le truc. Après pour les femmes c'est vrai que c'est un peu... en général même pour le couple c'est un peu restreint. Je sais qu'y avait un psychologue qui faisait un peu de la thérapie de couple donc c'est vrai qu'on avait tendance des fois à les orienter quand y avait une conjugopathie (...) mais c'est vrai qu'on a pas de référent

E4 : un réseau... pas trop pour les troubles sexuels honnêtement, on avait plus un réseau tourné gynécologie, en fait, mais c'est pas trop sur ce plan là.

E7 : Ben souvent je conseille d'aller voir des psychologues, pas forcément sexologues parce que y en a pas des tonnes !

Les médecins interrogés exerçant dans la grande ville de Marseille n'avaient pas l'air de connaître plus de personnes formées en sexologie pour adresser leurs patients.

E10 : A une époque y avait une femme sexologue qui était connue sur Marseille, elle passait dans les médias... j'ai oublié son nom. Mais c'est la seule chose que je savais. J'ai pas de réseau, je connais pas d'adresse...

E11 : Alors pour les gynécologues j'adresse souvent à B., pour les urologues on a un groupe d'urologues avec qui on travaille à C. ou au R. mais sinon après les psychologues tout ça ben on en a une juste à côté, ou sinon j'ai une psychologue qui travaille avec la PMA donc elle peut être un peu plus à l'aise sur ces thématiques là peut être (...) Et de sexologue, non j'en ai pas vraiment.

Un médecin exerçant dans les quartiers nord de Marseille, évoquait sa difficulté à adresser sa patientèle vers des praticiens tels que les sexologues pour des consultations qui ne sont pas prises en charge par la sécurité sociale. Travaillant avec des populations

défavorisées, elle utilisait ses propres moyens et ses propres connaissances pour répondre à ces populations qui n'auraient pas pu avancer de tels frais.

E8 : Pas trop, j'envoie chez l'uro classique. Nous ici on fait jamais, j'essaye de leur envoyer sur des sites mais les sexologues ou autre, j'envoie pas, c'est pas remboursé. (...) Ici moi j'ai 80% de CMU. (...) Brigitte Lahaie !

Deux médecins travaillant dans le même secteur évoquaient l'absence de sexologue suite au départ de celle qui était dans le secteur jusqu'à présent, partie travailler en Suisse où le métier de sexologue est mieux reconnu et rémunéré.

E13 : On avait une sexo sur le secteur mais qui est partie. Je vais vous le dire, mais parce que ça peut être dit dans la thèse, c'est très peu coté la sexologie en France, donc elle est partie dans un pays limitrophe pour exercer pleinement son activité professionnelle, à sa juste valeur !

E14 : On n'est pas riche à ce niveau là ! J'avais une copine qui était sexologue mais elle est partie sur la Suisse. Mais voilà, c'est vite vu, y a pas grand monde !

On essaye de gérer un peu avec les gynéco, les uro si ils veulent bien aborder la question, mais ils sont pas tous formés !

Un seul des médecins interrogés connaissait un sexologue en activité auquel il pouvait adresser ses patients.

E6 : Oui. On a un réseau. Y a nos uro sur S. qui sont pas forcément hyper ouverts, et sinon on a notre consoeur de D. qui est uro-sexo.

❖ **Santé = médical**

Interrogés sur la santé sexuelle, quelques médecins se retrouvaient gênés par le terme santé qui avait pour eux une connotation médicalisée.

E1 : le mot santé me gêne

E13 : C'est pas mal la santé sexuelle quand même... Comme quoi on est obligé vraiment de tout médicaliser ! Non mais c'est vrai ! La sexualité, pourquoi la médicaliser ?

❖ **Prescription de préservatif**

Nous avons discuté de la prescription du préservatif possible depuis 2018, rendant celui-ci accessible gratuitement à toute la population. Aucun médecin n'était réellement au courant de cette possibilité, certains en avaient vaguement entendu parler mais aucun

ne l'avait utilisé. En discutant avec eux, la plupart ne voyaient pas réellement l'intérêt en dehors d'une gratuité.

❖ **Réflexions sur la sexualité d'aujourd'hui**

A l'abord du sujet de la sexualité et en interrogeant les médecins sur l'éducation à la santé sexuelle, plusieurs médecins ont émis des remarques sur la sexualité dépeinte par la société actuelle et les jeunes d'aujourd'hui. Ils observaient que la société semblait plus sexualisée et que cette sexualité affichée pouvait être discutée, controversée... Ils semblaient s'inquiéter de l'apparition de nouvelles normes interrogeant la morale.

E1 : Qu'est ce qu'une pratique saine quand on voit qu'on est débordé par les pornographies, les pédographies, submergés de techniques de santé, de techniques de sexe. Dieu sait si je ne suis pas un puceau... Mais certaines pratiques qu'on dit saines... Je lisais ce matin les nouvelles, à chaque fois y a des titres sur le comment faire ça, le kamasutra de ci, l'épanouissement, la masturbation, cette fille qui se masturbe avec ses copines depuis l'âge de 5-6 ans.

E3 : (...) c'est vrai qu'on se rend compte qu'il y a un peu une espèce de vision un peu déformée du rapport sexuel chez les ado en sachant que le mode d'entrée dans la sexualité, c'est pas tout à fait le même que celui que j'ai pu avoir ou ceux de votre génération. Moi je suis plus vieille (...) Mais je sais pas y a une espèce de banalisation de certaines pratiques et je trouve que c'est un peu malsain quoi. Parce qu'après les filles se sentent obligées de faire ou les mecs on une espèce d'impression de performance. Enfin je trouve que c'est un peu bizarre.

E13 : Ils ont une sexualité qui n'est pas du tout comme la notre à l'époque ! Tout est en accès libre sur internet où ils ont déjà visualisé à peu près tout ! Et on sent que psychologiquement ils sont pas prêts !

A travers ses propos, les médecins expriment l'inquiétude que cette sexualisation incontrôlée puisse fragiliser ou déstabiliser ces jeunes en devenir. Leur sexualité construite sur une représentation erronée ou limitée de la sexualité, du plaisir, des rapports de genre etc ; pourrait s'en retrouver affectée par la suite.

V. Discussion

1) Commentaires sur la méthodologie

a) Limites

❖ Echantillonnage et biais de sélection inhérents au mode de recrutement

La méthode de recrutement des personnes interrogées entraîne évidemment un petit biais de sélection. Les personnes questionnées étant volontaires, on peut présager que cela soit des personnes plus sensibilisées à ce type de problématique, ou en tout cas plus intéressées par cette thématique.

❖ Biais relatifs à l'investigatrice

L'investigatrice n'était que peu expérimentée à la réalisation d'entretiens semi-directifs. Par ailleurs, elle se présentait comme étudiante en médecine et en sexologie ce qui a pu orienter le propos des médecins interrogés.

❖ Mode de recueil

La réalisation d'entretiens individuels a pu influencer la personne interrogée, celle-ci pouvant chercher à se valoriser ou à valoriser son exercice au regard de l'investigateur face à elle.

❖ Analyse des données

Afin d'améliorer la qualité de l'analyse des données, une triangulation de l'analyse par un autre chercheur aurait pu être faite, ce qui n'a pu être réalisé par manque de moyen et de temps.

b) Points forts

❖ Echantillon intéressant

L'échantillon comportait des médecins aux caractéristiques variées et provenant de plusieurs régions françaises.

❖ Analyse des données

L'analyse a été confrontée au regard d'une médecin en santé publique directrice de la thèse et d'une psycho-sociologue codirigeant ce travail. Cette pluralité et cette pluridisciplinarité ont apporté une richesse pour l'analyse du travail.

❖ Recherche originale

En dehors du travail de Alain Giami (32) concernant la spécialisation informelle des médecins généralistes et l'abord de la sexualité, nous n'avons pas retrouvé d'autre recherche étudiant les représentations de la santé sexuelle chez les médecins généralistes.

2) Commentaires sur les résultats

Les résultats de cette recherche ne sont pas ceux imaginés.

Notre hypothèse de départ supposait que les représentations de la santé sexuelle des médecins généralistes pouvaient être limitées à des notions pathologique et obstétrique de la sexualité, d'une part, et que ces représentations pouvaient être un frein à une approche globale et positive de la santé sexuelle, d'autre part.

Les résultats de cette recherche sont autres.

Les représentations de la santé sexuelle et la définition qu'en font ces médecins sont le plus souvent globales et positives. Cependant leur pratique et leur approche sont elles, limitées à des problématiques « médicales ».

Concernant les caractéristiques des médecins (statut marital, éducation religieuse, enfants), nous avons décidé de ne pas analyser d'éventuels liens avec les propos des médecins devant une taille d'échantillon insuffisante pour cela.

a) Une difficile définition

La notion de santé sexuelle est pour tous les médecins interrogés, un concept difficile à mettre en mots. Contrairement à notre hypothèse de départ leur définition comporte la plupart du temps, un aspect global qui bien que décrit de différentes façons tend à se rapprocher du concept décrit par l'OMS. La santé sexuelle est aussi souvent décrite par des mots à connotation positive : bien être, épanouissement.

La caractérisation de la santé sexuelle par la seule « absence de maladie » n'est finalement que minoritaire dans notre échantillon de médecins.

Tout en ayant une vision globale et positive, on ressent chez certains médecins une référence à une norme sociale et à une morale personnelle et/ou religieuse. Dans notre échantillon nous n'avons que 2 médecins pratiquants leur religion et le propos du

premier semblaient teintés d'une morale religieuse et personnelle : « sexualité saine », « pratiques perverses ».

Ceci nous conduit à nous interroger sur l'impact de nos représentations personnelles sur les sujets de notre activité professionnelle et donc sur notre pratique.

Les différentes formes de représentations de la santé avaient été analysées par Claudine Herzlich dans son étude à ce sujet réalisée en 1969. (45)

Le concept de santé était perçu soit de façon négative comme absence de maladie, soit de façon positive comme état. Trois représentations de la santé avaient ainsi été distinguées :

1. La « santé vide » : se réduisant à une absence de maladie.
2. Le « fond de santé » : symbolisant un capital de robustesse, caractéristique organique et biologique de l'individu pour résister aux maladies.
3. L'« équilibre » : s'exprimant par un bien-être psychologique et physique, une efficience dans l'activité. (41)

Au vu de nos résultats, ces représentations de la santé semblent transposables aux représentations de la santé sexuelle dont les contours ont été tracés dans notre recherche.

b) De la notion intellectuelle à la pratique

En questionnant les pratiques des médecins à la suite de cette définition, on observe une certaine dichotomie. Bien que la notion de santé sexuelle soit le plus souvent définie dans sa globalité et avec positivité, la pratique est différente. Cette thématique est le plus souvent abordée sur le versant de la pathologie et de la prévention des problèmes. Bien qu'ayant une vision globale de cette notion, les médecins restent dans leur pratique, dans une perspective très médicale tournée vers la prévention et la prise en charge d'une pathologie.

Comment expliquer cette dichotomie entre des représentations larges et positives du point de vue théorique et une mise en pratique centrée sur le « risque »?

Est-ce parce que cette définition de la santé sexuelle leur a été demandée par une jeune médecin généraliste apprentie en sexologie, ce qui a pu les inciter à sortir du tout médical pour en donner une réponse présumée acceptable ?

Est-ce parce que le rôle du médecin généraliste n'est finalement peut être pas d'aller explorer cette thématique dans le bien être sexuel ?

Les problématiques sexuelles évoquées par les médecins généralistes sont à l'image de leur pratique, des dysfonctions et des pathologies : maladies sexuellement transmissibles, dysfonctions érectiles, dysparéunies... puis viennent moins fréquemment les troubles du désir, les violences sexuelles, les problématiques relationnelles... mais sont oubliés ou inexistantes les troubles de l'identité et du genre, les troubles de l'excitation et de l'orgasme.

Dans notre travail nous semblons tout de même percevoir une évolution de la pratique avec les années d'exercice. Chez les médecins « expérimentés », l'abord de la santé sexuelle va interroger d'autres aspects tels que la relation, l'environnement du sujet et le sujet en lui même dans toute sa complexité.

L'horizon de ces médecins semble donc s'être élargi, ayant évolué hors du cocon médical dans lequel ils ont été formés.

Pour être généralisée, l'étude de la modification des représentations et de la prise en charge des patients avec les années d'expériences professionnelles mériterait une étude sur un plus grand échantillon et nos observations ne sont ici que parcellaires et limitées.

c) Le rôle du médecin généraliste : quel est-il ?

A la question du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la santé sexuelle de ses patients ou dans l'éducation à la santé sexuelle, les réponses varient énormément. Le rôle du médecin généraliste défini par la WONCA est vaste (chapitre 1 de la partie « Santé sexuelle en médecine générale »). Cette définition et ses implications sur leur pratique sont encore réfléchies et discutées comme évoqué dans l'ouvrage « Singuliers généralistes ». (46)

Comment pouvoir assumer autant de rôles ?

Au vu de nos entretiens, les médecins généralistes semblent avoir des difficultés à définir leur rôle dans le système de soins et cela d'autant plus pour la santé sexuelle.

Certains pensent ne pas avoir de rôle actif à ce niveau, d'autres au contraire pensent être des acteurs de soin utiles pour ces types de problématiques. La plupart s'attribuent un rôle dans la prévention. Mais cette prévention est souvent purement « médicale » : prévention des IST, prévention des grossesses non désirées etc.

En terme de santé publique et de dépistage, une place importante est également donnée au médecin généraliste pour dépister certains problèmes de santé sexuelle prédictifs de pathologies avec une morbi-mortalité conséquente. L'exemple est donné de la dysfonction érectile comme symptôme prédictif d'une coronaropathie, sujet maintenant bien connu des cardiologues. (47)

Les médecins généralistes ne semblent pas tous avoir connaissance de cette donnée ou du moins de son importance.

Par rapport à notre problématique initiale, et au vu de nos résultats, nous pouvons nous demander si le frein à une approche globale et positive de la santé sexuelle n'est pas la représentation du rôle du médecin généraliste, plutôt que la représentation de la santé sexuelle elle-même.

Dans le rôle qu'ils s'assignent en terme de prévention et d'éducation à la santé quelques médecins apportent malgré tout une touche plus globale et positive : respect, consentement, autonomie.

Interrogés sur leur rôle, certains médecins se positionnent en tant que premier recours, avec une fonction d'écoute et de conseils. Dans ce rôle là nous confirmons l'intérêt du counselling et de la communication brève relative à la sexualité (CBS) imaginée par l'OMS.

« En prenant l'initiative de ces discussions, les agents de santé peuvent promouvoir la santé sexuelle, plutôt que de se contenter de traiter les IST ou le VIH, ou de prendre en charge d'autres problèmes ayant une incidence sur la santé (comme la violence sexuelle, les pratiques néfastes telles que la mutilation génitale féminine ou les grossesses non désirées). » (33)

La CBS se construit à partir de 4 composantes, 4 motivations :

- **se rendre disponible** pour le patient : mettre en place la relation
- **intervenir** : poser des questions pour lancer la conversation
- **personnaliser** l'approche
- **proposer des solutions** : donner des informations, définir des mesures

Sans être formés à ce type de technique, certains médecins semblent donc déjà adopter de telles postures et y trouver du sens.

Ecouter, n'est ce pas déjà soigner ?

Devant ces réponses très diverses quant à leur rôle de médecin généraliste dans la prise en soin de la santé sexuelle de leurs patients, il semble nécessaire de nous interroger.

Nous reposons donc ici la question : quel est le rôle du médecin généraliste vis à vis de la santé sexuelle de ses patients ?

Par la question du rôle du médecin généraliste, nous posons aussi finalement les questions presque philosophiques de « Qu'est ce qu'un médecin ? », « Qu'est ce qu'un soignant ? », « Qu'est ce que le soin ? ».

Nous n'avons pas vocation à répondre à ces questions ici, mais dans une vision humaniste du soin ne peut on pas imaginer le soin dans une perspective globale et positive de la personne.

Cette vision est celle qui semble orienter les derniers travaux concernant la santé et la santé sexuelle comme ceux présentés dans la Stratégie nationale de santé sexuelle en France : « une approche globale et positive de la santé sexuelle » (29)

Mais qu'entend-on par approche globale et positive de la santé sexuelle dans la stratégie nationale de santé sexuelle ?

Doit-on, par exemple, questionner le bien être sexuel en médecine générale ?

Cette mission n'est elle pas confiée au médecin généraliste comme interlocuteur par défaut ?

d) Des populations parfois oubliées

❖ Jeunes garçons : les oubliés de l'éducation à la santé sexuelle

Concernant les discussions autour de l'éducation à la santé sexuelle, les médecins utilisent comme accroche certaines consultations, ou certaines situations « prétextes ». Chez les jeunes, ces situations sont essentiellement centrées sur les consultations de gynécologie et de contraception, et donc plutôt tournées vers les jeunes filles.

N'ayant pas ces mêmes préoccupations, le sujet est donc moins abordé avec les jeunes garçons, que cela soit par les médecins ou par les jeunes eux mêmes.

Plusieurs médecins ont réalisé cette différence de discussion filles/garçons au cours de notre entretien de recherche.

A ce jour la cotation spécifique de la première consultation de contraception et de prévention (CCP) ne s'adresse qu'aux jeunes filles de 15 à 18 ans et cela pour une unique consultation. Cette valorisation financière d'un acte de santé publique uniquement tourné vers les jeunes femmes, nous invite à réfléchir quant aux valeurs actuellement prônées en France sur l'égalité des sexes. En valorisant cet acte destiné aux femmes, certes nous favorisons l'éducation de celles-ci, mais ne faisons nous pas implicitement porter sur elles seules la responsabilité de la contraception et de la prévention dans une relation sexuelle où l'homme est également acteur. Par ailleurs la restriction d'âge tend à normaliser l'âge auquel devrait avoir lieu cette consultation, or nous savons pertinemment que ce genre de consultation est parfois nécessaire avant 15 ans. Si la moyenne d'âge du premier rapport en France se situe bien autour de 17 ans, il ne s'agit là que d'une moyenne.

Une généralisation de cette consultation à tous les sexes est a priori prévue selon le discours de la ministre de la santé Agnès Buzin en Avril 2018. (48)

❖ Femmes adultes : une absence de désir, une absence de problème

Chez les adultes la tendance s'inverse : on parle plus de santé sexuelle avec les hommes qu'avec les femmes. Pour certains, des médecins hommes en particulier, les femmes n'ont que peu de désir : parce qu'elles n'en parlent pas et parce qu'elles éludent les questions à ce sujet.

Pourquoi cette différence ?

Y a t il réellement moins de problématiques féminines que masculines ?

Les études décrites au début de cette thèse ne semblent pas aller dans ce sens. L'étude de Nathalie Bajos montrait que 11,7% des femmes versus 9% des hommes avaient été confrontés à une difficulté sexuelle au cours de l'année passée. (13)

Est-ce parce que la sexualité de la femme est encore dans l'imaginaire collectif une sexualité de reproduction plus que de plaisir ?

Est ce parce que le médecin n'est pas réceptif aux problématiques féminines ? Ou est ce parce que les femmes sont moins enclines à s'exprimer à ce sujet que les hommes ?

Les mouvements féministes, les mouvements défendant le droit au plaisir féminin et à une meilleure connaissance de leur anatomie sont particulièrement actifs depuis quelques années. La nouvelle génération revendique une égalité sexuelle et cela à tous les niveaux : éducation, rôle et reconnaissance sociale etc.

L'actualité nous le montre tous les jours, les femmes souhaitent être entendues et respectées. Les mouvements tels que « balance ton porc » et « me too » invitent au débat et à la réflexion.

Un ami médecin signalait que ce contexte pouvait accentuer son appréhension à discuter de santé sexuelle auprès de sa patientèle féminine par crainte d'une érotisation de la consultation. Ce frein des professionnels de santé pour aborder ce sujet était déjà évoqué par Alain Giami dans ses travaux. (32)(49)

L'apparition du Viagra a été un élément favorisant le dialogue autour de la sexualité masculine au cabinet de médecine générale.

L'absence d'un traitement équivalent chez la femme n'est-il pas une explication au manque d'entrain des médecins pour aborder ce sujet ?

La prescription médicamenteuse étant souvent la conclusion d'une consultation française (cf: études sur les prescriptions des médecins généralistes en France (50)(51)), ne fuit-on pas inconsciemment un sujet pour lequel aucune solution thérapeutique n'est actuellement commercialisée en France?

Si cette idée est encore bien présente en France (pays parmi les plus gros consommateurs de médicaments), les mentalités sont en train de changer comme le montrent les résultats des thèses de Caroline Jourdan (52) et Apolline Longour (53) : la consultation ne doit pas forcément se conclure par une prescription pour être de qualité.

Des produits destinés à la sexualité des femmes sont en cours d'études comme la flibansérine et l'ocytocine, nous laissant envisager de futures solutions médicamenteuses.

Nous voilà avec 2 observations qui placent l'homme et la femme dans des positions inégales quant à la sexualité : une éducation « préventive » tournée vers les femmes et une prise en charge des difficultés sexuelles tournée vers les hommes.

La façon différente d'aborder les risques et le plaisir selon le genre n'est-elle pas finalement liée aux représentations des sexualités masculine et féminine ? Des représentations empreintes des stéréotypes de genre, traditionnellement attribués aux hommes et aux femmes.

e) Sexe du médecin versus sexe du patient

Concernant les problématiques de santé sexuelle féminine, les premiers résultats semblaient montrer une population peu concernée par ces problèmes. Cette première tendance s'est finalement révélée un peu différente après d'autres entretiens avec des médecins femmes. Ces problématiques de santé sexuelle féminines existent mais ces sujets sont difficilement abordés avec les médecins hommes : que cela soit du fait de la patiente ou du fait du médecin. En effet les médecins hommes disent avoir du mal à en parler avec leurs patientes et que lorsqu'ils le font, peu de problèmes sont finalement évoqués par ces patientes. Les patientes semblent donc parler plus facilement avec des médecins femmes sur cette thématique.

Ceci n'est par contre pas retrouvé dans la situation inverse : patient homme/médecin femme. Les quelques femmes médecins qui expriment des difficultés à ce sujet, citent d'avantage une difficulté et une gêne personnelle, qu'une difficulté du patient.

Laura Dusz avait retrouvé des résultats similaires dans sa thèse. Les femmes interrogées préféraient aborder la sexualité avec des médecins du même sexe qu'elles, les hommes quant à eux n'avaient pas de préférence. (35)

Nous notons également que les médecins femmes semblent plus sensibilisées aux problématiques sexuelles de leur propre sexe. En effet, le vaginisme, les violences conjugales (qui ne touchent pas uniquement les femmes) ne sont évoquées que par des médecins femmes.

f) Une formation initiale des médecins en santé sexuelle absente ou inefficace

Un consensus existe dans tous les entretiens réalisés : le besoin d'être mieux sensibilisé sur ce type de problématique voire d'avoir des cours dédiés au sujet.

Tous les médecins interrogés à ce sujet le disent, leur formation initiale ne les a pas préparés à y répondre.

En dehors de la dysfonction érectile et de quelques problématiques consécutives à une iatrogénie médicamenteuse ou chirurgicale, leur formation initiale n'a que très rarement abordé d'autres types de problématiques.

N'est-il pas dommage de voir des médecins parfaire leurs connaissances à ce sujet grâce à des émissions de radio faute d'avoir eu ces informations là auparavant ?

La formation des médecins est en cours d'évolution. La stratégie nationale de santé sexuelle prévoit la formation des professionnels de santé et ceci a déjà débuté dans certaines facultés.

En complément de la sensibilisation des médecins à ce domaine, il serait également utile de valoriser les « spécialistes » de ces problématiques. Des professionnels formés à la santé sexuelle existent mais ils sont méconnus et peu reconnus. Ils ne sont peut être pas nombreux et certaines régions en semblent dépourvues (la Corse par exemple) mais le réseau existant mériterait d'être mieux connu et exploité.

g) Quels apports pour la médecine générale ?

Même si les résultats de cette étude ne sont pas extrapolables à toute la population de médecins généralistes, les principales conclusions peuvent nous inviter à réfléchir à notre façon d'appréhender la santé sexuelle en médecine générale et à améliorer la formation des générations à venir de médecins.

Quelles valeurs souhaitons nous véhiculer aujourd'hui dans notre exercice ? Qu'est ce que la santé et comment accompagner au mieux nos patients vers cet idéal de santé ?

La pensée actuelle de la santé, telle que énoncée par l'OMS et transposée dans la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle, est tournée vers une perspective **globale** et

positive. La formation des professionnels dans une telle optique reste à construire. Envisager la santé autrement que par la négative : l'absence de maladie, de symptôme.

Dans ce monde où les sources d'informations n'ont jamais été aussi prolifiques, il est devenu indispensable d'apporter les clés pour analyser et décoder ces données. Ceci passe en grande partie par l'éducation. L'éducation à la santé sexuelle relève de la responsabilité de nombreux acteurs : enseignants, intervenants en milieux scolaires, médecins, sexologues, psychologues, parents, travailleurs sociaux... En tant que soignants nous avons également notre rôle à jouer. A nous de réfléchir pour que ces interventions correspondent aux valeurs que nous souhaitons partager.

C'est entre autre cette idée qu'énonce une sexologue canadienne, Jocelyne Robert :

« L'éducation à la sexualité, tout comme la sexualité, sera toujours multidimensionnelle : aspects affectifs et émotifs, cognitifs, physiques, sociaux, interpersonnels, moraux, spirituels, comportementaux.

Pour cela, il faut adopter un cadre d'éducation sexuelle large qui déborde la seule question de la prévention des infections, méfaits, malheurs et conséquences malheureuses de la sexualité, qui identifie les déterminants du plaisir, du désir, de la relation amoureuse, des notions de consentement et de respect, de la décision de s'engager ou non dans une relation sexuelle, des rôles et stéréotypes de rôles, des rapports d'égalité entre les hommes et les femmes, entre les personnes de toutes orientations sexuelles... » (54)

Conclusion

La santé sexuelle en médecine générale n'est aujourd'hui que partiellement abordée, et cela essentiellement dans le champ de la pathologie et de la dysfonction.

Contrairement à notre hypothèse de départ cette pratique ne semble pas être consécutive à la représentation des médecins généralistes vis à vis de la santé sexuelle, mais sans doute d'avantage à la représentation qu'ils ont de leur rôle dans la prise en soin de la santé sexuelle.

Devant la multitude des taches dévolues aux médecins généralistes, ceux ci semblent en difficulté pour poser les contours de leur fonction. Cette constatation nous amène à réfléchir aux limites de ce que l'on peut demander à ces médecins déjà tant sollicités.

En tant qu'acteurs de soins primaires, les médecins généralistes ont une place de choix pour la prise en soin de la santé sexuelle. Mais il est nécessaire de préciser leur rôle et les tâches que l'on souhaite leur assigner.

Impulsées par les travaux de l'OMS en santé sexuelle, les politiques de santé évoluent.

La Stratégie nationale de santé sexuelle nous invite à promouvoir la santé sexuelle dans une approche globale et positive. Et c'est dans cette vision que nous pouvons réfléchir au rôle du médecin généraliste.

Une prise en charge globale ne signifie pas que le médecin généraliste doit prendre la charge et la responsabilité de tout. Il doit pouvoir écouter, conseiller, orienter et soigner mais il doit avant tout pouvoir s'appuyer sur un réseau de soins adapté et efficient.

Le réseau existant semble insuffisant ou du moins pas assez visible des acteurs de soins primaires.

Pour une prise en soin de qualité, il est nécessaire que les acteurs de santé puissent s'appuyer sur un réseau « santé sexuelle » complet, adapté, efficient et connu.

Un des objectifs de la Stratégie nationale de santé sexuelle est de renforcer la formation en santé sexuelle des professionnels de santé, en particuliers les professionnels de premier recours et parmi eux les médecins généralistes. (29)

Les médecins interrogés durant cette étude nous confirment leur manque d'information, de connaissances et de formation pour aborder cette problématique de santé.

Mieux sensibilisés durant leur cursus médical, les médecins seraient vraisemblablement plus à l'aise pour aborder cet aspect de la santé encore si tabou et soumis à la morale.

Gardons à l'esprit que discuter de la sexualité, même dans le cadre de notre fonction professionnelle, demeurera toujours influencé par notre histoire et notre morale personnelle. Cependant, y réfléchir et en discuter au préalable permettrait de mieux nous positionner en tant que professionnel de santé.

Pour une prise en soin globale en santé sexuelle la formation des professionnels de santé doit être adaptée.

Si la santé sexuelle n'apparaît pas comme une évidente priorité de santé publique, les droits et les valeurs humaines sur lesquelles elle s'appuie, constituent pourtant les fondements du genre humain et de la vie en société. En cela la santé sexuelle mérite d'être considérée à sa juste place.

Annexes

Annexe 1 : Fiche de renseignements statistiques

Renseignements statistiques concernant les médecins ayant participé au travail de recherche : santé sexuelle et médecine générale

N° entretien :	Région :
Date :	Ville :
Formation professionnelle	
Ville d'internat :	
Date d'obtention du doctorat :	
DU(s) :	
Autres formations :	
Exercice professionnel	
<input type="checkbox"/> libéral	
<input type="checkbox"/> salarié : <i>si coché indiquer le type de structure :</i>	
<input type="checkbox"/> mixte : <i>si coché indiquer le mode d'exercice principal :</i>	
<input type="checkbox"/> seul	
<input type="checkbox"/> en groupe	
Situation personnelle	
Age : Sexe :	
Situation familiale légale : marié(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/>	
Vie en couple : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Enfants : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <i>si oui combien :</i>	
Education religieuse : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Pratique religieuse : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Langue familiale d'origine :	
Commentaires personnels post entretien :	
Donnez moi 5 mots auxquels vous pensez quand je vous dis « santé sexuelle » :	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Annexe 2 : Guide d'entretien

Guide d'entretien

Présentation du travail et de l'entretien :

- Qui je suis : Anne, interne en médecine générale
- Expliquer le pourquoi sans influencer leur discours à venir : thèse sur l'approche de la santé sexuelle en médecine générale, objectif : réfléchir sur des outils pour les médecins
- Fonctionnement : entretien, enregistré avec leur accord, pas de citations de nom, durée d'environ ½ à ¾ d'heure.

Que veut on savoir :

- Qu'est ce que les MG mettent derrière le terme de santé sexuelle ?
- Abordent ils avec leurs patients la sexualité en dehors des problèmes d'IST et de contraception ?
- Quel est pour eux leur rôle dans la santé sexuelle de leurs patients ?

Entretien :

- Représentation de la santé sexuelle
 - o Comment définiriez vous la notion de « santé sexuelle » ?
 - o A quelle occasion abordez vous la santé sexuelle avec vos patients ?
 - o A quels genres de problèmes de santé sexuelle pouvez vous être confrontés ?
 - o Quel est selon vous le rôle du médecin généraliste vis à vis de la santé sexuelle de ses patients ?
 - o Quelle place pour l'éducation à la santé sexuelle en médecine générale ?
- Santé sexuelle versus sexualité :
 - o Que mettriez vous derrière le terme de « sexualité » ?
 - o Avoir une bonne santé sexuelle ou avoir une bonne sexualité, quelle distinction faites vous entre ces 2 affirmations?
- En pratique :
 - o Si un homme vient vous voir parce qu'il dit « ne pas être performant au lit », que faites vous ?
 - o Si une personne vient pour un trouble du désir sexuel, que pensez vous pouvoir faire ?
Ou sous forme de cas clinique : Mme X qui vient vous voir pour renouvellement d'ordonnance, vous signale à la fin de la consultation son manque de désir sexuel. Que faites vous ?
 - o Quelles situations, quels éléments pourraient vous empêcher d'aborder la santé sexuelle avec vos patients ?
 - o Avec les adolescents, la nouvelle cotation CCP vous a t elle permis de passer plus de temps pour la discussion? En quoi consiste cette consultation quand vous la réalisez ?
- Réseau sexo
 - o A qui adressez vous vos patients si vos patients ont des problèmes de santé sexuelle auxquels vous ne savez pas répondre ?
- Ouverture :
 - o Que souhaiteriez vous rajouter par rapport à la thématique que l'on a abordée ?

Annexe 3 : Santé sexuelle en 5 mots

Donnez moi 5 mots auxquels vous pensez quand je vous dis « santé sexuelle » :

Troubles du désir
Orgasme
Erection
Dysparéunies
Bonheur
Blocages
Amour
Elan vital
Gestion émotionnelle adéquate
Bien être
Tendresse
Art de vivre
Diabète
Epanouissement familial et personnel
MST
Frustration
MST
Pratiques à risque
Contraception
VIAGRA
Bonheur
Rapports
Mycologie
Dysérection
Attentes
Plaisir
IST
Epanouissement
Libido
Epanouissement
Orgasme
Panique!
Prévention des maladies
Formation
Epanouissement du couple
Jeunesse
Erection
Santé mentale
Sexualité du post-partum
Sexualité des femmes violées
Ejaculation précoce
Sexualité
Abus
Couple
Epanouissement
Contraception
Important
Estime de soi
Santé dans sa totalité
Médicalisation
Bien être
Syndrome dépressif
Couple

Bibliographie

1. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States. *N Engl J Med.* 2007;357(8):762-74.
2. Laumann EO, West S, Glasser D, Carson C, Rosen R, Kang J. Prevalence and Correlates of Erectile Dysfunction by Race and Ethnicity Among Men Aged 40 or Older in the United States: From the Male Attitudes Regarding Sexual Health Survey. *The Journal of Sexual Medicine.* 2007;4(1):57-65.
3. Onder G, Penninx BWJH, Guralnik JM, Jones H, Fried LP, Williamson JD. Sexual Satisfaction and Risk of Disability in Older Women. *J Clin Psychiatry.* 2003;64(10):1177-82.
4. Bozon M. Histoire de la sexualité. Dans: *Encyclopædia Universalis.*
5. Courtois FJ, Bonierbale-Branchereau M. *Médecine sexuelle: fondements et pratiques.* Paris: Lavoisier-Médecine sciences; 2016.
6. Troussier T, Mignot J. *Santé sexuelle et droits humains: un enjeu pour l'humanité.* Marseille; Bruxelles (B): Solal ; De Boeck; 2015.
7. World Health Organization. WHO [En ligne]. 2002. Defining sexual health
8. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, directeurs. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.* 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
9. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, et al. Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine.* 2016;13(2):144-52.
10. Lambert G, Institut national de santé publique du Québec, Direction des risques biologiques et de la santé au travail. *Étude PIXEL, portrait de la santé sexuelle des jeunes adultes au Québec.* 2017.
11. B. -P. J. Le comportement sexuel des Français. *Population.* 1973;28(3):665-7.
12. Bajos N, Spira A. L'enquete ACSF: elaboration d'un projet multidisciplinaire sur la sexualite. *Population (French Edition).* 1993;48(5):1209.
13. Bajos N, Bozon M, Beltzer N, directeurs. *Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé.* Paris: Découverte; 2008.

14. Buvat J, Glasser D, Neves RCS, Duarte FG, Gingell C, Jr EDM. Sexual problems and associated help-seeking behavior patterns: Results of a population-based survey in France. *International Journal of Urology*. 2009;16(7):632-8.
15. Brenot P. Les hommes, le sexe et l'amour: enquête sur l'intimité, la sexualité et les comportements amoureux des hommes en France. Paris: Arènes; 2011.
16. Mossuz-Lavau J. La vie sexuelle en France. La Martinière. 2018.
17. Bonierbale M, Tignol J. The ELIXIR study: evaluation of sexual dysfunction in 4557 depressed patients in France. *Current Medical Research and Opinion*. 2003;19(2):114-24.
18. Bayar U. Sexual dysfunction in infertile couples: evaluation and treatment of infertility. *Journal of the Pakistan Medical Association*. 2014;64(2).
19. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, et al. Risk Factors for Sexual Dysfunction Among Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*. 2016;13(2):153-67.
20. Rapport de la conférence internationale sur la population et le développement: Le Caire, 5-13 septembre 1994. New York: Nations Unies; 1995.
21. Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, 4-14 septembre 1995. New York: Nations Unies; 1996.
22. WHO Regional strategy on sexual and reproductive health. Denmark: WHO; 2001. Rapport no EUR/01/5022130.
23. Rapport sur les objectifs de développement durable. New York: Nations Unies; 2016.
24. Plan national lutte contre le VIH-SIDA et les IST 2010-2014. Ministère de la Santé et des Sports; 2010.
25. Plan national hépatites B et C 2009-2012. Ministère de la Santé et des Sports; 2009.
26. Plan Santé des jeunes. Ministère de la Santé, de la jeunesse et des Sports; 2008.
27. Plan périnatalité 2005-2007. Paris: Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale; 2004 p. 44.
28. 4e plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2016. Ministère des droits de la femme; 2014 p. 40.
29. Stratégie nationale de santé sexuelle. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; mars 2017 p. 73.
30. Santé sexuelle et reproductive. Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 p. 92.

31. Allen DJ, Heyrman PJ. Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. WONCA; 2002 p. 52.
32. Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. Dans: Singuliers généralistes. Presses de l'EHESP; 2010. p. 147-68.
33. World Health Organization. Communication brève relative à la sexualité : recommandations pour une approche de santé publique. World Health Organization; 2016.
34. Rose J. Attentes et représentations des patients sur l'abord de la santé sexuelle en médecine générale. Université de Bordeaux; 2017.
35. Dusz L. L'abord de la sexualité en médecine générale. UFR des Sciences de Santé de Dijon; 2017.
36. Bartoli S. Aborder la sexualité en médecine générale: Attentes, opinions et représentations des hommes : enquête qualitative menée par seize entretiens semi-directifs en Charente-Maritime et en Côtes d'Armor. Poitiers: Université de Poitiers; 2015.
37. 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.
38. Gallet M. Représentations, vécu et attentes des patients concernant la prise en charge de leur santé sexuelle et de leur sexualité en médecine générale. Besançon: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2016.
39. Jodelet D, directeur. Les représentations sociales. 7. éd. Paris: Presses Univ. de France; 2003. (Sociologie d'aujourd'hui).
40. Mannoni P. Les représentations sociales. 6ème. 2012. (Que sais-je?).
41. Galand C, Salès-Wuillemin É. Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé, Abstract. Sociétés. 2009;(105):35-44.
42. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
43. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique. 2014;LIII(4):67-82.
44. White J, Levinson W, Roter D. « Oh, by the way ... »: the closing moments of the medical visit. J Gen Intern Med. 1994;9(1):24-8.
45. Herzlich C. Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale. Paris: EHESS; 1969.

46. Bloy G, Schweyer F-X, directeurs. Singuliers généralistes: sociologie de la médecine générale. Rennes: Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique; 2010. (Métiers santé social).
47. Shamloul R, Ghanem H. Erectile dysfunction. Lancet. 2013;381(9861):153-65.
48. Buzin A. Santé sexuelle : Agnès BUZYN présente la feuille de route à trois ans de mise en œuvre de la stratégie nationale de santé sexuelle. 2018.
49. Giami A, Moulin P, Moreau É. La place de la sexualité dans le travail infirmier : l'érotisation de la relation de soins. Sociologie du Travail. 2013;55(1):20-38.
50. Rosman S. Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas. Presses de l'EHESP; 2010.
51. Bedoin D, Charles R. La prise en charge des affections transitoires bénignes en médecine générale : avec ou sans médicaments ? Pratiques et Organisation des Soins. 2012;Vol. 43(2):111-9.
52. Jourdan C, Guida P. Ressenti du patient à la sortie de consultation chez le médecin généraliste sans prescription médicamenteuse. Marseille: Université d'Aix-Marseille II. Faculté de médecine; 2016.
53. Longour A. La rédaction d'une ordonnance est-elle le seul gage de réussite d'une consultation en médecine générale. Marseille: Université d'Aix-Marseille II. Faculté de médecine; 2017.
54. Robert J. Parlez-leur d'amour... et de sexualité: l'éducation sexuelle : ça presse ! Les Editions de l'homme. 2018.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

TITRE : Les représentations de la santé sexuelle chez les médecins généralistes : un frein à une approche globale et positive de la santé sexuelle ?

RÉSUMÉ

Introduction

La santé sexuelle est inscrite à l'ordre du jour des dernières politiques de santé publique. Le médecin généraliste en tant qu'acteur de soins primaires est impliqué, mais ses difficultés pour aborder cette thématique sont depuis longtemps démontrées.

Ce travail a pour objectif d'analyser les représentations des médecins généralistes concernant la notion de santé sexuelle en tant qu'éventuel frein à une approche globale et positive de celle-ci.

Méthode

Il s'agit d'une étude qualitative et inductive par entretiens semi directifs. Les propos de 16 médecins généralistes français ont été recueillis dans 4 régions de Avril 2019 à Aout 2019.

Résultats

Les représentations de la santé sexuelle évoquées par les médecins généralistes dans cette étude sont majoritairement globales et positives. Pour autant, en pratique la santé sexuelle reste abordée dans un champ réduit : maladies, contraception et quelques dysfonctions sexuelles.

Les difficultés à aborder cette thématique dans sa globalité semblent finalement d'avantage reliées à la représentation que les médecins se font de leur rôle à ce niveau.

Ces représentations sont très variables selon les médecins tant pour leur rôle dans la prise en charge de la santé sexuelle de leurs patients que dans l'éducation à la santé sexuelle. A ce frein s'ajoute un manque de formation des professionnels et un réseau spécifique peu connu ou insuffisant.

Conclusion

Nous constatons différents freins à une prise en charge globale et positive de la santé sexuelle en médecine générale : des contours imprécis du rôle des médecins généralistes, un réseau en santé sexuelle insuffisant et peu visible, une formation des professionnels inefficente sur ce sujet.

Mots clés : Santé sexuelle, sexualité, médecine générale, représentations